

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**SWEDENBERGER DO NASCIMENTO BARBOSA**

**RESPONSABILIDADE SOCIAL E SAÚDE – estudo de caso sobre a  
Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil.**

**Orientador: PROF. DR. VOLNEI GARRAFA**

**Brasília, setembro de 2015.**

**SWEDENBERGER DO NASCIMENTO BARBOSA**

**RESPONSABILIDADE SOCIAL E SAÚDE – estudo de caso sobre a  
Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil.**

Trabalho apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília, como requisito para obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Bioética.

Orientador: Prof. Dr. Volnei Garrafa

**Brasília, setembro de 2015.**

**RESPONSABILIDADE SOCIAL E SAÚDE – estudo de caso sobre a  
Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil.**

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

**Prof. Dr. Volnei Garrafa  
Universidade de Brasília - UNB**

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lilian Marly de Paula  
Universidade de Brasília - UNB**

**Prof. Dr. Roberto Passos Nogueira  
Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA**

**Prof. Dr<sup>a</sup>. Maria Ângela Fernandes Ferreira  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte**

**Prof. Dr. Moacir Tavares Martins Filho  
Universidade Federal do Ceará**

**Suplente:**

**Prof. Dr. José Francisco Nogueira Paranaguá de Santana  
Fundação Oswaldo Cruz - NETHIS**

## **DEDICATÓRIA**

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

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

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

## **AGRADECIMENTOS**

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

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

Ao Professor Volnei Garrafa, orientador e amigo, pela oportunidade, ensinamentos e apoio.

Agradecimento especial aos professores integrantes da banca, Dr<sup>a</sup> Ângela Ferreira, Moacir Tavares, Roberto Nogueira, Lilian de Paula e José Paranaguá pelas importantes e ricas contribuições ao texto apresentado.

Aos meus companheiros (as) de Jornada, especialmente do MBRO, SODF e FIO, sempre presentes e juntos nas lutas democráticas e na construção da cidadania em saúde bucal no país.

À Tayssa, Mara, Aury, Elton e equipe da Pós Graduação de Ciências da Saúde e da Bioética, pelo imprescindível apoio técnico e operacional.

A todos, enfim, que me incentivaram e apoiaram.

## SUMÁRIO

LISTA DE FIGURA .....	xvii
LISTA DE GRÁFICOS .....	xvii
RESUMO.....	xviii
ABSTRACT.....	xix
1. INTRODUÇÃO.....	13
2. ANTECEDENTES - PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DEMOCRÁTICA DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL .....	15
2.1. Breve histórico acadêmico-político da luta pela saúde no Brasil – os anos 1970 e início dos 80.....	15
2.2. A Reforma Sanitária .....	23
2.3. A 8ª Conferência Nacional de Saúde - 1986.....	28
2.4. A Plenária Nacional de Saúde .....	30
2.5. A Constituição Federal de 1988 – O Sistema Único de Saúde/SUS.....	35
2.5.1. Evolução e regulação do SUS.....	37
2.5.2. Avanços e desafios da política de saúde.....	39
2.5.2.1. Lei Orgânica nº 8080/1990 e Lei nº 8142/1990.....	40
2.5.2.2. As Normas Operacionais Básicas - NOBS.....	43
2.5.2.3. A Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS.....	45
2.6. A Odontologia no contexto sanitário brasileiro dos anos 1980.....	45
2.7. A Bioética no contexto da saúde pública brasileira – A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (DUBDH) .....	51
3. OBJETIVOS.....	60
3.1. Objetivo Geral.....	60
3.2. Objetivos Específicos .....	60
4. METODOLOGIA .....	61

<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>64</b>
<b>5.1. A construção de uma Política Nacional de Saúde Bucal.....</b>	<b>64</b>
<b>5.1.1 O pioneirismo crítico dos anos 1970 – voluntarismo e os ECEOs .....</b>	<b>64</b>
<b>5.1.2. Os anos 1980 – MBRO, ENATESPO e FIO – lutas e avanços históricos ..</b>	<b>69</b>
<b>5.1.3 A Primeira Conferência Nacional de Saúde Bucal - 1986 .....</b>	<b>73</b>
<b>5.1.4. A Efetivação da Política Nacional de Saúde Bucal .....</b>	<b>81</b>
<b>5.1.5. A Segunda e a Terceira Conferências Nacionais de Saúde Bucal – 1993 e 2004 .....</b>	<b>81</b>
<b>5.1.6 As primeiras repercussões da democracia no setor da Saúde Bucal.....</b>	<b>86</b>
<b>5.2 A Saúde Bucal hoje .....</b>	<b>88</b>
<b>5.2.1 O Programa Brasil Sorridente .....</b>	<b>90</b>
<b>5.2.2 Acesso à Saúde Bucal .....</b>	<b>92</b>
<b>5.2.3 Ofertas de Serviços – buscando a Universalização .....</b>	<b>95</b>
<b>5.2.3.1 Mudança no CPOD .....</b>	<b>96</b>
<b>6. Os artigos 10, 14 e 15 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos e a Política Nacional de Saúde Bucal.....</b>	<b>103</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>111</b>
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>115</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>123</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>125</b>
Anexo I – Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente - 2004 126	
Anexo II - Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO 134	
Anexo III – 8ª Conferência Nacional de Saúde .....	141
Anexo IV – 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal.....	165

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CNBioética	Conselho Nacional de Bioética
CEP	Comitês Locais de Ética em pesquisa
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
DUBDH	Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO
DES	Departamento de Economia da Saúde
EUA	Estados Unidos da América
FINEP	Financiadora de Estudos e Pesquisas
IAB	<i>International Association of Bioethics</i>
IBC	<i>International Bioethics Committee</i>
IGBC	<i>Inter-Governmental Bioethics Committee</i>
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

REDBIOÉTICA \_\_\_\_\_ Rede Latino-Americana e do Caribe de Bioética da UNESCO

SBB \_\_\_\_\_ Sociedade Brasileira de Bioética

SCTIE \_\_\_\_\_ Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

SECIS \_\_\_\_\_ Secretaria de Ciência e Tecnologia para Inclusão Social

SEDH \_\_\_\_\_ Secretaria Especial de Direitos Humanos

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

## LISTA DE FIGURA

<b>Figura 1</b> – Índice de CPOD: Número médio de dentes cariados, perdidos e obturados, por escolar examinado, segundo regiões brasileiras nos anos de: 1986, 1996, 2003 e 2010.....	98
---	----

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> – CPO-D e componentes aos 12 anos segundo região brasileira.....	99
<b>Gráfico 2</b> – Média do CEO/CPO e respectivos componentes segundo grupo etário.....	100

## RESUMO

O presente estudo tem como objetivo analisar o processo de construção do direito à saúde bucal no Brasil por meio do movimento da Reforma Sanitária Brasileira e sua relação com a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (DUBDH), especialmente no que se refere ao cumprimento dos seus artigos 10, 14 e 15 que tratam, respectivamente de: “Igualdade, Justiça e Equidade”; “Responsabilidade Social e Saúde”; e “Compartilhamento de Benefícios”. Nesse sentido, abordar-se-ão antecedentes relacionados com esta temática, entre eles a Oitava Conferência Nacional de Saúde, as Plenárias Nacionais de Saúde, a Constituição Federal de 1988 e o Sistema Único de Saúde, bem como o cenário que promoveu os avanços da Política Nacional de Saúde Bucal e seus antecedentes relevantes - o Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica (MBRO), a Primeira Conferência Nacional de Saúde Bucal de 1986 e a fundação da Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO). Em síntese, a presente pesquisa busca resgatar o histórico do processo que deu origem à construção de uma Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil, suas inferências e o cumprimento de normativas internacionais firmadas pelo país nesta área que culminaram no Programa Brasil Sorridente que transformou a geopolítica odontológica no país.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde; Responsabilidade Social; Igualdade, Justiça e Equidade; Saúde Bucal.

## **ABSTRACT**

This study aims to analyze the building process right to oral health in Brazil through the Brazilian Health Reform movement and its relationship with the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights UNESCO (DUBDH), especially with regard to compliance with Articles 10, 14 and 15 dealing respectively of "Equality, Justice and Equity"; "Social Responsibility and Health"; and "Benefit Sharing". In this sense, approach will be background related to this subject, including the Eighth National Health Conference, the National Plenary Health, the Federal Constitution of 1988 and the Health System and the scenario promoted advances of the National Oral Health Policy and its relevant history - the Brazilian Dental Renewal Movement (MBRO), the First National Conference on Oral Health 1986 and the founding of the Federation of Interstate Odontologists (FIO). In summary, the present study attempts to revive the history of the case which gave rise to the construction of a National Oral Health Policy in Brazil, their inferences and compliance with international standards signed by the country in this area which culminated in Smiling Brazil program that transformed the geopolitics dental in the country.

**Key Words:** Health System; Social Responsibility; Equality, Justice and Equity; Oral Health.

## 1. INTRODUÇÃO

A presente pesquisa traz uma reflexão da Política Nacional de Saúde Bucal à luz do Artigo 14 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (DUBDH) que se refere à “Responsabilidade Social e Saúde”, bem como procura compreender os desafios enfrentados à efetivação do direito à saúde, proclamado na Constituição de 1988, na perspectiva da reforma democrática das relações do Estado Brasileiro. O estudo utiliza ainda como base para sustentação da discussão, os Artigos 10 e 15 da referida Declaração, que tratam, respectivamente, da “Igualdade, Justiça e Equidade” e do “Compartilhamento de benefícios”.

Nesse sentido busca-se compreender os processos de construção pelo direito à saúde bucal no Brasil por meio do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, como exemplos da capacidade humana de empreender, realizar transformações, inaugurar novas iniciativas pela ação política concertada, pela proposição e criação de espaços públicos alternativos, compromissos de uma verdadeira república democrática. No contexto específico da saúde bucal, que é objeto da presente tese, a base histórica e formal de toda essa construção se deu a partir dos resultados da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em outubro de 1986, a partir da qual começou a ter início o processo do que hoje se denomina “Política Nacional de Saúde Bucal”, sua fundamentação e diretrizes.

Por outro lado a análise desses acontecimentos, representativos do real processo de construção dos direitos sociais e políticos no Brasil, podem ser úteis na melhor compreensão e organização da caminhada frente aos desafios e possibilidades contemporâneas da realização efetiva do direito à saúde, proclamado na Constituição de 1988.

O percurso do processo de transição democrática brasileiro é fruto de amplas mobilizações e da participação ativa da sociedade, tanto para convocação da Assembleia Nacional Constituinte, como nos debates que resultaram, não por acaso, na “Constituição Democrática” de 1988.

A Constituição Brasileira de 1988 foi um marco da democracia de massas no país pela inclusão de toda população no processo político e democrático ao

consagrar o direito de voto do analfabeto, a universalização de direitos sociais, com especial atenção ao direito à saúde como direito de todos e dever do Estado, e pela novidade da incorporação de elementos participativos em seu texto, para além dos processos eleitorais e dos limites da democracia representativa. Enfim, um processo que marca, não sem conflitos e tensões, o protagonismo e a escolha ativa da sociedade brasileira por um projeto solidário e inclusivo de país.

Em síntese, a proposta desse trabalho é pensar os desafios do presente procurando tecer elos entre as experiências passadas e as possibilidades futuras frente ao desafio da realização efetiva do direito a saúde em nosso país, e sua inerente articulação com o fortalecimento de uma democracia republicana e com outro padrão de desenvolvimento, com recorte específico para o campo da Saúde Bucal, sempre no âmbito do Sistema Único de Saúde.

## **2. ANTECEDENTES - PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DEMOCRÁTICA DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL**

A Assembleia Nacional Constituinte, reclamada desde 1977 por setores da oposição popular brasileira e que teve ampliada a sua defesa inclusive por setores das classes dominantes, foi resultado da vontade da ampla maioria da sociedade brasileira. O modo como foi eleita e como se deu a participação da sociedade, foram elementos decisivos, principalmente no campo da saúde pública.

A mobilização ocorrida por ocasião da Assembleia Constituinte vem carregada de diversas iniciativas populares, com o apoio massivo de entidades da sociedade civil, de trabalhadores, categorias e movimentos diversos.

Nesse contexto, as mobilizações ocorridas para a 8ª Conferência Nacional de Saúde – que foi realizada em 1986 - e as discussões das Plenárias de Saúde e outros Fóruns, ajudaram e colaboraram para a mobilização em torno da Reforma Sanitária e dos capítulos da Seguridade Social, em especial, nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e na formulação da Saúde como um direito de todos.

### **2.1. Breve histórico acadêmico-político da luta pela saúde no Brasil – os anos 1970 e início dos 80**

As duas últimas décadas do século 20 foram marcadas por intensas transformações no sistema de saúde brasileiro, relacionadas com mudanças ocorridas no âmbito político-institucional. Nos anos 1970, o mundo enfrentava uma crise no modelo de financiamento médico, devido a agudos problemas verificados no setor, gerados pela assistência médica curativa e por compra de serviços privados. Essa característica, junto ao crescente avanço tecnológico que começava a se verificar na área de saúde, conjuntamente às pressões dos setores privados, foi responsável pelo crescimento desordenado dos gastos no setor da saúde, sem que isso refletisse em melhores condições de saúde para a população. No Brasil, este cenário se repetiu, agudizado pelo cenário de crise política e econômica iminente do governo militar que começava a definir novas estratégias para manter o governo,

dentre elas a definição do II Plano Nacional de Desenvolvimento - II PND e a própria política macro de “abertura” do governo.

O II Plano Nacional de Desenvolvimento visava o desenvolvimento econômico e social, com prioridade nas áreas de educação, saúde e infraestrutura de serviços urbanos. O diagnóstico apresentado para a saúde pública e, inclusive, para a assistência médica da previdência, denunciava a carência de capacidade gerencial e estrutura técnica, reduzindo a eficácia dos recursos públicos a elas destinadas.

As pressões por reforma na política de saúde possibilitaram transformações sólidas ainda nos anos 70, mudanças que se efetivaram de forma incipiente e resguardando os interesses do Estado autoritário. Dentre as políticas implementadas, segundo Baptista (2005), destacam-se:

- Criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), em 1974, que distribuiu recursos para o financiamento de programas sociais;
- Formação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), também em 1974, que organizou as ações a serem implementadas pelos diversos ministérios da área social;
- Instituição do Plano de Pronta Ação (PPA), ainda em 1974, que constitui uma medida para viabilização da expansão da cobertura em saúde e desenhou uma clara tendência para o projeto de universalização da saúde;
- Formação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), em 1975, primeiro modelo político de saúde de âmbito nacional que desenvolveu imediatamente um conjunto integrado de ações nos três níveis de governo;
- Promoção do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976, que estendeu serviços de atenção básica à saúde no nordeste do país e se

configurou como a primeira medida de universalização do acesso à saúde;

- Constituição do Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (SINPAS), em 1977, com mecanismos de articulação entre saúde, previdência e assistência no âmbito do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), e a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que passou a ser o órgão coordenador de todas as ações de saúde no nível médico-assistencial da previdência social.

Outras organizações bastante importantes na luta do movimento sanitário foram o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES)<sup>1</sup> criado em 1976 e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), criada em 1979 como uma associação dos programas de pós-graduação em saúde coletiva e saúde pública, enfatizando a residência em medicina preventiva e social, para formar gestores sanitários para o Sistema Nacional de Saúde.

Cabe ressaltar que no processo de institucionalização do movimento sanitário, a criação do CEBES tem grande importância, o que caracterizou a entidade como uma espécie de “partido sanitário”, com capacidade de organizar diferentes visões críticas do sistema de saúde, definindo projeto comum, com estratégias e táticas de ações coletivas. De certo modo, o CEBES representou a construção de um novo saber que evidenciou as relações entre saúde e estrutura social; a ampliação da consciência sanitária por meio da Revista “Saúde em Debate”<sup>2</sup>, que resiste até hoje, e a organização do movimento social, definindo espaços e estratégias de ação política.

---

<sup>1</sup> A formação da CEBES ocorreu na década de 1970 nos espaços de militância da Reforma Sanitária Brasileira e teve participação de alguns acadêmicos da área de odontologia e saúde bucal, como Volnei Garrafa Carlos Bottazo. Garrafa, a partir de contatos com outros pioneiros do CEBES como Sergio Arouca, Marcio Almeida e Eleutério Rodríguez Neto conheceu e trabalhou com Giovanni Berlinguer o tema da relação entre as reformas sanitárias italiana e brasileira, tendo presidido o CEBES entre os anos 1994 e 1996.

<sup>2</sup> As revistas e livros publicados pelo CEBES foram fundamentais para a Reforma Sanitária no Brasil e também para o movimento em defesa da saúde bucal, propósito da presente tese. As primeiras publicações apareceram em 1976, tratando de algumas questões fundamentais do campo odontológico: a discrepância entre a situação de saúde bucal da população brasileira com o número de dentistas no país, bem como à satisfação das

Existem duas vertentes da atuação do CEBES: a primeira afirma o CEBES como aglutinador das tendências renovadoras do setor saúde, em nível profissional, com o objetivo de coordenar esforços para desenvolver políticas de saúde mais adequadas à realidade brasileira, ou mesmo às necessidades sanitárias da população; a segunda interpreta as ações da entidade relacionada ao desenvolvimento de atividades voltadas mais diretamente à comunidade, através de suas diversas e variadas organizações.

A posição do CEBES foi consolidada no documento apresentado no I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, realizado com o apoio da Comissão de Saúde da Câmara Federal, em outubro de 1979, onde foi apresentada a plataforma programática do movimento sanitário, alcançando adesão de parlamentares e sindicalistas, dando início a uma trajetória que culminaria com a inscrição destas propostas na Constituição Federal de 1988. Alguns parlamentares do antigo Movimento Democrático Brasileiro (MDB), do Partido Comunista Brasileiro (PCB), e do PT, especialmente se destacaram no apoio ao referido seminário, realizado ainda em plenos anos da ditadura militar: Euclides Scalco (PMDB/Paraná), Max Mauro (PMDB/Espírito Santo), Ubaldo Dantas (PMDB/Bahia), Eduardo Jorge (PT/São Paulo), Sérgio Arouca (PCB/Rio de Janeiro) e Jandira Feghali (PCdoB/Rio de Janeiro). Tal documento abordava:

- O reconhecimento do direito universal e inalienável, comum a todas as pessoas, à promoção ativa e permanente de condições que viabilizem a preservação de sua saúde.
- O reconhecimento do caráter social e econômico global destas condições: emprego, salário, nutrição, saneamento, habitação e preservação de níveis ambientais aceitáveis.

---

necessidades básicas em saúde bucal; o aumento do número dos cursos de odontologia sem efeitos nas práticas de saúde bucal que permaneciam elitistas, reforçando uma práxis odontológica para atividades clínicas e a prevenção, e, sem levar em consideração às práticas comunitárias. Foram abordadas as questões quanto ao formato dos congressos odontológicos e suas temáticas; a formação em odontologia como estratégia de alienação, sem a tematização necessária das questões de ordem social; denunciando as instituições de ensino, as instituições odontológicas pela omissão aos problemas sociais. Por último, a fragilidade da sociedade civil para a participação social no País (PAIM, 2008).

- O reconhecimento da responsabilidade parcial, porém intransferível, das ações médicas propriamente ditas, individuais e coletivas, na promoção ativa da saúde da população.
- O reconhecimento, finalmente, do caráter social deste Direito e da responsabilidade que cabe à coletividade e ao Estado em sua representação, pela efetiva implementação das condições supra-mencionadas.

Para viabilizar as propostas acima, foram enunciadas algumas medidas contrárias ao empresariamento da medicina, de forma a garantir a gratuidade da atenção médica com a criação de um Sistema Único de Saúde, sendo atribuição do Estado a responsabilidade na administração desse sistema, garantido por uma política nacional, que fosse descentralizada, com efetivo controle social e participação política na regulação da prática médica privada e definindo estratégias de produção e distribuição de medicamentos.

A constituição do movimento sanitário como ator político definiu como estratégia a difusão e a ampliação da consciência sanitária, com vistas a alterar a correlação de forças e a inserir-se no processo de construção de uma sociedade democrática.

Assim, a década de 80 iniciou em clima de redemocratização, crise política, social e institucional do país, tendo como primeiro passo a realização da 7ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), cujo propósito foi reformular a política de saúde e formular o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde) que, entre outros objetivos, buscava estender nacionalmente o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), ou seja, buscava dotar o país de uma rede de serviços básicos que oferecesse, em quantidade e qualidade, os cuidados primários de proteção, promoção e recuperação da saúde, tendo como meta a cobertura de saúde para toda a população até o ano 2000.

No entanto, o Prev-Saúde acabou não sendo incorporado pelo governo e muito menos estabelecido na prática, dadas as resistências burocráticas do Instituto

Nacional de Previdência Social (INAMPS), a forte oposição das entidades do segmento médico empresarial e ainda as pressões oriundas do campo da medicina liberal e do setor privado contratado. Embora o Prev-Saúde não tenha se concretizado, tornou-se referência para as reivindicações relacionadas com as reformas sanitárias desejados pela sociedade, jamais atendidas pelo governo. Essas ideias reformistas começavam a se integrar em uma proposta abrangente de definição da política de saúde (CORDEIRO,1991).

A década de 1980, também marcada por movimentos de contestação ao sistema de saúde, então vigente, teve como medida inicial a formação do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), em 1981, como órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social. O CONASP deveria buscar respostas válidas que explicassem a razão da crise no setor, devendo operar como organizador e racionalizador da assistência médica buscando diminuir e racionalizar gastos. A avaliação do CONASP indicou uma rede de saúde ineficiente, desintegrada e complexa, indutora de fraude e desvios de recursos. A partir dessa avaliação, foram elaboradas propostas operacionais básicas para a reestruturação do setor, mas não para a finalização do sistema.

Líderes do movimento sanitarista passaram a ocupar posições de destaque no âmbito político-institucional no país, coordenando as políticas e negociações no setor da saúde e previdência. Em decorrência disso, no ano de 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), presidida por Sérgio Arouca, um dos fundadores do CEBES e então presidente da Fundação Oswaldo Cruz, que afirmou que essa “conferência foi um marco histórico da política da saúde brasileira”.

No relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde(8ª CNS) constava o que mais tarde serviu de referência na discussão da Assembleia Nacional Constituinte em 1987/1988, sendo reconhecido como um documento de expressão social:

- Saúde como Direito - em seu sentido mais amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Ou seja, o resultado das formas de

organização social da produção, que podem gerar desigualdades nos níveis de vida;

- Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

Na 8ª CNS, também se discutiu a unificação do INAMPS com o Ministério da Saúde, devendo a Previdência Social ficar encarregada das ações próprias do seguro social, enquanto a saúde seria entregue a um órgão federal com novas características. Sendo assim, foi aprovada a criação de um sistema único de saúde com a separação total da saúde em relação à previdência.

Dessa forma, em julho de 1987, foi implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como uma consolidação das AIS (Ações Integradas de Saúde), avançando na política e dando prosseguimento às estratégias de hierarquização e adotou como diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços, a integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde e a implementação de distritos sanitários, a descentralização das ações de saúde, o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos, através de uma proposta do INAMPS/MPAS, que se apresentou como base na construção do que em seguida veio a ser chamado de Sistema Único de Saúde (SUS) (VENÂNCIO, 2005).

Nesse mesmo período, tratava-se do SUS no meio a discussão da Assembleia Nacional Constituinte de 1987/88, tendo como base o relatório da 8ª CNS para a discussão da reforma sanitária, e aprovar o Sistema único de Saúde (SUS).

O debate constituinte foi acirrado e revelou resistências por parte dos prestadores de serviço privado do setor de saúde e da medicina autônoma, além de conflitos de interesses entre os reformistas da previdência social. As disputas de

interesse não foram suficientes para barrar a aprovação do SUS e seus princípios, mas impediram a definição de algumas políticas importantes para o processo de implementação da reforma, tais como o financiamento, a regulação do setor privado, a estratégia para a descentralização e unificação do sistema, dentre outras (FARIA, 1997).

Em suma, conforme sintetiza Garrafa<sup>3</sup>, a reforma sanitária brasileira se deu por meio de movimentos de vários grupos ligados à saúde em que resistiam à ditadura militar. Esses movimentos ocorreram com diversas personalidades que se reuniram em torno do CEBES e da ABRASCO.

Em 1979 a Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados era composta, como já foi dito, pelos deputados Euclides Scalco, do Paraná, Max Mauro, que depois foi governador do Espírito Santo e Ubaldo Dantas que foi Prefeito de Itabuna, na Bahia. Esses três parlamentares, todos eles do grupo autêntico do PMDB com os quais as lideranças do movimento de defesa de mudanças políticas e técnicas no contexto da saúde brasileira dialogavam constantemente, deram espaço para as visões públicas e progressistas da saúde com seu apoio decisivo à realização do 1º Simpósio de Política Nacional de Saúde no Brasil. Este contexto contribuiu fortemente com a ideia do que veio a ser a reforma sanitária e, posteriormente o SUS. David Capistrano convidou para vir ao Brasil seu amigo Giovanni Berlinguer<sup>4</sup>, então deputado do Congresso Nacional Italiano e relator da Lei da Reforma sanitária naquele país. A partir deste momento o CEBES começou a traduzir os livros de Berlinguer para o português, livros estes que eram passados de mão em mão, na época da ditadura, entre eles “Saúde nas Fábricas” e “Medicina e Política”. As vindas de Berlinguer ao Brasil e a outros países latino-americanos, aliás, geraram do

---

<sup>3</sup> Entrevista publicada na Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva, v.2 n.1, p.33-38, jul./dez. 2008. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus>. Acesso em agosto de 2015.

<sup>4</sup> “Giovanni Berlinguer está entre os mais respeitados sanitaristas e bioeticistas do mundo. Com forte vínculo acadêmico, político e afetivo com o Brasil, segundo palavras de Sergio Arouca, saudoso ex-deputado e ex-presidente da Fundação Oswaldo Cruz, foi um dos principais mentores intelectuais da Reforma Sanitária Brasileira, traduzida pelos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS) e materializadas na Constituição de 1988. Nos ásperos tempos da ditadura militar, seus livros eram lidos às escondidas, passando cuidadosamente de mão em mão. Mais recentemente, no início dos anos 90, mudou-se com armas e bagagens do campo da Saúde Pública para a Bioética, sem deixar de manter os olhos voltados para as questões ideológicas, sanitárias e coletivas que nortearam toda sua longa vida pública” (GARRAFA, 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2005000100038&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2005000100038&script=sci_arttext). Acesso em agosto de 2014).

festejado autor e político um texto ao qual ele deu um título propositadamente dúbio: “Vinte anos errando pela América latina”. Sérgio Arouca, também comunista e amigo de Berlinguer, afirmou enfaticamente alguns anos depois dos fatos aqui relatados, a que Berlinguer foi, sem dúvida, o grande ideólogo e estimulador da reforma sanitária brasileira; suas obras serviram de base para a discussão das principais proposições e linhas mestre das propostas da reforma sanitária brasileira, comparando-a às mudanças similares ocorridas pouco tempo antes na Itália.

A partir deste momento histórico, final dos anos 1970 e início dos 80, esse grupo continuou se reunindo periodicamente. A revista “Saúde em Debate”, lançada em 1976, continuava sendo publicada regularmente e se constituindo em mecanismo importante como veículo na luta política, com notícias sempre atualizadas e que não eram publicadas na grande imprensa devido à censura então existente nos meios de comunicação, aprofundando as questões ligadas aos acontecimentos do movimento. Esse cenário de fortes escaramuças, idas e vindas, portanto, antecedeu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que teve suas teses imediatamente concretizadas pela inclusão das mesmas no novo capítulo constitucional brasileiro referente à saúde incluído na Constituição de 1988, por meio de Emenda Popular, que tiveram empreendidos esforços para corporificar as conquistas sociais, tais como, o direito de todos à saúde sendo dever do Estado a organização e a promoção da defesa da Saúde Pública.

## **2.2. A Reforma Sanitária**

O percurso do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, iniciado em pleno regime autoritário da ditadura militar, ocorreu, primordialmente, pelo reconhecimento de que ele representa um dos mais importantes exemplos históricos de movimento político do país, autenticamente republicano e radicalmente democrático, por ter, de forma original, experimentado e empreendido a constituição de espaços públicos alternativos, para além do Estado, pela ousadia de instituir uma capacidade política, fundando algo inteiramente novo, em um momento em que o país passava por uma reestrutura. No entanto, a reforma radicalmente democrático-republicana no campo da saúde estava na contramão do que ocorria no contexto mundial, hegemônica por propostas de reformas de cunho anti-universalista (PAIM, 2008).

Paralelo à crise política, econômica, social, de autoridade e legitimidade da ditadura militar, cresceu e irradiou por todo país a mobilização e a constituição de diversos movimentos: as greves do ABC; os movimentos comunitários país a fora; o movimento estudantil universitário; enfim uma multiplicidade de iniciativas pela redemocratização do país e pelos direitos de cidadania, com vistas à fundação e constituição de um novo rumo para a política brasileira. Estavam dadas as condições para a elaboração de uma Constituição que encarnasse o espírito da época, que traduzisse a potência do momento e o constituísse em direitos e leis, abrindo o caminho para a possibilidade de reconstrução de uma República Democrática no Brasil.

Com essas iniciativas foi se configurando um movimento enraizado e organizado nacionalmente. Foram criados múltiplos ambientes de encontros, profissionais, comunitários, legislativos, debates, fóruns locais, regionais, nacionais, como as plenárias de saúde, a realização de simpósios, seminários, cursos, foram criados, ainda, veículos de comunicação. Esse amplo processo de mobilização culminou com a realização de pré-conferências, conferências de temas específicos que confluem para a realização da inédita 8ª Conferência Nacional de Saúde com a participação de cerca de 5 mil pessoas, sendo que 50% desse quantitativo foi representado por usuários da saúde pública, configurando uma verdadeira “Constituinte Popular da Saúde”, celebrando democracia/republicana.

Já no âmbito mundial, crescia os debates críticos no campo da saúde motivados pelos altos custos da assistência médica, sem o correspondente impacto sobre as condições de saúde da população, e pela crescente participação dos governos no financiamento, seja nos sistemas públicos ou privados. Com forte influência dos Estados Unidos, nascia no Brasil a medicina preventiva como método a ser incorporado à prática médica liberal visando racionalizar gastos e produzir impactos sobre as condições de saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) passou por um processo de renovação influenciada pelo predomínio de governos sociais democratas nos países europeus e em 1973 foi eleito para presidi-la (1973-88) o médico dinamarquês Halfdan T. Mahler. A 30ª Assembleia Mundial da Saúde realizada pela OMS em 1977 lançou o movimento “Saúde Para Todos no Ano 2000”, e como marco inicial

dessa programação foi realizada em setembro de 1978 a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão, que reafirmou o significado da saúde como um direito humano fundamental e como uma das mais importantes metas mundiais para a melhoria das condições de vida e redução das desigualdades. Com isso se difundiu e afirmou a crítica tanto aos programas verticais desenvolvidos pela OMS na América latina e África, como a crítica ao hegemônico modelo biomédico de atenção à saúde enfatizando a determinação social do processo saúde-doença.

Ainda no período dos anos 1970/1980 repercutiu uma crise fiscal, no qual vários autores de origens políticas e ideológicas distintas, convergiram para um mesmo diagnóstico centrado fundamentalmente em argumentos econômicos. Acentuando uma retórica conservadora que se opuseram as políticas universais com uma agenda de gerenciamento da crise por meio do receituário de ajustes macroeconômicos de organismos internacionais, a saber, o Banco Mundial/FMI, com cortes de gastos e menor participação do Estado.

Assim, o movimento da Reforma Sanitária Brasileira se originou em sentido contrário a essas tendências, apresentando uma indissociável conexão entre a reforma democrática/republicana da saúde e a democratização do país - o período do milagre econômico, política de crescimento econômico com concentração de renda e aumento das desigualdades, a censura imposta pela ditadura a divulgação de dados sobre a epidemia de meningite, são exemplos contundentes da indissociabilidade entre saúde e democracia, não por acaso, o lema do movimento na ocasião foi: "Saúde e Democracia".

Como pode ser observado, a compreensão política do processo atravessava as iniciativas. A constituição dos espaços, abrangia inicialmente a medicina preventiva, medicina social, medicina comunitária, espaços de debate, pensamento e formação de opinião, espaços de efervescência, que se potencializavam pelo espírito libertário e pela ousadia intelectual de vários protagonistas do processo que ousaram e idealizaram o projeto político civilizatório da reforma democrática/republicana da saúde do movimento da Reforma Sanitária Brasileiro.

Como diz Cordeiro:

(...) no turbilhão de autores, discutidos no fim de tarde à beira de alguma birosca da moda, iam sendo urdidas ideias projetos, soluções nem sempre exequíveis” e, “Da confluência entre a Academia e a práxis, entre as críticas ao complexo médico empresarial e o exercício de propostas de descentralização e municipalização, brotavam rabiscos de alternativas que, muitas vezes, se traduziam em novos cursos, seminários, documentos, reuniões no Sindicato dos médicos ou no Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES). Um momento estratégico para a organização da reforma Sanitária foi o 1º Simpósio sobre Política Nacional de saúde, com debate e aprovação do documento a “Questão Democrática na Área da Saúde, apresentado pela diretoria nacional do CEBES, transformando-se em documento base para as conclusões finais do encontro (CEBES, 1980; CORDEIRO, 2004, p. 345).

