



Revista Brasileira de Bioética

**Swedenberger do Nascimento
Barbosa**

Fundação Oswaldo Cruz/Brasília e
Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Saúde, Universidade de
Brasília, Brasília, DF, Brasil
berger.barbosa06@gmail.com

Leandro Brambilla Martorell

Faculdade de Odontologia,
Universidade Federal de Goiás,
Goiânia, GO, Brasil
lbmartorell@gmail.com

Lilian Marly de Paula

Departamento de Odontologia,
Faculdade de Ciências da Saúde,
Universidade de Brasília, Brasília, DF,
Brasil
paula20@unb.br

Volnei Garrafa

Programa de Pós-Graduação em
Bioética/Centro Internacional de
Bioética e Humanidades/Cátedra
Unesco de Bioética, Universidade de
Brasília, Brasília, DF, Brasil
garrafavolnei@gmail.com

**A construção do direito à saúde bucal no
Brasil em perspectiva bioética**

The construction of the right to oral health in Brazil from a bioethical perspective

Resumo: O objetivo do trabalho é evidenciar aproximações entre o processo de construção e desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) no Brasil e princípios bioéticos. Inicialmente, o estudo apresenta um breve histórico da inserção da odontologia no campo da saúde no Brasil até o final dos anos 1970, quando -participando no movimento nacional de luta pela Reforma Sanitária - profissionais e organizações críticas da área iniciaram a proposição da inserção concreta da saúde bucal no contexto sanitário nacional. O artigo relata o processo de construção da PNSB a partir da histórica 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), realizada em 1986, e da constituinte cidadã de 1988. Metodologicamente a pesquisa toma como referência teórica de estudo os artigos 10, 14 e 15 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco, de 2005, da qual o Brasil é signatário, que tratam, respectivamente de: Igualdade, Justiça e Equidade; Responsabilidade Social e Saúde; e Compartilhamento de Benefícios. Finalizando, o estudo interpreta como um avanço a inclusão da saúde bucal, por meio da PNSB, no contexto maior representado pelo direito universal à saúde constante da Carta constitucional brasileira.

Palavras-chave: Brasil, reforma sanitária, Política Nacional de Saúde Bucal, bioética, direitos humanos.

Abstract: The purpose of this work is to reveal approximations between the process of construction and development of the National Oral Health Policy (PNSB) in Brazil and bioethical principles. Initially, the study presents a brief history of the insertion of dentistry in the field of health in Brazil until the end of the 70's, when - participating in the national movement for the sanitary reform - professionals and progressive organizations of the area began to propose the concrete insertion of oral health in the national health context. The article reports the process of building the PNSB from the historic first National Oral Health Conference (CNSB), held in 1986, and the Citizen Constitution of 1988. Methodologically, the research takes as a theoretical reference of study articles 10, 14 and 15 of the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights of Unesco, of 2005, of which Brazil is a signatory, which include, respectively: equality, justice and equity, social and health responsibility and benefit sharing. In conclusion, the study interprets as an advancement the inclusion of oral health, through PNSB, in the larger context represented by the universal right to the constant health of the Brazilian Constitutional Charter.

Keywords: Brazil. Sanitary Reform. National Oral Health Policy. Bioethics. Human Rights.

A transição da ditadura civil-militar para a democracia no Brasil foi fruto de amplas mobilizações e da participação ativa da sociedade, tanto para a convocação da Assembleia Nacional Constituinte como nos debates que resultaram na Constituição cidadã de 1988. Essa Carta constitucional é considerada um marco da democracia de massas no país pela inclusão da população no processo político e democrático, ao consagrar, entre outros aspectos, o direito de voto dos analfabetos e a universalização de direitos sociais (com especial atenção ao direito à saúde como direito de todos e dever do Estado), além de estabelecer os processos eleitorais e os limites da democracia representativa. Todo esse longo processo marcou, não sem conflitos e tensões, o protagonismo e a escolha ativa da sociedade brasileira por um projeto solidário e inclusivo de nação.

A análise desses acontecimentos, representativos do movimento de construção dos direitos sociais e políticos no Brasil, permite uma melhor compreensão dos desafios e das possibilidades contemporâneas da realização efetiva do direito à saúde, proclamado na Carta constitucional de 1988.

O presente estudo, particularmente, desenvolve uma reflexão sobre o processo de construção da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) atualmente em vigor no Brasil. São destacados alguns aspectos históricos de relevância nessa caminhada, como: a inserção da odontologia no modelo previdenciário de assistência à saúde do século passado; as lutas políticas lideradas por representantes do movimento de Reforma Sanitária para a redemocratização da saúde no país; algumas significativas movimentações de atores sociais no subsetor da odontologia; e a construção de uma política específica para esse setor após a promulgação da Constituição federal de 1988.

Nesse contexto, busca-se compreender o percurso teórico-prático da construção do direito à saúde bucal no Brasil por meio do movimento da Reforma Sanitária, como exemplo da capacidade humana de empreender, realizar transformações e inaugurar novas iniciativas pela ação política concertada, pela proposição e pela criação de espaços públicos alternativos, compromissos de uma verdadeira democracia participativa. No contexto da saúde bucal, o marco referencial dessa construção deu-se a partir dos resultados da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), realizada em outubro de 1986, em Brasília, quando realmente começou o processo teórico-político do que hoje se denomina Política Nacional de Saúde Bucal, sua fundamentação e suas diretrizes básicas.

Sendo o direito universal à saúde uma área de estudo intimamente relacionada com o campo da ética, foi utilizada como referência conceitual para o presente trabalho a bioética, área do conhecimento relativamente recente, cujas principais linhas de ação no caso brasileiro foram influenciadas diretamente, desde o início do seu desenvolvimento no país, pelo movimento nacional em defesa da Reforma Sanitária (Porto e Garrafa, 2011; Garrafa, Cunha e Manchola, 2018).

Nesse sentido, o trabalho analisa metodologicamente a PNSB à luz dos referenciais teóricos apontados pela Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) – documento internacional homologado por 191 países na 33ª. Sessão da Conferência Geral da Unesco realizada em outubro de 2005, em Paris, da qual o Brasil é signatário –, especialmente no que se refere aos seus artigos 10, 14 e 15, que tratam, respectivamente, dos princípios da: Igualdade, Justiça e Equidade; Responsabilidade Social e Saúde; e Compartilhamento de Benefícios.

Odontologia e saúde pública no Brasil – breve histórico

Assistência previdenciária

A odontologia passou a ser mais presente na vida dos brasileiros com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), em 1933, que inicialmente ofereciam apenas extrações dentárias, desprezando tratamentos conservadores (Lana, 1984)). Em 1966, quando foram unificados todos os IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), finalmente foram definidas diretrizes gerais nacionais para o atendimento uniformizado às populações previdenciárias. Entretanto, reforçou-se o padrão de intervenção até então praticado, biologicista, focado na clínica e predominantemente mutilador (Escorel, 2012; Escorel e Texeira, 2012).

Em 1977, com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), ocorreu a fusão dos serviços médicos e odontológicos dos órgãos INPS, FUNRURAL (Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural), IPASE (Instituto de Previdência e Assistência aos Servidores do Estado) e LBA (Legião Brasileira de Assistência) em um único órgão, o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social). No interior do SINPAS, a coordenação de odontologia foi preservada, mas suas respectivas coordenadorias das superintendências regionais foram extintas (Brasil, 1983).

O conjunto da reorganização na Previdência, somado às expectativas criadas pelo discurso do Ministério da Saúde na época, aumentou o atendimento médico-o-

dontológico sob a perspectiva da universalização, gerando propostas elaboradas por segmentos das elites técnicas não governamentais da odontologia, que objetivavam mudar o modo de representação da categoria e fortalecer a compra dos serviços junto à iniciativa privada (Barbosa, 2015).

A constituição do Sistema Nacional de Saúde (SNS) brasileiro só ocorreu na década de 1980, com a incorporação da reorganização dos serviços de proteção sanitário-bucal, quando também emergiram os desafios inerentes às novas práticas, que estimularam o surgimento de movimentos de formação e fortalecimento da elite técnica das burocracias sanitário-bucalis estaduais e municipais. A expansão da esfera pública subsetorial odontológica foi a característica mais importante do período, ainda que limitada, uma vez que no contexto dela é que ocorreu a formação de novos públicos técnicos e novos fóruns de debates. Entre esses movimentos e fóruns que conseguiram se organizar, destacaram-se, nos anos 1980, os Encontros Científicos dos Estudantes de Odontologia (ECEO); o Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica (MBRO); e os Encontros Nacionais de Administradores e Técnicos dos Serviços Públicos Odontológicos (ENATESPO).