De modo crítico ao regime autoritário extrai-se do documento aprovado no 1º Simpósio de Política Nacional de Saúde realizado em outubro de 1979:

Política que substitui a voz da população pela sabedoria dos tecnocratas e pelas pressões dos diversos setores empresariais; política de saúde que acompanha em traçado as linhas gerais do posicionamento socioeconômico do governo – privatizante, empresaria e concentra renda, marginalizando cerca de 70% da população de benefícios materiais e culturais do crescimento econômico (...) Política de saúde, enfim, que esquece as necessidades reais da população e se norteia exclusivamente pelos interesses de minoria constituída e, confirmada pelos donos das empresas médicas e gestores da indústria da saúde em geral. (CEBES, 1990, p. 47).

Nesse documento, como observa Cordeiro, já estava contido alguns dos princípios que seriam adotados pela reforma sanitária como direito universal e inalienável, a determinação social do processo saúde/doença, a descentralização, regionalização, hierarquização, participação popular e controle social e entre as medidas iniciais se destaca “Criar o Sistema Único de Saúde”. E ressalta um ponto fundamental: “(...) negador de uma solução meramente administrativa ou “estatizante”. Evita-se (...) uma participação de tipo centralizador, tão cara ao espírito corporativo e tão apto a manipulações que cooptam um Estado fortemente centralizado e autoritário, como tem sido tradicionalmente o estado brasileiro” (CEBES, 1980, p. 47, *in* Cordeiro, 2004).

Cabe ressaltar que a capacidade de pensar o novo, a coragem de correr riscos, de experimentar, de constituir espaços públicos de participação ativa e radicalmente democrático-republicana, foi o que permitiu desenhar novos rumos, teóricos e políticos que lastrearam a fundação de algo inédito. A articulação de ação concertada e pensamento desinteressado, sem viés instrumental, civilizatório constitui o âmago e a radicalidade do projeto da Reforma Sanitária Brasileira. Este tempo político, veio coroar uma ampla mobilização rumo às eleições diretas e o fim da ditadura militar. Esta mobilização popular criou as condições para uma Assembleia Nacional Constituinte participativa, ponto culminante da luta pela Reforma Sanitária, momento em que todo o acúmulo daqueles anos do movimento sanitário tinha, finalmente, a oportunidade de mudar a face da saúde no país, incluindo na Constituição Federal todo o seu ideário. A luta ganhava novos contornos na perspectiva de inscrever o direito à saúde no marco constitucional do país, traduzindo o instituinte do movimento em instituído para a sociedade. No episódio de entrega do relatório final da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) à Comissão de Seguridade Social da Assembleia Nacional Constituinte, que era presidida pelo deputado Almir Gabriel, foi relatado:

Dada a legitimidade e a representatividade da Comissão Nacional da Reforma Sanitária em ter acabado, trabalhado e incorporado as resoluções da 8ª Conferência Nacional de Saúde, eu acredito que não caberá à comissão de saúde na Assembleia Nacional Constituinte senão acatar o que a Comissão Nacional da Reforma Sanitária está nos entregando (*apud*, BRASIL, 2006, p. 87).

Nasceu assim, o Sistema Único de Saúde e a saúde como direito universal de cidadania, ou seja, as proposições desse movimento eram dirigidas basicamente à construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, considerando a descentralização, a universalização e a unificação como elementos essenciais para a reforma do setor.

Assim, o significado político da 8ª Conferência Nacional de Saúde transcendeu o âmbito da luta pelo direito à saúde e está no âmbito dessas práticas que marcaram as possibilidades políticas de um tempo. Como bem compreendeu Arouca na sua fala à 8ª Conferência, “Democracia é Saúde”.

### 2.3. A 8ª Conferência Nacional de Saúde - 1986

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em outubro de 1986, foi convocada por meio do Decreto nº 91.466 de 23 de julho de 1985, pelo então Ministro Carlos Santana e realizada na gestão do Ministro Roberto Figueira Santos. A conferência marca o momento em que as mudanças ganham contornos claros ao ampliar o espectro de atores envolvidos ao explicitar as diretrizes para a reorganização do sistema por meio de seu relatório (BRASIL, 2009).

Os temas abordados na Conferência foram: 1º) Saúde como direito; 2º) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e 3º) Financiamento do setor.

No que se refere ao tema 1, destacamos a resolução de número 13, o qual propunha:

[...] ampla mobilização popular para garantir [...] que se inscrevam na futura Constituição: A caracterização da saúde de cada indivíduo como de interesse coletivo, como dever do Estado, a ser contemplado de forma prioritária por parte das políticas sociais; A garantia da extensão do direito à saúde e do acesso igualitário às ações de serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde [...]. A caracterização dos serviços de saúde como públicos e essenciais (BRASIL, 1986).

Esse posicionamento apresentava os objetivos políticos da Conferência em relação à Constituinte, sendo, posteriormente, alcançado no texto constitucional em um sentido um pouco mais abrangente:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Ibidem, art. 196). São de relevância pública as ações e serviços de saúde... (Ibidem, art. 197).

Como resultado dos debates, o relatório da 8ª Conferência explicitou as diretrizes para a reorganização do sistema e estabeleceu que a mesma deveria:

[...] resultar na criação de um Sistema Único de Saúde que efetivamente represente a construção de um novo arcabouço institucional, separando

totalmente saúde de previdência, através de uma ampla Reforma Sanitária (Ibidem, Resolução 1, do tema 2).

Os princípios que deveriam orientar a organização e operação do novo sistema também foram detalhados:

[...] O novo Sistema Nacional de Saúde deverá reger-se pelos seguintes princípios:

a) referente à organização dos serviços:

Descentralização na gestão dos serviços;

Integralização das ações, superando a dicotomia preventivo-curativo;

Unidade na condução das políticas setoriais;

Regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços;

Participação da população (...);

Fortalecimento do papel do município;

Introdução de práticas alternativas de assistência (...)

b) atinentes às condições de acesso e qualidade

Universalização em relação à cobertura populacional, a começar pelas áreas carentes ou totalmente desassistidas;

Equidade em relação ao acesso dos que necessitam de atenção;

Atendimento oportuno segundo as necessidades;

Respeito à dignidade dos usuários por parte dos servidores e prestadores de serviços de saúde, como um claro dever e compromisso com a sua função pública;

Atendimento de qualidade compatível com o estágio de desenvolvimento do conhecimento e com recursos disponíveis;

Direito de acompanhamento a doentes internados, especialmente crianças;

Direito à assistência psicológica (Ibidem, Tema 2, p. 18-19).

De acordo com o Relatório da 8ª Conferência, as proposições incluíram ainda a definição de responsabilidades da União, estados e municípios na gestão do sistema de saúde, as quais deveriam estar fundamentadas constitucionalmente de modo que rompesse com a centralização conhecida em outrora (BRASIL, Tema 2, p. 20). Foi acordado também que deveria ocorrer uma “progressiva estatização do setor” (uma mediação feita pelos relatores da 8ª CNS como forma de superar o impasse no plenário entre os que defendiam e os que não defendiam a estatização) e o rigoroso controle sobre a qualidade dos serviços prestados pelos provedores privados contratados.

Essas recomendações orientaram o trabalho da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, reunindo representantes do governo por sete Ministérios: Saúde, Previdência e Assistência Social, Trabalho, Desenvolvimento Urbano, Planejamento, Ciência e Tecnologia, Educação e Cultura; além dos Conselhos Nacionais de Secretários de Saúde; e de Secretarias Municipais de Saúde; e de representantes das comissões de saúde do Senado e da Câmara (BRASIL, 2009).

A Comissão reuniu, ainda, as seguintes representações: Confederações de Trabalhadores da Indústria, de Serviços e da Agricultura (CUT, CGT e Contag); de Federações Sindicais e Associações de Profissionais de Saúde, especialmente a Federação Nacional dos Médicos (FNM) e Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); de Movimentos Sociais (Conam); de Confederações Patronais, como as Confederações Nacionais da Indústria (CNI), da Agricultura (CNA) e do Comércio (CNC); de associações de classe de provedores do setor privado, como a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e a Confederação da Santas Casas de Misericórdia do Brasil (CMB).

Cabe ressaltar que o objetivo da Comissão era o de elaborar propostas tanto para os dispositivos constitucionais quanto para a legislação posterior, que os regulamentaria. Assim, os principais defensores da Reforma Sanitária se aglutinavam em uma plenária nacional com diversas entidades de saúde, visando a inserção das teses e propostas do movimento sanitário, especialmente as deliberações oriundas da 8ª Conferência Nacional de Saúde, no texto constitucional. A ampla legitimidade conquistada ao longo do processo de mobilização em torno da Reforma Sanitária aliada à capacidade de elaborar propostas foram fatores cruciais para que o texto constitucional aprovado em 1988, como a Lei Orgânica da Saúde (Leis n. 8080/90 e n. 8142/90), contemplassem a maior parte das proposições da 8ª CNS e da CNRS.

#### **2.4. A Plenária Nacional de Saúde**

A Plenária Nacional de Saúde surgiu como instância decisiva, não só pela sua articulação e interpenetração com a CNRS, como na própria condução dos trabalhos constituintes. Vários depoimentos situaram toda a dinâmica de sua constituição e desenvolvimento estratégico de suas operações. Jacinta de Fátima

Senna da Silva recorda como a Plenária Nacional de Saúde configurou uma forma de continuidade do movimento, falando de suas origens:

O nome Plenária Nacional de Saúde, com a sua conformação, surgiu depois da 8ª CNS. As forças que participaram da conferência e dos eventos pós-conferência já saíram articuladas, porque a saúde já tinha uma tradição de movimento organizado. Preparar a conferência já auxiliou na articulação, pois era um setor que tinha uma tradição de forte participação. O Cebes, a Abrasco, o Conasems, que foi criado durante a conferência, na escadaria do Centro de Convenções, a CUT e os sindicatos de Brasília foram algumas das forças que puxaram a Plenária Nacional. Em 1987, mais ou menos em maio, a Plenária Nacional se constituiu num movimento forte e foi uma das instâncias de lideranças daquele momento para se pensar e para se articular a proposta de emenda popular de saúde na Constituinte (*apud* BRASIL, 2006, p. 88).

Naquele momento configurava uma grande conexão entre a ação da Plenária Nacional de Saúde, os atores que constituíram esse importante fórum, a representação dos conselhos e o processo de redemocratização do país com os avanços nas gestões municipais e estaduais, onde se tinham condições de vislumbrar muitos prefeitos eleitos na ocasião e alguns governadores com o compromisso de implementar políticas na área de saúde na lógica da Reforma Sanitária. Havia discussão, também, na área acadêmica, dentro das universidades, no movimento estudantil, no movimento sindical, nos conselhos profissionais, no movimento popular. Enfim, o momento era rico e acabou permitindo que nós avançássemos rumo aos objetivos da Plenária.

A Plenária Nacional de Saúde, congregava parlamentares, entidades sociais, sindicatos, centrais sindicais, entidades profissionais, partidos políticos, secretários de saúde e de assistência social, desenvolveram um trabalho de mobilização, interlocução e pactuação com o Congresso Nacional para fazer avançar a linha reformista.

Instalada a Assembleia Nacional Constituinte, vários parlamentares do PMDB, PT e PPS foram sistematizando as propostas reformistas, a exemplo dos Deputados Federais Raimundo Bezerra (PMDB/CE), Abigail Feitosa (PMDB/PSB/BA), Euclides Scalco (PMDB/PSDB/PR) e Eduardo Jorge (PT/SP).

Decorrente a esse processo, foi apresentada no plenário da Constituinte, proposta de emenda popular, assinada por 54.133 eleitores congregados na Plenária Nacional de Saúde<sup>5</sup>, distribuídos da seguinte forma: I) Plenárias e Movimentos Populares; II) Centrais Sindicais, Federações, Sindicatos, Associações e Trabalhadores de Saúde; III) Conselhos; Entidades Científicas e outros (BRASIL, 2006).

Para a apresentação da emenda junto à Comissão de Sistematização da Assembleia, foram indicados o Dr. Sergio Arouca – Secretário Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e presidente da Fundação Oswaldo Cruz/Ministério da Saúde, o Dr. Guilherme Rodrigues dos Santos, professor catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; e o deputado Constituinte Eduardo Jorge (PT/SP).

Sergio Arouca fazendo uma retrospectiva do movimento sanitário até a 8ª CNS, a respeito da construção do ideário sobre o novo sistema de saúde, em que ele chamou de “tropical, nacional e próprio”, relatou que a proposta apresentada, foi resultante das teses da 8ª CNS e aprofundada pela convenção nacional do PMDB, pelos partidos comunistas, pelo PT, fundamentada na CUT, CGT, Confederação Nacional das Associações dos Moradores, sindicatos de médicos, enfermeiros, psicólogos, arquitetos e nutricionistas. Destacando o caráter suprapartidário do movimento que, se em um primeiro momento, avaliou não ser necessário apresentar emenda por se considerar contemplado na Comissão da Ordem Social, por meio do relatório do Senador Almir Gabriel e, posteriormente, considerou que era preciso ir além no processo, a partir das conclusões da 8ª CNS e, depois, nas discussões de mais de 12 Encontros Nacionais de Saúde. Entre os inúmeros aspectos abordados por Arouca é apontada a necessidade de acompanhamento e fiscalização da prestação dos serviços próximos ao usuário, a partir de um efetivo controle social (BRASIL, 2006).

A Constituição Federal de 1988 configurou-se como liberal, democrática e universalista, expressando as contradições da sociedade brasileira (FALEIROS, 2000). No âmbito econômico, certos monopólios estatais foram preservados, tais como petróleo, comunicações, portos, cabotagem, etc; no plano social, direitos das

---

<sup>5</sup> Fonte: Saúde em Debate, Abril de 1988, p. 43-45.

mulheres, crianças, índios, trabalhadores rurais foram consignados. Nas áreas de saúde, previdência e assistência social, foi assegurada a coexistência de políticas estatais com políticas de mercado.

O texto constitucional incorporou as principais diretrizes da 8ª CNS, na seção II, mas o detalhamento e regulamentação de tais diretrizes foram remetidos para a legislação complementar. Quanto à questão da participação, o artigo 198 da referida seção II fixou: a descentralização, com direção única em cada esfera o governo; a integralidade de atendimento, priorizando-se ações preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais; e a participação da comunidade.

Em consequência do que foi estipulado constitucionalmente, a mobilização da Plenária Nacional de Saúde direcionou-se para as tarefas da legislação infraconstitucional de regulamentação dos preceitos constitucionais.

Nesse sentido, o enfrentamento entre os diversos interesses sociais que já vinham desde o início da década, se materializou na Constituinte e continuou no período pós-Constituinte, no âmbito da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, entre representantes dos Ministério da Saúde e da Previdência e Assistência Social, dos Secretários estaduais e municipais de saúde, do setor privado, das universidades, das entidades de profissionais, de usuários, de outras entidades e instituições setoriais, registrando-se atitude refratária ao SUS na burocracia encostelada do INAMPS e em outros anéis e alianças da burocracia estatal.

Por entre as diversidades e especificidades de interesses dos vários segmentos sociais envolvidos, o debate se polarizou nos pontos mais polêmicos da regulamentação – a descentralização da gestão, a relação público-privado e o controle social – em dois grandes blocos: os defensores da Reforma Sanitária, no “espírito” da 8ª CNS, organizados na Plenária Nacional de Saúde, em que defendia o máximo de regulamentação dos dispositivos constitucionais; e os opositores, organizados na Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e em outras entidades do setor privado, em que defendiam uma regulamentação mínima. Os dois grupos se mobilizavam junto às bancadas de parlamentares de diversos partidos.

Cabe ainda ressaltar, que a participação da sociedade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), expressa na Constituição Federal de 1988 e, consolidada nas instâncias de controle social em todo o território brasileiro por meio das Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS), passando pela Plenária Nacional de Saúde, durante o período constituinte até 1997, posteriormente à Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, iniciada em 1995 e que ocorre até a atualidade, é a marca indelével da democracia participativa na construção do SUS (BRASIL, 2009).

A dinâmica do processo da Reforma Sanitária, olhando para a trajetória do movimento social, foi representado pela Plenária Nacional de Saúde e pela Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, que intervieram de forma decisiva na construção do arcabouço jurídico do SUS, da Constituição Federal de 1988 e das diversas regulamentações pós-Constituição.

O reconhecimento da saúde como direito e bem estar coletivo e/ou individual, configurava um paradigma civilizatório da humanidade, construído em um processo de embates de concepções e de pressões dos movimentos sociais por estabelecerem uma ruptura com as desigualdades e as iniquidades das relações sociais, com garantias universais.

O processo participativo exigia uma mudança nas relações de poder, implicando uma dimensão que politizava o diagnóstico como as ações de saúde, repolitizando, assim, o cuidado com a saúde, que ultrapassava a concepção da saúde como uma questão de doença, passando a ser uma garantia da vida.

Os conselhos de saúde expressavam as novas mediações porque buscavam sustentar-se numa articulação com os movimentos sociais, diferentemente de outros conselhos, o que permitiu ao povo falar em seu próprio nome, expressando seus interesses diretamente, de forma a pressionar, acompanhar e fiscalizar as ações do Estado. Os conselhos de saúde formavam assim uma corrente de transmissão com a sociedade, pois, ao mesmo tempo em que os atores se organizavam em movimentos de pressão e reivindicação, e ainda, transformou-se e fez emergir interesses coletivos e comuns, próprios de cada segmento, inscrevendo-os no contexto da negociação política (BRASIL, 2009). Nesse sentido, destaco:

O controle social possibilita que se olhe o processo histórico da correlação de forças e a saúde como questão disputada nas lutas sociais, da qual querem se apropriar os gestores, os burocratas, o capital financeiro, os planos de saúde, o capital de investimentos nos serviços de saúde. O cidadão de direitos, no entanto, se confronta hoje com as exigências do capitalismo flexível, que o considera apenas como consumidor. Nos conselhos, os grupos de interesses se posicionam e descobrem que os interesses específicos e particulares de sindicatos e movimentos divergem e convergem, quando se constroem consensos possíveis, expressos em debates, logo em seguida, refeitos por outros participantes. Nessa participação plural o conselho de saúde se estrutura. A pluralidade definida na lei, que garante 50% de usuários nos conselhos de saúde, e outros 50% para gestores, prestadores de serviços e trabalhadores de saúde, foi também uma conquista de poder da base, na perspectiva de uma democracia popular como projeto histórico da classe trabalhadora (BRASIL, 2009, p. 21).

Assim, as possibilidades inauguradas nesse contexto foram consistentes, conforme ressaltou Hanna Arendt (1999), que não por acaso a Constituição de 1988 tornou-se conhecida como “Constituição Cidadã”, o que significou ir além da democracia representativa, ou seja, não foi apenas uma constituinte democrática de massas, mas que inclui todos os brasileiros no processo político, bem como reconheceu seus direitos de cidadania, possibilitando outras relações sociedade-estado.

## **2.5. A Constituição Federal de 1988 – O Sistema Único de Saúde/SUS**

A construção do Sistema Único de Saúde é resultado de um grande esforço coletivo, por meio de mobilização em todo País, que culminou com a sua oficialização no ano de 1988, ao ser decretada a nova Constituição Brasileira, que traz a saúde como direito do cidadão e dever do Estado. A experiência brasileira de edificação do SUS é, sem dúvida, emblemática na construção democrática que o País retomou, no fim da década de 80, no que concerne ao campo da responsabilidade social (Orgs. *et al.*, 2013).

Nesse contexto, verifica-se a realização de várias mudanças no que diz respeito a estrutura das medidas do Estado, bem como nas práticas políticas que resultaram com o decreto da nova Carta Constitucional do Brasil, em 1988. Os

processos de reforma de Estado e de readequação das políticas públicas são elementos fundamentais na construção democrática da sociedade brasileira, sendo a saúde um dos principais eixos para o atendimento da demanda oriunda dos movimentos que se instauraram.

Com o Movimento da Reforma Sanitária, a participação dos movimentos sociais, da mídia e, de forma mais ampla, com o empenho de diversas forças organizadas da sociedade civil, sintetizou-se as aspirações de um projeto nacional democrático e de uma nova ordem institucionais ancorados no respeito à vida e no direito à igualdade.

Na obra intitulada “SUS 20 anos”, faz-se observar que ao longo dessas duas décadas, grandes avanços foram destaques, tais como: a institucionalização e a sistematização da participação social; o pacto pela saúde<sup>6</sup>; o pacto pela vida<sup>7</sup>; o pacto pela defesa<sup>8</sup> e a gestão<sup>9</sup> do SUS; a atribuição de responsabilidades mais

---

<sup>6</sup> O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão - União, Estados e Municípios. A implementação do Pacto pela Saúde ocorre pela adesão de Municípios, Estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que, renovado anualmente, substitui os anteriores processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação. Aprovado por unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde e publicado na Portaria GM/MS nº399, de 22 de fevereiro de 2006, o Pacto pela Saúde tem como objetivo promover a melhoria dos serviços ofertados à população e a garantia de acesso a todos. Sua adesão constitui um processo de cooperação permanente entre os gestores e negociação local, regional, estadual e federal (BRASIL/MS, 2014).

<sup>7</sup> O Pacto pela Vida reforça no SUS o movimento da gestão pública por resultados, estabelece um conjunto de compromissos sanitários considerados prioritários, pactuado de forma tripartite, a ser implementado pelos entes federados. Esses compromissos deverão ser efetivados pela rede do SUS, de forma a garantir o alcance das metas pactuadas. Prioridades estaduais, regionais ou municipais podem ser agregadas às prioridades nacionais, a partir de pactuações locais. Os estados e municípios devem pactuar as ações que considerem necessárias ao alcance das metas e objetivos gerais propostos. O Pacto pela Vida contém os seguintes objetivos e metas prioritárias (Portaria GM/MS nº 325, de 21 de fevereiro de 2008): Atenção à saúde do idoso; Controle do câncer de colo de útero e de mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, aids; Promoção da saúde; Fortalecimento da atenção básica; Saúde do trabalhador; Saúde mental; Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; Saúde do homem (BRASIL/MS, 2014).

<sup>8</sup> O Pacto em Defesa do SUS expressa os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação do processo da Reforma Sanitária Brasileira e articula as ações que visem qualificar e assegurar os SUS como política pública. Expressa movimento de repotilização da saúde, com uma clara estratégia de imobilização social e buscar um financiamento compatível com as necessidades de saúde por parte dos entes Federados e inclui regulamentação da emenda constitucional nº 29 pelo Congresso Nacional (BRASIL/MS, 2014).

<sup>9</sup> O Pacto de Gestão do SUS valoriza a relação solidárias entre gestores, definindo diretrizes e responsabilidades, contribuindo para o fortalecimento da gestão, em cada eixo de ação: Descentralização; Regionalização; Financiamento do SUS; Planejamento no SUS; Programação Pactuada Integrada (PPI); Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial; Participação e Controle Social; Gestão do Trabalho na Saúde; Educação na Saúde (BRASIL/MS, 2014).

específicas nos processos de descentralização por meio da efetivação das Normas Operacionais Básicas do SUS, que constituem ferramentas de operacionalização e de regulação do sistema (BRASIL, 2009).

No entanto, para alguns autores existe a necessidade de olhar para o SUS criticamente na perspectiva de encontrar caminhos para ir ao encontro de seus grandes desafios, tais como a assimetria social criada a partir das grandes diferenças na oferta de serviços, as desigualdades regionais da capacidade instalada, as limitações nos processos sistemáticos de qualificação de recursos humanos e de educação permanente em saúde, o fortalecimento do desenvolvimento científico e tecnológico em todas as áreas, incluindo medicamentos, a qualificação da participação social, a definição de prioridades baseada em critérios epidemiológicos, e a garantia de mecanismos de financiamento que permitam minimizar a crescente exclusão social e promover o acesso efetivamente universal à saúde (LUCHESSI, 2003; CAMPOS, 1992; NORONHA; SOARES, 2001).

### **2.5.1. Evolução e regulação do SUS**

O Sistema Único de Saúde é componente do Sistema da Seguridade Social brasileira. De acordo com seus fundamentos legais, estabelecidos na Constituição de 1988, em seu Título VII, denominado “Da Ordem Social”, traz em seu Capítulo II que a Seguridade Social constitui “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. O sistema de seguridade social, na sua origem, exibe um propósito fundamental que é o de desvincular o usufruto de muitos de seus benefícios e serviços em relação à obrigatoriedade da contribuição individual. O intento de criar um sistema de caráter universalista e democrático, sob gestão do Poder Público, transparece nos princípios que o legislador constituinte definiu para a implementação de nossa seguridade social, quais sejam, os que estão declarados no artigo 194:

I - universalidade da cobertura e do atendimento;

II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;

III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;

IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;

V - equidade na forma de participação no custeio;

VI - diversidade da base de financiamento;

VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados (CF, 1988).

A base de financiamento da seguridade social inclui as tradicionais contribuições de empregados e empregadores, como também fontes que dependem de contribuições específicas para o sistema (como a Contribuição para Financiamento da Seguridade Social - COFINS, a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido - CSLL e a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira - CPMF) e das arrecadações fiscais, geradas de maneira direta ou indireta por toda a sociedade, através dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (Orgs. et al., 2013).

Com o novo modelo instituído constitucionalmente, a condição de atendimento por uma unidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), de apresentar a carteira de trabalho, comprovando que o cidadão contribuía mensalmente para a previdência, deixou de existir. A ênfase nos princípios de equidade, amplitude de cobertura e participação democrática estava em consonância com as demandas apresentadas por diversos movimentos que se organizavam em torno da noção de cidadania, englobando tanto a dimensão de direitos políticos quanto a dimensão dos direitos sociais. Tais demandas tinham em vista objetivos concretos de proteção social a serem alcançados, entre eles: assegurar cobertura para segmentos populacionais desprotegidos; estabelecer mecanismos claros e permanentes de financiamento; eliminar ou diminuir as diferenças entre trabalhadores rurais e urbanos, no que tange aos tipos e valores dos benefícios; descentralizar a gestão da saúde e da assistência; criar mecanismos de participação da sociedade civil (“controle social”) na formulação e no acompanhamento das políticas (Orgs. et al., 2013).

Assim, a contribuição dada pelo Movimento da Reforma Sanitária, que já, na Conferência Nacional de Saúde de 1986, havia proposto a unificação do sistema de saúde e a universalização dos seus serviços, com bases descentralizadas, estabelece as premissas organizacionais do SUS. Como resultado político-institucional, o SUS, em suas origens históricas na década de 1980, foi concebido como um sistema sob o comando do Poder Público e envolvendo unidades públicas de prestação de ações e serviços de saúde. Contudo, o caráter complementar foi atribuído à iniciativa privada desde a VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986. A Constituição deixou claro, no artigo 199, que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada” e que a participação privada no SUS pode ser realizada de forma complementar, “mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”.

A Lei Orgânica do SUS em seu artigo 24, estabelece que a participação complementar por parte da iniciativa privada é necessária frente as situações de insuficiência da capacidade instalada do setor público em determinadas regiões, assim o texto traz: “Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde - SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada”.

A participação privada ajuda a aumentar significativamente a capacidade de prestação de serviços por parte do SUS. Uma razão importante para isso é que o setor privado desfruta de grande capacidade instalada para a realização de serviços de saúde, especialmente em hospitais.

### **2.5.2. Avanços e desafios da política de saúde**

O Sistema Único de Saúde, enquanto política pública, visa concretizar direitos sociais conquistados pela sociedade e previstos nas leis, ou seja, garantir os direitos declarados aplicados por meio de políticas públicas, as quais, por sua vez, operacionalizam-se por meio de programas, projetos e serviços (PEREIRA; PEREIRA, 2006, apud Orgs. et al., 2013).

O SUS, com os avanços alcançados, tem se mostrado como um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, com a proposta de cobertura universal e integral para mais de 80% da população que não é assistida por planos privados de saúde. Como uma política nacional descentralizada, o SUS fortaleceu o papel e a autonomia dos níveis locais, ampliando as possibilidades de controle democrático das ações e serviços oferecidos. Com uma estratégia de atenção básica, realizou mais de um bilhão de procedimentos ambulatoriais e outro um bilhão de procedimentos especializados, com uma cobertura de 97% em algumas áreas como hemodiálise e a realização de doze mil transplantes, sendo considerado um dos maiores sistemas públicos de transplante de órgão do mundo (Ministério da Saúde, 2007).

A possibilidade do controle democrático por parte da sociedade ficou assegurada na constituição dos conselhos gestores que ampliaram os mecanismos de democracia participativa semidireta. Com uma participação paritária na sua composição entre sociedade civil e representantes do governo e prestadores, estão presentes hoje na área de saúde em mais de 5.537 conselhos municipais, implicando na existência de cerca de 86.414 conselheiros municipais que, supostamente, devem atuar na elaboração e fiscalização das ações e serviços de saúde (CORREIA, 2005 apud Orgs. et al., 2013).

#### **2.5.2.1. Lei Orgânica nº 8080/1990 e Lei nº 8142/1990**

A Lei Orgânica de Saúde nº 8080/1990 e a Lei nº 8142/1990 regulamentaram posteriormente o previsto na Constituição Federal de forma parcial, mas com importantes decisões para a operacionalização do SUS.

Essas duas Leis impactaram de forma positiva no ano de 1990, pois modelaram o Sistema de Saúde que se prosseguia, 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.

A Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990, mais conhecida como Lei Orgânica da Saúde, “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e

recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”. Constituiu formalmente o Sistema Único de Saúde/SUS, regulamentando a intenção aprovada anteriormente na Constituição de 1988. Entre os seus princípios garante em seu capítulo II art. 7º Inciso VII – participação da comunidade.

Cabe aqui ressaltar, que após mais de 20 anos, a regulamentação da lei 8080/90 ocorreu por meio do Decreto nº 7508, de 28/06/2011, com nova redação em seu dispositivo: "para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde/SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa (...)" (BRASIL, 2011). Há que se destacar o artigo 13 do referido decreto, que assegura ao usuário o acesso universal igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, cabendo esta responsabilidade aos entes federativos.

A Lei nº 8142/90, delinea o modelo de controle social em saúde, que trata da participação da comunidade na gestão do SUS e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Em seu artigo 1º traz que o Sistema Único de Saúde/SUS de que trata a lei nº 8080/90 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. Definidos em seus incisos:

Inciso 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 diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

Inciso 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 nº 8142/90 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 Inciso 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 fóruns de debates, movimentaram a agenda dos governos, nos diferentes níveis, nesses últimos anos.

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 nº 99.438/1990 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.

O Conselho Nacional de Saúde tomou para si a tarefa de movimentar a agenda da saúde no país, adotando importantes resoluções dentre as quais deve-se destacar a Resolução nº 33/1992 (a qual este autor teve a honra de ser relator no CNS e que veio a ser atualizada em 2003, sob o nº 333, após ampla discussão naquele fórum).

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 serviços).

Essas ações, sobretudo no âmbito legislativo e que continham desdobramentos normativos no poder executivo federal avançavam no arcabouço legal do controle social em saúde, mas contraditoriamente vivia-se um período em que as forças conservadoras da política nacional dirigiam o país, com enormes desvios éticos, tendo inclusive o Presidente da República, Fernando Collor de Mello, sido afastado do cargo por vigoroso movimento de massas, levando o Congresso Nacional a aprovar o “*impeachment*”.

#### **2.5.2.2. As Normas Operacionais Básicas - NOBS**

As Normas Operacionais Básicas definem as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que os Estados e Municípios possam assumir as responsabilidades dentro do Sistema.

São instrumentos utilizados para a definição de estratégias a partir da avaliação periódica de implantação e desempenho do SUS.

As NOBS tem como objetivo induzir e estimular mudanças; aprofundar e reorientar a implementação do SUS; definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimentos táticos operacionais; regular as relações entre seus gestores; normalizar o SUS.

As Normas Operacionais Básicas de 1991, 1992, 1993 e 1996, publicadas em portarias de responsabilidade do Ministério da Saúde, foram instrumentos fundamentais no relativo à estruturação e ao fortalecimento das capacidades administrativas e institucionais dos órgãos gestores nas três esferas, para o exercício das suas novas atribuições. Elas estabeleceram critérios e mecanismos de transferência dos recursos federais como indutores da reorganização do sistema, atuando como redefinidores da repartição de atribuições e competências e do grau de autonomia/capacidade gestora de cada Estado e município (Orgs. et al., 2013).

As NOBS de 1991 e 1992, bastante assemelhadas entre si, inauguraram a metodologia de associar o repasse de recursos e a transferência de poderes sobre unidades assistenciais a requisitos relacionados à estruturação institucional das secretarias estaduais e municipais de saúde. Isso foi feito através de cláusulas que condicionavam a descentralização da gestão de estabelecimentos e os valores a

serem transferidos, ao aferimento, ainda que cartorial, da criação de planos, fundos e conselhos de saúde, entre outros.

A NOB-SUS 01/93 foi marcada pelo avanço da municipalização e do crescente envolvimento dos secretários municipais de saúde no direcionamento da política de saúde, e nas discussões e recomendações da IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, cujo tema foi “Sistema Único de Saúde: a municipalização é o caminho”. Além disso, foi criada a transferência regular e automática chamada de “fundo a fundo”; habilitou os municípios como gestores; estruturou as secretarias de saúde e incluiu novos protagonistas – gestores e conselheiros – na definição das políticas de saúde.

Por outro lado, a NOB-SUS 01 de 1996, promoveu um avanço no processo de descentralização, caracterizando as responsabilidades sanitárias do município pela saúde de seus cidadãos e redefinindo competências de Estados e Municípios.

Os principais objetivos da NOB-SUS 01/96: Promover e consolidar o pleno exercício da função de gestor de seus municípios, redefinindo as responsabilidades dos Estados, Distrito Federal e União; Caracterizar a responsabilidade sanitária de cada gestor; Reorganizar modelo assistencial, descentralizando aos municípios a responsabilidade pela gestão e execução direto da atenção básica de saúde; Aumentar a participação percentual da transferência regular e automática; Fortalece a gestão do SUS, por meio das Comissões Intergestores Bipartite (CIB).