Movimentação política para a construção da saúde bucal como direito

Os ECEOs surgiram no ambiente de retomada da sociedade civil nos últimos anos da ditadura militar, em 1978, marcados pelas articulações dos trabalhadores no ABC Paulista. Com o movimento estudantil em fortalecimento, os ECEOs foram organizados como eventos de periodicidade anual, definidos com seis meses de antecedência em pré-ECEOs estaduais e regionais, dirigidos politicamente por uma Executiva Nacional eleita a cada ano e promovidos por uma comissão organizadora constituída pelo centro acadêmico odontológico da cidade-sede do evento.

O MBRO foi fundado em 1984, surgindo como uma verdadeira renovação democrática na odontologia em todo o Brasil. Foi um movimento político, supra-partidário, e não se constituiu como entidade formal. Representava o anseio de cirurgiões dentistas comprometidos com a saúde bucal dos brasileiros em âmbitos públicos e privados, comprometidos em implementar, junto às entidades e aos profissionais, várias propostas já discutidas em torno da Reforma Sanitária e a inclusão da temática da saúde bucal no contexto da reforma (Souza, 2005).

Já os ENATESPO foram encontros sempre promovidos formalmente por instituições públicas. O primeiro ocorreu em Goiânia em 1984. Depois, a seguir, foram

organizados em outras cidades como Curitiba, Belém, Uberaba, Recife, Porto Alegre, São Paulo, Manaus. Até hoje, seguem; são periodicamente promovidos em diferentes cidades do país. Sua característica principal foi a constituição de fóruns de debates técnico-científicos sobre teoria e prática de ações e serviços odontológicos em saúde pública.

Além desses movimentos, em 1988 foi fundada a Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO) com o intuito de criação de uma entidade sindical que representasse interesses mais legítimos da categoria odontológica, para além de uma mera representação formal e burocrática. A FIO surge na concepção de uma entidade como instrumento de lutas no campo de interesse dos trabalhadores, em especial dos cirurgiões dentistas (assalariados e autônomos), o que pressupunha confronto direto com os patrões, com a odontologia de grupo e demais formas disfarçadas de exploração da mão de obra da categoria (Barbosa, 2015).

Ao longo dos anos, as lutas foram ampliadas, principalmente com vistas a garantir o direito à saúde bucal para a população no processo de implantação do SUS. O papel da FIO foi decisivo para a inclusão da saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF): logo após a 2ª CNSB, essa federação buscou interlocução direta com o Ministro da Saúde, envolveu as demais entidades e o resultado (embora tardio) foi a inclusão da odontologia no PSF, a partir da Portaria Ministerial nº 1.444/2000 (Barbosa, 2015).

A construção de uma Política Nacional em Saúde Bucal

Como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizou-se em 1986 a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), em Brasília, com aproximadamente mil participantes, sendo 386 delegados oficialmente eleitos em pré-conferências regionais. Pela primeira vez no país, reuniram-se técnicos da área de saúde bucal, profissionais de saúde, representantes dos setores público e privado da odontologia, estudantes e representantes da comunidade (Brasil, 1986).

A 1ª CNSB aprofundou a discussão de questões específicas, com destaque a quatro temas básicos: saúde como direito de todos e dever do Estado; diagnóstico de saúde bucal no Brasil; inserção da odontologia no Sistema Nacional de Saúde; e financiamento do setor da saúde bucal (Brasil, 1986). Por meio dessas discussões é que, historicamente, começou a tomar corpo a proposição teórico-política de um

programa nacional de saúde bucal, afinado com os princípios e as diretrizes das propostas defendidas pelo movimento de Reforma Sanitária, a ser gerenciado por um órgão técnico-administrativo e de pesquisa, com representatividade nas três esferas da administração pública.