Com o aprofundamento da descentralização do sistema de saúde e a insuficiência de recursos financeiros, uma constante na história do SUS, novos problemas passaram a serem identificados, em particular aqueles relacionados a políticas adotadas por municípios de maior porte, de restrição do atendimento a pacientes de municípios vizinhos, com redes assistenciais menos resolutivas. Assim, as duas Normas Operacionais subsequentes, de 2001 e de 2002, mantiveram os mecanismos de alocação de recursos, enfatizando as questões relacionadas à garantia de acesso de toda a população, através da implantação de novos padrões para a regionalização funcional das redes de serviços e da definição mais objetiva de estruturas para regulação do acesso.

Mudaram também os critérios para habilitação dos municípios, vinculando-os à estruturação das microrregiões de saúde em que estivessem inseridos. As Normas Operacionais (NOBS e NOAS) tiveram em comum a característica de estabelecerem regras estruturantes, cujo cumprimento dificilmente poderia ocorrer de imediato ou mesmo no curto prazo em todo o território nacional.

### **2.5.2.3. A Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS**

A Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2001 tem por finalidade: ampliar as responsabilidades dos municípios na atenção básica; definir o processo de regionalização da assistência; criar mecanismo para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde; e proceder à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

A NOAS estabeleceu o processo de regionalização como estratégia de hierarquização em busca da maior equidade, por meio do Plano Diretor de Regionalização, baseado nas prioridades e necessidades da população, garantindo o acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção. No que diz respeito à assistência, o Plano Diretor de Regionalização deverá ser elaborado na perspectiva de garantir: acesso aos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência; assistência pré-natal, parto e puerpério; acompanhamento do CD infantil; cobertura universal do esquema preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações, para todas as faixas etárias; ações de promoção da saúde e prevenção de doenças; tratamento das intercorrências mais comuns na infância; atendimento de afecções agudas incidência; acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência; tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais; tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais frequentes; **controle das doenças bucais mais comuns** (grifo do autor); suprimento/distribuição dos medicamentos da farmácia básica.

## **2.6. A Odontologia no contexto sanitário brasileiro dos anos 1980**

Primeiramente, cabe compreender que a odontologia no contexto sanitário brasileiro visa se desenvolver no sentido de ser um trabalho organizado no âmbito da comunidade, na comunidade e para a comunidade, objetivando obter as

melhores condições básicas e médias para a população no que diz respeito a saúde oral (NARVAI, 2006).

No entanto, nossa odontologia sanitária focava exclusivamente a doença e suas sequelas, dando ênfase aos gastos e não preocupada com a saúde especificamente. Apenas utilizava algumas tímidas e setoriais ações preventivas de natureza coletiva e individual, o que não impedia a doença de progredir, gerando a necessidade de utilizar serviços com maior complexidade para o tratamento e, conseqüentemente, com maior custo.

Segundo Córdon (1985) para se compreender as questões odontológicas no Brasil, faz-se necessário um levantamento histórico de seu desenvolvimento, uma vez que abordam as relações do aparecimento dos problemas de saúde e doença bucal, as formas de prática odontológica e o desenvolvimento do saber científico e tecnológico e, ainda, as modificações epidemiológicas estruturais.

A partir dos anos 1950, foi desenvolvida no país uma prática pública assistencialista que atendia o indivíduo que buscava atendimento, na maioria das vezes pela dor, igualando-se a prática da clínica privada. Após esse período, houveram mudanças, por meio da implementação do Sistema Incremental de Atendimento, pela Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (F-SESP), que teve a finalidade de dirigir a atenção ao grupo epidemiológico mais vulnerável, ou seja, na faixa etária dos 6 aos 12 anos (CHAVES, 1986). E, em 1953 teve início a fluoretação<sup>10</sup> das águas de abastecimento público, como primeira ação coletiva voltada à prevenção da patologia mais prevalente, a cárie dentária.

A partir de 1964, iniciou-se o processo de privatização dos serviços de saúde no país, culminando com o modelo industrial da Medicina e Odontologia, onde as multinacionais de saúde e as empresas odontológicas passaram a acumular o lucro proveniente das atividades de saúde financiadas pelo Estado.

Nos anos 70, a crescente concentração de renda e dos meios de produção no país, principalmente nos grandes centros urbanos, acarretou um intenso

---

<sup>10</sup> A fluoretação das águas constituiu, neste período, a ação mais universalizante e equânime em saúde bucal desenvolvida pela Fundação SESP.

deslocamento da população rural, na qual os indivíduos procuravam oportunidades de emprego e melhores condições de vida. Isso gerou uma grande concentração populacional e aumento da periferia urbana, gerando a necessidade de implementação de programas de odontologia comunitária nestes locais.

Em 1975, a Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP), com apoio da Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO), criou um programa odontológico inovador denominado “Prolatino” – Programa de Formação do Cirurgião Dentista para a Realidade Latino-Americana. O referido Programa, que contou também com apoio do Ministério de Educação, contou entre seus professores orientadores Volnei Garrafa e Jorge Cordón, este vindo da Guatemala, dois profissionais que nos anos subsequentes estiveram bastante envolvidos com os avanços e lutas registradas no campo da saúde bucal no Brasil. O referido projeto tinha como fundamentação a simplificação dos equipamentos, de instrumental e das ações odontológicas com manutenção da qualidade, bem como se sustentava na teoria da desmonopolização do conhecimento, apoiando a descentralização de atividades clínicas mais simples para pessoal auxiliar.

Nesta mesma época, no meio estudantil, surgiu a União Nacional de Estudantes de Odontologia (UNEO), braço da União Nacional de Estudantes (UNE), que passou a organizar eventos acadêmicos bastante politizados e reivindicativos que foram chamados de Encontros Científicos dos Estudantes de Odontologia (ECEOs). Muitos líderes da odontologia brasileira nas décadas seguintes foram forjados nestes dois movimentos, importantes na época e sobre eles se comentará mais adiante no presente estudo.

Ainda nesta década, em 1978, realizou-se a Conferência de ALMA-ATA, no Cazaquistão, antiga União Soviética, a qual introduziu o conceito de atenção primária, forçando a segunda grande mudança no modelo de assistência em Odontologia, levando à implementação de ações de atenção primária nessa área, associadas a diferentes formas de novas tecnologias, na época denominadas de “tecnologias apropriadas”. Este contexto incluiu a teoria e prática da simplificação de técnicas, materiais e equipamentos, ampliando o horizonte no que diz respeito à

atuação do pessoal auxiliar<sup>11</sup>, tendo como foco principal a ampliação da cobertura e diminuição dos custos operacionais (OMS/UNICEF, 1979). No entanto, como afirmou Cordón, tais iniciativas não mudaram o modelo hegemônico desenvolvido e em consequência não atingiram os objetivos de modificar os perfis de saúde bucal da população:

Os níveis de política de saúde bucal eram inexistentes, sendo que somente em 1982 surge um grupo de trabalho no MS, instituição que até então não tinha este setor, surgindo algumas propostas que paralelamente vão se organizando através de uma proposta única, produzida no M. Previdência (...) com a proposta de reorientação da assistência - CONASP. A nível estadual e municipal alguns esforços eram realizados no sentido de ampliar as redes de serviços, sem ter os recursos necessários e em todo caso, privilegiando a odontologia individual (1985, p. 55).

Um dos desdobramentos do Plano de Reorientação à Assistência a Saúde no Âmbito da Previdência Social do Conselho Consultivo de Administração e Saúde Previdenciária (CONASP), foi o Programa de Reorientação da Assistência Odontológica (PROAD). Já em 1983, surgem as Ações Integradas de Saúde - AIS, um dos componentes mais discutidos do Plano CONASP e que tinha como escopo básico a concepção de uma melhor utilização da rede de serviços básicos por meio de convênios firmados entre os Ministérios da Previdência e Assistência Social, Saúde, Educação e Secretarias Estaduais de Saúde, com incorporação posterior dos municípios. O repasse de recursos era feito diretamente da União para os órgãos públicos de atendimento, tendo como base de pagamento a produção de atos odontológicos por Unidade de Serviço (US). Assim, foi estabelecido no item 4 das Normas Gerais Aplicáveis às Ações Integradas de Saúde:

Integralidade das Ações de Saúde, superando as dicotomias preventivo/curativo, individual/coletivo, ambulatorial/hospitalar e no item 9. O Planejamento da Cobertura Assistencial, a partir das necessidades de

---

<sup>11</sup> Como estratégia de racionalização surge, ainda na FSESP, com total apoio das organizações odontológicas progressistas que começavam a surgir no país e sobre as quais se falará mais adiante, a noção de equipe odontológica, com técnicos de higiene dental (THD) e auxiliares de consultório dental (ACD). A incorporação dessas categorias profissionais à rotina da clínica odontológica foi talvez, a grande contribuição desse modelo de programação, que vai representar, a partir dos anos 80, um avanço significativo nas novas estratégias de programação fora do espaço da clínica (INÁCIO, 2003, p. 25).

atendimento da população, com parâmetros e estratégia assistências de melhor relação custo/benefício (BRASIL/MS, 1983)<sup>12</sup>.

Por essas ações foram promovidas algumas situações, tais como: o fortalecimento da rede ambulatorial, a contratação de recursos humanos e, principalmente, a integração com os municípios. No entanto, no que diz respeito às questões fundamentais como a participação popular na elaboração das políticas de saúde bucal, a revisão do papel dos serviços privados e a forma de arrecadação de verbas a serem investidas no setor, essas ficaram apenas no campo teórico das discussões.

Na segunda metade da década de 80, houve dois importantes marcos para a saúde bucal no país: A I Conferência Nacional de Saúde Bucal (Brasil, 1986), realizada conjuntamente com a VIII Conferência Nacional de Saúde e a promulgação da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988). Essa I Conferência marcou o início da luta pelo direito à saúde bucal, como básico à cidadania, preconizada em seu relatório final:

O Programa Nacional de Saúde Bucal deverá estar inserido no Sistema Único de Saúde, universalizado, hierarquizado e descentralizado, com a municipalização dos serviços e fortalecimento do poder decisório municipal, bem como a garantia de uma prática odontológica integral baseada na simplificação<sup>13</sup>, desmonopolização<sup>14</sup>, prevenção e, ainda, a formulação do Programa Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 1986).

---

<sup>12</sup> A principal ferramenta teórica utilizada pela odontologia sanitária para diagnosticar e tratar os problemas de saúde oral da comunidade foi denominada de "Sistema incremental". Pinto 2000 o conceitua como "método de trabalho que visa o completo atendimento dental de uma população dada, eliminando suas necessidades acumuladas e posteriormente mantendo-a sob controle segundo critérios de prioridades quanto a idades e problemas", assinalando a previsão de "uma ação horizontal por meio de um programa preventivo, o qual controla a incidência dos problemas, e uma ação vertical por meio de um programa curativo, solucionando os problemas prevalentes. Paralelamente, um programa educativo fornece apoio a estas ações". O autor ressalta que, embora usualmente empregado em escolares, por razões operacionais, "sua metodologia geral, com algumas modificações, pode ser facilmente aplicada a outros grupos".

<sup>13</sup> Segundo Narvai (2002, p.53), a expressão odontologia simplificada apareceu no discurso odontológico brasileiro nos anos 70 como crítica à odontologia científica. A mesma expressão vinha sendo utilizada também em outros países da América Latina. A teoria da simplificação era definida como uma prática que permitia, mediante padronização, a diminuição de procedimentos, tornando mais simples e barata a odontologia, sem alterar a qualidade dos trabalhos realizados. Ao tornar-se mais produtiva, viabilizaria os programas de extensão de cobertura.

<sup>14</sup> O conceito de desmonopolização do saber odontológico, pretendia a superação do monopólio profissional pela difusão dos conhecimentos científicos e tecnológicos e dos benefícios da atenção odontológica, o que constitui o

Os direitos estabelecidos na I Conferência Nacional de Saúde Bucal foram consagrados por meio da promulgação da Constituição Federal de 1988, abrindo-se uma nova fase de luta para a sua efetivação.

Um fato relevante ocorrido neste mesmo período foi a criação da Divisão Nacional de Saúde Bucal no Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 420, de 24 de agosto de 1987, subordinada à Secretaria Nacional de Programas Especiais do Ministério da Saúde (BRASIL/MS, 1987), como organismo de gestão central para o setor. No ano seguinte foi aprovada a Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 1988a) que apresentava cinco pilares principais: 1º) A universalização do atendimento; 2º) A participação comunitária; 3º) A descentralização; 4º) A hierarquização das ações e, 5º) A integração das instituições Federal, Estaduais e Municipais.

Ficaram estabelecidas as seguintes prioridades: 1º) Dos Grupos populacionais de 2 a 5 anos; de 6 a 12 anos; de 13 a 19 anos; e dos adultos; 2º) Dos Danos - A cárie dental; as doenças periodontais; os problemas dento-maxilo-faciais e ortodônticos; o câncer bucal; as infecções viróticas (hepatite, AIDS, herpes).

Também foi a Divisão Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde a responsável pela publicação dos resultados do Levantamento Epidemiológico (BRASIL, 1988b), pela implantação do Programa Nacional de Cárie Dentária (PRECAD) e por outros cursos para Agentes Básicos de Saúde Bucal que atuavam em localidades sem Cirurgiões Dentistas; pela elaboração das normas para controle de registros de dentifrícios fluoretados e de soluções para enxaguatórios orais diários com flúor; e pelos estudos sobre viabilização do uso do sal de cozinha como veículo preventivo.

Contudo, apesar de todas essas conquistas e avanços na direção dos princípios da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde (SUS), a prática odontológica, em sua essência, continuava prestando serviço às classes dominantes e relacionando o seu labor diário com as formas mercantilistas, priorizando a doença

---

ponto fundamental para viabilização do controle social dos serviços, pela população, além, naturalmente de ter sido o marco teórico fundamental para ampliação do campo de atuação de tecnologia auxiliar no campo da odontologia.

e não a saúde (PRETTO, 1992). A atenção predominante do setor público continuava sendo direcionada aos escolares do 1º grau, ao atendimento das urgências em adultos, ao custo elevado de seus insumos, a utilização de recursos humanos pouco preparados para atuar nos serviços públicos e a inexistência de integração com as demais áreas da saúde (SOUZA, 1991).

A partir dos anos 90, com a mudança da estratégia de programação acrescentando-se ao termo saúde bucal a palavra “coletiva”, aconteceram mudanças nas prioridades em relação aos procedimentos e parâmetros de atendimento, conforme aborda-se mais adiante.

## **2.7. A Bioética no contexto da saúde pública brasileira – A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (DUBDH)**

Antes de o presente trabalho adentrar no contexto da saúde pública, cabe o entendimento do conceito e da evolução da Bioética, na qual sua incorporação no meio acadêmico contemporâneo ocorreu por meio da publicação do livro *Bioethics – a bridge to the future* – do cancerologista estadunidense Van Rensselaer Potter<sup>15</sup>16, em 1971 (POTTER, 1971). A preocupação central do autor eram as questões éticas relacionadas à sobrevivência humana no seu mais amplo sentido, incluindo, além das questões humanas e animais, os temas ambientais e o próprio ecossistema terrestre, bem como o desenvolvimento científico e tecnológico acelerado e descontrolado.

Embora a paternidade do neologismo “bioética” fosse de Potter, imediatamente após sua divulgação o Instituto Kennedy de Ética, da Universidade de Georgetown, Estados Unidos da América (EUA), incorporou-a às suas atividades, dando-lhe, no entanto, um sentido diferente daquele proposto originalmente. A nova versão reduziu a bioética aos temas biomédicos e biotecnológicos, relacionados à relação dos profissionais de saúde com seus pacientes e dos pesquisadores e instituições patrocinadoras de pesquisas com os sujeitos das mesmas. Esta construção epistemológica mais reduzida da bioética surgiu como decorrência dos

---

<sup>15</sup> Potter foi um pesquisador de alta respeitabilidade acadêmica, tendo sido durante vários anos presidente do *National Cancer Institute*, dos Estados Unidos da América (EUA), encerrando sua carreira com mais de 360 artigos publicados nas principais revistas científicas do mundo.

escândalos que estavam sendo registrados nos EUA, naquela época, com relação a abusos inaceitáveis sofridos por pacientes em diferentes situações, seja de atenção médica propriamente dita, seja em projetos de pesquisa (BEECHER, 1966; GARRAFA & PRADO, 2001; GARRAFA & LORENZO, 2008). Entre estes abusos, o mais conhecido é o caso Tuskegee, onde aproximadamente 600 negros sífilíticos do Estado de Alabama, foram mantidos sem tratamento entre os anos 1930 e 1972 para que se tivesse acesso aos melhores dados que favorecessem o estudo da história natural da doença. Com a publicação destes dados, o governo estadunidense nomeou uma comissão nacional para propor mudanças drásticas no modelo então vigente naquele país. O documento final elaborado por essa Comissão, chamado Belmont Report, foi fundamental para o início desta nova bioética biomédica e biotecnológica.

Foi com essa referência conceitual e prática restrita ao campo biomédico, portanto, que a bioética foi reconhecida nos anos 1970, se consolidando pelo mundo todo nos anos 1980 e 1990. Com a fundação da International Association of Bioethics - IAB, em 1992, e a realização do Quarto Congresso Mundial de Bioética (Tóquio, Japão, 1998, que teve como tema oficial Global Bioethics) e o Sexto Congresso Mundial de Bioética (Brasília, Brasil, 2002, que teve como tema oficial Bioethics, Power and Injustice) esse quadro começou a mudar, retomando os rumos originais preconizados por Potter. Temas como o acesso à saúde pública, as diferentes formas de vulnerabilidade humana e a exclusão social, assim como as questões ambientais, entre outras, que até então eram tratadas apenas tangencialmente pela bioética, começaram a ter espaço na nova construção da agenda da disciplina para o início do Século XXI (GARRAFA, 2005).

Diante desse cenário, a UNESCO decidiu, em 2003, 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). A participação do Brasil nesse processo foi intensa em todas as etapas de elaboração

dos documentos preparatórios e, principalmente, nas fases decisivas de elaboração do documento final (BARBOSA, 2006).

A construção da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO gerou uma grande divisão entre as posições dos países do Hemisfério Norte (na sua grande maioria, ricos) e do Hemisfério Sul (pobres e em desenvolvimento) do mundo. Enquanto os primeiros desejavam que a Declaração se restringisse aos temas essencialmente biomédicos e biotecnológicos, devido a questões de fundo econômico relacionado ao tema da produção e patentes de medicamentos, principalmente, os segundos defendiam um documento mais politizado que incluísse definitivamente na agenda da bioética as questões sanitárias (acesso à saúde e a novos medicamentos, por exemplo), sociais (exclusão, pobreza, vulnerabilidade...) e ambientais (qualidade da água, respeito à biodiversidade...).

Venceu a proposta dos países do Sul e a pauta sobre bioética do novo século passou a incorporar temas que antes estavam distantes dos objetivos originais da temática. As duas reuniões dos chamados “experts governamentais” realizadas no primeiro semestre de 2005, na UNESCO, em Paris, foram paradigmáticas, significando um divisor de águas epistemológico. A bioética, que se preocupava até então com a descrição, interpretação e análise mais horizontalizada, asséptica e distanciada dos conflitos relacionados com a vida humana, passou a incorporar referencial mais interventiva e ampla, relacionada diretamente com o campo da chamada ética aplicada (GARRAFA, 2006).

Como o Brasil teve papel de destaque na construção desse novo referencial teórico e prático, o compromisso do país é grande no sentido não só da maior divulgação possível do documento, mas também na sua discussão, aprofundamento e, principalmente, na sua aplicação concreta nos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário. Este tópico ficou bem explicitado no artigo 22 do capítulo da Declaração que trata da “Promoção da Declaração”, onde, ao se referir ao “Papel dos Estados”, diz:

Os Estados devem tomar todas as medidas adequadas de caráter legislativo, administrativo ou de qualquer natureza, de modo a implementar os princípios estabelecidos na presente Declaração e em conformidade com o direito internacional e com os direitos humanos. Tais medidas devem ser

apoiadas por ações nas esferas da educação, formação e informação ao público (UNESCO, 2005).

A bioética brasileira é tida como “tardia” no contexto internacional uma vez que, como registro histórico, surgiu formalmente apenas com a criação da revista *Bioética*, do Conselho Federal de Medicina, em 1993 (GARRAFA, 2000). No entanto, seu desenvolvimento tem sido surpreendentemente rápido. Com a criação da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB), em 1995, dez congressos nacionais já foram promovidos pela entidade a cada dois anos desde 1996, além de um Congresso Mundial do qual participaram 1400 pesquisadores de 62 países, no ano de 2002 e um do Mercosul que contou com mais de 800 participantes (Foz do Iguaçu, 2005).

No contexto público brasileiro, além da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), criada em 1996 por meio da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e hoje contando com quase 1000 Comitês Locais de Ética em Pesquisa (CEP) no país, e da Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (CTNBio), do Ministério da Ciência e Tecnologia, criada em 2005 por meio da chamada “Lei de Biossegurança”, está 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 com os Projetos de Lei que o Executivo envie futuramente ao Legislativo nos 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).

O processo de elaboração da proposta brasileira do Projeto de Lei 6032/2005 foi considerado tão rico e exemplar tanto na sua composição como na forma como foi construído, com audiências públicas desenvolvidas em seis capitais brasileiras, além de uma ampla consulta via internet (CORRÊA E GARRAFA, 2005). A referida proposta foi considerada por técnicos da UNESCO como exemplar para se seguida por outros países, a ponto dessa proposta ter sido publicada em uma revista científica do campo da ética com forte repercussão internacional (GARRAFA E TENHAVE, 2011).

É importante registrar que desde a década de 90, pesquisadores nacionais pioneiros na área da Bioética incluíam os temas relacionados com a saúde pública no Brasil de forma sistemática e consistente em seus estudos e publicações (GARRAFA, 1995; SCHRAMM, 1996). Apesar de o contexto geral ter ficado no início completamente vinculado à teoria que restringia a bioética a quatro princípios pretensamente universais (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça) – como no caso da construção da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que criou a Comissão Nacional de Ética na Pesquisa com Seres Humanos/CONEP – uma forte corrente da bioética brasileira foi gradativamente aprofundando e consolidando esta relação (PORTO e GARRAFA, 2011). Atualmente, as temáticas sanitárias e sociais fazem parte rotineira dos principais congressos nacionais do setor (GARRAFA, 2011 e SCHRAMM, 2011).

Todo este processo dinâmico foi reconhecido internacionalmente e incorporado à nova agenda acadêmica mundial a partir das discussões relacionadas com a construção da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO, homologada em Paris, em 19 de outubro de 2005 com unanimidade dos 191 países-membro daquela Organização (UNESCO, 2005). É indispensável registrar que o Brasil teve papel decisivo tanto no encaminhamento como na aprovação do referido documento (GARRAFA, 2006).

Essa Declaração foi aprovada com 28 artigos que ampliaram definitivamente a pauta bioética do século 21 para além dos campos inicialmente biomédicos e biotecnológicos já referidos, incorporando também as temáticas sanitárias (acesso a cuidados de saúde de qualidade, apoio a serviços de saúde, oferta de novas modalidades diagnósticas e terapêuticas ou de produtos resultantes de pesquisas...), sociais (fome, analfabetismo, exclusão social, discriminação, estigmatização, ...) e ambientais (acesso a água limpa e oxigênio puro, preservação da biodiversidade e do ecossistema) (BARBOSA, 2010).

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO adverte que "é desejável desenvolver novas abordagens para a Responsabilidade Social para Progresso, visando garantir que a ciência e tecnologia contribua para a justiça e a equidade, de forma a servir os interesses da Humanidade" (Ibidem).

Nesse contexto destacamos os artigos 10, 14 e 15 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (2005), concentrando-se nos aspectos relativos à vulnerabilidade e à responsabilidade social, destacados e interpretados como fatores orientadores para o Brasil, bem como nos remetem aos princípios básicos destacados no processo de construção democrática do direito à saúde a todos - sem distinção:

#### **Artigo 10 – Igualdade, Justiça e Equidade**

A igualdade fundamental entre todos os seres humanos em termos de dignidade e de direitos deve ser respeitada de modo que todos sejam tratados de forma justa e eqüitativa.

#### **Artigo 14 - Responsabilidade Social e Saúde**

a) A promoção da saúde e do desenvolvimento social para a sua população é objetivo central dos governos, partilhado por todos os setores da sociedade.

b) Considerando que usufruir o mais alto padrão de saúde atingível é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, convicção política, condição econômica ou social, o progresso da ciência e da tecnologia deve ampliar:

(i) o acesso a cuidados de saúde de qualidade e a medicamentos essenciais, incluindo especialmente aqueles para a saúde de mulheres e crianças, uma vez que a saúde é essencial à vida em si e deve ser considerada como um bem social e humano;

(ii) o acesso a nutrição adequada e água de boa qualidade;

(iii) a melhoria das condições de vida e do meio ambiente;

(iv) a eliminação da marginalização e da exclusão de indivíduos por qualquer que seja o motivo; e

(v) a redução da pobreza e do analfabetismo.

Na subseção "a" do artigo 14, é expressa a promoção da saúde para os povos como papel essencial dos governos compartilhado por todos os setores da sociedade. A saúde pública tem como objetivo assegurar a existência de condições

para que as pessoas possam permanecer saudáveis. Assim, fora o medicamento, o que enfatiza a reabilitação curando os doentes, a saúde pública tem objetivos de promoção e prevenção de moléstias, incapacidade e morte prematura de saúde. O conceito moderno de saúde vai além da assistência médica para abranger as dimensões sociais mais amplas de bem-estar individual e coletivo (BERGEL, 2006).

No parágrafo "b", refere-se "o gozo do mais alto nível possível de saúde que pode ser alcançado é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, condição política, econômica ou social", praticamente o mesmo conceito do preâmbulo do estatuto da Organização Mundial de Saúde (OMS). O que reafirma ser inquestionável o acesso e o cuidado para com a saúde pública, em um contexto universal.

Assim, as intervenções de saúde devem responder mais do que a mera necessidade do está sendo manifestado, seja de uma determinada doença ou sintoma. É essencial corrigir os riscos desproporcionados associados com a pobreza e não apenas afetos associados a esses riscos. A ação do Estado sobre os determinantes da saúde é o melhor antídoto contra qualquer epidemia ou doença.

A ênfase ao Artigo 14 se dá diante a clareza em que descreve a promoção da saúde e do desenvolvimento social, como sendo objetivo central de qualquer governo democrático, que aspira usufruir o mais alto padrão de saúde atingível, uma vez que já faz parte dos direitos fundamentais de todo ser humano.

#### **Artigo 15 – Compartilhamento de Benefícios**

a) Os benefícios resultantes de qualquer pesquisa científica e suas aplicações devem ser compartilhados com a sociedade como um todo e, no âmbito da comunidade internacional, em especial com países em desenvolvimento.

Para dar efeito a esse princípio, os benefícios podem assumir quaisquer das seguintes formas:

- (i) ajuda especial e sustentável e reconhecimento aos indivíduos e grupos que tenham participado de uma pesquisa;
- (ii) acesso a cuidados de saúde de qualidade;
- (iii) oferta de novas modalidades diagnósticas e terapêuticas ou de produtos resultantes da pesquisa;
- (iv) apoio a serviços de saúde;

- (v) acesso ao conhecimento científico e tecnológico;
  - (vi) facilidades para geração de capacidade em pesquisa; e
  - (vii) outras formas de benefício coerentes com os princípios dispostos na presente Declaração.
- b) Os benefícios não devem constituir indução inadequada para estimular a participação em pesquisa.

Observa-se que o caminho inicial da bioética no Brasil, quanto à formulação de linhas autóctones de estudo e pesquisa, se deu em relação ao processo histórico que consolidou a Reforma Sanitária nacional e o que contempla o tema da saúde como fator de inclusão social (PORTO, 2006).

Deste estudo surgiram outras categorias teóricas que atendem as recomendações da UNESCO as quais relacionam com a dimensão social relacionada aos mais vulneráveis; com a identificação das desigualdades sociais; com a qualidade das pessoas e com os próprios direitos humanos (PORTO e GARRAFA, 2011).

A bioética brasileira tem apresentado uma produção considerável por meio de numerosas publicações científicas e de variada programação de atividades apresentadas nos seus congressos periódicos. É interessante salientar para os propósitos do presente estudo, que significativa parcela dessa produção acadêmica tem se voltado muito especialmente para questões relacionadas com as desigualdades sociais, equidade, responsabilidade individual e coletiva quanto à saúde, má distribuição de renda, racismo e justiça (GARRAFA, 1995; ANJOS, 1997; GARRAFA, OSELKA, DINIZ, 1997; SCHRAMM, 1997; SIQUEIRA, 1997; FORTES & ZOBOLI, 2003; GARRAFA, 2005).

Assim, observa-se uma relação direta entre o processo da Reforma Sanitária e o perfil da bioética desenvolvido no Brasil. Considerando as áreas de atuação, a análise dos marcos teóricos, os sujeitos e os parâmetros norteadores. Por um lado, a Reforma Sanitária incorporou a dimensão social na análise do processo de saúde e adoecimento da população, por outro, a bioética brasileira reflete essa preocupação, devido ao significativo número de trabalhos publicados recentemente e que relacionam os campos da bioética e da saúde pública. Nessa linha, a Reforma Sanitária enfatizou expressivamente a reivindicação da universalização do acesso

aos serviços de recuperação da saúde, cujos aspectos da saúde pública são determinantes para a qualidade de vida de indivíduos, grupos, segmentos e populações, tais como: ambiente, condições geográficas, acesso à água e alimentação, considerando as especificidades fisiológicas e comportamentais de grupos e segmentos populacionais, bem como as estratégias coletivas adotadas frente a sua situação e condições de vida. Da mesma maneira, a bioética reproduz essa trajetória, consolidando-se como campo transdisciplinar de produção de conhecimento, cujo ordenamento metodológico e disciplinar congrega e dialoga com referências de diferentes fontes, articuladas de maneira a descrever, analisar e propor soluções aos impasses éticos que se antepõem à saúde, na acepção ampla de qualidade de vida (GARRAFA, 2006).

A partir da leitura dos artigos nºs 10, 14 e 15 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (DUBDH, 2005), supracitados, bem como entendimento da própria DUBDH, reporta ao atual quadro sanitário brasileiro no sentido de verificar a construção histórica que está sendo aplicada, bem como seus resultados e práticas no âmbito do Governo brasileiro.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo Geral**

Analisar as informações disponíveis no país sobre a atual Política Nacional de Saúde Bucal, visando comprovar se esta atende ao artigo 14 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, no que tange à Responsabilidade Social do Estado.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

3.2.1. Estudar o processo histórico de construção da atual Política Nacional de Saúde Bucal, desde seus antecedentes até os dias atuais.

3.2.2 Aprofundar subsidiariamente a relação entre a atual Política Nacional de Saúde Bucal e o cumprimento dos Artigos 10 e 15 da Declaração Universal sobre Bioética dos Direitos Humanos da UNESCO que tratam, respectivamente, da “Igualdade, Justiça e Equidade” e do “Compartilhamento de Benefícios”.

3.2.3 Analisar, à luz do Sistema Único de Saúde e suas repercussões, as ações e o papel exercido pelo Estado com relação à implantação da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil.

#### 4. METODOLOGIA

O trabalho será desenvolvido a partir de um estudo de caso - a construção histórica da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil - tendo como referência teórica básica o artigo 14 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO que trata da "Responsabilidade Social e Saúde", e como referências secundárias – específicas – os artigos 10 e 15 que tratam, respectivamente de "Igualdade, Justiça e Equidade" e "Compartilhamento de Benefícios". O estudo será desenvolvido com base na análise histórica e crítica de documentos públicos produzidos no longo processo de mais de trinta anos, além de consultas a revistas científicas, atas de entidades associativas, anais com conclusões de eventos e outros instrumentos que possam refletir os fatos relacionados com o desenvolvimento do tema aqui focado. A opção metodológica escolhida tem como base a concepção de que ao se analisar de modo organizado e lógico o andamento e a construção teórico-prática e política desse processo denominado academicamente de "estudo de caso", é possível compreender as interações ocorridas e produzidas em todo seu transcurso, com seus significados simbólicos e também factuais que se refletem e se concretizam na própria história do assunto em análise.

Em que pese algumas restrições e limitações relacionadas com o modelo de "estudo de caso", cujas peculiaridades mais significativas incidem no risco da generalização do particular, este tipo de abordagem metodológica é capaz de registrar com significativa possibilidade de acerto a arquitetura e distribuição espacial dos fatos e do conhecimento que está sendo pesquisado. Esta representação alcançada pode ir além da mera descrição horizontal de fatos ou objetos específicos que estão sendo pesquisados ou mesmo de diferentes situações isoladas, podendo alcançar significados coletivos e amplos, explícitos, sentidos explícitos, eixos de tensão e mesmo contradições e resistências subjacentes à constituição da realidade em análise. Todas essas possibilidades acima elencadas se sustentam na premissa de que é possível conhecer as relações e os fatores que interferem no caso estudado e buscar as razões que sustentam o quadro encontrado (CAMPOS, 1999).

Este estudo de natureza qualitativa, portanto, parte do estudo feito sobre o processo histórico de desenvolvimento da Reforma Sanitária Brasileira, desde a década de 1970, incluindo a criação do Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica (MBRO), a realização dos Encontros Científicos dos Estudantes de Odontologia (ECEOs), chegando até a Constituição Federal de 1988 com seu conceito ampliado de direito à saúde, a fundação da Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO), e com a consequente definição e implantação do Sistema Único de Saúde.

Toda a análise metodológica empreendida na pesquisa para chegar até esse ponto da tese, cujo objeto final é a Política Nacional de Saúde Bucal, por meio do programa Brasil Sorridente, passou pelo estudo cuidadoso da documentação disponível com relação aos seguintes eventos e momentos históricos indispensáveis à completude da pesquisa: a 8ª. Conferência Nacional de Saúde de 1986; a 1ª. Conferência Nacional de Saúde Bucal de 1986 e acessoriamente a Segunda e Terceira Conferências realizadas, respectivamente, nos anos 1993 e 2004; a participação da Plenária Nacional de Saúde com conseqüentes decisões relacionadas com a evolução e regulação do SUS; a construção inicial da regulamentação do setor sanitário brasileiro por meio da Lei Orgânica nº 8080/1990 e da Lei nº 8142/1990, das Normas Operacionais Básicas (NOBS) e da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS); e, finalmente, a consulta metodológica termina com a pesquisa relacionada com os avanços e retrocessos constatados com relação às próprias práticas odontológicas públicas e privadas desenvolvidas no Brasil nos anos 1980 chegando à efetivação ainda frágil de uma Política Nacional de Saúde Bucal.

Cabe destacar que ao pesquisar para construir a presente tese, o autor encontrou a si mesmo em vários momentos da história narrada. Assim, a necessidade da assunção da condição de sujeito implicado. Todo sujeito que se vê na tarefa de produzir conhecimento científico é, em sentido lato, um sujeito implicado. Contudo, o desenvolvimento do modo de produzir esse tipo de conhecimento fez surgir, também, mecanismos aceitos pelas comunidades epistêmicas capazes de controlar a implicação. O pressuposto da neutralidade da ciência é visto hoje, majoritariamente, como uma quimera. Os que escolhem

enfrentar as dificuldades se deparam, com a necessidade de encontrar meios de, sem recusar ou negar sua implicação como sujeito individual ou coletivo, controlar os possíveis enviesamentos de origem política, ideológica, econômica, cultural ou outra, que possam comprometer-lhes a qualidade e até mesmo a validade do trabalho científico, fragilizando-o e tornando-o vulnerável sob diferentes aspectos (MARTINS FILHO & NARVAI, 2013).

A pesquisa termina metodologicamente com o estudo comparativo feito entre os resultados globais obtidos, incluindo dados atualizados sobre o Programa Brasil Sorridente, a mais recente realização pública nacional na área e as primeiras repercussões democráticas obtidas no setor da saúde bucal, e o conteúdo dos artigos da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos anteriormente elencados.

## **5. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **5.1. A construção de uma Política Nacional de Saúde Bucal**

De acordo com os dados colhidos pela metodologia utilizada no presente trabalho, após as consultas feitas às diferentes fontes de informação disponíveis, foi possível traçar um histórico de todo o processo, chegando a uma aproximação ao que existe atualmente no Brasil na área da saúde bucal como uma proposta de construção pública. Assim, o presente capítulo inicia discorrendo sobre o pioneirismo crítico verificado no país nos anos 1970, durante a ditadura, e o voluntarismo de alguns pesquisadores pioneiros que militavam na área, incluindo a realização dos Encontros Científicos os Estudantes de Odontologia (ECEOs). Logo a seguir, no início dos anos 80, o estudo chega até as ações desenvolvidas pelo Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica (MBRO) e os Encontros dos Técnicos dos Serviços Públicos de Odontologia (ENATESPO), além da fundação da Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO). O capítulo discorre, ainda, sobre as três primeiras Conferências Nacionais de Saúde Bucal - muito especialmente a Primeira, de forte conteúdo técnico, grande força política e cujas conclusões até hoje continuam atualizadas - chegando à efetivação da Política Nacional de Saúde Bucal e seus desdobramentos, como as primeiras repercussões da democracia no setor de saúde bucal.

#### **5.1.1 O pioneirismo crítico dos anos 1970 – voluntarismo e os ECEOs**

A Odontologia começou a crescer desde o ano de 1933 com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que inicialmente objetivavam apenas a extração dentária, verdadeira ação multiladora, não havendo preocupação ou qualquer tipo de cuidado no tratamento, tampouco havia consciência de seus valores biológicos frente às exigências orgânicas mínimas. Ao se desprezar o tratamento conservador, além das inúmeras penalidades impostas ao organismo, ainda eram cometidas agressões estéticas, que mais tarde seriam reconhecidas como de alto valor no equilíbrio psicoemocional do ser humano (LANA, 1984).

Na década de 60 ocorreram diversos movimentos que iniciaram o processo de ampliação da opinião pública que visava o bem estar social para o Brasil. No

entanto, com o golpe de 1964, a força da coerção interrompeu esse processo, inibindo as bases políticas e acelerando o processo de industrialização na economia brasileira. Nesse contexto, a Previdência Social e seu modelo de assistência médica cresceram, limitando o alcance das propostas gerenciais do Sanitarismo Desenvolvimentista das décadas de 50 e 60. Dando ênfase à Medicina Previdenciária (o que incluiu a odontologia), individual e assistencial, as ações e serviços tradicionalmente executados pelo Ministério da Saúde e as inovações propostas pelos sanitaristas da época foram sendo menosprezadas, visto que os registros orçamentários a época evidenciaram claramente o descaso com a saúde coletiva (BRAGA & PAULA, 1981; BUSS et al. *apud* OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1985).

Na Previdência, durante os primeiros anos da ditadura militar, a criação e a operação dos mecanismos de proteção sanitário-bucal observaram as tendências setoriais de ampliação da intervenção governamental, concomitantemente com o fenômeno da privatização do Estado. As ações das burocracias subsetoriais manifestadas por meio de medidas públicas de gerenciamento das demandas limitaram-se basicamente à ampliação do acesso à prática profissional corrente. Promoveu-se um maciço credenciamento de profissionais que radicavam suas práticas em clínicas privadas, ocorrendo despreocupação com bem-estar social, tanto nos aspectos de universalidade e equidade, quanto na qualidade dos serviços prestados, ou ainda quanto às dimensões dos direitos de cidadania inerentes. Em outras palavras, a lógica de constituição e expansão das estruturas públicas de proteção sanitário-bucal caracterizou-se com um mal-estar social na Esfera Pública setorial brasileira.

Em 1966, quando todos os Institutos foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), com mais de três décadas de história da Odontologia Previdenciária, finalmente foram definidas diretrizes gerais nacionais para o atendimento uniformizado às populações previdenciárias. Entretanto, o instrumento institucional utilizado, o Ato Normativo nº 47 de 17 de outubro de 1969, nivelou por baixo a assistência odontológica ao manter e reforçar o padrão de intervenção até então praticado, ou seja, cirurgia oral menor com a extração dos dentes com focos de infecção facilitada pela conduta diagnóstica auxiliada pelos raios-X; estabelecimento de metas na cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial maior,

ortodontia para portadores de defeitos congênitos como complemento à cirurgia plástica restauradora, de acordo com os recursos disponíveis; e, a instituição do tratamento odontopediátrico não-programático, de livre demanda, incluindo a profilaxia da cárie dentária.

Em meados da década de 70 a situação começou a mudar. A ideia de Sistema Nacional de Saúde apresentou soluções gerenciais da burocracia sanitária como estratégia de redução dos gastos governamentais com saúde num período marcado por crises. O setor reproduziu no seu interior as limitações e tensões desencadeadas num contexto global de crise econômica internacional do pós-1973 que intensificou as disputas pelos capitais reunidos nos fundos públicos governamentais. A primeira maior medida implementada na Previdência foi a organização das suas instituições sob uma lógica operacional mais racional. Nesses marcos, criou-se em 1º de maio de 1974, um ministério exclusivo para os assuntos previdenciários, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).

Nesse período, a expansão das medidas odontológicas na Previdência atingiu um forte ritmo de crescimento quando foi favorecida pela expansão das bases orçamentárias do Estado como estratégias ao processo de crescimento econômico. Seja por meio de serviços próprios ou terceirizados (convênios e credenciamentos), a Previdência financiou um aumento significativo da oferta odontológica, ainda que de baixa qualidade e de alto grau de mutilação. Essa proteção sanitário-bucal foi oferecida aos trabalhadores urbanos, pelo INPS; aos trabalhadores rurais, pelo FUNRURAL (ou Contribuição Social Rural); aos mais carentes, eventualmente, pela Legião Brasileira de Assistência (LBA); e, aos bancários pelo Serviço de Assistência e Seguro Social dos Economiários (SASSE) (PINTO, 1977).

A partir do início da crise previdenciária, frente a tantos desafios, foram estabelecidas novas normas para a prestação de assistência odontológica. Por meio da ODS/SAM-307.1 de 10 de abril de 1975, a Odontologia no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), experimentou um avanço significativo na ampliação de seus benefícios. Embora com padrão clínico baixo, ao segurado adulto foi facultado o tratamento preventivo além do conservador e, possibilitada atenção aos tratamentos estomatológicos. Seguindo a tendência previdenciária da época em

gastar com procedimentos de maior complexidade e de maior valor no mercado médico, também no atendimento odontológico instituiu-se o tratamento protético para restaurações buco-faciais de forma a complementar os atos cirúrgicos nas perdas traumáticas e resseções ósseas buco-faciais, inclusive com a confecção de aparelhos para a redução e contenção de fraturas ósseas. Essa mesma ODS de 1975, ainda que mantendo o caráter não programático, enfatizou o tratamento à criança orientado para medidas preventivas articuladas às ações de caráter promocional, profiláticas e interceptivas. Ela disciplinou a atuação do odontólogo credenciado em seu consultório a fim de eliminar algumas deficiências da assistência local e fixou normas de conduta para a internação de pacientes em hospitais para tratamento odontológico, cirúrgico ou conservador sob anestesia geral. Propôs também a prestação da assistência odontológica de urgência na rede hospitalar (LANA, 1984).

O crescimento da importância administrativo-financeira do subsetor no INPS foi acompanhado pela criação da Coordenadoria de Odontologia, em 15/09/76 com o Decreto nº 78.415. Ligada à Secretaria de Assistência Médica do órgão, a ideia da Coordenadoria surgiu como uma das recomendações do I Encontro Nacional de Chefia de Equipe de Odontologia (VIANA, 1988). Essa Coordenadoria de Odontologia passou a integrar essa Secretaria junto às demais coordenadorias: de Planejamento, de Assistência Médica, de Unidades Assistenciais, de Convênios, de Assistência Farmacêutica (PINTO, 1977).

Em 1977, com o SINPAS ocorreu a fusão dos serviços médicos e odontológicos dos órgãos: INPS, FUNRURAL, IPASE e LBA em um único órgão, o INAMPS. No interior do SINPAS, a Coordenação de Odontologia foi preservada mas teve extintas as suas respectivas coordenadorias das Superintendências Regionais (BRASIL/MPAS, 1983).

O conjunto das reorganizações na Previdência somado às expectativas criadas pelo discurso do Ministério da Saúde na época aconteceu no sentido de aumentar o atendimento médico-odontológico sob a perspectiva da universalização, gerando propostas elaboradas por segmentos das elites técnicas não governamentais da Odontologia objetivando o fortalecimento do modo de compra dos serviços junto à iniciativa privada e o modo de representação da categoria e do

desenvolvimento das medidas de prevenção em massa pela iniciativa pública previdenciária.

As sugestões foram desde propostas apresentadas na Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, até estudos encaminhados à Previdência que esboçavam um modelo de Previdência Odontológica que assegurassem a livre escolha em Odontologia (FEDERICO, 1977).

Quanto à proposta apresentada ao Congresso Nacional pelo Presidente da Associação Brasileira de Odontologia de Equipe, consistia numa Política Odontológica gerida por Comissões Mistas de representantes das áreas governamentais (federais, estaduais e municipais), das associações de categoria e do ensino. Essas comissões seriam ligadas às Superintendências Regionais do INPS ou às Secretarias de Saúde dos Estados, ou ainda a outras agências de saúde, segundo as peculiaridades político-técnico-administrativas de cada estado ou região do país (NAPOLITANO, 1977).

Nenhum destes projetos foi levado à prática. No entanto, surgiu uma grande movimentação das lideranças político-intelectuais da categoria dos odontologistas na organização das estruturas públicas de proteção sanitário-bucal, o que mais tarde ficou marcado por um período de mudanças.

Conforme pode ser observado na época, todo conjunto em responder à demanda por proteção sanitário-bucal sob o padrão de bem-estar materializou-se nos atos gerenciais governamentais (financeiros, políticos e proposicionais) e marcou profundamente o longo processo de formação e ampliação das estruturas públicas constituídas na busca desta proteção.

Entretanto, a constituição do Sistema Nacional de Saúde (SNS) brasileiro só ocorreu na década de 80 com a reorganização dos serviços de proteção sanitário-bucal, bem como emergiram os desafios inerentes às novas práticas, que estimularam o surgimento de movimentos de formação e fortalecimento da elite técnica das burocracias sanitário-bucais estaduais e municipais.

A expansão da Esfera Pública subsetorial foi a característica mais importante, ainda que limitada, de todo esse período, 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 80, os Encontros Nacionais de Estudantes de Odontologia (ECEOs)<sup>17</sup> a partir de 1979; o Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica (MBRO)<sup>18</sup>, em fevereiro de 1984; e, os Encontros Nacionais de Técnicos dos Serviços Públicos Odontológicos<sup>19</sup> (ENATESPO), em dezembro de 1984, conforme se abordará no tópico seguinte.

### **5.1.2. Os anos 1980 – MBRO, ENATESPO e FIO – lutas e avanços históricos**

O golpe militar de 1964 impôs à Nação um Regime ditatorial e antipopular, que tentou reprimir e colocar fim em todas as formas de organização do povo e

---

<sup>17</sup> Os ECEOs, como o próprio nome indica, são encontros de caráter estudantil. Eles surgiram no ambiente de retomada da sociedade civil (pós-1978, marcado pelas movimentações no ABC paulista) nos últimos anos da ditadura militar. Com um movimento estudantil em fortalecimento, os ECEOs foram organizados como eventos de periodicidade anual, definidos com meio ano de antecedência em Pré-ECEOs, 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. Os ECEOs foram os espaços iniciais de politização das questões de Saúde Bucal. O primeiro realizou-se ainda durante o regime militar, em 1979. Assim, eles tornaram-se canais embrionários, porém potentes, de comunicação social sobre questões políticas relevantes; especialmente, sobre a questão da democratização social. Consequentemente, esses encontros, junto com os ENATESPOs, contribuíram muito para a retomada lenta da Esfera Pública como esfera política de comunicação social.

<sup>18</sup> O MBRO foi fundado em 1984 e suas principais pautas foram: a luta pelas liberdades políticas, a posição contrária à mercantilização da prestação de serviços odontológicos, à expansão desses serviços pelo Estado, à responsabilidade deste pela municipalização, pelo controle das instituições pela população organizada, pelo aumento de recursos para a assistência odontológica, por uma tecnologia nacional, por recursos humanos adequados à realidade sócio-econômica e epidemiológica do país e sua justa remuneração, por um ensino público e gratuito em todos os níveis e campos do saber odontológico e pela democratização das entidades odontológicas. Menciona ainda que nas diretrizes do MBRO, divulgadas em 1985, constavam a luta permanente por liberdades políticas, a implantação de um Sistema Único de Saúde, responsável pelos serviços odontológicos em todo o País, o repúdio frontal a qualquer tipo de mercantilização dos serviços odontológicos, a ênfase na municipalização e no controle das instituições pela população organizada, a utilização de recursos humanos, materiais e financeiros para desenvolver uma odontologia adequada às necessidades socioeconômicas e epidemiológicas do País, a defesa de tecnologia nacional na pesquisa e produção de equipamentos, materiais e medicamentos de uso odontológico, a defesa do ensino público e gratuito em todos os campos do saber odontológico, a luta pelo fortalecimento e democratização das entidades odontológicas e o estímulo a promoção e participação das discussões acerca da prática odontológica brasileira (SERRA, 1998).

<sup>19</sup> Os ENATESPOs foram encontros sempre promovidos por instituições públicas. O primeiro ocorreu em Goiânia (1984). Depois, anualmente, foram organizados em Curitiba, Belém, Uberaba, Recife, Porto Alegre, São Paulo e Manaus. Sua característica principal foi a constituição fórum de debates tecno-científicos sobre teoria e prática de ações e serviços odontológicas em Saúde Pública.

impedir sua participação política. Uma brutal violência que levou ao exílio homens e mulheres que estavam construindo um Brasil democrático. A repressão e o amordaçamento da classe operária e do povo brasileiro, para garantir a super-exploração da força de trabalho, por meio de uma política de arrocho salarial, caracterizou o “milagre econômico” produzido pelos golpistas. Ficando conhecido no final dos anos 70 como o “milagre brasileiro”, após registrar um colapso nesse modelo econômico.

Já no início de 1985 a dívida externa brasileira ascende a mais de 100 bilhões de dólares e a inflação ultrapassa a 230% ao ano. O crescimento econômico deste período caracterizou-se pela concentração da renda nas mãos de uma minoria privilegiada. Paralelamente, a odontologia brasileira atingia seu patamar de sofisticação e elitização, através de uma prática social que, solene e arrogante, desprezava 95% da população brasileira, mergulhada na doença cárie dentária, doença periodontal, neoplasias e outras enfermidades.

Enquanto um conjunto de cirurgiões-dentistas e estudantes de odontologia, espalhados pelo país estava empenhado na luta de resistência democrática ao lado da classe operária e do povo, as lideranças odontológicas oficiais davam os mais expressivos sustentáculos ao regime que condenava à miséria milhares de compatriotas. A imagem do cirurgião dentista que a sociedade assimilava destas lideranças era de que a odontologia vivia às mil maravilhas, com progresso científico e propriedade econômica da categoria, contrastando com a realidade de um país de “desdentados”.

Com a anistia política, houve a vitória das oposições nas eleições de 1982, a vultosa campanha das “Diretas já” e a eleição indireta de Tancredo Neves à presidência da República, em 1985, colocando fim à forma ditatorial do regime e proporcionando o surgimento de um novo Brasil, com esperanças e mudanças construídas por forças democráticas que iriam desaguar na convocação de uma Assembleia Nacional Constituinte, passo importante para o estabelecimento da democracia e da justiça social em nossa pátria. Os cirurgiões dentistas e estudantes de odontologia que estiveram ao lado da classe operária e do povo durante este período fatídico da história brasileira, sempre procuraram elaborar propostas

renovadoras, não apenas para a “sociedade em geral”, mas também para a prática odontológica.

Nos espaços democráticos arrancados à ditadura pelas mobilizações sociais, os estudantes deram o primeiro passo e criaram os Encontros Científicos dos Estudantes de Odontologia (ECEO's), que eram realizados anualmente e organizados nacionalmente articulando, assim o movimento estudantil na área. Neles, a luta objetiva contra o regime combinava-se com a busca e formulações sobre uma prática odontológica inovadora.

Os cirurgiões dentistas, por sua vez, criaram o Movimento Brasileiro da Renovação Odontológica (MBRO) surgindo como uma verdadeira renovação democrática na odontologia em todo o Brasil. Um movimento de aglutinação política de profissionais e entidades da categoria para o exercício livre e democrático da crítica ao atual modelo de prática odontológica, entendendo que a prática odontológica, neste caso, não deve ser entendida apenas como a prática clínica dos profissionais dentistas, mas também a prática e ensino odontológico, a prática sindical, etc. O tecnicismo odontológico e a incapacidade da profissão em dar resposta aos problemas de saúde bucal da população brasileira estavam intimamente vinculados à clínica e também à formação universitária do cirurgião-dentista e nos currículos das faculdades que, salvo algumas raras exceções, ainda estava de costas voltadas para a realidade social, fato este ainda comprovado nos dias atuais.

O Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica foi um movimento político, suprapartidário e não se constituiu como entidade formal. Representava o anseio de cirurgiões dentistas comprometidos com a saúde bucal dos brasileiros em implementar, junto às entidades e aos profissionais, várias propostas já discutidas em torno da Reforma Sanitária e a inclusão de temática da saúde bucal no contexto da mesma.

O MBRO não esteve localizado em sedes físicas bem como não possuiu estatutos, mas estava relacionado historicamente com os modelos e as práticas, seja no setor público ou privado, seja nas universidades, seja nas entidades da categoria, do que é a odontologia hoje, conquistado pelo papel histórico que o

movimento cumpriu por anos e deixou suas lutas e conquistas registradas na atual Política Nacional de Saúde Bucal. Em suas diversas frentes de trabalho, lutas pela implantação em um Sistema Único de Saúde, procurou atender as reivindicações mais carentes da sociedade brasileira, incluindo uma clara proposta estruturante no sentido de melhorar os aspectos da saúde bucal do país, que não estava sendo tratada com a devida preocupação pelo poder público.

No âmbito dos serviços, o MBRO impulsionou mudanças importantes, dando origem a inovações nos programas de saúde bucal, na produção de conhecimentos e tecnologias e organizando os trabalhadores do setor em torno do Enatespo, o Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico, que se realiza periodicamente até hoje (NARVAI, 2008).

No que concerne à Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO), esta se originou no mesmo ano que o país experimentava importantes mudanças no campo político e ganhava uma nova Constituição (1988), a qual trouxe, entre outras conquistas, a criação histórica à política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO) que estamos viabilizando não será apenas mais uma entidade odontológica nesse país e nem veio para dividir. Ela veio preencher uma lacuna na direção das lutas da categoria odontológica unificando-as, organizando a categoria odontológica, contribuindo na elevação do nível de consciência política dos dentistas, dignificando a profissão junto às autoridades públicas e privadas e ao povo em geral, levando a odontologia para se integrar às lutas das classes trabalhadoras em suas reivindicações imediatas e históricas (SODF, 1988).

A Federação surgiu da necessidade de se construir uma entidade sindical que representasse os interesses mais legítimos da categoria odontológica, evoluindo de uma representação meramente formal e burocrática, até então existente. Nesse sentido associaram-se inicialmente a esses projetos dirigentes de vários sindicatos de odontologistas (SODF, SOERN, SOEGO, Sinodonto-ES), SOERJ), (SOMS), (SOMT), que tinham um compromisso político com a construção de um novo

sindicalismo odontológico, integrado às lutas dos demais profissionais de saúde e dos trabalhadores brasileiros. Na concepção de 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 grupos e demais formas disfarçadas de exploração da mão-de-obra da categoria.

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, por exemplo, foi decisivo para a inclusão da Saúde Bucal no Programa Saúde da Família. Logo após a II CNSB buscou interlocução direta com o ministro da Saúde, envolveu as demais entidades e o resultado (embora tardio) foi a inclusão da Odontologia, a partir de Portaria Ministerial nº 1.444/2000. As complexas mudanças conquistadas no mercado de trabalho também trouxeram grandes desafios para a Federação e seus sindicatos filiados, o que perdura até os dias atuais.

### **5.1.3 A Primeira Conferência Nacional de Saúde Bucal - 1986**

Como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizou-se a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, em Brasília. Foi uma conferência histórica na qual se reuniram técnicos da área de saúde bucal, profissionais de saúde, representantes dos setores público e privado da Odontologia, estudantes e representantes da comunidade. Foram mais de 1.000 participantes, em que culminou todo processo de discussão já iniciado na maioria dos estados brasileiros, por meio de realização de pré-Conferências que receberam significativa presença de diversos segmentos da população e da categoria odontológica. Do total dos participantes, 286 eram delegados oficiais com direito a voz e voto, representando a Odontologia propriamente dita (Conselhos Regionais, ABO's e Sindicatos), Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, INAMPS, ABENO, Fundação SESP, Centrais de Trabalhadores (CGT e CUT), Associações de Moradores (CONAM) e Estudantes.

Comprometida com os princípios da Reforma Sanitária, a conferência ratificou integralmente as resoluções da 8ª Conferência Nacional de Saúde e

aprofundou questões específicas importantes como o Diagnóstico de Saúde Bucal no Brasil e a Inserção da Odontologia no Sistema Nacional de Saúde. E, inseriu a saúde bucal como parte integrante e inseparável da saúde geral da pessoa, relacionando-a as condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação.

De acordo com Garrafa (1986), que presidiu a referida Conferência, não houve registro semelhante na história da odontologia no Brasil, a partir da qual ficou evidenciado de forma participativa e pluralista, com aguda clareza técnica e política, a real problemática da saúde bucal da população do país.

O relatório final da 1ª Conferência (1986), ao identificar a saúde bucal como responsabilidade do Estado, indissociável da saúde geral do indivíduo e como direito de cidadania, pressupunha a viabilização de um Sistema de Saúde onde a universalização do acesso aos serviços, equidade na assistência e a participação popular no controle do sistema fossem os requisitos essenciais para alterar o modelo existente. Para Garrafa (1986), o encaminhamento político das resoluções e recomendações dessa 1ª Conferência, deveria passar a constituir matéria e bandeira futura para entidades e instituições realmente comprometidas com transformações reais em benefício da sociedade. Sem sombra de dúvidas, foi a partir deste momento histórico que a odontologia brasileira começou a amadurecer social, técnica e politicamente, mudando o foco individual para o coletivo, assumindo a responsabilidade no combate aos caóticos índices epidemiológicos constatados em todas as regiões do País.

A 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal aprovou a partir de quatro grandes eixos temáticos, um relatório altamente democrático e progressista., o mais avançado que a Odontologia e a Sociedade Civil Organizada do País produziram até aquela data sobre saúde bucal, o qual é transcrito de forma sintética a seguir:

### **Tema 1 - Saúde como direito de todos e dever do Estado**

Nessa temática, foi estabelecido que a Saúde Bucal é complemento intrínseco da saúde geral do indivíduo e está diretamente relacionada 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.

O relatório afirma que a luta pela saúde bucal está intimamente vinculada à luta pela melhoria de fatores condicionantes sociais, políticos e econômicos, sendo o Estado responsável por sua manutenção.

E, ainda, que a saúde integral de cada indivíduo representa um fator para o desenvolvimento da nação em seu processo histórico. Para que uma nação seja forte seus indivíduos não podem estar enfraquecidos. Assim, se faz urgente a reorganização social, política e econômica da nação, a qual se dará pela ampliação dos espaços democráticos, de modo que a população tenha formas de participar das decisões as quais sempre se refletem nela mesma.

Nesse contexto, os delegados e demais participantes da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal concluíram que devem ser asseguradas garantias explícitas aos direitos de toda a população sobre sua saúde na futura Constituição, cabendo aos setores sociais organizados lutar por uma efetiva implementação dos mecanismos capazes de garantir esses direitos.

## **Tema 2: Diagnóstico de saúde bucal no Brasil**

No âmbito do 2º tema, foi levantado um diagnóstico epidemiológico de saúde bucal no Brasil, o qual contempla as relações como social, econômico e político, não restringindo apenas à compilação de dados, conforme destacamos abaixo:

1. A situação de Saúde Bucal, da população brasileira, é caótica.
2. O modelo atual de prática odontológica cobre as necessidades de somente 5% da população, caracteriza-se por sua ineficácia e ineficiência, sendo ainda monopolizador, de altos custos, de tecnologia densa, elitista, iatrogênica e mutiladora.
3. A ineficiência dos Serviços Públicos é devida a uma política deliberada que privilegia os serviços privados, em detrimento da manutenção e ampliação dos órgãos públicos.
4. Há uma concentração de profissionais nos grandes centros urbanos, inclusive nos Serviços Públicos neles localizados.

5. Definição incorreta de prioridades, dando-se o atendimento através da livre demanda e com insumos sofisticados na execução de tarefas que podem ser realizadas com menor custo.

6. Inexistência de uma Política Nacional de Saúde Bucal voltada para os interesses da maioria da população.

### **Tema 3 - Reforma Sanitária: inserção da odontologia no sistema único de saúde**

Nesse item, foi abordada a reformulação do Sistema Nacional de Saúde, no qual exigia uma coordenação por um único Ministério, especialmente concebido para esse fim, a nível federal. Entre as exigências, destacamos:

1. O Programa Nacional de Saúde Bucal deverá estar inserido no Sistema Único de Saúde, universalizado, hierarquizado, regionalizado e descentralizado, com a municipalização dos serviços e fortalecimento do poder decisório municipal.

2. Suspensão dos recursos aplicados no setor privado, com utilização desses recursos na ampliação e plena ocupação dos serviços próprios, como forma de implementar o Sistema Único de Saúde.

3. A estatização se dará através do estabelecimento imediato de um projeto de transição do setor privado para o estatal, com intervenção nos serviços fraudadores e desapropriação, com indenização, dos serviços necessários estrategicamente ao pleno funcionamento do sistema.

4. No processo da estatização, o setor público é prioritário. As verbas devem ser investidas na ampliação e reforço dos serviços próprios garantindo, assim, a universalização do acesso aos serviços de saúde. Ao setor privado caberá a assistência a parcelas de população com poder de compra, opcionalmente, sob supervisão e controle do Poder Público.

5. Estará garantida a atenção em todos os níveis, com priorização da atenção primária, entendida esta como forma de exclusão dos outros níveis de atenção.

6. Criação no Sistema Único de Saúde, de um órgão técnico-administrativo e de pesquisa encarregado de gerenciar os programas de Saúde Bucal. Este órgão deverá existir também nas esferas estadual e municipal, com poder decisório.

7. Deverá ser assegurada a participação obrigatória de cirurgião-dentista em todos os níveis de decisão, planejamento, acompanhamento, controle e avaliação dos programas do sistema, e nas comissões interinstitucionais.

8. Os trabalhadores, através dos seus órgãos representativos, deverão ter participação na direção e controle da administração e gestão do Sistema Único de Saúde, em todos os níveis, como forma de assegurar o direcionamento desse para o atendimento dos seus interesses.

9. Garantia de uma prática odontológica integral, baseada na simplificação, desmonopolização e prevenção.

10. Reformulação do Sistema Educacional, com revisão ampla dos currículos mínimos, visando uma melhor organização, direcionamento e comprometimento dos recursos humanos da área visando sua adequação às necessidades majoritárias da população, redefinindo a relação universidade/sociedade.

11. Não aceitação da reforma universitária imposta pelo Ministério da Educação.

12. Debate amplo entre a comunidade universitária e representações populares como forma de implementar uma reforma que atenda aos interesses da maioria da população.

13. Garantia do serviço público e gratuito, sem repasse de verbas públicas para o setor privado e vice-versa.

14. Implementação de Constituintes universitárias, compostas por todos os segmentos universitários e populares.

15. Inclusão explícita, na reforma universitária, de igualdade entre as Universidades Federais, sejam elas Fundações ou Autarquias.

16. Reciclagem dos quadros docentes.

17. Cursos de pós-graduação voltados para o social, de acordo com a realidade epidemiológica do país.

18. Serviço público integrado ao ensino e à pesquisa.

19. Formulação de uma política nacional de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, efetuada através de hierarquização sócio epidemiológica, de acordo com a realidade de Saúde Bucal da população brasileira.

(...)

24. A CEME e os demais laboratórios públicos deverão assegurar a pesquisa e a produção de insumos básicos necessários a todas as atividades do **Programa Nacional de Saúde Bucal**.

25. Nacionalização dos monopólios transnacionais ligados à produção de equipamentos, materiais e medicamentos odontológicos, com sua posterior estatização.

26. **Adoção de uma Política de Recursos Humanos em Saúde Bucal**, através de:

(...)

30. Formulação do **Programa Nacional de Saúde Bucal** com base nas diretrizes da área, respeitando-se as definições que cabem aos níveis Federal, Estadual e Municipal.

(...)

#### **Tema 4 - Financiamento do setor de saúde bucal**

Dentro do tema sobre o financiamento da Saúde Bucal, destaco a criação de um Fundo Único Nacional de Saúde, com sua equivalência no âmbito dos Estados e

Municípios, originário de maior dotação para o setor de Saúde, fixando-se percentuais mínimos nos orçamentos da União, Estados e Municípios; de taxaço sobre ganhos de capital, particularmente sobre especulaço financeira e/ou agrária e não sobre a folha de pagamento; da criaço de taxas em produtos como material bélico, bebidas, agrotóxicos e fumo; e, da extinço de isenço de imposto de renda de classes privilegiadas como políticos, magistrados e militares.

Além dos quatro grandes temas acima elencados, a 1ª Conferência incorporou outros registros importantes que a seguir passam a ser mencionados.

1. Os recursos da Previdência Social serão gradativamente retirados do financiamento das ações de Saúde, devendo ser substituídos por fonte alternativa, permitindo melhorar as prestaço pecuniárias (aposentadorias, pensões etc.). Os recursos financeiros da Previdência social devem destinar-se exclusivamente para custear um seguro social justo aos trabalhadores da cidade e do campo. Desta forma, o orçamento da Previdência deve ser administrado pelos trabalhadores e utilizado somente para concessão de benefícios e aposentadorias igualitárias para trabalhadores rurais e urbanos.
2. O Programa Nacional de Saúde Bucal e seus órgãos técnico-administrativos e de pesquisa deverão receber dotaço orçamentária do Fundo Único Federal de Saúde. Esta aplicaço de recursos também se dará nos níveis Estadual e Municipal, devendo os governos comprometer-se em seus orçamentos com recursos necessários à Saúde Bucal.
3. O FINSOCIAL, FAS, PIS e PASEP deverão destinar parte dos recursos para o financiamento das ações de Saúde Bucal.
4. A dotaço destinada e assegurada no Fundo Único de Saúde para a área da Saúde Bucal estará baseada num percentual mínimo compatível com as reais necessidades da população, determinado por um levantamento das necessidades epidemiológicas realizado por profissionais da área.

5. Isentar impostos na aquisição de equipamentos e materiais de uso odontológico, por parte do poder público.
6. Redução de taxas e impostos de importação dos materiais odontológicos e dos produtos para sua fabricação, vinculando-se esta diminuição a igual queda do preço final do produto.
7. Deverão ser assegurados mecanismos de participação e controle popular e dos trabalhadores de Saúde no planejamento, decisão, controle e avaliação dos serviços e programas de Saúde Bucal.