Contudo, o Ministério da Saúde não se movimentou na época no sentido de colocar em prática essas demandas. O que se observou, em 1988, por meio do Departamento de Odontologia do então INAMPS, foi a criação do Programa Nacional de Controle da Cárie Dental com o Uso de Selantes e Flúor (PNCCSF); e, em 1989, a implementação do Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dental (PRECAD). A criação desses programas, reducionistas da interpretação da questão do direito à saúde bucal com um espectro mais amplo, mostrou o conservadorismo e o despreparo do governo federal em desenvolver um sistema de saúde unificado e descentralizado (Narvai e Frazão, 2008; Frazão e Narvai, 2009).

Em 1990, foi empossado o presidente Fernando Collor de Mello, que extinguiu os dois programas nacionais acima referidos e que, para o setor saúde em geral, definiu um plano quinquenal, porém sem incluir especificações sobre a saúde bucal dos brasileiros. A pouca preocupação com as ações de saúde bucal seguiu pelos governos de Itamar Franco, que assumiu após o impeachment de Collor, e nos dois governos de Fernando Henrique Cardoso (1994-2002) (Narvai e Frazão, 2008; Frazão e Narvai, 2009).

Em 1993 foi realizada a 2ª CNSB, na sequência da 9ª CNS, que havia sido realizada no ano anterior. O processo de mobilização da 2ª CNSB foi desencadeado, sobretudo, pelas entidades odontológicas nacionais, com destaque para a FIO, com participação do Conselho Federal de Odontologia e demais entidades odontológicas, e contou com aval do Conselho Nacional de Saúde e do Ministério da Saúde, embora este tenha ficado mais restrito à condução operacional da conferência (Barbosa, 2015).

Apesar da extinção dos programas nacionais de saúde bucal, o SUS, para o subsetor odontologia, foi sendo construído com pequenos avanços. Por exemplo, por meio de portaria do Ministério da Saúde foram aprovados repasses do Fundo Nacional de Saúde para estados e municípios que desenvolvessem procedimentos coletivos como aplicação de bochechos de flúor e escovação supervisionada com creme dental fluorado. Em 1998 houve alteração da lógica de financiamento da atenção básica, com a inclusão dos componentes fixo e variável do Piso de Atenção Básica (PAB) (Frazão e Narvai, 2009). Assim, tanto a equipe básica do PSF, implementado

desde 1994, quanto a equipe de saúde bucal – implementada a partir dos anos 2000 – compunham o componente variável do PAB, o que representava repasses mensais aos gestores municipais que aderiram ao processo de reorganização da atenção básica.

Com a eleição do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, em 2002, houve a publicação da Portaria no 2.607/2004 do Ministério da Saúde, que aprovou o “Plano Nacional de Saúde/PNS – Um Pacto pela Saúde no Brasil”, que incluía e explicitava a saúde bucal como uma das prioridades do governo, tendo suas ações pautadas pelo “Programa Brasil Sorridente”, conhecido também como Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) (Brasil, 2004a), aprofundada pela Coordenação Nacional de Saúde Bucal no documento intitulado Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, que apontou os pressupostos, os princípios e as ações para a PNSB (Brasil, 2004b).

Entendendo a necessidade de oportunizar a toda a população brasileira a análise e participação na formulação da PNSB, em 2004, após dez anos da realização da 2ª CNSB, o Conselho Nacional de Saúde deliberou pela efetivação da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Diante das demandas sociais acumuladas e dos resultados do levantamento epidemiológico de saúde bucal no Brasil, essa conferência apontou uma grande dívida social na área odontológica, com mais de 30 milhões de brasileiros com problemas buco-dentários. Deflagrou-se, então, um processo ascendente de discussão, com articulações intersetoriais em diferentes esferas de governo, ao lado de ações integradas da sociedade civil e de movimentos populares, que incluíram a saúde bucal das populações como indicador da qualidade de vida das pessoas e das coletividades (Brasil, 2005).

A Política Nacional de Saúde Bucal à luz da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos

A aproximação entre bioética e saúde bucal pode ser realizada por diferentes perspectivas. Por exemplo, Prado e Garrafa (2006) buscaram, por meio de aplicação de questionários e entrevistas, identificar se o ensino da bioética representava um diferencial atitudinal na formação em odontologia no sentido da percepção de responsabilidade público-coletiva nos futuros profissionais da área. Já Costa e colaboradores (Costa e outros, 2013), utilizando a epidemiologia como ferramenta de diagnóstico da realidade, analisaram as condições da saúde bucal de brasileiros sob a perspectiva da bioética de proteção, evidenciando avanços no papel protetor do

Estado a grupos vulneráveis. Este estudo buscou a aproximação entre a PNSB com os referenciais teóricos apresentado pela DUBDH da Unesco.