Cabe aqui ressaltar no que se refere ao campo específico da odontologia e da saúde bucal, o papel destacado do Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica/MBRO, iniciado em 1984 como já foi mencionado, reunindo docentes, estudantes, sindicalistas, gestores públicos, entre outros, extremamente politizado, e que cumpriu um papel decisivo de aglutinação do setor progressista da Odontologia, que por sua vez participava fortemente junto com os demais trabalhadores da saúde e da seguridade social. Esse Movimento foi o principal palco das discussões da saúde bucal coletiva, à época, e responsável direto pelos debates políticos que antecederam a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. O MBRO participou ativamente das discussões da 1ª Conferência, que contou com 18 grupos de discussão, com média de 40 participantes em cada um, os quais analisaram, discutiram e encaminharam propostas com relação aos quatro temas oficiais, acima supracitados. A participação do Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica na 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, portanto, foi decisiva para definir as melhores propostas e o rumo da própria Conferência.

É importante registrar, também, que no último dia do evento foi desenvolvida a sessão plenária final, na qual todos os presentes tiveram direito à voz e os delegados oficialmente designados tiveram direito, também, ao voto. Foram mais de oito horas ininterruptas de discussões e votações que se pautaram rigorosamente nos mais exemplares parâmetros democráticos, sem que nenhum cidadão ali presente, que tenha solicitado a palavra tenha sido impedido de se manifestar. O fato negativo a ser lamentado na 1ª Conferência foi a tentativa de uma manobra reacionária por parte de um pequeno grupo de delegados conservadores, ligado ao

Conselho Regional de Odontologia de São Paulo, devidamente combatida e derrotada pela grande maioria dos delegados oficiais presentes à Conferência.

De todo o relato apresentado neste tópico, pode-se depreender de modo mais global que o processo de construção do novo Sistema Único de Saúde foi fruto de uma ampla mobilização da sociedade, em especial das entidades representativas dos trabalhadores. Naquele período rico do final dos anos 1980, portanto, os movimentos profissionais e populares conseguiram garantir, pela primeira vez na Constituição Brasileira, um capítulo que tratou da saúde, o qual absorveu várias das resoluções da 8ª Conferência Nacional da Saúde e do movimento da Reforma Sanitária. O Movimento Nacional de Renovação Odontológica desenvolvido no país, como foi visto em páginas anteriores, estava inteiramente envolvido e comprometido com todo este contexto por meio da participação de técnicos, professores e estudantes.

#### **5.1.4. A Efetivação da Política Nacional de Saúde Bucal**

Em 1993 foi realizada a 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, na sequência da 9ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano anterior. 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 foi promovida nenhuma outra Conferência específica de Saúde Bucal.

O processo de mobilização foi desencadeado, sobretudo pelas entidades odontológicas nacionais, com destaque para a Federação Interestadual dos Odontologistas (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.

#### **5.1.5. A Segunda e a Terceira Conferências Nacionais de Saúde Bucal – 1993 e 2004**

A 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal foi realizada no período de 25 a 27 de Setembro de 1993, também considerada como um dos mais importantes fóruns de discussão da Saúde Bucal no país. Estavam presentes 792 delegados

(388 representantes dos usuários da Saúde Bucal e 404 dos demais segmentos: Governos, Profissionais de Saúde e Prestadores de Serviço), além de mais de 300 participantes credenciados em todo país, que teve à frente as entidades nacionais de Odontologia, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde, CONASS, CONASEMS e as representações nacionais de usuários. A Conferência foi realizada um ano após a IX Conferência Nacional de Saúde que apontava como estratégia de construção compartilhada do SUS, com o lema "Municipalização é o Caminho".

O Brasil passava por um momento de reestruturação do Estado, da Seguridade Social e por péssimas condições de vida. Nesse sentido os delegados e os participantes dessa Conferência pronunciaram-se deixando claro sua indignação com tal situação, bem como estavam cientes que a Revisão Constitucional, em que a maioria congressual trabalhava e, se concretizada, significaria um duro golpe nas conquistas obtidas pela atual Constituição. Esta situação posicionava também o quadro sanitário nacional, incluindo as doenças bucais, sendo os Governos de até então responsabilizados nos diferentes níveis por não terem demonstrado compromisso social.

Nessa ocasião, como Coordenador Geral da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, ressalto que as discussões ocorridas permitiram a aprovação de diretrizes e estratégias políticas para a Saúde Bucal no país, como sendo um direito de cidadania, abordando um novo conceito de atenção em Saúde Bucal, a partir da utilização adequada dos recursos humanos, do financiamento e do controle social, bem como com a efetiva inserção da Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse sentido, cabe registrar o papel importante no processo de mobilização desencadeado sobretudo pelas entidades odontológicas nacionais. Cabe aqui ressaltar que a FIO foi a principal entidade mobilizadora nesse contexto, tendo o papel decisivo para a inclusão da odontologia no PSF, inclusive formalizado por meio de ofício que provou o Ministro da Saúde à época e que resultou na inserção dos profissionais de saúde bucal no Programa Saúde da Família, ato este que resultou na edição 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 6,9 mil habitantes deveria ter uma equipe de saúde bucal, composta por cirurgião-dentista, técnico em Saúde Bucal/TSB e Auxiliar de Saúde Bucal/ASB, para cada equipe do Programa Saúde da Família. Entretanto, para os demais municípios haveria uma equipe de saúde bucal para cada duas equipes do referido Programa. A partir de 2004, com a introdução da nova Política Nacional de Saúde Bucal, na estratégia do PSF, a participação definida para a equipe de saúde bucal está plenamente integrada à equipe do Saúde da Família, seria uma equipe da saúde bucal para cada equipe do saúde da família.

A incorporação da saúde bucal aos programas de saúde em sua plenitude resgata a visão de construção do SUS: igualitário e equânime, de acesso universal e com políticas e programas que se integram.

Entre as importantes conclusões da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, no item 2 do relatório (Saúde Bucal é Direito de Cidadania), foi afirmado que o poder público não adotou políticas compensatórias no campo social visando reduzir os efeitos da crise. Nesta direção, as alternativas que atendiam às necessidades e expectativas da maioria da população eram viabilizadas por meio de projeto nacional que culminava com desenvolvimento e investimentos nos setores de: saúde, educação, habitação, transporte, ciência e tecnologia; efetiva realização da reforma agrária; além das reformas de políticas públicas descentralizadoras e democráticas, reafirmando-se a necessidade de democratização do judiciário e do exercício do controle social sobre o aparelho estatal.

Duas outras conclusões sintetizaram o espírito social e o compromisso democrático da Conferência, a saber:

- A. A municipalização da saúde, que foi uma estratégia para a construção efetiva do SUS e a descentralização da gestão, bem como ações e serviços, sendo a única forma capaz de viabilizar o novo modelo de atenção à saúde, conferindo autonomia às regiões e municípios para o planejamento, execução, controle e avaliação dos serviços, na

aplicação de recursos e na priorização de políticas condizentes com as suas realidades, com a efetiva contribuição e participação da sociedade.

- B. As políticas de saúde bucal, que favoreciam a transformação da prática odontológica, através da incorporação de pessoal auxiliar e de novas tecnologias, com o desenvolvimento de ações coletivas de saúde, sem as quais não seria possível obter impacto na cobertura a população, e tampouco alterar suas características epidemiológicas.

Cabe ressaltar, neste contexto, que a mobilização e a participação social foram 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.

Após dez anos da realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, o Conselho Nacional de Saúde deliberou pela efetivação da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, entendendo a necessidade de oportunizar a toda população brasileira a análise e participação na formulação da Política Nacional de Saúde Bucal.

Nesse contexto, e diante das demandas sociais acumuladas e resultantes do levantamento epidemiológico de Saúde Bucal no Brasil, a Conferência apontou grande dívida social na área de Saúde Bucal, com mais de 30 milhões de brasileiros com problemas dentários. Deflagrou-se, então, um processo ascendente de discussão, com articulações intersetoriais nas esferas de governo e ações integradas da sociedade civil, bem como de movimentos populares, tendo por referência a saúde bucal das populações como indicador da qualidade de vida das pessoas e das coletividades, no qual cerca de 90 mil pessoas participaram diretamente da consecução das etapas municipal, estadual e nacional da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2005).

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

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).

O capítulo da “Organização da Atenção em Saúde Bucal” (pág. 116), propôs o entendimento da Saúde Bucal como política pública, ressaltando a necessidade de ampliação da saúde bucal no sentido da qualidade de vida, garantindo o seu tratamento de forma intersetorial como política de governo, visando a inclusão social e a construção da cidadania.

A 2ª e a 3ª Conferências Nacionais de Saúde Bucal, assim como a 1ª, ocorreram em períodos decisivos no que diz respeito às questões políticas sociais no Brasil, especialmente para as políticas de saúde e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme observamos, desde a queda do regime militar (1964) e a promulgação da Constituição (1988), o povo brasileiro buscava conquistar e consolidar direitos próprios de um regime democrático. Esse processo de lutas e conquistas foi sendo traçado pelas contradições da hegemonia política das propostas neoliberais, principalmente após a edição da Carta Magna, no período do governo de Fernando Collor, no qual ocorreram vetos de artigos da Lei Orgânica de Saúde impondo restrições ao avanço da Reforma Sanitária. Assim, o SUS enfrentou várias dificuldades para se consolidar nos sucessivos governos. No governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, a Presidência da República colocou em outro patamar as lutas populares em defesa dos princípios da Reforma Sanitária e do

ideário do SUS, construindo na área da Saúde Bucal o Programa Brasil Sorridente, que será abordado mais adiante.

Cabe aqui ressaltar que, em relação aos recursos humanos, nas três Conferências Nacionais de Saúde Bucal (1986-1993-2004), houve ausência de uma política de valorização da equipe de saúde bucal, a qual foi reclamada e continua sem solução. Aliás, o momento atual tem esta pauta agravada pela precarização da mão de obra, ausência de concurso público e de um plano de cargos, carreira e salários.

#### **5.1.6 As primeiras repercussões da democracia no setor da Saúde Bucal**

O Movimento da Reforma Sanitária, o MBRO, os ENATESPOS e a FIO, foram essenciais no amplo processo de democratização em pauta nas questões gerais da saúde bucal no Brasil, bem como abordou, em detalhes, temas e questões específicas que sempre estiveram à margem ou foram objeto de análise, como por exemplo, a saúde bucal.

A reforma do setor de saúde no Brasil estava, conforme se observou, na contramão das reformas difundidas no mundo, considerando que na ocasião se questionavam a manutenção do estado de bem-estar social, enquanto a proposta brasileira (ocorrido na metade da década de 70), estruturou-se durante a luta pela redemocratização. Um amplo movimento social cresceu no país, reunindo iniciativas de diversos setores da sociedade (população da classe média, sindicatos, entre outros).

A concepção política e ideológica do movimento pela reforma sanitária brasileira defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público. Professores de saúde pública, pesquisadores da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) e profissionais de saúde de orientação progressista se engajaram nas lutas dos movimentos de base e dos sindicatos organizando o movimento da reforma sanitária, ao lado de entidades nacionais como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), inaugurada em 1976, e a fundação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

(ABRASCO), em 1979. Estas duas entidades propiciaram importante alavanca para as reformas. O movimento da reforma sanitária cresceu e formou uma aliança com parlamentares progressistas, gestores da saúde municipal e outros movimentos sociais. De 1979 em diante foram realizadas reuniões de técnicos e gestores municipais, e em 1980, constituiu-se o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde aprovou o conceito da saúde como um direito do cidadão e delineou os fundamentos do SUS, com base no desenvolvimento de várias estratégias que permitiram a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde federais, estaduais e municipais.

Essas mudanças administrativas estabeleceram os alicerces para a construção do SUS. Posteriormente, durante a Assembleia Nacional Constituinte (1987-88), o movimento da reforma sanitária e seus aliados garantiram a aprovação da reforma, apesar da forte oposição por parte de um setor privado poderoso e mobilizado. A Constituição de 1988 foi proclamada numa época de instabilidade econômica, durante a qual os movimentos sociais se retraíam, a ideologia neoliberal proliferava e os trabalhadores perdiam poder de compra. Simultaneamente a essa reforma, as empresas de saúde se reorganizavam para atender às demandas dos novos clientes, recebendo subsídios do governo e consolidando os investimentos no setor privado.

A implementação do SUS começou em 1990, mesmo ano da posse de Fernando Collor de Mello, o primeiro presidente eleito por voto popular desde a ditadura militar, que seguiu uma agenda neoliberal e não se comprometeu com a reforma sanitária. Ainda assim, em 1990, foram aprovadas as Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8.080/90 e 8.142/90), que especificava as atribuições e a organização do SUS. O projeto da reforma sanitária foi retomado em 1992, após o impeachment do presidente por corrupção. A descentralização aumentou e foi lançado o Programa de Saúde da Família (PSF). Um novo plano de estabilização econômica (Plano Real) foi introduzido em 1994, trazendo políticas de ajuste macroeconômico e projetos de reforma do Estado. Fernando Henrique Cardoso foi eleito em 1994 (e reeleito em 1998), promovendo novos processos de ajuste macroeconômico e de privatização. Luiz Inácio Lula da Silva (eleito em 2002 e reeleito em 2006) suspendeu as

privatizações e, em seu segundo mandato, promoveu um programa desenvolvimentista.

Ainda que a reforma sanitária tenha se tornado uma prioridade política secundária durante a década de 1990, foram lançadas várias iniciativas, como um programa nacional de controle e prevenção de HIV/AIDS, maiores esforços para o controle do tabagismo, a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, o estabelecimento da Agência Nacional de Saúde Suplementar e a criação de um modelo de atenção à saúde indígena. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e, finalmente, a Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente), foram iniciativas, entre muitas outras, implementadas após 2003 no contexto da Saúde Bucal, durante o governo do Presidente Lula, em destaque mais adiante.

Atualmente, o sistema de saúde brasileiro é formado por uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços que competem entre si, a partir de algumas possibilidades e “brechas” deixadas abertas pela Constituição de 1988 e das quais os setores privados se aproveitaram de modo agressivo e competente durante pelo menos os últimos 20 anos, resultando em sérios entraves ao desenvolvimento de um SUS realmente universal, acessível, resolutivo e descentralizado, além de público. Tudo isso gerou uma combinação público/privada, fato infelizmente distante dos sonhos e planos dos pioneiros que trabalharam duramente para a implantação, no país, de um sistema público realmente universalizado (BRASIL/MS, 2014).

## **5.2 A Saúde Bucal hoje**

Durante o Governo do Presidente Lula, no período entre os anos 2003 e 2005, verificou-se um aumento significativo do espaço de negociação e formulação de políticas públicas entre o Estado e a Sociedade por meio de diversas instâncias, proporcionando maior visibilidade de participação a grupos organizados da sociedade.

A participação da sociedade civil organizada foi uma garantia da efetivação e da continuidade dessas formulações, implementações, bem como do controle das

políticas públicas. É o elemento de estabilidade às ações que devem ter continuidade e prioridade por parte dos governos, nos diferentes níveis.

Identificar os espaços ora construídos ou reestruturados no governo federal, sob a liderança e orientação do presidente Lula, seja por iniciativa do governo, seja atendendo aos reclamos das diferentes organizações sociais foi 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.

No âmbito da saúde, registrou-se o compromisso de efetivação do SUS em todas as suas dimensões (adotando novas práticas intersetoriais de gestão), convocando espaços de debate, como inúmeras conferências e adoção de novas políticas setoriais, integrando-as, conforme preceitua a Constituição Federal, a Lei Orgânica da Saúde (8080/90) e a Lei nº 8142/90, entre outros instrumentos legais que caracterizam uma gestão de governos comprometida com a democracia.

É inegável a ampliação recente da saúde bucal no SUS. Isso ocorreu como decisão e orientação política do governo e diretamente vinculada à decisão do Chefe do Poder Executivo. Também é resultado de compromissos de gestores públicos nos níveis federal, estadual e municipal, da participação de trabalhadores de saúde bucal e nas entidades, da população organizada em diversos movimentos/entidades, pactuados sobretudo em conferências de saúde e em discussão dentro de espaços colegiados institucionalizados, ou seja, os conselhos de saúde.

Nesse período, o governo orientou que caberia ao Estado o resgate da dignidade e da igualdade de direitos, a criação de condições para a conquista da igualdade de condições de tratamento que beneficiem os grupos sociais mais atingidos pela discriminação, como as mulheres, os negros e indígenas, homossexuais e pessoas com deficiência, etc. É assim que se desenvolveu a incorporação da saúde bucal aos programas de saúde em sua plenitude. Assim, o SUS passou a ser reconstruído a partir do que se busca alcançar nas afirmativas constitucionais: igualitário e equânime, de acesso universal e com políticas e programas que se integram.

Com essa visão, as mudanças inseridas no governo, para que a incorporação da saúde bucal ocorresse de imediato, exigiram a adoção de outras medidas como a relação entre a Equipe de Saúde da Família x Equipe de Saúde Bucal. Ou seja, a equipe de saúde bucal passou a integrar a equipe de saúde da família, compondo assim o mesmo número de equipes em cada município (sem limitação demográfica para que houvesse a participação da equipe de saúde bucal). 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 outra dimensão da saúde bucal no contexto geral das políticas e programas que compõe o SUS, o Brasil Sorridente.

### **5.2.1 O Programa Brasil Sorridente**

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 ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, o que é fundamental para a saúde geral e a qualidade de vida da população. O programa está articulado com 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, no âmbito estratégico do programa Saúde da Família, bem como da Atenção Especializada, por meio da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias.

A criação da Comissão Intersetorial de Saúde Bucal como organismo de assessoria ao Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), fortalece a Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde, vinculando esta pauta ao Controle Social, a partir de uma Comissão com participação dos diferentes atores sociais que compõem o Conselho. Esta iniciativa é importante e tem o apoio de todas as

entidades odontológicas nacionais, das representações dos gestores nos diferentes níveis e da representação da sociedade civil no Conselho Nacional de Saúde.

Há um caminho a percorrer de forma a integrar a saúde bucal na discussão, planejamento e controle das ações e políticas de saúde 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 Intersetorial de Saúde Bucal do Conselho Nacional de Saúde 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 Política Nacional de Saúde Bucal, lançada em março de 2004, em Sobral/CE, além de propor o desenvolvimento das ações de promoção de saúde e prevenção, propõe o cuidado das doenças com resolutividade e qualidade, que permitam mudanças no nível de saúde bucal da população, com reflexos positivos na saúde de um modo geral. Pode-se afirmar, assim, que a Política no âmbito da saúde bucal é fruto de uma luta histórica, de trabalhadores da área de saúde bucal com intuito de se obter um modelo de atenção que, baseado nas reais necessidades da população, amplie e qualifique o acesso à assistência, promova saúde e previna doenças.

No contexto histórico do Brasil, como mencionado anteriormente, a prestação de serviços públicos de Saúde Bucal, caracterizava-se com ações de baixa complexidade, visando ações curativas e mutiladoras e, com acesso restrito. Os municípios brasileiros que desenvolviam ações nesse âmbito estavam voltados ao atendimento público de faixa etária escolar, entre 6 a 12 anos e, gestantes. Para adultos e idosos o acesso era para serviços de pronto atendimento e urgência, geralmente mutiladores. Isso caracterizava a odontologia como uma das áreas da saúde com extrema exclusão social. Segundo o Levantamento Nacional de Saúde Bucal – SB/Brasil – concluído em 2003 pelo Ministério da Saúde, 13% dos adolescentes nunca haviam ido ao dentista, 20% da população brasileira já tinha

perdido todos os dentes e 45% dos brasileiros não possuíam, sequer, acesso regular a escova de dente. Em suma, não havia uma política nacional efetiva para a Saúde Bucal.

A implementação da Política Nacional de Saúde Bucal, por meio do Programa Brasil Sorridente, de acordo com o Ministério da Saúde (2013), significou um marco na mudança do foco da atenção em saúde bucal, visando avançar na melhoria da organização do sistema de saúde como um todo e propondo um modelo que dê conta da universalidade, integralidade e equidade, princípios tão caros a todos aqueles técnicos, acadêmicos e militantes que lutaram pela implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil.

### **5.2.2 Acesso à Saúde Bucal**

O acesso à saúde está assegurado na Legislação brasileira como um direito de cidadania a ser garantida pelo Estado (BRASIL, 1988). É direito humano ter acesso as necessidades básicas, como a saúde, sendo a saúde bucal, naturalmente, parte indissociável da saúde geral.

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) houve um grande avanço social e político neste sentido, por meio da criação de novos espaços cuja participação da comunidade e de entidades da sociedade civil foi se estabelecendo por meio de novas relações nas esferas administrativas de governo, tanto estadual como municipal, e instituições da área de saúde.

O Programa Saúde da Família (PSF) surgiu como proposta para mudar toda concepção de atuação dos profissionais de saúde, deixando de lado a tradicional medicina exclusivamente curativa para atuar na integralidade da assistência, tratando o indivíduo como sujeito/cidadão dentro da sua comunidade socioeconômica e cultural, considerando essa dimensão globalizante (LEVCOVITZ & GARRIDO, 1996).

Para o Ministério da Saúde, o Programa Saúde da Família é uma estratégia que visa atender indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. O referido programa tem como objetivo reorganizar a prática assistencial, centrada no hospital, passando o

foco para a família e seu ambiente físico e social (BRASIL, 1997). O PSF é definido como modelo de atenção e cuidado que reconhece a saúde como um direito do indivíduo, bem como visa a melhoria nas suas condições de vida (LEVCOVITZ & GARRIDO, 1996).

A incorporação do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família no âmbito do Programa Saúde da Família ocorreu no ano 2000 dentro de um contexto favorável, tanto no campo político, econômico e social. Por meio da Portaria nº. 1.444, o Ministério da Saúde estabeleceu o incentivo financeiro à inclusão das equipes de saúde bucal no PSF, resultando em grande expansão do programa (BRASIL, 2000).

A saúde bucal como integrante do Programa Saúde da Família tem possibilitado romper o paradigma dos modelos assistenciais em saúde bucal excludentes baseados no curativismo, tecnicismo e biologicismo. Isso porque o PSF, tem como proposta articular as propostas da vigilância à saúde baseando-se na integralidade (SOUZA & RONCALLI, 2007). Além disso, a Norma Operacional da Assistência a Saúde – NOAS / 2001-2002 reconheceu a importância da saúde bucal na atenção básica, quando normatizou que, para os municípios se habilitarem na forma mais simples de gestão, isto é, Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada - GPBA, tinham que ofertar este serviço para sua população (BRASIL, 2001).

Reduzir as desigualdades de acesso aos serviços de saúde das populações de países em desenvolvimento foi meta prioritária do plano “Saúde para Todos no Ano 2000”, implementado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 1978, igualmente ao que está ressaltado no Artigo 14 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, trata da Responsabilidade Social e Saúde, 2005. Ambos trazem como um de seus principais artigos e tem como postulado, assegurar a todos os indivíduos de uma população igual probabilidade de receber assistência à saúde quando necessário (SAMAJA, 1996).

Neste sentido, o Plano Nacional de Saúde (PNS), de 13 de dezembro de 2004, teve como objetivo a expansão do acesso à atenção básica baseada em estratégias que privilegiaram o atendimento integral das necessidades de saúde, onde foi indispensável o estabelecimento de articulação intersetorial em âmbito

municipal, visando a extensão territorial do Brasil. A ênfase na atenção básica justifica-se pela resolutividade que proporciona, pois é capaz de resolver a maior parte dos problemas de saúde da população, bem como seu impacto (BRASIL, 2004). Este Plano Nacional de Saúde é visto como um instrumento de referência indispensável para atuação das esferas de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) e contribui na busca da redução das desigualdades em saúde mediante a pactuação de metas estratégicas para melhoria das condições de saúde da população e para resolubilidade do SUS.

De acordo com este contexto do PNS, o Programa Brasil Sorridente tem como objetivo ampliar o atendimento odontológico e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira. Nele estão presentes, dentre outras ações, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), que são unidades de Saúde destinadas ao atendimento odontológico especializado no âmbito do Sistema Único de Saúde e que devem contemplar no mínimo as seguintes áreas: diagnóstico bucal, periodontia, endodontia, cirurgia e atendimento a portadores de necessidades especiais, além de viabilizar a colocação de implantes e tratamento ortodôntico. Hoje estão operando mais de 1.000 (CEOs), presentes em 808 municípios. Para atender os centros e as Unidades Básicas de Saúde (UBS), o país conta com o trabalho de 23.150 Equipes de Saúde Bucal (ESB) que atende 4.971 municípios, número que correspondendo a 89,2% dos municípios brasileiros. (PORTAL BRASIL, 2014).

Destacam-se ainda, as Unidades Odontológicas Móveis, instauradas por meio da Portaria do Ministério da Saúde nº 2.371/2009, visando à necessidade de expandir a cobertura de atenção à saúde bucal à população brasileira, ampliando o acesso e a abrangência dos serviços, considerando o difícil acesso aos serviços odontológicos em Municípios menos favorecidos, de modo a atender ao Decreto Presidencial de 25 de fevereiro de 2008, que propõe o desenvolvimento econômico e universaliza os programas básicos de cidadania, integrando políticas públicas para reduzir as desigualdades sociais. Cabe ressaltar, que essas Unidades Odontológicas Móveis são consultórios odontológicos estruturados em veículos devidamente adaptados e equipados para o desenvolvimento de ações de atenção à saúde bucal a serem realizadas por Equipes de Saúde Bucal vinculada às Equipes da Estratégia de Saúde da Família.

O veículo e os equipamentos são adquiridos pelo Ministério da Saúde e cedidos aos respectivos gestores municipais do SUS mediante Termo de Doação definido pela legislação em vigor e as diretrizes e parâmetros estabelecidos pela Portaria nº 2.371/2009. Foi estabelecido como meta para o biênio 2009/2010, a implantação de 160 (cento e sessenta) Unidades Odontológicas Móveis. Podiam adquirir as Unidades Odontológicas Móvel, os Municípios integrantes do Programa Territórios da Cidadania que não contavam com Equipes de Saúde da Família com Equipes de Saúde Bucal vinculadas, conforme critérios estipulados na Portaria em referência.

### **5.2.3 Ofertas de Serviços – buscando a Universalização**

A oferta de serviços no âmbito da saúde bucal, de acordo com levantamento epidemiológico realizado pelo Ministério da Saúde em nível nacional (2003), está de acordo com principais patologias prevalentes nas comunidades: cárie dentária; doença periodontal (gingivite e periodontite); câncer de boca; traumatismos dentários; fluorose dentária; edentulismo e má oclusão. É de fundamental importância a responsabilização da equipe de saúde, *in loco*, pela interferência positiva no quadro sanitário da saúde bucal brasileira.

Uma das ações de promoção à saúde em busca da universalização visa o controle e prevenção da cárie na população destacando-se medidas de saúde pública intersetoriais e educativas que possibilitem acesso ao flúor, redução do consumo do açúcar e disponibilidade de informação sistemática sobre os fatores de risco e autocuidado. São também determinantes as políticas relacionadas à melhoria das condições sócio-econômicas, da qualidade de vida, do acesso à posse e uso dos instrumentos de higiene e estímulo à manutenção da saúde. Neste sentido, cabe à equipe de saúde comprometer-se no planejamento, organização e suporte técnico à gestão municipal para efetiva prioridade das ações de promoção da saúde, como por exemplo, a implantação da fluoretação da água de abastecimento, sendo esta ainda considerada um método seguro e eficaz na prevenção da cárie dentária, que atinge significativamente toda a população com acesso a água tratada (BRASIL, 2003).

As ações educativas e preventivas são realizadas nos espaços sociais, tais como: creches, escolas, locais de trabalho, comunidades, além dos espaços das unidades de saúde. As crianças em idade pré-escolar e escolar podem ser alvo dessas ações, pelo impacto de medidas educativas e preventivas nessa faixa etária e pela importância da atuação na fase de formação de hábitos. Outros grupos podem ser definidos localmente, de acordo com risco, dados epidemiológicos ou critérios locais. Essas ações coletivas devem ser executadas, preferencialmente, pelo pessoal auxiliar, de forma a potencializar o trabalho do dentista em relação às atividades clínicas. A abordagem coletiva pode incluir os seguintes procedimentos: exame epidemiológico; educação em saúde bucal; escovação dentária supervisionada; entrega de escova e dentifrício fluoretado e, sempre que possível, de fio dental e aplicação tópica de flúor (ATF).

Aqui cabe ressaltar que para se instituir a aplicação tópica de flúor de forma coletiva deve ser levada em consideração a situação epidemiológica dos grupos populacionais locais em que a ação será realizada. Sua utilização com abrangência universal é recomendada somente para populações nas quais seja constatada uma ou mais das seguintes situações: exposição à água de abastecimento sem flúor ou com teores abaixo de 0,4 ppmF e sem acesso à dentifrício fluoretado, CPOD maior que 3 aos 12 anos de idade e menos de 30% dos indivíduos livres de cárie aos 12 anos de idade. A participação da escovação com dentifrício fluoretado na prevenção da cárie e a garantia do seu acesso de forma universalizada pelos usuários da área de abrangência deve ser considerada como uma política importante entre as ações de saúde bucal. A universalização do acesso ao fio dental também deve ser sempre incentivada.

### **5.2.3.1 Mudança no CPOD**

O índice de CPOD, número médio de dentes cariados, perdidos e obturados, aos 12 anos de idade<sup>20</sup>, corresponde aos seguintes graus de severidade: muito baixo (1,1), baixo (2,6), moderado (4,4), alto (6,5) e muito alto (6,6 ou superior). Valores elevados indicam más condições de saúde bucal da população, frequentemente associados a condições socioeconômicas desfavoráveis, a

---

<sup>20</sup> A idade de 12 anos é adotada internacionalmente como parâmetro básico para o uso do indicador.

dificuldade de acesso aos serviços e a hábitos deletérios, como alto consumo de açúcares e baixa adesão ao auto cuidado indica ainda, o acesso limitado ao flúor (BRASIL, 2003).

O índice é usado para analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição do índice CPO-D, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos; contribuir para a avaliação das ações de prevenção da cárie dental e subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas à melhoria da saúde bucal.

De acordo com Pinto ( 2000), o índice informa:

- Sobre o ataque da cárie, não retratando perdas significativas por doença periodontal, motivos protéticos e, ainda, razões ortodônticas;
- Apresenta possibilidade de interpretações distintas dos estágios iniciais da cárie, por parte dos examinadores. Ocorre ainda subestimação do índice quando cáries de esmalte deixam de ser consideradas;
- É obtido mediante exame restrito à coroa do dente, que não permite identificar as cáries radiculares;
- Depende da realização de estudos amostrais de base populacional, que têm elevado custo financeiro e apresentam dificuldades de operacionalização. Usualmente, o inquérito abrange apenas a população escolarizada.

O Método de Cálculo é realizado com o número total de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados (observando que os dentes extraídos devem ser incluídos como cariados), em crianças residentes examinadas/número totais de crianças residentes examinadas, todas com 12 anos de idade.

**Tabela 1 - Índice de CPOD: Número médio de dentes cariados, perdidos e obturados, por escolar (aos 12 anos) examinado, segundo região. Brasil, 1986, 1996, 2003 e 2010**

Regiões	1986	1996	2003	2010
Brasil	6,7	3,1	2,8	2,1
Norte	7,5	4,3	3,1	3,2
Nordeste	6,9	2,9	3,2	2,7
Sudeste	6,0	2,1	2,3	1,7
Sul	6,3	2,4	2,3	2,0
Centro-Oeste	8,5	2,9	3,2	2,6

**Fonte:** Ministério da Saúde<sup>21</sup>.

Comparando os dados de 2010 com os de 1996, no qual destacamos somente escolares das capitais brasileiras, observa-se uma queda do índice CPO-D nas crianças de 12 anos de idade, de 3,1 em 1996 para 2,1 em 2010, ressaltando que houve aumento significativo no número de escolares examinados.

A meta da Organização Mundial de Saúde estabelecida no ano 2000 para o índice CPO-D aos 12 anos foi de no máximo 3. Dessa forma, segundo esse critério, a prevalência de cárie nas crianças de 12 anos em nosso país é considerada moderada, tendo sido atingida a meta estabelecida para o ano 2000 em nível nacional. Ainda assim, a doença cárie nesta idade representa um grave problema de saúde pública, merecendo a atenção dos gerentes da área da saúde, uma vez que cerca de três quintos dos dentes atingidos pela doença se encontram sem tratamento.

---

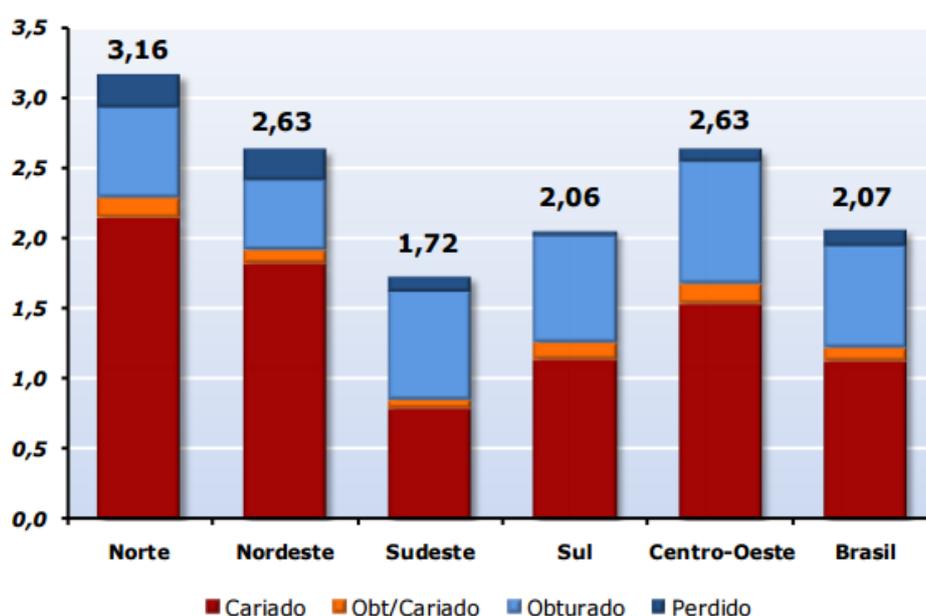
<sup>21</sup> 1. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana, 1986. A amostra refere-se a escolares de 16 capitais. 2. Levantamento Epidemiológico: Cárie Dental, 1996. A amostra refere-se a escolares das capitais dos estados e do Distrito Federal. 3. Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (SB BRASIL), 2002/2003. A amostra refere-se a escolares de 250 municípios (50 por região). 4. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/g17.htm>. Acesso em junho de 2015.

Observa-se grande diferença do índice ao analisar os resultados por regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste em relação e as regiões Sul e Sudeste. Além dos maiores valores de ataque das lesões de cárie, as primeiras apresentaram também as maiores proporções de dentes cariados não tratados.

A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal em 2010, analisou a situação da população brasileira com relação à cárie dentária, às doenças da gengiva, necessidades de próteses dentais, condições da oclusão, fluorose, traumatismo dentário e ocorrência de dor de dente, dentre outros aspectos, com o objetivo de proporcionar ao Ministério da Saúde e instituições do SUS, informações úteis ao planejamento de programas de prevenção e tratamento no setor, tanto em nível nacional quanto no âmbito estadual e municipal.

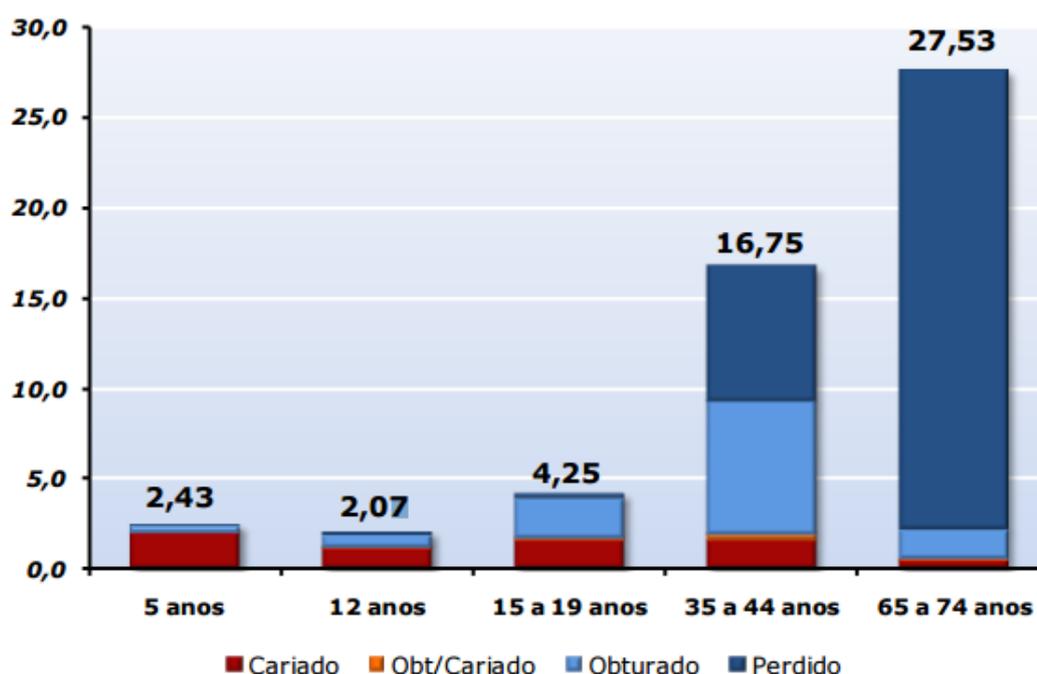
Observa-se a partir desta pesquisa uma extraordinária redução dos índices de dentes cariados, perdidos ou obturados, sobretudo em idades de referências como 6 e 12 anos. Em relação aos de 12 anos, tal índice caiu a patamares inferiores a 2 e em relação às crianças na faixa etária de 6 anos próximo disto. Conforme se verifica no gráfico abaixo:

**Gráfico 1** - CPO-D e componentes aos 12 anos segundo região.



Em relação às diferentes regiões do país, é significativo o resultado nas regiões Norte e Nordeste, considerando as dificuldades operacionais e de logística, bem superiores às demais regiões do país.

**Gráfico 2** - Média do CEO/CPO-D e respectivos componentes segundo grupo etário.



Fonte: Brasil, 2010, p. 36.

Com relação à cárie dentária, cabe destacar as importantes diferenças regionais. Comparando-se as regiões naturais, são expressivas as diferenças nas médias do CPO-D aos 12 anos: o Norte (com 3,16) e o Nordeste (com 2,63) e também o Centro-Oeste (com 2,63) têm situação pior que as regiões Sudeste (1,72) e Sul (2,06). Os valores extremos (Norte e Sudeste) mostram uma diferença de cerca de 84%. Além disso, no Nordeste a proporção de dentes restaurados em relação ao CPO total é menor que no Sudeste, indicando que o maior ataque da doença combina-se com menor acesso aos serviços odontológicos.

Comparativamente ao observado em 2003, esse padrão de diferenças regionais se manteve. Cabe ressaltar, também, que atenção especial deve ser dada à dentição decídua, pois o ataque de cárie em crianças de cinco anos foi, em média, de 2,43 dentes. Desses, menos de 20% estavam tratados no momento em que os

exames epidemiológicos foram realizados. Em 2003 a média nessa idade era de 2,8 dentes afetados – uma redução, portanto, de apenas 13,9% em 7 anos. Além disso, a proporção de dentes não tratados se manteve no mesmo patamar de 80%.

Em termos internacionais, úteis para comparações, o último estudo sobre carga de doença bucal no mundo foi realizado pela OMS em 2004. Na ocasião, o CPO médio mundial aos 12 anos (dados ponderados de 188 países) foi de 1,6. Na região correspondente às Américas, a média ficou em 2,8 e, na Europa, em 1,6. As regiões responsáveis pela baixa média mundial são a África e o Sudeste Asiático, que apresentam valores médios baixos, geralmente explicados pelo baixo consumo de açúcares.

Comparando-se o Brasil com países de mesmo grau de desenvolvimento na Europa e na América, a média brasileira se situa em um valor intermediário. Dentro da América do Sul, apenas a Venezuela apresenta média de CPO aos 12 anos semelhantes à brasileira (2,1). Os demais países possuem médias mais altas, como a Argentina (3,4), Colômbia (2,3), Paraguai (2,8), Bolívia (4,7) e Peru (3,7).

Os resultados do Projeto SB Brasil 2010 indicam que, segundo a classificação adotada pela OMS, o Brasil saiu de uma condição de média prevalência de cárie em 2003 (CPO entre 2,7 e 4,4), para uma condição de baixa prevalência em 2010 (CPO entre 1,2 e 2,6). No que diz respeito às condições periodontais, avaliadas pelo Índice Periodontal Comunitário (CPI), em termos populacionais, estes problemas aumentam, de modo geral, com a idade. Os resultados do Projeto SB Brasil 2010 indicam que o percentual de indivíduos sem nenhum problema periodontal foi de 63% para a idade de 12 anos, 50,9% para a faixa de 15 a 19 anos, 17,8% para os adultos de 35 a 44 anos e somente 1,8% nos idosos de 65 a 74 anos.

As formas mais graves da doença periodontal aparecem de modo mais significativo nos adultos (35 a 44 anos), nos quais se observa uma prevalência de 19,4%. Nos idosos, os problemas gengivais têm pequena expressão populacional, em decorrência do reduzido número de dentes presentes. Quanto às diferenças regionais, cabe menção o percentual de adolescentes sem problemas gengivais, que varia de 30,8% na região Norte a 56,8% na região Sudeste. Com relação ao

edentulismo, avaliado pela necessidade de prótese dentária, é importante destacar que, no Projeto SB Brasil 2010, as necessidades de próteses dentárias foram estimadas com a finalidade de proporcionar subsídios para o planejamento dos serviços de atenção secundária de caráter reabilitador.

## 6. Os artigos 10, 14 e 15 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos e a Política Nacional de Saúde Bucal

De acordo com a recomendação do **Artigo 10 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (DUBDH)**, sob o título **“Igualdade, Justiça e Equidade”**, observa-se que o governo brasileiro, nos últimos 10 anos tem avançando, significativamente, quanto ao crescimento quantitativo e qualitativo em serviços ofertados à população atendida pelo Sistema Único de Saúde no âmbito da saúde bucal.

Nos artigos 14 e 15 que trazem respectivamente os títulos: **“Responsabilidade Social e Saúde”** e **“Compartilhamento de Benefícios”**, observamos que o governo brasileiro por meio do Programa Brasil Sorridente vinculado ao Programa Saúde da Família, tem proporcionado mecanismos e oferta de saúde à população, através de equipes preparadas, para atuarem em todo território brasileiro, inclusive aos municípios de difícil acesso.

O Sistema Único de Saúde, conta com equipamentos e tecnologias nos Centros de Especialidades Odontológicas/CEO, bem como atende cidadãos de estados e municípios vizinhos, que ainda não possuem os CEO's, sem discriminação e privilégios, o que atende ao item b) do artigo 14 que registra **“... Considerando que usufruir o mais alto padrão de saúde atingível é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, convicção política, condição econômica ou social, o progresso da ciência e da tecnologia deve ampliar ...”** e ao item a) do artigo 15 que diz **“Os benefícios resultantes de qualquer pesquisa científica e suas aplicações devem ser compartilhados com a sociedade como um todo e, no âmbito da comunidade internacional, em especial com países em desenvolvimento ...”**.

Os profissionais da equipe de saúde bucal podem e devem desenvolver a capacidade de propor alianças, seja no interior do próprio sistema de saúde, seja nas ações desenvolvidas com as áreas de saneamento, educação, assistência social, cultura, transporte, entre outras. Essa postura visa a ampliação e qualificação da atenção básica, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário de modo

a buscar a integralidade da atenção à saúde daqueles que mais precisam, facilitando **“(i) o acesso a cuidados de saúde de qualidade e a medicamentos essenciais, incluindo especialmente aqueles para a saúde de mulheres e crianças, uma vez que a saúde é essencial à vida em si e deve ser considerada como um bem social e humano”** (artigo 14). Observa-se aqui o desdobramento do direito à saúde como pressuposto para definir-se então a quem compete dar efetividade à este direito. Neste caso fica claro e transparente que a responsabilidade é do Estado via governo.

Verifica-se, ainda, que a reorientação do modelo de atenção em saúde bucal conforme pressupostos contidos nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004) atende aos itens do artigo 14 da DUBDH: **(ii) o acesso a nutrição adequada e água de boa qualidade; (iii) a melhoria das condições de vida e do meio ambiente; (iv) a eliminação da marginalização e da exclusão de indivíduos por qualquer que seja o motivo; e (v) a redução da pobreza e do analfabetismo**, a saber:

- Compromisso de qualificação da atenção básica, garantindo qualidade e resolutividade, independentemente da estratégia adotada pelo município para sua organização;
- garantia de uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável dessa;
- integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência;
- utilização da epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento —deve-se buscar que as ações sejam precedidas de um diagnóstico das condições de saúde-doença das populações, através da abordagem familiar e das relações que se estabelecem no território onde se desenvolve a prática de saúde;

- acompanhamento do impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados, o que implica a existência de registros fáceis, confiáveis e contínuos;
- atuação na Vigilância à Saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde-doença, atuação intersetorial e ações sobre o território;
- incorporação a Saúde da Família como uma importante estratégia na reorganização da atenção básica;
- política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal, com o objetivo de implementar projetos de mudança na formação técnica, de graduação e pós-graduação para que atendam às necessidades da população e aos princípios do SUS. Estabelecer responsabilidades entre as esferas de governo, com mecanismos de cooperação técnica e financeira, visando à formação imediata de pessoal auxiliar, para possibilitar a implantação das equipes de saúde bucal na ESF. Nos Estados em que os Pólos de Educação Permanente estiverem implantados, a educação continuada dos trabalhadores em saúde bucal deve ser dar através deles;
- política de financiamento para o desenvolvimento de ações visando à reorientação do modelo de atenção.
- agenda de pesquisa científica com o objetivo de investigar os principais problemas relativos à saúde bucal, bem como desenvolver novos produtos e tecnologias necessários à expansão das ações dos serviços públicos de saúde bucal, em todos os níveis de atenção.

Observa-se, ainda, que as ações do Programa Brasil Sorridente, tratam a promoção de saúde bucal coletiva inserida num conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva. Significa a construção de políticas públicas saudáveis, o desenvolvimento de estratégias direcionadas a todas as pessoas da comunidade, como políticas que gerem oportunidades de acesso à água tratada, incentive a fluoretação das águas, o uso de dentifício fluoretado e

assegurem a disponibilidade de cuidados odontológicos básicos apropriados (BRASIL, 2004).

Cabe ainda ressaltar, que as ações de promoção da saúde do referido programa incluem também abordagens sobre os fatores de risco ou de proteção simultâneos tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos (diabete, 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, 2004).

O desenvolvimento de ações na perspectiva do cuidado em saúde bucal tem os seguintes princípios, conforme constam nas Diretrizes da Política Nacional e Saúde Bucal, além dos expressos no texto constitucional da universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 2004, p. 05):

- **Gestão Participativa:** definir democraticamente a política de saúde bucal, assegurando a participação das representações de usuários, trabalhadores e prestadores, em todas as esferas de governo;
- **Ética:** assegurar que toda e qualquer ação seja regida pelos princípios universais da ética em saúde;
- **Acesso:** buscar o acesso universal para a assistência e dar atenção a toda demanda expressa ou reprimida, desenvolvendo ações coletivas a partir de situações individuais e vice-versa e assumindo a responsabilidade por todos os problemas de saúde da população de um determinado espaço geográfico. Prioridade absoluta deve ser dada aos casos de dor, infecção e sofrimento.
- **Acolhimento:** desenvolver ações para o usuário considerando-o em sua integralidade biopsicossocial. Acolhimento pressupõe que o serviço de saúde seja organizado de forma usuário-centrada, garantido por uma equipe multiprofissional, nos atos de receber, escutar, orientar, atender, encaminhar e acompanhar. Significa a

base da humanização das relações e caracteriza o primeiro ato de cuidado junto aos usuários, contribuindo para o aumento da resolutividade.

- Vínculo: responsabilizar a unidade ou serviço de saúde na solução dos problemas em sua área de abrangência, através da oferta de ações qualificadas, eficazes e que permitam o controle, pelo usuário, no momento de sua execução. O vínculo é a expressão-síntese da humanização da relação com o usuário e sua construção requer a definição das responsabilidades de cada membro da equipe pelas tarefas necessárias ao atendimento nas situações de rotina ou imprevistas. O vínculo é o resultado das ações do acolhimento e, principalmente, da qualidade da resposta (clínica ou não) recebida pelo usuário.

- Responsabilidade Profissional: implicar-se com os problemas e demandas dos usuários, garantindo respostas resolutivas, tornando-se corresponsável pelo enfrentamento dos fatores associados com o processo saúde-doença em cada território. Corresponde ao desenvolvimento de práticas profissionais baseadas no respeito à identidade do usuário, conhecimento do contexto familiar e laboral, disponibilizando o tempo necessário à escuta da queixa e ao atendimento e providências pertinentes, criando suportes para a atenção integral à saúde e às necessidades dos diferentes grupos populacionais.

Observando atentamente o artigo 15 da DUBDH que trata do “Compartilhamento de Benefícios”, verificamos que são diversos e variados os desafios a serem enfrentados para a implementação da saúde bucal coletiva em todo o território brasileiro, mas muito já se avançou no sentido de oferta e atendimento à população. Assim, os resultados das pesquisas científicas e suas aplicações devem ser compartilhados por toda a sociedade com garantias, entre outras de: i) Ajuda especial e sustentável e reconhecimento àqueles que participaram das pesquisas; ii) Acesso a cuidados de saúde de qualidade; iii) Ofertas de novas modalidades diagnósticas e terapêuticas ou de produtos resultantes das

pesquisas; iii) Apoio a serviços de saúde; iv) Acesso ao conhecimento científico e tecnológico; v) Facilidades para geração de capacidade em pesquisa; vi) Outras formas coerentes de benefícios com os princípios dispostos na presente declaração.

Tais ofertas vão além das medidas de acesso e tratamento das lesões bucais, estendendo-se por meio da promoção da saúde bucal onde se estimula a fluoretação das águas de abastecimento público, a garantia de acesso aos kits higiene bucal, a incorporação dos conhecimentos acerca das doenças bucais na prática cotidiana das crianças e adolescentes e a elevação do nível de informação e renda das pessoas, entre outros fatores. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) a Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente tem trazido contribuições significativamente importantes como Política Pública em prol da comunidade, para melhorar os níveis de saúde bucal da população. Exemplo disto tem sido a participação da Saúde Bucal nos editais de pesquisa do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde – DECIT/SCTIE/MS (BRASIL, 2015).

A concretude ao direito cidadão de todos à saúde, expresso na Constituição e mais recentemente nos artigos 10, 14 e 15 da Declaração Universal de Bioética sobre Direitos Humanos da UNESCO, estão sendo perseguidos como resultado de uma política pública em que o Governo Federal dedica esforços orçamentários, humanos e tecnológicos a favor desse direito. A atual política, oriunda das formulações iniciais da 1ª CNSB e subsequentemente de vários outros fóruns, atende de forma progressiva ao papel do Estado brasileiro quanto à "Responsabilidade social e Saúde - art 14; Igualdade, Justiça e Equidade- art.10 e Compartilhamento de Benefícios, art 15.

Ao analisar cada um desses dos artigos e suas conexões, chega-se aos seguintes resultados: Igualdade, justiça e equidade. A diretriz da política nacional de saúde bucal, instalada em 2004, responde de forma clara e transparente a este amplo e compromissado artigo da Declaração. Ou seja, a política, através de suas diretrizes, está baseada em princípios constitucionais de "saúde como direito de todos e dever do Estado", art. 196 CF, no relatório final da 1ª CNSB e subsequentemente na 2ª e 3ª CNSB. Esta formulação abrangente impõe obrigações e afirma a necessidade do Estado encontrar formas de garantir igualdade de direitos, em um sistema de saúde justo e equânime, ou seja, onde as diferenças

sejam tratadas de forma diferente para que se atinja o mesmo direito, que é o direito fundamental à saúde. O artigo 10 da DUDHB, portanto, está em plena consonância com a estrutura formal do direito no Brasil e com o que está sendo desenvolvido dentro do campo da saúde - e especificamente no campo da saúde bucal - em nosso território.

Observando os três artigos destacados da DUBDH da UNESCO aqui estudados, portanto, em análise comparativa na temática do presente estudo a “Responsabilidade Social e Saúde” no que tange à Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil, verificamos que todos estes artigos possuem harmonia com as formulações conceituais de direitos e de princípios constitucionais que regem a nação brasileira no campo da saúde pública, entre eles podem ser destacados: a Constituição Federal em seu Artigo 6º - “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados”; o Artigo 24º - Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre: previdência social, proteção e defesa da saúde; o Art. 196º – “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”; além de vários outros artigos da CF/88 referente à saúde; as Leis infraconstitucionais que desenharam o SUS (8080/90 e 8142/90), e outras importantes Resoluções no âmbito da Saúde como a 196/96 e outras, os resultados das Conferências Nacionais de Saúde e das Conferências Setoriais de Saúde Bucal, todos eles desembocando e direcionados à Política Nacional de Saúde - Programa Brasil Sorridente.

Diante de tantas medidas, ações sociais e políticas desenvolvidas, o reconhecimento da Saúde Bucal como parte integrante da saúde e do acesso como direito de todos e, ainda como direito humano fundamental, faz-se indispensável reconhecer que a saúde bucal é parte do 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. E, “todos devem reconhecer que saúde bucal não é algo à parte na saúde”, como bem afirmam Narvai & Frazão (2008, p. 74).

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo pretendeu refletir sobre a atual Política Nacional de Saúde Bucal à luz do Artigo 14 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (DUBDH) que se refere à “Responsabilidade Social e Saúde”, bem como procurou compreender os desafios enfrentados à efetivação do direito à saúde, proclamado na Constituição de 1988, na perspectiva da reforma democrática das relações do Estado Brasileiro, utilizando como base para sustentação da discussão, os Artigos 10 e 15 da referida Declaração, que tratam, respectivamente, da “Igualdade, Justiça e Equidade” e do “Compartilhamento de benefícios”.

Para tanto, buscou na constituição do movimento sanitário brasileiro a definição e a ampliação da consciência sanitária, culminando com a redemocratização política, social e institucional do país, entendendo como seu primeiro passo a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), cujo propósito foi reformular a política de saúde no Brasil.

A Assembleia Nacional Constituinte, reclamada desde 1977 por setores da oposição popular brasileira e que teve ampliada a sua defesa inclusive por setores das classes dominantes, foi resultado da vontade da ampla maioria da sociedade brasileira. O modo como foi eleita e como se deu a participação da sociedade, foram elementos decisivos, principalmente no campo da saúde pública. Assim, a mobilização ocorrida por ocasião da Assembleia Constituinte foi carregada de iniciativas populares, com o apoio massivo de entidades da sociedade civil, de trabalhadores, categorias e movimentos estudantis.

Além da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde/1986, a constituição de Fóruns democráticos como as Plenárias de Saúde em torno da Reforma Sanitária, as mobilizações da sociedade por direitos e cidadania, ocorridas em torno das Eleições Diretas para Presidente da República de forma a encerrar o ciclo do regime militar autoritário no país, entre outros, foram decisivos para o alcance de uma nova Constituição que incluiu os conceitos de uma seguridade social mais atualizada e cidadã. No âmbito da Saúde foram garantidas as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) como " direito de todos e dever do Estado", baseado nos princípios da Reforma Sanitária, onde destaca-se a participação da

sociedade em todo o processo de formulação e decisão do SUS e a definição da responsabilidade e papel dos três níveis de governo.

Desde a criação do SUS, a inserção da saúde bucal nesse sistema foi marcada por conflitos e contradições, marcadas por tímidas iniciativas preventivas fortemente combatidas por uma conservadora e privatista categoria odontológica que então predominava. Inicialmente, as poucas iniciativas financiadas eram ligadas, apenas, à fluoretação das águas e ações individuais relativas à assistência odontológica. Com a inclusão progressiva da saúde bucal no SUS, foram criadas condições para atividades de caráter educativo e de proteção específica à saúde bucal. A atual política nacional de saúde bucal foi construída com a participação e influência decisiva dos setores progressistas da categoria odontológica, como foi dito acima, com atuação direta atuando nas universidades, nos serviços públicos e no movimento sindical, alinhados 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 CNSB, 2ª CNSB, no MBRO, nos ECEOS, nos ENATESPOS, na FIO. A ampliação da inserção transversal da saúde bucal nas políticas e programas integrais de saúde no contexto amplo do Estado, representa o grande desafio dos próximos anos.

O SUS (e naturalmente a Política Nacional de Saúde Bucal), enquanto política de Estado para a saúde, reveste-se de claros componentes de justiça, redistribuindo as ações e o acesso à saúde, priorizando aquelas pessoas que se encontram excluídas, agindo com responsabilidade em defesa da população e do usuário individual. A Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente, além de estar plenamente integrada ao SUS, também está inserida no Plano Brasil sem Miséria e tem realizado ações intersetoriais com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de saúde bucal no SUS às pessoas em situação de extrema pobreza, com metas de implantação de novas equipes de saúde bucal, novos CEOS, entregas de Unidades Odontológicas Móveis e oferta de próteses dentárias em municípios do mapa da pobreza<sup>22</sup>. No âmbito da inclusão produtiva do Plano Brasil sem Miséria, o

---

<sup>22</sup> Mapa da pobreza é uma definição usada no ministério da Saúde para definir e focalizar as ações de saúde para o plano Brasil sem miséria, com base em conceitos de iniquidade no acesso à saúde e vulnerabilidade social.

Brasil Sorridente tem buscado parcerias com vários municípios que implantaram o Programa Nacional de acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC).

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2005), incorpora questões sanitárias, sociais e ambientais, em plena consonância com as diretrizes do SUS. Quando trata em seu artigo 14 sobre Responsabilidade Social e Saúde, por exemplo, formaliza compromissos que deve ter o Estado na atenção plena aos cidadãos, em especial com a saúde, de maneira universal, sem qualquer distinção de raça, religião, condição econômica ou social. Vai mais além, ao descrever com muita clareza de que forma estes direitos humanos, bioeticamente devem ser analisados. Há, portanto total harmonia entre a DUBDH e a atual Política Nacional de Saúde Bucal. Igualmente, pode ser afirmado que os artigos 10 e 15 da DUBDH também estão atendidos nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, a partir dos princípios constitucionais e da efetividade de importantes legislações infraconstitucionais, com destaque para as leis 8080/90, 8142/90 e para a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/CNS que trata da ética nas pesquisas com seres humanos.

Portanto, o disposto nos Artigo 14 da DUBDH, combinado com os Artigos 10 e 15 da mesma Declaração, evidenciam o caráter bioético do SUS e da Política Nacional de Saúde Bucal.

O presente estudo mostra, ainda, que a Constituição Brasileira assume posição clara contra as iniquidades e desigualdades sociais, afirma o princípio da dignidade humana e explicita a saúde como direito de cidadania.

A saúde como direito universal e dever do Estado, contida no artigo 196 da Constituição Federal/1988, destaca a postura de responsabilidade para com toda a população brasileira. Embora ainda exista um bom caminho a ser percorrido, o Brasil já está muito distante de onde estava há 20 anos atrás no campo da saúde bucal coletiva. O desafio que ainda perdura para a realização efetiva do direito a saúde em nosso país, especificamente para o campo da Saúde Bucal, no âmbito do Sistema Único de Saúde, está na gestão e na articulação do fortalecimento da democracia. No entanto, é indispensável registrar no final da presente tese que com o padrão de desenvolvimento até o momento alcançado, por meio da construção de uma Política

Nacional de Saúde Bucal que culminou no Programa Brasil Sorridente, o país alcançou uma transformação na geopolítica odontológica no país jamais alcançada ou imaginada até então.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Sandra Mara Campos; DELDUQUE, Maria Célia; NETO, Nicolao Dino; colaboradores: Álvaro Ciarlini ... [et al.]. *Direito Sanitário em Perspectiva*. Volume 2. Brasília: ESMPU: FIOCRUZ, 2013.

ARENDDT, H. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999.

\_\_\_\_\_. *Crises da República*. São Paulo: Perspectiva 2010.

AROUCA, S. *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo/ Rio de Janeiro: Unesp/ Fiocruz, 2003.

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

\_\_\_\_\_. *Financiamento da Saúde: Ferramenta de Concretização do Direito à Saúde*, p.281-289. O direito achado na rua. introdução crítica ao direito a saúde./Alexandre Bernardino Costa...[et al.] (organizadores). Brasília: CEAD/UNB, 2008.

\_\_\_\_\_. *A Bioética no Estado Brasileiro: Situação atual e perspectivas futuras*. 1. Ed. Brasília: Editora UnB, 2010.

\_\_\_\_\_. *Bioética e Direito à Saúde: Dilemas*, 317-333. *Direito Sanitário em Perspectiva* / Organizadores: Sandra Mara Campos Alves, Maria Célia Delduque, Nicolao Dino Neto colaboradores: Alvaro Ciarlini... [et al.]. Brasília., ESMPU: FIOCRUZ, 2013

BERGEL, Salvador Dario. Revista Brasileira de Bioética. *Responsabilidad social y salud*. Volume 2 – Número 4 – 2006. Páginas: 443-467.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009.

\_\_\_\_\_. *Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. *Relatório Consolidado para a 13ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. *Regimento da 13ª Conferência Nacional de Saúde*, aprovado na 34ª extraordinária do Conselho Nacional de Saúde, realizada no dia 30 de março de 2007. Disponível em: <[http://www.conselho.saude.gov.br/web\\_13confere/index.html](http://www.conselho.saude.gov.br/web_13confere/index.html)>. Acesso janeiro de 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. *12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca*: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. *Resolução n. 333, de 04 de novembro de 2003*. Aprova diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. *11ª Conferência Nacional de Saúde*, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final/Brasília: Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. *Decreto n. 8.985, de 28 de julho de 2000*. Convoca a 11ª Conferência Nacional de Saúde e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do SUS - NOB-SUS 01/96: gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão*. Brasília: Diário Oficial da União, 06/11/96. p. 22.932-22.940.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Programa de Saúde Bucal*. Levantamento Epidemiológico - Cárie Dental. Brasília, 1996. (Dados disponíveis em: <http://www.datasus.gov.br>).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria MS n. 546, 25 maio 1993*. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica SUS - 01/93.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n. 319, de 07 de novembro de 2002*. Revoga a Resolução n. 33 de 23 de dezembro de 1992.

\_\_\_\_\_. *Resolução n. 33, de 23 de dezembro de 1992*. Aprova o documento “Recomendações para a constituição e estruturação de conselhos estaduais e municipais de saúde”.

\_\_\_\_\_. *IX Conferência Nacional de Saúde – relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, 1992a.

\_\_\_\_\_. *Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1992b.

\_\_\_\_\_. *Decreto n. 9.872, de 05 de maio de 1990*. Convoca a 12ª Conferência Nacional de Saúde e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. *Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990a.

\_\_\_\_\_. *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Lei Orgânica da Saúde (LOS). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990b.

\_\_\_\_\_. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988.

\_\_\_\_\_. *VIII Conferência Nacional de Saúde – relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

\_\_\_\_\_. *Normas Gerais Aplicáveis às Ações Integradas de Saúde*. MS/MPAS/MEC/Governos Estaduais e Municipais, 1983, mimeo, 15p.

\_\_\_\_\_. *VII Conferência Nacional de Saúde*, Anais. Brasília: Ministério da Saúde, 1980.

\_\_\_\_\_. *VI Conferência Nacional de Saúde*, relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1977.

\_\_\_\_\_. *V Conferência Nacional de Saúde*, relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1975.

\_\_\_\_\_. *IV Conferência Nacional de Saúde*, recursos humanos para as atividades de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1967.

\_\_\_\_\_. *III Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1963.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação e Saúde. *1ª Conferência Nacional de Educação e 1ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Educação e Saúde, 1941.

CAMPOS, GWS. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(1):187-193; 1999.

CORDEIRO, H. O Instituto de Medicina Social e a Luta pela Reforma Sanitária: Contribuição à História do SUS. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva* [online], 14(2), 343-362, 2004.

CORDÓN, J. A saúde bucal e o mercado de trabalho odontológico. *Saúde em Debate*. Londrina, nº 18, p.52-64, dez 1985.

\_\_\_\_\_. Dificuldades, contradições e avanços, na inserção da odontologia no SUS. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, Londrina, n.13, p. 36-53, 1996.

\_\_\_\_\_. A construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva. *Cadernos Saúde Pública*, vol.13, n.3, p. 557-563, jul./set. 1997.

CORRÊA, A.P.R, Garrafa V. *Conselho Nacional de Bioética – a iniciativa brasileira*. *Revista Brasileira de Bioética* 2005, 1(4):401-416.

COSTA, Alexandre Bernardino; SOUSA JUNIOR, José Geraldo de; DELDUQUE, Maria Célia; OLIVEIRA, Mariana Siqueira de Carvalho; DALLARI, Sueli Gandolfi; Universidade de Brasília. *O Direito achado na rua: Introdução crítica ao direito à saúde*. Alexandre Bernardino Costa...[et al.] (organizadores) – Brasília: CEAD/UnB, 2009.

FLEURY, Sonia. *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

GARRAFA, Volnei. *Dimensão da ética em saúde pública*. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da USP / Kellogg Foundation, 1995.

\_\_\_\_\_. *Multi-inter-transdisciplinaridade, complexidade e totalidade concreta em bioética*. In: Garrafa V, Kottow M, Saada A, organizadores. *Bases conceituais da Bioética – enfoque latinoamericano*. São Paulo: Gaia/UNESCO; 2006. p. 73-91.

\_\_\_\_\_. *Ampliação e politização do conceito internacional de bioética*. *Revista Bioética*. Vol. 20, nº 1. Brasília, Conselho Federal de Medicina, 09-20, 2012.

\_\_\_\_\_. *Imperialismo moral e colonialidade da bioética: desafios para a saúde coletiva*. Conferência. São Paulo, V Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, Abrasco/USP. Acesso em novembro de 2013.

GARRAFA V; PESSINI L. *Bioética: Poder e Injustiça*. São Paulo: Loyola, 2003.

GARRAFA, V. & MOYSÉS, S. J. (1996). *Odontologia Brasileira: tecnicamente elogiável, cientificamente discutível e socialmente caótica*. *Divulgação em Saúde para Debate*, 13, 6- 17.

GARRAFA, V; TENHAVE, H. *National Bioethics Council – a Brazilian proposal*. *Journal of Medical Ethics* 2010; 36:99-102.

INÁCIO, J. *A atenção à saúde bucal e o sistema de informações no município do Rio de Janeiro*. 2003. 1v. 144p. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N. G. *Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado*. Cadernos Saúde da Família, ano 1, n.º 1, p.5-12. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

MARTINS FILHO, M. T.; NARVAI, P. C. *O sujeito implicado e produção de conhecimento científico*. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 37, nº 99, p. 646-654, 2013.

MINAYO MCS. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

NARVAI, Paulo. *Odontologia e saúde bucal coletiva*. 1ª ed. São Paulo: Hucitec; 1994.