A DUBDH é considerada o documento que promoveu a mais ampla discussão internacional até hoje sobre o campo de estudo da bioética, redefinindo e politizando definitivamente sua agenda (Garrafa, 2005). Apesar da insistência dos países centrais em manter essas discussões no campo da biociência e biotecnologia, o texto final aprovado ampliou as perspectivas da bioética, com a inclusão significativa de artigos relacionados aos campos sanitário, social e ambiental, graças muito especialmente a movimentações da comissão brasileira e dos demais países da América Latina, da África e do sul da Ásia (Garrafa, 2005).

As publicações realizadas no Brasil relacionadas com a bioética têm utilizado cada vez mais a DUBDH como referência. Analisando as publicações da Revista Bioética editada pelo Conselho Federal de Medicina, Porto (2014) identificou que, no quinquênio 2009-2013, nada menos que 38 artigos publicados na revista fizeram referência à DUBDH, um aumento de 375% em relação ao quinquênio anterior, período de homologação do documento. Para a autora, o aumento da frequência dessas citações “atesta também a progressiva identificação de estudiosos e pesquisadores em todo mundo com os parâmetros e conceitos éticos derivados dos Direitos Humanos, constantes da Declaração” (Porto, 2014) (p. 67).

A hipótese acima apresentada justifica e reforça a escolha pelo uso desse referencial no presente texto. A primeira aproximação a se apontar é a do processo de construção da PNSB como reflexo de lutas políticas que se iniciaram com o movimento da Reforma Sanitária, atravessando as dificuldades do período militar e as resistências do modelo tradicional de assistência em saúde, focado nas doenças, biologicista e mutilador. O reconhecimento de que a saúde é um direito humano – como reconhece a DUBDH – mobilizou diferentes atores sociais a buscar o que lhes pertencia, daí a importância dos movimentos mencionados, como os ECEO e o MBRO, no papel participativo coletivo de catalisadores do processo de redemocratização da saúde no Brasil.

Em uma segunda aproximação, pode-se relacionar a PNSB diretamente ao escopo da DUBDH no ponto em que o referido documento enfatiza sua aplicação “às questões éticas relacionadas à medicina, às ciências da vida e às tecnologias associadas, quando aplicadas aos seres humanos” (Unesco, 2005), e também o seu direcionamento prioritário aos Estados – no caso em tela, a saúde bucal – como uma política social.

De modo mais concreto, há relação direta da PNSB com a DUBDH da Unesco nos seus artigos 10 (Igualdade, Justiça e Equidade) e 14 (Responsabilidade Social e Saúde), que preconizam a igualdade/equidade e a integralidade/universalidade no acesso à saúde. No contexto da Declaração, fica clara o compromisso e a responsabilidade dos governos em promover a saúde da população de modo democrático, compartilhando esse papel com os demais setores da sociedade. Ao avaliar as possíveis contribuições da DUBDH, há autores que reforçam ser imperativo que o Estado brasileiro reconheça a necessidade de investir mais nos interesses das pessoas vulneráveis (Cruz, Oliveira e Portillo, 2010).

Quando a Constituição federal brasileira determinou os princípios da universalidade e da integralidade, não deixou limitações impostas às questões da saúde bucal. Entretanto, somente após as intensas lutas políticas da década de 1990 é que o Brasil conseguiu promover o início da caminhada rumo a uma política de saúde bucal mais robusta e orientada à melhoria das condições de vida da população. Um desafio ainda maior: uma política em consonância com as necessidades de saúde em suas dimensões biológicas, psíquicas e sociais, mas também com proposição de atividades de promoção, prevenção, proteção e assistência à saúde. Inclusive com demandas intersetoriais, como no caso da ampliação da rede pública de abastecimento de água fluoretada (Brasil, 2004b).