\_\_\_\_\_. *Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade*. Disponível em: Rev. Saúde Pública vol.40 special issue São Paulo Aug. 2006.

NARVAI, PC; FRAZÃO P. *Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

NEVES, M.C.P; LIMA, M. *Bioética ou bioéticas na evolução das sociedades*. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2005.

OLIVEIRA, Jaime. *Para uma teoria da reforma sanitária: “democracia” progressiva e políticas sociais*. In: FLEURY, Sonia; BAHIA, Ligia; AMARANTE, Paulo. Fundamentos da Reforma Sanitária: saúde em debate. Rio de Janeiro: CEBES, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. *Manual de Levantamento Epidemiológico da Saúde Bucal*. Genebra, 1991.

PAIM, J. S. *Medicina comunitária: introdução a uma análise crítica*. In: FLEURY, Sonia; BAHIA, Ligia; AMARANTE, Paulo. Fundamentos da Reforma Sanitária: saúde em debate. Rio de Janeiro: CEBES, 2007.

\_\_\_\_\_. *Reforma sanitária brasileira*. Salvador: EDUFBA, 2008.

PIMENTEL, A. *O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica*. Cadernos de Pesquisa, 114, novembro, 2001.

PINTO, Vitor G. *Saúde Bucal Coletiva*. 4ª edição. Livraria Editora Santos. São Paulo, 2000. Capítulo 5, pág. 181-186.

PORTO D. *Bioética e qualidade e vida: as bases da pirâmide social no coração do Brasil* [tese]. Brasília: Universidade de Brasília, 2006.

PORTO D; GARRAFA V. *A influência da Reforma Sanitária na construção das bioéticas brasileiras*. Ciência & Saúde Coletiva, 16 (Supl.1): 719-729, 2011.

SCHRAMM FR. *Bioética: a terceira margem da saúde*. Brasília. Editora UNB, 1996.

\_\_\_\_\_. *Justiça, direitos humanos e cidadania: as contribuições da bioética latino-americana para pensar e transformar a realidade social*. Conferência. São Paulo, V Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. Abrasco/USP, 18/04/2011.

SCHRAMM, FR; ANJOS, MF; ZOBOLI, E. *A questão das tendências epistemológicas ou de fundamentação*. In: Anjos MF, Siqueira JE, organizadores. *Bioética no Brasil - Tendências e Perspectivas*. São Paulo: Ideias e Letras/Sociedade Brasileira de Bioética; 2007. p. 29-56.

SOUZA, T. M. S., RONCALLI, A. G. *Saúde Bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial*. Caderno Saúde Pública. Rio de Janeiro, 23(11):2727-2739, nov, 2007.

TAMBELLINI, Anamaria; AROUCA, Sergio. *Medicina de comunidade: implicações de uma teoria sanitária*. In: FLEURY, Sonia; BAHIA, Ligia; AMARANTE, Paulo. *Fundamentos da Reforma Sanitária: saúde em debate*. Rio de Janeiro: CEBES, 2007.

UNESCO. *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Tradução brasileira da Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília. Disponível em: [www.bioetica.catedraUNESCO.unb.br](http://www.bioetica.catedraUNESCO.unb.br), acesso no período de julho a dezembro de 2013.

VASCONCELLOS, M.C.C. *Estudo dos serviços estaduais de odontologia de saúde pública do Estado de São Paulo, 1889-1980* [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1984.

Sites pesquisados:

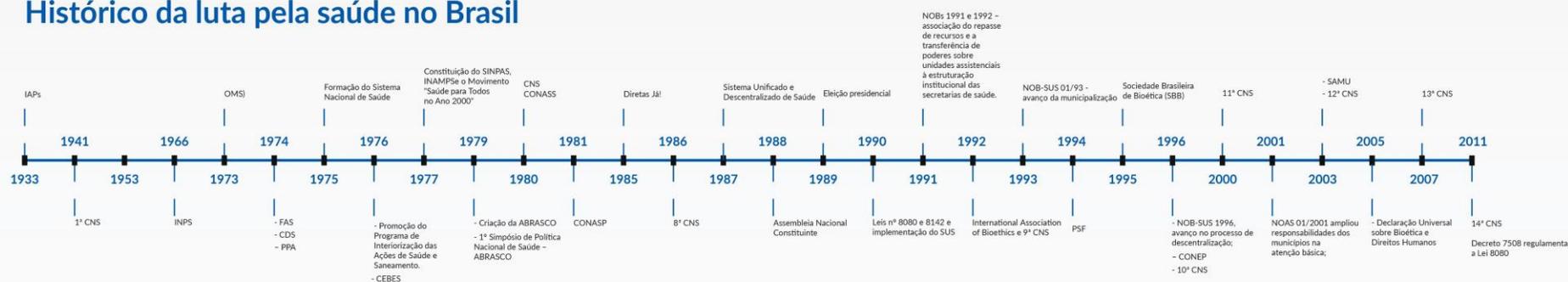
O Brasil Sorridente e as Políticas Nacionais de Pesquisa para o SUS. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. Disponível em: <http://pesquisasaude.saude.gov.br/>. Acesso no período de agosto a setembro de 2015.

Universidade de Brasília. Disponível em: <http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/>. Acesso no período de maio a novembro de 2014.

DATASUS. XIII Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://conferencia.datasus.gov.br/conferenciav4/cns/site/default.php?banco=3cns&sigla=XIIICNS&edicao>>. Acesso agosto de 2014.

**APÊNDICE**

## Histórico da luta pela saúde no Brasil



## A Construção da Política Nacional de Saúde Bucal

## **ANEXOS**

## **Anexo I – Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente - 2004**

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA  
COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

### **APRESENTAÇÃO**

Este documento apresenta as diretrizes do Ministério da Saúde para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS, resultantes de um processo de discussões com os coordenadores estaduais de saúde bucal e fundamentando-se nas proposições que, nas últimas décadas foram geradas em congressos e encontros de odontologia e de saúde coletiva, bem como em consonância com as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e da I e II Conferência Nacional de Saúde Bucal. Estas diretrizes constituem o eixo político básico de proposição para a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal, capazes de propiciar um novo processo de trabalho tendo como meta à produção do cuidado. Desta forma, deve ser compreendido como referência conceitual para o processo de se fazer o modelo de atenção no espaço da micropolítica, onde ocorre, diante de diversos problemas e demandas, o encontro dos saberes e fazeres entre sujeitos usuários e sujeitos profissionais.

Por sua natureza técnica e política, este documento encontra-se em permanente construção, considerando-se as diferenças sanitárias, epidemiológicas regionais e culturais do Brasil e deve ser debatido à luz dos resultados da pesquisa “Condições de Saúde Bucal na População Brasileira”, que o embasa do ponto de vista epidemiológico.

Sugere-se também sua discussão no âmbito dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, visando à ampliação do debate junto aos trabalhadores e usuários do sistema de saúde, para aprofundar o controle público sobre esta área específica.

Cabe esclarecer que se espera que este conjunto de proposições esteja em discussão no amplo processo de debates que, em vários níveis, representa a III Conferência Nacional de Saúde Bucal, cujas decisões permitirão consolidar certas propostas e reorientar outras.

Brasília, DF, janeiro de 2004.

### **Humberto Costa**

Ministro de Estado da Saúde

### **Jorge Solla**

Secretário de Atenção à Saúde

### **Afra Suassuna**

Diretora do Departamento de Atenção Básica

### **Gilberto Alfredo Pucca Jr.**

Coordenador Nacional de Saúde Bucal

### **1. INTRODUÇÃO**

As diretrizes aqui apresentadas apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco — pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações Inter setoriais.

A produção do cuidado traz consigo a proposta de humanização do processo de desenvolver ações e serviços de saúde. Implica a responsabilização dos serviços e dos trabalhadores da saúde, em construir, com os usuários, a resposta possível às suas dores, angústias, problemas e aflições de uma forma tal que não apenas se produzam consultas e atendimentos, mas que o processo de consultar e atender venha a produzir conhecimento, responsabilização e autonomia em cada usuário. Assim, as ações e serviços devem resultar de um adequado conhecimento da realidade de saúde de cada localidade para, a partir disso, construir uma prática efetivamente resolutive. É imprescindível, em cada território, aproximar-se das pessoas e tentar conhecê-las: suas condições de vida, as representações e as concepções que têm acerca de sua saúde, seus hábitos e as providências que tomam para resolver seus problemas quando adoecem bem como o que fazem para evitar enfermidades.

Ponto de partida para o exercício da cidadania, a construção da consciência sanitária implica, necessariamente, tanto para gestores e profissionais quanto para os usuários, a consciência dos aspectos que condicionam e determinam um dado estado de saúde e dos recursos existentes para sua prevenção, promoção e recuperação.

O estímulo à construção de uma consciência sanitária, em que a integralidade seja percebida como direito a ser conquistado permitirá, com as formas possíveis de participação, desenvolver o processo de controle social das ações e serviços em saúde bucal.

Para a organização deste modelo é fundamental que sejam pensadas as “linhas do cuidado” (da criança, do adolescente, do adulto, do idoso), com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar (referência e contra referência). Onde o usuário, através de um acesso que não lhe deve ser negado, saiba sobre cada lugar que compõe a estrutura do serviço a partir da sua vivência nele: como uma pessoa que o conhece e se sente parte dele, e que é capaz de influir em seu andamento. A linha do cuidado implica um redirecionamento do processo de trabalho onde o trabalho em equipe é um de seus fundamentos mais importantes. Constituída assim, em sintonia com o universo dos usuários, esta linha tem como pressuposto o princípio constitucional da intersetorialidade e, por seu potencial de resolutividade, possibilita o surgimento de laços de confiança e vínculo, indispensáveis para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e aprofundar a humanização das práticas.

Em consequência, os profissionais da equipe de saúde bucal devem desenvolver a capacidade de propor alianças, seja no interior do próprio sistema de saúde, seja nas ações desenvolvidas com as áreas de saneamento, educação, assistência social, cultura, transporte, entre outras.

No âmbito da assistência essas diretrizes apontam, fundamentalmente, para a ampliação e qualificação da atenção básica, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário de modo a buscar a integralidade da atenção.

## **2. PRESSUPOSTOS**

A reorientação do modelo de atenção em saúde bucal tem os seguintes pressupostos:

**2.1.** Assumir o compromisso de qualificação da atenção básica, garantindo qualidade e resolutividade, independentemente da estratégia adotada pelo município para sua organização;

**2.2.** Garantir uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável dessa;

**2.3.** Assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrito, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência;

**2.4.** Utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento —deve-se buscar que as ações sejam precedidas de um diagnóstico das condições de saúde-doença das populações, através da abordagem familiar e das relações que se estabelecem no território onde se desenvolve a prática de saúde;

**2.5.** Acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados, o que implica a existência de registros fáceis, confiáveis e contínuos;

**2.6.** Centrar a atuação na Vigilância à Saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde doença, atuação Inter setorial e ações sobre o território;

**2.7.** Incorporar a Saúde da Família como uma importante estratégia na reorganização da atenção básica;

**2.8.** Definir política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal, com o objetivo de implementar projetos de mudança na formação técnica, de graduação e pós-graduação para que atendam às necessidades da população e aos princípios do SUS. Estabelecer responsabilidades entre as esferas de governo, com mecanismos de cooperação técnica e financeira, visando à formação imediata de pessoal auxiliar, para possibilitar a implantação das equipes de saúde bucal na ESF. Nos Estados em que os Polos de Educação Permanente estiverem implantados, a educação continuada dos trabalhadores em saúde bucal deve ser dar através deles;

**2.9.** Estabelecer política de financiamento para o desenvolvimento de ações visando à reorientação do modelo de atenção.

**2.10.** Definir uma agenda de pesquisa científica com o objetivo de investigar os principais problemas relativos à saúde bucal, bem como desenvolver novos produtos e tecnologias necessários à expansão das ações dos serviços públicos de saúde bucal, em todos os níveis de atenção.

## **3. PRINCÍPIOS NORTEADORES DAS AÇÕES**

O desenvolvimento de ações na perspectiva do cuidado em saúde bucal tem os seguintes princípios, além dos expressos no texto constitucional (universalidade, integralidade e equidade):

**3.1. Gestão Participativa:** definir democraticamente a política de saúde bucal, assegurando a participação das representações de usuários, trabalhadores e prestadores, em todas as esferas de governo;

**3.2. Ética:** assegurar que toda e qualquer ação seja regida pelos princípios universais da ética em saúde;

**3.3. Acesso:** buscar o acesso universal para a assistência e dar atenção a toda demanda expressa ou reprimida, desenvolvendo ações coletivas a partir de situações individuais e vice-versa e assumindo a responsabilidade por todos os problemas de saúde da população de um determinado espaço geográfico. Prioridade absoluta deve ser dada aos casos de dor, infecção e sofrimento.

**3.4. Acolhimento:** desenvolver ações para o usuário considerando-o em sua integralidade biopsico-social. Acolhimento pressupõe que o serviço de saúde seja organizado de forma usuário-centrada, garantido por uma equipe multiprofissional, nos atos de receber, escutar, orientar, atender, encaminhar e acompanhar. Significa a base da humanização das relações e caracteriza o primeiro ato de cuidado junto aos usuários, contribuindo para o aumento da resolatividade.

**3.5. Vínculo:** responsabilizar a unidade ou serviço de saúde na solução dos problemas em sua área de abrangência, através da oferta de ações qualificadas, eficazes e que permitam o controle, pelo usuário, no momento de sua execução. O vínculo é a expressão-síntese da humanização da relação com o usuário e sua construção requer a definição das responsabilidades de cada membro da equipe pelas tarefas necessárias ao atendimento nas situações de rotina ou imprevistas. O vínculo é o resultado das ações do acolhimento e, principalmente, da qualidade da resposta (clínica ou não) recebida pelo usuário.

**3.6. Responsabilidade Profissional:** implicar-se com os problemas e demandas dos usuários, garantindo respostas resolutivas, tornando-se corresponsável pelo enfrentamento dos fatores associados com o processo saúde-doença em cada território. Corresponde ao desenvolvimento de práticas profissionais baseadas no respeito à identidade do usuário, conhecimento do contexto familiar e laboral, disponibilizando o tempo necessário à escuta da queixa e ao atendimento e providências pertinentes, criando suportes para a atenção integral à saúde e às necessidades dos diferentes grupos populacionais.

#### **4. PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE BUCAL**

A adequação do processo de trabalho ao modelo de atenção que se está propondo requer:

**4.1. Interdisciplinaridade e Multiprofissionalismo:** a atuação da equipe de saúde bucal (ESB) não deve se limitar exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico-odontológico. Ademais de suas funções específicas, a equipe deve interagir com profissionais de outras áreas, de forma a ampliar seu conhecimento, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo, atenta ao contexto socioeconômico-cultural no qual ele está inserido. A troca de saberes e o respeito mútuo às diferentes percepções deve acontecer permanentemente entre todos os profissionais de saúde para possibilitar que aspectos da saúde bucal também sejam devidamente apropriados e se tornem objeto das suas práticas. A ESB deve ser — e se sentir — parte da equipe multiprofissional em unidades de saúde de qualquer nível de atenção.

**4.2. Integralidade da Atenção:** a equipe deve estar capacitada a oferecer de forma conjunta ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação, tanto no nível individual quanto coletivo.

**4.3. Intersetorialidade:** as ações de promoção de saúde são mais efetivas se a escola, o local de trabalho, o comércio, a mídia, a indústria, o governo, as organizações não-governamentais e outras instituições estiverem envolvidas. A intersetorialidade neste sentido implica envolver no planejamento os diferentes setores que influem na saúde humana: entre outros a educação, agricultura, comunicação, tecnologia, esportes, saneamento, trabalho, meio ambiente, cultura e assistência social.

**4.4. Ampliação e Qualificação da Assistência:** organizar o processo de trabalho de forma a garantir procedimentos mais complexos e conclusivos, de forma a resolver a necessidade que motivou a procura da assistência evitando o agravamento do quadro e futuras perdas dentárias e outras sequelas. Para isso, os serviços precisam disponibilizar tempo de consulta suficiente e adequado à complexidade do tratamento.

Nessa organização sugere-se:

a) maximizar a hora-clínica do CD para otimizar a assistência – 75% a 85% das horas contratadas devem ser dedicadas à assistência. De 15% a 25% para outras atividades (planejamento, capacitação, atividades coletivas). As atividades educativas e preventivas, ao nível coletivo, devem ser executadas, preferencialmente pelo pessoal auxiliar. O planejamento, supervisão e avaliação implicam participação e responsabilidade do CD;

b) garantir o atendimento de urgência na atenção básica e assegurar cuidados complementares a esses casos em outras unidades de saúde (pronto atendimento, pronto socorro e hospital) de acordo com o Plano Diretor de Regionalização;

c) Adequar a disponibilidade de recursos humanos de acordo com o fluxo de demanda da realidade local.

**4.5. Condições de Trabalho:** para assegurar a plena utilização da capacidade instalada da rede de serviços, propõe-se o desenvolvimento de políticas de suprimento de instrumentos e material de consumo e de conservação, manutenção e reposição dos equipamentos odontológicos, de modo a garantir condições adequadas de trabalho. É indispensável, neste aspecto, observar estritamente as normas e padrões estabelecidos pelo sistema nacional de vigilância sanitária.

**4.6. Parâmetros:** os parâmetros para orientar o processo de trabalho devem ser discutidos e pactuados entre as coordenações de saúde bucal (nacional e estaduais; e estaduais e municipais), com o objetivo de garantir a dignidade no trabalho para profissionais e usuários, a qualidade dos serviços prestados e observando as normas de biossegurança.

## 5. AÇÕES

O conceito ampliado de saúde, definido no artigo 196 da Constituição da República deve nortear a mudança progressiva dos serviços, evoluindo de um modelo assistencial centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura, para um modelo de atenção integral à saúde, onde haja a incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação.

Para melhor identificar os principais grupos de ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde a serem desenvolvidas prioritariamente, é necessário conhecer as características do perfil epidemiológico da população, não só em termos de doenças de maior prevalência, como das condições socioeconômicas da comunidade, seus hábitos e estilos de vida e suas necessidades de saúde — sentidas ou não —, aí incluídas por extensão a infraestrutura de serviços disponíveis.

As ações de saúde bucal devem se inserir na estratégia planejada pela equipe de saúde numa inter-relação permanente com as demais ações da Unidade de Saúde.

**5.1. Ações de Promoção e Proteção de Saúde** – esse grupo de ações pode ser desenvolvido pelo sistema de saúde, articulado com outras instituições governamentais, empresas, associações comunitárias e com a população e seus órgãos de representação. Tais ações visam à redução de fatores de risco, que constituem ameaça à saúde das pessoas, podendo provocar -lhes incapacidades e doenças. Neste grupo situam-se, também, a identificação e difusão de informações sobre os fatores de proteção à saúde. Esse grupo compreende um elenco bastante vasto e diversificado de ações de natureza eminentemente educativo-preventivas.

A promoção de saúde bucal está inserida num conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva. Significa a construção de políticas públicas saudáveis, o desenvolvimento de estratégias direcionadas a todas as pessoas da comunidade, como políticas que gerem oportunidades de acesso à água tratada, incentive a fluoretação das águas, o uso de dentifício fluoretado e assegurem a disponibilidade de cuidados odontológicos básicos apropriados. Ações de promoção da saúde incluem também trabalhar com abordagens sobre os fatores de risco ou de proteção simultâneos tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos (diabete, 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.

A busca da autonomia dos cidadãos é outro requisito das ações de promoção de saúde. A equipe de saúde deve fazer um esforço simultâneo para aumentar a autonomia e estimular práticas de autocuidado por pacientes, famílias e comunidades.

Também é recomendável trabalhar numa linha de combate a automedicação, medicalização, e dependência excessiva dos profissionais ou serviços de saúde.

As ações de proteção à saúde podem ser desenvolvidas no nível individual e /ou coletivo. Para as ações que incidem nos dois níveis, deverá garantir-se acesso a escovas e pastas fluoretadas. Além disso, os procedimentos coletivos são ações educativo preventivas realizadas no âmbito das unidades de saúde (trabalho da equipe de saúde junto aos grupos de idosos, hipertensos, diabéticos, gestantes, adolescentes, saúde mental, planejamento familiar e sala de espera), nos domicílios, grupos de rua, escolas, creches, associações, clube de mães ou outros espaços sociais, oferecidos de forma contínua e compreendem:

### 5.1.1. Fluoretação das águas

Entende-se que o acesso à água tratada e fluoretada é fundamental para as condições de saúde da população. Assim, viabilizar políticas públicas que garantam a implantação da fluoretação das águas,

ampliação do programa aos municípios com sistemas de tratamento é a forma mais abrangente e socialmente justa de acesso ao flúor. Neste sentido, desenvolver ações intersetoriais para ampliar a fluoretação das águas no Brasil é uma prioridade governamental, garantindo-se continuidade e teores adequados nos termos da lei 6.050 e normas complementares, com a criação e/ou desenvolvimento de sistemas de vigilância compatíveis. A organização de tais sistemas compete aos órgãos de gestão do SUS.

### **5.1.2. Educação em Saúde**

Compreende ações que objetivam a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença incluindo fatores de risco e de proteção à saúde bucal, assim como a possibilitar ao usuário mudar hábitos apoiando-o na conquista de sua autonomia.

A atenção à saúde bucal deve considerar tanto as diferenças sociais quanto às peculiaridades culturais, ao discutir alimentação saudável, manutenção da higiene e autocuidado do corpo, considerando que a boca é órgão de absorção de nutrientes, expressão de sentimentos e defesa.

Os conteúdos de educação em saúde bucal devem ser pedagogicamente trabalhados, preferencialmente de forma integrada com as demais áreas. Poderão ser desenvolvidos na forma de debates, oficinas de saúde, vídeos, teatro, conversas em grupo, cartazes, folhetos e outros meios. Deve -se observar a lei federal nº 9394/96, que possibilita a estruturação de conteúdos educativos em saúde no âmbito das escolas, sob uma ótica local, com apoio e participação das equipes das unidades de saúde.

Estas atividades podem ser desenvolvidas pelo cirurgião-dentista (CD), técnico em higiene dental (THD), auxiliar de consultório dentário (ACD) e agente comunitário de saúde (ACS) especialmente durante as visitas domiciliares. As escolas, creches, asilos e espaços institucionais são locais preferenciais para este tipo de ação, não excluindo qualquer outro espaço onde os profissionais de saúde enquanto cuidadores possam exercer atividades que estimulem a reflexão para maior consciência sanitária e apropriação da informação necessária ao autocuidado.

Considerando a importância de que o trabalho do CD não se restrinja apenas a sua atuação no âmbito da assistência odontológica, limitando-se exclusivamente à clínica, sugere-se cautela no deslocamento frequente deste profissional, para a execução das ações coletivas. Estas devem ser feitas, preferencialmente, pelo THD, pelo ACD e pelo ACS. Compete ao CD planejá-las, organizá-las, supervisioná-las e avaliá-las sendo, em última instância, o responsável técnico-científico por tais ações.

### **5.1.3. Higiene Bucal Supervisionada**

A higiene bucal é um componente fundamental da higiene corporal das pessoas.

Mas realizá-la adequadamente requer aprendizado. Uma das possibilidades para esse aprendizado é o desenvolvimento de atividades de higiene bucal supervisionada (HBS), pelos serviços de saúde, nos mais diferentes espaços sociais. A HBS visa à prevenção da cárie – quando for empregado dentifrício fluoretado – e da gengivite, através do controle continuado de placa pelo paciente com supervisão profissional, adequando a higienização à motricidade do indivíduo. Recomenda-se cautela na definição de técnicas “corretas” e “erradas”, evitando-se estigmatizações. A HBS deve ser desenvolvida preferencialmente pelos profissionais auxiliares da equipe de saúde bucal. Sua finalidade é a busca da autonomia com vistas ao autocuidado.

### **5.1.4. Aplicação Tópica de Flúor**

A aplicação tópica de flúor (ATF) visa à prevenção e controle da cárie, através da utilização de produtos fluorados (soluções para bochechos, gel-fluoretado e verniz fluoretado), em ações coletivas. Para instituir a ATF recomenda-se levar em consideração a situação epidemiológica (risco) de diferentes grupos populacionais do local onde a ação será realizada. A utilização de ATF com abrangência universal é recomendada para populações nas quais se constate uma ou mais das seguintes situações:

- a) exposição à água de abastecimento sem flúor;
- b) exposição à água de abastecimento contendo naturalmente baixos teores de flúor (até 0,54 ppm F);
- c) exposição a flúor na água há menos de 5 anos;
- d) CPOD maior que 3 aos 12 anos de idade;
- e) menos de 30% dos indivíduos do grupo são livres de cárie aos 12 anos de idade;

**5.2. Ações de Recuperação** – esse grupo de ações envolve o diagnóstico e o tratamento de doenças.

O diagnóstico deve ser feito o mais precocemente possível, assim como o tratamento deve ser instituído de imediato, de modo a deter a progressão da doença e impedir o surgimento de eventuais incapacidades e danos decorrentes. Por isso, os serviços de saúde, especialmente os do nível

primário da assistência, devem buscar o adequado desempenho dessas duas ações fundamentais de recuperação da saúde – diagnóstico e tratamento.

Em relação ao diagnóstico, destaca-se a inclusão nas rotinas de assistência, de métodos que aprimorem a identificação precoce das lesões (biópsias e outros exames complementares).

A identificação precoce das lesões da mucosa bucal deve ser priorizada, garantindo-se, na rede assistencial, atendimento integral em todos os pontos de atenção à saúde, para acompanhamento e encaminhamento para tratamento nos níveis de maior complexidade.

O tratamento deve priorizar procedimentos conservadores — entendidos como todos aqueles executados para manutenção dos elementos dentários — invertendo a lógica que leva à mutilação, hoje predominante nos serviços públicos.

Na lista de insumos da farmácia da Saúde da Família serão incluídos alguns insumos odontológicos estratégicos, com vistas a superar dificuldades frequentes para sua aquisição em muitos municípios — inviabilizando muitas vezes a realização de procedimentos elementares da assistência odontológica e comprometendo a continuidade de ações coletivas (como é o caso do mercúrio, da limalha de prata, da resina fotopolimerizável, do ionômero de vidro e, também, das escovas e pastas de dentes, além de outros itens adequados à realidade local de produção de serviços odontológicos básicos).

### **5.3. Ações de Reabilitação**

Consistem na recuperação parcial ou total das capacidades perdidas como resultado da doença e na reintegração do indivíduo ao seu ambiente social e a sua atividade profissional.

## **6. AMPLIAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA**

À atenção básica compete assumir a responsabilidade pela detecção das necessidades, providenciar os encaminhamentos requeridos em cada caso e monitorar a evolução da reabilitação, bem como acompanhar e manter a reabilitação no período pós-tratamento. Considerando a complexidade dos problemas que demandam à rede de atenção básica e a necessidade de buscar-se continuamente formas de ampliar a oferta e qualidade dos serviços prestados, recomenda-se a organização e desenvolvimento de ações de:

### **6.1. Prevenção e controle do câncer bucal**

a) realizar rotineiramente exames preventivos para detecção precoce do câncer bucal, garantindo-se a continuidade da atenção, em todos os níveis de complexidade, mediante negociação e pactuação com representantes das três esferas de governo.

b) oferecer oportunidades de identificação de lesões bucais (busca ativa) seja em visitas domiciliares ou em momentos de campanhas específicas (por exemplo: vacinação de idosos);

c) acompanhar casos suspeitos e confirmados através da definição e, se necessário, criação de um serviço de referência, garantindo-se o tratamento e reabilitação.

d) estabelecer parcerias para a prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação do câncer bucal com Universidades e outras organizações.

### **6.2. Implantação e aumento da resolutividade do pronto-atendimento**

a) organizar o pronto-atendimento de acordo com a realidade local.

b) avaliar a situação de risco à saúde bucal na consulta de urgência;

c) orientar o usuário para retornar ao serviço e dar continuidade ao tratamento.

### **6.3. Inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica**

Deve-se considerar a possibilidade de, em cada local, inserir na atenção básica procedimentos como pulpotomias, restauração de dentes com cavidades complexas ou pequenas fraturas dentárias e a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares, bem como tratamento periodontal que não requeira procedimento cirúrgico. Tais procedimentos contribuem para aumentar o vínculo, ampliar a credibilidade e o reconhecimento do valor da existência do serviço público odontológico em cada local, aumentando-lhe o impacto e a cobertura.

### **6.4. Inclusão da reabilitação protética na atenção básica**

Considerar em cada local a possibilidade de inserir na atenção básica procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares. Assim será possível avançar na superação do quadro atual, onde os procedimentos relativos às diferentes próteses dentárias estão inseridos nos serviços especializados e, portanto, não são acessíveis à maioria da população.

A viabilização dessas possibilidades implica suporte financeiro e técnico específico a ser proporcionado pelo Ministério da Saúde que:

a) Contribuir para a instalação de equipamentos em laboratórios de prótese dentária, de modo a contemplar as diferentes regiões;

b) capacitará Técnicos em Prótese Dentária (TPD) e Auxiliares de Prótese Dentária (APD) da rede SUS, para a implantação desses serviços.

### **6.5. Ampliação do acesso**

Com o objetivo de superar o modelo biomédico de atenção às doenças, propõem-se duas formas de inserção transversal da 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, saúde 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. Nesse sentido, ações de saúde bucal também estarão incluídas nos documentos específicos definindo as políticas para a intervenção governamental segundo as linhas de cuidado ou condição de vida.

Para os grupos a seguir destacam -se as seguintes orientações:

**6.5.1. Grupo de 0 a 5 anos:** organizar o ingresso de crianças deste grupo etário no sistema, no máximo a partir de 6 meses, aproveitando as campanhas de vacinação, consultas clínicas e atividades em espaços sociais. Desenvolver atividades em grupo de pais e/ou responsáveis para informações, identificação e encaminhamento das crianças de alto risco ou com necessidades para atenção individual, com ampliação de procedimentos, incluindo os de ortopedia funcional dos maxilares e ortodontia preventiva. Não se recomenda criar “programas” específicos de saúde bucal para esse grupo etário, verticalizados e isolados dos demais programas de saúde. Ao contrário, é altamente recomendável que ações de saúde bucal voltadas a esse grupo sejam parte de programas integrais de saúde da criança e, assim, compartilhadas pela equipe multiprofissional.

**6.5.2. Grupo de crianças e adolescentes (6-18 anos):** a atenção deve ser adaptada à situação epidemiológica, identificando e encaminhando os grupos de maior risco para atenção curativa individual. Ressalta-se a necessidade de organizar fluxos para garantir o atendimento aos adolescentes.

**6.5.3. Grupo de Gestantes:** Considerando que a mãe tem um papel fundamental nos padrões de comportamento apreendidos durante a primeira infância, ações educativo-preventivas com gestantes qualificam sua saúde e tornam-se fundamentais para introduzir bons hábitos desde o início da vida da criança. Deve-se realizar ações coletivas e garantir o atendimento individual. Em trabalho conjunto com a equipe de saúde, a gestante, ao iniciar o pré-natal, deve ser encaminhada para uma consulta odontológica, que minimamente inclua os seguintes atos:

- a) orientação sobre possibilidade de atendimento durante a gestação;
- b) exame de tecidos moles e identificação de risco à saúde bucal;
- c) diagnóstico de lesões de cárie e necessidade de tratamento curativo;
- d) diagnóstico de gengivite ou doença periodontal crônica e necessidade de tratamento;
- e) orientações sobre hábitos alimentares (ingestão de açúcares) e higiene bucal;
- f) em nenhuma hipótese a assistência será compulsória, respeitando-se sempre à vontade da gestante, sob pena de gravíssima infração ética.

**6.5.4. Grupo de adultos:** os adultos, em especial os trabalhadores, têm dificuldades no acesso às unidades de saúde nos horários de trabalho convencionais destes serviços. Estas situações conduzem a um agravamento dos problemas existentes, transformando-os em urgência e motivo de falta ao trabalho, além das consequentes perdas dentárias. Sugere-se disponibilizar horários de atendimento compatíveis às necessidades de atenção a este grupo.

Integrar a atenção odontológica aos programas de saúde do trabalhador e segurança no trabalho, viabilizando a detecção dos riscos específicos.

**6.5.5. Grupo de idosos:** a saúde bucal representa um fator decisivo para a manutenção de uma boa qualidade de vida. Para garantir o acesso, o serviço pode organizar grupos de idosos(as) na unidade de saúde e instituições para desenvolver atividades de educação e prevenção. Pode igualmente garantir atendimento clínico individual do idoso(a) evitando as filas e trâmites burocráticos que dificultem o acesso, com reserva de horários e dias específicos para o atendimento. Ao planejar ações para este grupo, deve-se levar em conta as disposições legais contidas no Estatuto do Idoso. Como elemento estratégico para ampliar o acesso à assistência, sugere-se a aplicação de tecnologias inovadoras que, a exemplo do tratamento restaurador atraumático (ART) e dos procedimentos periodontais de menor complexidade, possibilitem abordagens de maior impacto e cobertura.

## 7. AMPLIAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

A assistência odontológica pública no Brasil tem-se restringido quase que completamente aos serviços básicos — ainda assim, com grande demanda reprimida. Os dados mais recentes indicam que, no âmbito do SUS, os serviços odontológicos especializados correspondem a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos. É evidente a baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária comprometendo, em consequência, o estabelecimento de

adequados sistemas de referência e contra referência em saúde bucal na quase totalidade dos sistemas loco-regionais de saúde. A expansão da rede assistencial de atenção secundária e terciária não acompanhou, no setor odontológico, o crescimento da oferta de serviços de atenção básica.