Desse modo, as ações da PNSB passaram a inserir a promoção de saúde bucal coletiva em um conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva. Passou a estimular, portanto, a construção de políticas públicas saudáveis e o desenvolvimento de estratégias direcionadas a todas as pessoas, como políticas que gerassem oportunidades de acesso à água tratada, incentivassem a fluoretação das águas e o uso de dentífrico fluoretado e assegurassem a disponibilidade de cuidados odontológicos básicos apropriados (Brasil, 2004b).

Cabe ainda ressaltar que essas ações de promoção da saúde da PNSB incluíram abordagens sobre os fatores de risco ou de proteção simultâneos, tanto para doenças da boca quanto para outros agravos (diabetes, hipertensão, obesidade, trauma e câncer), tais como: políticas de alimentação saudável para reduzir o consumo de açúcares, abordagem comunitária para aumentar o autocuidado com a higiene corporal e bucal, política de eliminação do tabagismo e de redução de acidentes (Brasil, 2004b).

Além disso, algumas políticas públicas mais amplas relacionadas com a saúde como um todo buscaram dar maior ênfase aos vulneráveis, incluindo também as necessidades em saúde bucal. Tomando como base a ideia de um sistema de saúde com alto grau de capilaridade, foram incluídas as equipes do Consultório na Rua – para atender a população em situação de rua – e as equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e Fluviais, criadas para atender as populações ribeirinhas da Amazônia Legal e do Pantanal Sul Mato-Grossense, além das Unidades Odontológicas Móveis (UOM), que passaram a realizar atendimento odontológico no próprio automóvel em diversas situações, como, por exemplo, em comunidades quilombolas (Brasil, 2011).

Observando o artigo 15 da DUBDH (Compartilhamento de Benefícios), identifica-se uma recomendação para que os benefícios advindos de pesquisas científicas e de suas aplicações sejam compartilhados com a sociedade como um todo. A PNSB avançou no quesito da ciência quando trouxe como pressuposto a necessidade de se definir uma agenda de pesquisa científica, investigar os principais problemas relativos à saúde bucal e desenvolver novos produtos e tecnologias (Brasil, 2004a; Brasil, 2004b).

Talvez a pesquisa mais relevante após a publicação da PNSB financiada pelo Estado tenha sido a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil), em 2010. Com essa pesquisa foi possível conhecer de modo mais preciso a realidade em saúde bucal dos brasileiros, permitindo uma reorientação dos processos de trabalho e de critérios comparativos com outros estudos epidemiológicos. Os resultados da pesquisa foram divulgados pela coordenação nacional da pesquisa, tanto como documento técnico como em formato simplificado, direcionado aos meios de comunicação, cumprindo o compromisso ético com a devolução (tradução) dos resultados, ainda que do ponto de vista ético a pesquisa tenha enfrentado problemas pontuais, como a fabricação de alguns dados em alguns lugares (Andrade, Narvai e Montagner, 2013).

No contexto do serviço de vigilância em saúde, destaca-se o papel desse estudo, especialmente pela criação, em 2006, do Comitê Técnico Assessor para estruturação e implantação da estratégia de vigilância em saúde bucal dentro da PNSB (Brasil, 2006) e, em 2007, do Centro Colaborador do Ministério da Saúde em Vigilância da Saúde Bucal (Cecol), criado em oito universidades brasileiras. Os Cecol, além de contribuir para a execução do SB Brasil 2010, também se responsabilizaram por projetos de pesquisa que realizaram o heterocontrole da fluoretação da água de abastecimento público. Entretanto, conforme aponta Narvai (2011), essa rede de centros colaboradores “não se encontra consolidada e sua continuidade está indefinida” (p. 31).

Uma pesquisa realizada pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), iniciada em 2013, que teve o objetivo de avaliar o desempenho dos CEO, compartilhou recentemente seus resultados. O estudo apontou que existem 930 CEOs no Brasil, sendo que cerca de 70% deles possuem condições adequadas para o atendimento aos usuários (Figueiredo, Goes e Martelli, 2016).

Já no contexto da atenção básica, existem resultados publicados relacionados às equipes de saúde bucal que participaram do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), iniciado em 2011. Essa pesquisa apontou, por exemplo, que a última consulta odontológica dos pacientes foi motivada, principalmente, por queixas de dor (15,8%) e para a extração de dente (15,3%) (Cassotti e outros, 2014).

Segundo o Ministério da Saúde, a PNSB tem trazido contribuições significativamente importantes como política pública em prol da comunidade, para melhorar os níveis de saúde bucal da população. Exemplo disso tem sido a participação da saúde bucal nos editais de pesquisa do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde – Decit/SCTIE/MS.

A concretude do direito de todos os cidadãos à saúde, expresso na Constituição brasileira e, mais recentemente, nos artigos 10, 14 e 15 da DUBDH, está começando a proporcionar resultados como consequência de uma política pública em que o Estado passou a dedicar esforços orçamentários, humanos e tecnológicos a favor desse direito. A política vigente pelo menos até o ano 2015, oriunda das formulações iniciais da 1ª CNSB e subseqüentemente de vários outros fóruns, passou a responder de forma progressiva ao papel do Estado brasileiro quanto à busca da igualdade, justiça e equidade; à sua responsabilidade social no campo da saúde; e ao compartilhamento de benefícios.

Considerações finais

Desde a criação do SUS, a inserção da saúde bucal nesse sistema foi marcada por conflitos e contradições, com tímidas iniciativas preventivas fortemente combatidas por uma conservadora e privatista categoria odontológica que predominou por muitos anos no Brasil. Inicialmente, as poucas iniciativas financiadas eram ligadas apenas à fluoretação das águas de abastecimento público e a ações individuais es-

pecíficas (principalmente extrações dentárias) relativas à assistência odontológica. Com a inclusão progressiva da saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS) foram criadas condições para a ampliação de atividades de caráter educativo e de proteção específica à saúde bucal.

A atual PNSB foi construída com a participação e influência decisiva dos setores progressistas da categoria odontológica, processo iniciado já nos anos 1970, com atuação direta nas universidades, nos serviços públicos e no movimento sindical, alinhados progressivamente ao próprio movimento da Reforma Sanitária e às lutas democráticas que se desenvolviam no país. O esforço de sua plena integração ao SUS tem origem destacada na histórica 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal de 1986, no Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica, nos Encontros Científicos dos Estudantes de Odontologia, nos Encontros Nacionais de Administradores e Técnicos dos Serviços Públicos Odontológicos e na Federação Interestadual dos Odontologistas. A ampliação da inserção transversal da saúde bucal nas políticas e nos programas integrais de saúde no contexto amplo do Estado representa o grande desafio dos próximos anos, principalmente no atual contexto, em que o congelamento dos gastos sociais no Brasil por 20 anos é previsto pela Emenda Constitucional (EC) 95.

Diante de tantas medidas, ações sociais e políticas desenvolvidas, o reconhecimento da saúde bucal como parte integrante da saúde e do seu acesso como direito de todos e, ainda, como direito humano fundamental, é parte de um amplo espectro de decisões políticas que inclui o desenvolvimento e bem-estar da própria humanidade. Não há saúde sem saúde bucal; ambas devem ser realizadas e executadas de forma universalizada e integral em todas as esferas do Estado e na sociedade. Como registram com autoridade Narvai e Frazão (2008), “todos devem reconhecer que saúde bucal não é algo à parte na saúde” (p. 74).

Neste sentido, entende-se que com o quadro apresentado no presente trabalho, com ações de saúde bucal tendo sido ampliadas consideravelmente especialmente no transcurso do presente século, o Brasil cumpre satisfatoriamente seu compromisso internacional com os artigos 10, 14 e 15 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco, evidenciando que esse documento foi útil como mais um referencial no sentido de reforçar a luta dos brasileiros pela construção do direito universal à saúde bucal.

A concepção, desenvolvimento e redação do trabalho esteve a cargo de Barbosa SN. Martorell LB e Paula LM contribuíram com a redação do artigo, baseado na tese

de doutoramento do primeiro. Garrafa V, orientador da pesquisa, participou de todas as etapas do trabalho.

Referências

1. Andrade FR, Narvai PC, Montagner MA. Responsabilidade ética no SBBrasil 2010 sob o olhar dos gestores do inquérito populacional. Rev Saúde Pública 2013; 47(Supl. 3): 12-18.
2. Barbosa SN. Responsabilidade social e saúde – estudo de caso sobre a Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2015.
3. Brasil. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde – Departamento de Atenção Básica/Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2004b.
4. Brasil. Normas Gerais Aplicáveis às Ações Integradas de Saúde. MS/MPAS/MEC/Governos Estaduais e Municipais, 1983, mimeo, 15p.
5. Brasil. Portaria no 939/2006, de 21 de dezembro de 2006. Institui o Comitê Técnico Assessor para estruturação e implantação da estratégia de vigilância em saúde bucal dentro da Política Nacional de Saúde Bucal – CTA - VSB. Diário Oficial da União 2006; 22 Dez.
6. Brasil. Portaria no 2.488/2011. Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União 2011; 24 out.
7. Brasil. Portaria nº 2.607/GM de 10 de dezembro de 2004. Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS – Um Pacto pela Saúde no Brasil. Diário Oficial da União 2004a; 13 dez. p. 69, Seção 1.
8. Brasil. Relatório Final. In: 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal; 1986; Brasília. Ministério da Saúde/ Universidade de Brasília.
9. Brasil. Relatório Final. In: 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal; 2005; Brasília. Ministério da Saúde.
10. Casotti E, Contarato PC, Fonseca ABF, Borges PKO, Baldani MH. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. 2014. Saúde em Debate 38; (Supl. especial):140-157.
11. Costa SM, Abreu MHNG, Vasconcelos M, Lima RCGS, Verdi M, Ferreira EFF. Desigualdades na distribuição da cárie dentária no Brasil: uma abordagem bioética. Cien Saude Colet 2013; 18(2):461-470.
12. Cruz MR, Oliveira SLT, Portillo JAC. A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos – contribuições ao Estado brasileiro. Revista Bioética 2010; 18(1):93-107.

13. Escorel S, Teixeira LA. História das Políticas Públicas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2a Edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Cebes; 2012. p. 279-321.
14. Escorel S. História das Políticas Públicas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2a Edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Cebes; 2012. p. 323-363.
15. Figueiredo N, Goes PSA, Martelli PJJ, organizadores. Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centros de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil. Recife: Editora UFPE; 2016.
16. Frazão P, Narvai PC. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de luta por uma política pública. Saúde em Debate 2009; 33(81):64-71.
17. Garrafa V, Cunha TR, Manchola C. Access to healthcare: a central question within Brazilian bioethics. Cambridge Quarterly Healthcare Ethics 2018; 27(3):431-439.
18. Garrafa V. Apresentação - Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco. Tradução brasileira sob a responsabilidade da Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília/ Sociedade Brasileira de Bioética. Brasília; 2005 [acessado 2018 Jan 29]. Disponível em: <http://www.bioetica.catedraunesco.unb.br>.
19. Lana F. A odontologia na Previdência Social, história e evolução. Boletim dos Centros de Estudos INAMPS/MG, 6(18), jan./jun.1984. Apud Abreu MHNG, Werneck MAF. Sistema Incremental no Brasil: uma avaliação histórica. Arquivos em Odontologia. Belo Horizonte.
20. Narvai PC, Frazão P. Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
21. Narvai PC. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. Tempus - Actas Saude Colet 2011; 5(3):21-34.
22. Porto D, Garrafa V. A influência da Reforma Sanitária na construção das bioéticas brasileiras. Cien Saude Colet 2011; 16(Supl. 1):719-729.
23. Porto D. A importância da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos para a América Latina. Revista Redbioética/UNESCO 2014; 5(1):65-70.
24. Prado MM, Garrafa V. A Bioética na formação em odontologia: importância para uma prática consciente e crítica. Comun. Ciênc. Saúde 2006; 17(4):263-274.
25. Souza DS. Reafirmando a luta histórica pela saúde: boca fechada nunca mais. Aula magna de abertura do Enatespo – BA – Brasil. Jornal do Site Odonto [jornal na Internet]. 2005 [acessado 2018 Jan 15], 7(100). Disponível em: www.jornaldosite.com.br/materias/artdjalmasanzio100.htm.

26. Unesco. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Tradução brasileira sob a responsabilidade da Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília e Sociedade Brasileira de Bioética. 2005 [acessado 2018 Jan 19]; p. 7. Disponível em: <http://www.bioetica.catedraunesco.unb.br>.

Recebido em: 20/09/2018. Aprovado em: 24/10/2018.