Com a expansão do conceito de atenção básica, e o conseqüente aumento da oferta de diversidade de procedimentos, fazem-se necessários, também, investimentos que propiciem aumentar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção.

Para fazer frente ao desafio de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados, o Ministério da Saúde contribuirá para a implantação e/ou melhoria de Centros de Referência de Especialidades Odontológicas (CREO).

Os CREO serão unidades de referência para as equipes de Saúde Bucal da atenção básica e, sempre integrados ao processo de planejamento loco-regional, ofertarão, de acordo com a realidade epidemiológica de cada região e município, procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na atenção básica.

Entre esses procedimentos incluem-se, dentre outros, tratamentos cirúrgicos periodontais, endodontias, dentística de maior complexidade, e procedimentos cirúrgicos compatíveis com esse nível de atenção.

### **8. A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Fundamental à organização da atenção básica do SUS, a estratégia de Saúde da Família foi criada em 1994 e normatizada pela Norma Operacional Básica do SUS de 1996 – NOB/SUS-96, que definiu suas formas de financiamento, incluindo-a no Piso da Atenção Básica – PAB. É, pois, uma estratégia do SUS, devendo estar em consonância com seus princípios e diretrizes. O território e a população adscrita, o trabalho em equipe e a intersetorialidade constituem eixos fundamentais de sua concepção, e as visitas domiciliares, uma de suas principais estratégias, objetivando ampliar o acesso aos serviços e criar vínculos com a população. A compreensão desses aspectos é fundamental para a discussão do processo de trabalho em saúde, dos processos de gestão, de educação permanente/continuada e de avaliação de serviços.

Na estratégia de Saúde da Família, a visita domiciliar é um procedimento rotineiro, preferencialmente realizado pelo ACS. A ampliação e qualificação das ações de saúde bucal também se fazem através de organização de visitas da equipe de saúde bucal às pessoas acamadas ou com dificuldades de locomoção, visando à identificação dos riscos e propiciando o acompanhamento e tratamento necessário.

Ao apresentar, como característica, uma enorme capilaridade, a estratégia de saúde da família é socialmente sensível: suas ações colocam frente a frente profissionais e realidade. São espaços pedagógicos em que a prática é o objeto das ações e onde muitas situações falam por si, permitindo às equipes um aprendizado e uma compreensão absolutamente reais e novos, a cada vez que ocorrem. São situações onde o fazer se aproxima da realidade de vida das pessoas e possibilitando um espaço privilegiado para o trabalho com os usuários.

Nestas situações é fundamental que se tenha cuidado com as pessoas: suas condições de vida, seus valores e seus hábitos. Há uma história, peculiar, envolvendo cada situação. É fundamental ter a consciência das diferenças sociais e culturais entre profissionais do serviço e usuários. Diferenças que estão colocadas são reais e perfeitamente sentidas pelos interlocutores, seja no atendimento que acontece na unidade de saúde, seja no momento de uma visita domiciliar.

Outro aspecto fundamental desta estratégia diz respeito ao processo de trabalho. Ao colocar para a saúde bucal a proposta de sua inserção em uma equipe multiprofissional, além de introduzir o “novo”, afronta valores, lugares e poderes consolidados pelas práticas dos modelos que o antecederam. Esta situação traz o desafio de se trabalhar em equipe.

Para a Saúde Bucal esta nova forma de se fazer às ações cotidianas representa, ao mesmo tempo, um avanço significativo e um grande desafio. Um novo espaço de práticas e relações a serem construídas com possibilidades de reorientar o processo de trabalho e a própria inserção da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde.

Vislumbra-se uma possibilidade de aumento de cobertura, de efetividade na resposta às demandas da população e de alcance de medidas de caráter coletivo. As maiores possibilidades de ganhos situam-se nos campos do trabalho em equipe, das relações com os usuários e da gestão, implicando uma nova forma de se produzir o cuidado em saúde bucal.

## Anexo II - Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO

### DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS

Tradução e revisão final sob a responsabilidade da Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília (UnB) e da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB).

Tradução: Ana Tapajós e Mauro Machado do Prado

Revisão: Volnei Garrafa

#### **A Conferência Geral,**

**Consciente** da capacidade única dos seres humanos de refletir sobre sua própria existência e sobre o seu meio ambiente; de perceber a injustiça; de evitar o perigo; de assumir responsabilidade; de buscar cooperação e de demonstrar o sentido moral que dá expressão a princípios éticos,

**Refletindo** sobre os rápidos avanços na ciência e na tecnologia, que progressivamente afetam nossa compreensão da vida e a vida em si, resultando em uma forte exigência de uma resposta global para as implicações éticas de tais desenvolvimentos,

**Reconhecendo** que questões éticas suscitadas pelos rápidos avanços na ciência e suas aplicações tecnológicas devem ser examinadas com o devido respeito à dignidade da pessoa humana e no cumprimento e respeito universais pelos direitos humanos e liberdades fundamentais,

**Deliberando** ser necessário e oportuno que a comunidade internacional declare princípios universais que proporcionarão uma base para a resposta da humanidade aos sempre crescentes dilemas e controvérsias que a ciência e a tecnologia apresentam à espécie humana e ao meio ambiente,

**Recordando** a Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 10 de Dezembro de 1948, a Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos Humanos, adotada pela Conferência Geral da UNESCO, em 11 de Novembro de 1997 e a Declaração Internacional sobre os Dados Genéticos Humanos, adotada pela Conferência Geral da UNESCO em 16 de Outubro de 2003,

**Recordando** o Pacto Internacional das Nações Unidas sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais e o Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos, de 16 de Dezembro de 1966, a Convenção Internacional das Nações Unidas sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, de 21 de Dezembro de 1965, a Convenção das Nações Unidas sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, de 18 de Dezembro de 1979, a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, de 20 de Novembro de 1989, a Convenção das Nações Unidas sobre a Diversidade Biológica, de 5 de Junho de 1992, os Parâmetros Normativos sobre a Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Incapacidades, adotados pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1993, a Convenção de OIT (n.º 169) referente a Povos Indígenas e <sup>23</sup> Tribais em Países Independentes, de 27 de Junho de 1989, o Tratado Internacional sobre Recursos Genéticos Vegetais para a Alimentação e a Agricultura, adotado pela Conferência da FAO em 3 de Novembro de 2001 e que entrou em vigor em 29 de Junho de 2004, a Recomendação da UNESCO sobre a Importância dos Pesquisadores Científicos, de 20 de Novembro de 1974, a Declaração da UNESCO sobre Raça e Preconceito Racial, de 27 de Novembro de 1978, a Declaração da UNESCO sobre as Responsabilidades das Gerações Presentes para com as Gerações Futuras, de 12 de Novembro de 1997, a Declaração Universal da UNESCO sobre a Diversidade Cultural, de 2 de Novembro de 2001, o Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (TRIPS) anexo ao Acordo de Marraqueche, que estabelece a Organização Mundial do Comércio, que entrou em vigor em 1 de Janeiro de 1995, a Declaração de Doha sobre o Acordo de TRIPS e a Saúde Pública, de 14 de Novembro de 2001, e outros instrumentos internacionais relevantes adotados pela Organização das Nações Unidas e pelas agências especializadas do sistema da Organização das Nações Unidas, em particular a Organização para a Alimentação e a Agricultura da Organização das Nações Unidas (FAO) e a Organização Mundial da Saúde (OMS),

**Observando, ainda,** instrumentos internacionais e regionais no campo da bioética, incluindo a Convenção para a Proteção dos Direitos Humanos e da Dignidade do Ser Humano com respeito às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre Direitos Humanos e Biomedicina do Conselho da Europa, adotada em 1997 e que entrou em vigor em 1999 e seus protocolos adicionais, bem como legislação e regulamentações nacionais no campo da bioética, códigos internacionais e

---

<sup>23</sup> Adotada por aclamação em 19 de outubro de 2005 pela 33a. Sessão da Conferência Geral da UNESCO

regionais de conduta, diretrizes e outros textos no campo da bioética, tais como a Declaração de Helsinque, da Associação Médica Mundial, sobre Princípios Éticos para a Pesquisa Biomédica Envolvendo Sujeitos Humanos, adotada em 1964 e emendada em 1975, 1989, 1993, 1996, 2000 e 2002, e as Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos, do Conselho para Organizações Internacionais de Ciências Médicas, adotadas em 1982 e emendadas em 1993 e 2002;

**Reconhecendo** que a presente Declaração deve ser interpretada de modo consistente com a legislação doméstica e o direito internacional, em conformidade com as regras sobre direitos humanos;

**Tendo presente** a Constituição da UNESCO, adotada em 16 de Novembro de 1945,

**Considerando** o papel da UNESCO na identificação de princípios universais baseados em valores éticos compartilhados para o desenvolvimento científico e tecnológico e a transformação social, de modo a identificar os desafios emergentes em ciência e tecnologia, levando em conta a responsabilidade da geração presente para com as gerações futuras e que as questões da bioética, que necessariamente possuem uma dimensão internacional, devem ser tratadas como um todo, inspirando-se nos princípios já estabelecidos pela Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos Humanos e pela Declaração Internacional sobre os Dados Genéticos Humanos e levando em conta não somente o atual contexto científico, mas também desenvolvimentos futuros,

**Consciente** de que os seres humanos são parte integrante da biosfera, com um papel importante na proteção um do outro e das demais formas de vida, em particular dos animais,

**Reconhecendo**, com base na liberdade da ciência e da pesquisa, que os desenvolvimentos científicos e tecnológicos têm sido e podem ser de grande benefício para a humanidade inter alia no aumento da expectativa e na melhoria da qualidade de vida, e enfatizando que tais desenvolvimentos devem sempre buscar promover o bem-estar dos indivíduos, famílias, grupos ou comunidades e da humanidade como um todo no reconhecimento da dignidade da pessoa humana e no respeito universal e observância dos direitos humanos e das liberdades fundamentais,

**Reconhecendo** que a saúde não depende unicamente dos desenvolvimentos decorrentes das pesquisas científicas e tecnológicas, mas também de fatores psico-sociais e culturais,

**Reconhecendo, ainda**, que decisões sobre questões éticas na medicina, nas ciências da vida e nas tecnologias associadas podem ter impacto sobre indivíduos, famílias, grupos ou comunidades e sobre a humanidade como um todo,

**Tendo presente** que a diversidade cultural, como fonte de intercâmbio, inovação e criatividade, é necessária aos seres humanos e, nesse sentido, constitui patrimônio comum da humanidade, enfatizando, contudo, que esta não pode ser invocada à custa dos direitos humanos e das liberdades fundamentais,

**Tendo igualmente presente** que a identidade de um indivíduo inclui dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais,

**Reconhecendo** que condutas científicas e tecnológicas antiéticas já produziram impacto específico em comunidades indígenas e locais,

**Convencida** de que a sensibilidade moral e a reflexão ética devem ser parte integrante do processo de desenvolvimento científico e tecnológico e de que a bioética deve desempenhar um papel predominante nas escolhas que precisam ser feitas sobre as questões que emergem de tal desenvolvimento,

**Considerando** o desejo de desenvolver novos enfoques relacionados à responsabilidade social de modo a assegurar que o progresso da ciência e da tecnologia contribua para a justiça, a equidade e para o interesse da humanidade,

**Reconhecendo** que conceder atenção à posição das mulheres é uma forma importante de avaliar as realidades sociais e alcançar equidade,

**Dando ênfase** à necessidade de reforçar a cooperação internacional no campo da bioética, levando particularmente em consideração as necessidades específicas dos países em desenvolvimento, das comunidades indígenas e das populações vulneráveis,

**Considerando** que todos os seres humanos, sem distinção, devem se beneficiar dos mesmos elevados padrões éticos na medicina e nas pesquisas em ciências da vida,

**Proclama** os princípios a seguir e **adota** a presente Declaração.

## DISPOSIÇÕES GERAIS

### Artigo 1 – Escopo

a) A Declaração trata das questões éticas relacionadas à medicina, às ciências da vida e às tecnologias associadas quando aplicadas aos seres humanos, levando em conta suas dimensões sociais, legais e ambientais.

b) A presente Declaração é dirigida aos Estados. Quando apropriado e pertinente, ela também oferece orientação para decisões ou práticas de indivíduos, grupos, comunidades, instituições e empresas públicas e privadas.

## **Artigo 2 – Objetivos**

### **Os objetivos desta Declaração são:**

(i) prover uma estrutura universal de princípios e procedimentos para orientar os Estados na formulação de sua legislação, políticas ou outros instrumentos no campo da bioética;

(ii) orientar as ações de indivíduos, grupos, comunidades, instituições e empresas públicas e privadas;

(iii) promover o respeito pela dignidade humana e proteger os direitos humanos, assegurando o respeito pela vida dos seres humanos e pelas liberdades fundamentais, de forma consistente com a legislação internacional de direitos humanos;

(iv) reconhecer a importância da liberdade da pesquisa científica e os benefícios resultantes dos desenvolvimentos científicos e tecnológicos, evidenciando, ao mesmo tempo, a necessidade de que tais pesquisas e desenvolvimentos ocorram conforme os princípios éticos dispostos nesta Declaração e respeitem a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais;

(v) promover o diálogo multidisciplinar e pluralístico sobre questões bioéticas entre todos os interessados e na sociedade como um todo;

(vi) promover o acesso equitativo aos desenvolvimentos médicos, científicos e tecnológicos, assim como a maior difusão possível e o rápido compartilhamento de conhecimento relativo a tais desenvolvimentos e a participação nos benefícios, com particular atenção às necessidades de países em desenvolvimento;

(vii) salvaguardar e promover os interesses das gerações presentes e futuras; e

(viii) ressaltar a importância da biodiversidade e sua conservação como uma preocupação comum da humanidade.

## **PRINCÍPIOS**

Conforme a presente Declaração, nas decisões tomadas ou práticas desenvolvidas por aqueles a quem ela é dirigida, devem ser respeitados os princípios a seguir.

### **Artigo 3 – Dignidade Humana e Direitos Humanos**

a) A dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser respeitados em sua totalidade.

b) Os interesses e o bem-estar do indivíduo devem ter prioridade sobre o interesse exclusivo da ciência ou da sociedade.

### **Artigo 4 – Benefício e Dano**

Os benefícios diretos e indiretos a pacientes, sujeitos de pesquisa e outros indivíduos afetados devem ser maximizados e qualquer dano possível a tais indivíduos deve ser minimizado, quando se trate da aplicação e do avanço do conhecimento científico, das práticas médicas e tecnologias associadas.

### **Artigo 5 – Autonomia e Responsabilidade Individual**

Deve ser respeitada a autonomia dos indivíduos para tomar decisões, quando possam ser responsáveis por essas decisões e respeitem a autonomia dos demais. Devem ser tomadas medidas especiais para proteger direitos e interesses dos indivíduos não capazes de exercer autonomia.

### **Artigo 6 – Consentimento**

a) Qualquer intervenção médica preventiva, diagnóstica e terapêutica só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido do indivíduo envolvido, baseado em informação adequada. O consentimento deve, quando apropriado, ser manifesto e poder ser retirado pelo indivíduo envolvido a qualquer momento e por qualquer razão, sem acarretar desvantagem ou preconceito.

b) A pesquisa científica só deve ser realizada com o prévio, livre, expresso e esclarecido consentimento do indivíduo envolvido. A informação deve ser adequada, fornecida de uma forma compreensível e incluir os procedimentos para a retirada do consentimento. O consentimento pode ser retirado pelo indivíduo envolvido a qualquer hora e por qualquer razão, sem acarretar qualquer desvantagem ou preconceito. Exceções a este princípio somente devem ocorrer quando em conformidade com os

padrões éticos e legais adotados pelos Estados, consistentes com as provisões da presente Declaração, particularmente com o Artigo 27 e com os direitos humanos.

c) Em casos específicos de pesquisas desenvolvidas em um grupo de indivíduos ou comunidade, um consentimento adicional dos representantes legais do grupo ou comunidade envolvida pode ser buscado. Em nenhum caso, o consentimento coletivo da comunidade ou o consentimento de um líder da comunidade ou outra autoridade deve substituir o consentimento informado individual.

#### **Artigo 7 – Indivíduos sem a Capacidade para Consentir**

Em conformidade com a legislação, proteção especial deve ser dada a indivíduos sem a capacidade para fornecer consentimento:

a) a autorização para pesquisa e prática médica deve ser obtida no melhor interesse do indivíduo envolvido e de acordo com a legislação nacional. Não obstante, o indivíduo afetado deve ser envolvido, na medida do possível, tanto no processo de decisão sobre consentimento assim como sua retirada;

b) a pesquisa só deve ser realizada para o benefício direto à saúde do indivíduo envolvido, estando sujeita à autorização e às condições de proteção prescritas pela legislação e caso não haja nenhuma alternativa de pesquisa de eficácia comparável que possa incluir sujeitos de pesquisa com capacidade para fornecer consentimento. Pesquisas sem potencial benefício direto à saúde só devem ser realizadas excepcionalmente, com a maior restrição, expondo o indivíduo apenas a risco e desconforto mínimos e quando se espera que a pesquisa contribua com o benefício à saúde de outros indivíduos na mesma categoria, sendo sujeitas às condições prescritas por lei e compatíveis com a proteção dos direitos humanos do indivíduo. A recusa de tais indivíduos em participar de pesquisas deve ser respeitada.

#### **Artigo 8 – Respeito pela Vulnerabilidade Humana e pela Integridade Individual**

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.

#### **Artigo 9 – Privacidade e Confidencialidade**

A privacidade dos indivíduos envolvidos e a confidencialidade de suas informações devem ser respeitadas. Com esforço máximo possível de proteção, tais informações não devem ser usadas ou reveladas para outros propósitos que não aqueles para os quais foram coletadas ou consentidas, em consonância com o direito internacional, em particular com a legislação internacional sobre direitos humanos.

#### **Artigo 10 – Igualdade, Justiça e Equidade**

A igualdade fundamental entre todos os seres humanos em termos de dignidade e de direitos deve ser respeitada de modo que todos sejam tratados de forma justa e equitativa.

#### **Artigo 11 – Não-Discriminação e Não-Estigmatização**

Nenhum indivíduo ou grupo deve ser discriminado ou estigmatizado por qualquer razão, o que constitui violação à dignidade humana, aos direitos humanos e liberdades fundamentais.

#### **Artigo 12 – Respeito pela Diversidade Cultural e pelo Pluralismo**

A importância da diversidade cultural e do pluralismo deve receber a devida consideração. Todavia, tais considerações não devem ser invocadas para violar a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais nem os princípios dispostos nesta Declaração, ou para limitar seu escopo.

#### **Artigo 13 – Solidariedade e Cooperação**

A solidariedade entre os seres humanos e cooperação internacional para este fim devem ser estimuladas.

#### **Artigo 14 – Responsabilidade Social e Saúde**

a) A promoção da saúde e do desenvolvimento social para a sua população é objetivo central dos governos, partilhado por todos os setores da sociedade.

b) Considerando que usufruir o mais alto padrão de saúde atingível é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, convicção política, condição econômica ou social, o progresso da ciência e da tecnologia deve ampliar:

(i) o acesso a cuidados de saúde de qualidade e a medicamentos essenciais, incluindo especialmente aqueles para a saúde de mulheres e crianças, uma vez que

- a saúde é essencial à vida em si e deve ser considerada como um bem social e humano;
- (ii) o acesso a nutrição adequada e água de boa qualidade;
  - (iii) a melhoria das condições de vida e do meio ambiente;
  - (iv) a eliminação da marginalização e da exclusão de indivíduos por qualquer que seja o motivo; e
  - (v) a redução da pobreza e do analfabetismo.

#### **Artigo 15 – Compartilhamento de Benefícios**

- a) Os benefícios resultantes de qualquer pesquisa científica e suas aplicações devem ser compartilhados com a sociedade como um todo e, no âmbito da comunidade internacional, em especial com países em desenvolvimento. Para dar efeito a esse princípio, os benefícios podem assumir quaisquer das seguintes formas:
- (i) ajuda especial e sustentável e reconhecimento aos indivíduos e grupos que tenham participado de uma pesquisa;
  - (ii) acesso a cuidados de saúde de qualidade;
  - (iii) oferta de novas modalidades diagnósticas e terapêuticas ou de produtos resultantes da pesquisa;
  - (iv) apoio a serviços de saúde;
  - (v) acesso ao conhecimento científico e tecnológico;
  - (vi) facilidades para geração de capacidade em pesquisa; e
  - (vii) outras formas de benefício coerentes com os princípios dispostos na presente Declaração.
- b) Os benefícios não devem constituir indução inadequada para estimular a participação em pesquisa.

#### **Artigo 16 – Proteção das Gerações Futuras**

O impacto das ciências da vida sobre gerações futuras, incluindo sobre sua constituição genética, deve ser devidamente considerado.

#### **Artigo 17 – Proteção do Meio Ambiente, da Biosfera e da Biodiversidade**

Devida atenção deve ser dada à inter-relação de seres humanos com outras formas de vida, à importância do acesso e utilização adequada de recursos biológicos e genéticos, ao respeito pelo conhecimento tradicional e ao papel dos seres humanos na proteção do meio ambiente, da biosfera e da biodiversidade.

### **APLICAÇÃO DOS PRINCÍPIOS**

#### **Artigo 18 – Tomada de Decisão e o Tratamento de Questões Bioéticas**

- a) Devem ser promovidos o profissionalismo, a honestidade, a integridade e a transparência na tomada de decisões, em particular na explicitação de todos os conflitos de interesse e no devido compartilhamento do conhecimento. Todo esforço deve ser feito para a utilização do melhor conhecimento científico e metodologia disponíveis no tratamento e constante revisão das questões bioéticas.
- b) Os indivíduos e profissionais envolvidos e a sociedade como um todo devem estar incluídos regularmente num processo comum de diálogo.
- c) Deve-se promover oportunidades para o debate público pluralista, buscando-se a manifestação de todas as opiniões relevantes.

#### **Artigo 19 – Comitês de Ética**

Comitês de ética independentes, multidisciplinares e pluralistas devem ser instituídos, mantidos e apoiados em nível adequado com o fim de:

- (i) avaliar questões éticas, legais, científicas e sociais relevantes relacionadas a projetos de pesquisa envolvendo seres humanos;
- (ii) prestar aconselhamento sobre problemas éticos em situações clínicas;
- (iii) avaliar os desenvolvimentos científicos e tecnológicos, formular recomendações e contribuir para a elaboração de diretrizes sobre temas inseridos no âmbito da presente Declaração; e
- (iv) promover o debate, a educação, a conscientização do público e o engajamento com a bioética.

#### **Artigo 20 – Avaliação e Gerenciamento de Riscos**

Deve-se promover a avaliação e o gerenciamento adequado de riscos relacionados à medicina, às ciências da vida e às tecnologias associadas.

### **Artigo 21 – Práticas Transnacionais**

- a) Os Estados, as instituições públicas e privadas, e os profissionais associados a atividades transnacionais devem empreender esforços para assegurar que qualquer atividade no escopo da presente Declaração que seja desenvolvida, financiada ou conduzida de algum modo, no todo ou em parte, em diferentes Estados, seja coerente com os princípios da presente Declaração.
- b) Quando a pesquisa for empreendida ou conduzida em um ou mais Estados [Estado(s) hospedeiro(s)] e financiada por fonte de outro Estado, tal pesquisa deve ser objeto de um nível adequado de revisão ética no(s) Estado(s) hospedeiro(s) e no Estado no qual o financiador está localizado. Esta revisão deve ser baseada em padrões éticos e legais consistentes com os princípios estabelecidos na presente Declaração.
- c) Pesquisa transnacional em saúde deve responder às necessidades dos países hospedeiros e deve ser reconhecida sua importância na contribuição para a redução de problemas de saúde globais urgentes.
- d) Na negociação de acordos para pesquisa, devem ser estabelecidos os termos da colaboração e a concordância sobre os benefícios da pesquisa com igual participação de todas as partes na negociação.
- e) Os Estados devem tomar medidas adequadas, em níveis nacional e internacional, para combater o bioterrorismo e o tráfico ilícito de órgãos, tecidos, amostras, recursos genéticos e materiais genéticos.

### **PROMOÇÃO DA DECLARAÇÃO**

#### **Artigo 22 – Papel dos Estados**

- a) Os Estados devem tomar todas as medidas adequadas de caráter legislativo, administrativo ou de qualquer outra natureza, de modo a implementar os princípios estabelecidos na presente Declaração e em conformidade com o direito internacional e com os direitos humanos. Tais medidas devem ser apoiadas por ações nas esferas da educação, formação e informação ao público.
- b) Os Estados devem estimular o estabelecimento de comitês de ética independentes, multidisciplinares e pluralistas, conforme o disposto no Artigo 19.

#### **Artigo 23 – Informação, Formação e Educação em Bioética**

- a) De modo a promover os princípios estabelecidos na presente Declaração e alcançar uma melhor compreensão das implicações éticas dos avanços científicos e tecnológicos, em especial para os jovens, os Estados devem envidar esforços para promover a formação e educação em bioética em todos os níveis, bem como estimular programas de disseminação de informação e conhecimento sobre bioética.
- b) Os Estados devem estimular a participação de organizações intergovernamentais, internacionais e regionais e de organizações não-governamentais internacionais, regionais e nacionais neste esforço.

#### **Artigo 24 – Cooperação Internacional**

- a) Os Estados devem promover a disseminação internacional da informação científica e estimular a livre circulação e o compartilhamento do conhecimento científico e tecnológico.
- b) Ao abrigo da cooperação internacional, os Estados devem promover a cooperação cultural e científica e estabelecer acordos bilaterais e multilaterais que possibilitem aos países em desenvolvimento construir capacidade de participação na geração e compartilhamento do conhecimento científico, do know-how relacionado e dos benefícios decorrentes.
- c) Os Estados devem respeitar e promover a solidariedade entre Estados, bem como entre indivíduos, famílias, grupos e comunidades, com atenção especial para aqueles tornados vulneráveis por doença incapacidade ou por outras condições individuais, sociais ambientais e aqueles indivíduos com maior limitação de recursos.

#### **Artigo 25 – Ação de Acompanhamento pela UNESCO**

- a) A UNESCO promoverá e disseminará os princípios da presente Declaração. Para tanto, a UNESCO buscará apoio e assistência do Comitê Intergovernamental de Bioética (IGBC) e do Comitê Internacional de Bioética (IBC).
- b) A UNESCO reafirmará seu compromisso em tratar de bioética e em promover a colaboração entre o IGBC e o IBC.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

### **Artigo 26 – Inter-relação e Complementaridade dos Princípios**

A presente Declaração deve ser considerada em sua totalidade e seus princípios devem ser compreendidos como complementares e interrelacionados. Cada princípio deve ser interpretado no contexto dos demais, de forma pertinente e adequada a cada circunstância.

### **Artigo 27 – Limitações à Aplicação dos Princípios**

Se a aplicação dos princípios da presente Declaração tiver que ser limitada, tal limitação deve ocorrer em conformidade com a legislação, incluindo a legislação referente aos interesses de segurança pública para a investigação, constatação e acusação por crimes, para a proteção da saúde pública ou para a proteção dos direitos e liberdades de terceiros. Quaisquer dessas legislações devem ser consistentes com a legislação internacional sobre direitos humanos.

### **Artigo 28 – Recusa a Atos Contrários aos Direitos Humanos, às Liberdades Fundamentais e Dignidade Humana**

Nada nesta Declaração pode ser interpretado como podendo ser invocado por qualquer Estado, grupo ou indivíduo, para justificar envolvimento em qualquer atividade ou prática de atos contrários aos direitos humanos, às liberdades fundamentais e à dignidade humana.

**Anexo III – 8ª Conferência Nacional de Saúde**



*1ª Conferência  
Nacional de  
Saúde*

17 A 21 DE MARÇO DE 1986.

**RELATÓRIO  
FINAL**

Ministro da Saúde  
Roberto Figueira Santos

Ministro da Previdência e Assistência Social  
Raphael de Almeida Magalhães

Secretário Geral do Ministério da Saúde  
José Alberto Hermógenes

## RELATÓRIO FINAL DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

### INTRODUÇÃO

O presente relatório final reflete um processo de discussão, que iniciado nas pré-conferências preparatórias estaduais e municipais, culminou com a participação, na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), de mais de 4.000 pessoas, dentre as quais 1.000 delegados. Este processo materializou-se nos textos, debates, mesas-redondas, trabalhos de grupos e seus relatórios, resultando neste documento aprovado na plenária final da Conferência.

As plenárias da 8ª CNS contaram com a participação efetiva de quase todas as instituições que atuam no setor, assim como daquelas representativas da sociedade civil, dos grupos profissionais e dos partidos políticos.

O documento apresentado para aprovação em plenária era o relato consolidado das discussões havidas durante três dias, nos 135 grupos de trabalho (38 de delegados e 97 de participantes), onde foram discutidos os temas: Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial.

Estabeleceram-se, portanto, dois níveis de discussão: um que ocorreu durante os trabalhos de grupo, subsidiados pelas apresentações e mesas-redondas sobre os temas e outro que se concretizou na assembléia final. O processo altamente participativo, democrático e representativo que permeou todo o debate na 8ª CNS permitiu um alto grau de consenso, caracterizando uma unidade quanto ao encaminhamento das grandes questões, apesar da diversidade de proposta quanto às formas de implementação.

A comissão relatora cumpriu rigorosamente o regulamento, incorporando todas as modificações aprovadas pela assembléia de delegados e assinalando apenas as contradições mais evidentes.

Para efeito de fidelidade ao rico processo de debate que ocorreu na Conferência, faz-se necessário destacar alguns pontos que, numa simples leitura das conclusões referentes aos três temas, não se revelam com a necessária ênfase:

- 1 - Em primeiro lugar, ficou evidente que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencionando chamar a Reforma Sanitária.
  
- 2 - A questão que talvez mais tenha mobilizado os participantes e delegados foi a natureza do novo Sistema Nacional de Saúde: se estatizado ou não, de forma imediata ou progressiva. A proposta de estatização imediata foi recusada, havendo consenso sobre a necessidade de fortalecimento e expansão do setor público. Em qualquer situação, porém, ficou claro que a participação do setor privado deve-se dar sob o caráter de serviço público "concedido" e o contrato regido sob as normas do Direito Público. Em relação a esse tema, é impressão da comissão de redação que a proposição "estatização da indústria farmacêutica", aprovada na Assembléia Final, conflita com esse posicionamento geral, por não ter sido objeto de uma discussão mais aprofundada.

- 3 - Outro tema bastante polêmico foi aquele relativo à separação da "Saúde" da "Previdência". O entendimento majoritário foi o de que a Previdência Social se deveria encarregar das ações próprias de "seguro social" (pensões, aposentadorias e demais benefícios) e a saúde estaria entregue, em nível federal, a um único órgão com características novas. O setor seria financiado por várias receitas, oriundas de impostos gerais e incidentes sobre produtos e atividades nocivas à saúde. Até que se formasse esse orçamento próprio da saúde, a Previdência Social deveria destinar os recursos, que ora gasta com o INAMPS, para o novo órgão e ir retraindo-se na medida do crescimento das novas fontes.
- 4 - No tema financiamento houve alto grau de consenso sobre alguns princípios importantes que devem orientar a política de financiamento setorial. O relatório parece mais indicativo do que conclusivo, revelando que esta discussão exige um maior aprofundamento.

A Comissão relatora observa que este relatório espelha fielmente o momento político materializado na 8ª CNS, sendo, mais que nada, o resultado coerente desse momento e devendo constituir-se em objeto de reflexão, visando, sobre tudo, à continuidade do processo de reformulação setorial.

## TEMA I - SAÚDE COMO DIREITO

- 1 - Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.
- 2 - A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.
- 3 - Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.
- 4 - Esse direito não se materializa, simplesmente pela sua formalização no texto constitucional. Há, simultaneamente, necessidade do Estado assumir explicitamente uma política de saúde consequente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isso será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população.
- 5 - Deste conceito amplo de saúde e desta noção de direito

como conquista social, emerge a idéia de que o pleno exercício do direito à saúde implica em garantir:

- trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho;
- alimentação para todos, segundo as suas necessidades;
- moradia higiênica e digna;
- educação e informação plenas;
- qualidade adequada do meio-ambiente;
- transporte seguro e acessível;
- repouso, lazer e segurança;
- participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde;
- direito à liberdade, à livre organização e expressão;
- acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis.

6 - As limitações e obstáculos ao desenvolvimento e aplicação do direito à saúde são de natureza estrutural.

7 - A sociedade brasileira, extremamente estratificada e hierarquizada, caracteriza-se pela alta concentração da renda e da propriedade fundiária, observando-se a coexistência de formas rudimentares de organização do trabalho produtivo com a mais avançada tecnologia da economia capitalista. As desigualdades sociais e regionais existentes refletem estas condições estruturais que vêm atuando como fatores limitantes ao pleno desenvolvimento de um nível satisfatório de saúde e de uma organização de serviços socialmente adequada.

8 - A evolução histórica desta sociedade desigual ocorreu

quase sempre na presença de um Estado autoritário, culminando no regime militar, que desenvolveu uma política social mais voltada para o controle das classes dominadas, impedindo o estabelecimento de canais eficazes para as demandas sociais e a correção das distorções geradas pelo modelo econômico.

9 - Na área de saúde, verifica-se um acúmulo histórico de vicissitudes que deram origem a um sistema em que predominam interesses de empresários da área médico-hospitalar. O modelo de organização do setor público é anárquico, pouco eficiente e eficaz, gerando descrédito junto à população.

10 - Este quadro decorre basicamente do seguinte:

- Não prioridade pelos governos anteriores do setor social, neste incluída a saúde, privilegiando outros setores, como por exemplo o da energia, que contribuiu para a atual dívida externa;
- vigência de uma política de saúde implícita que se efetiva ao sabor de interesses em geral não coincidentes com os dos usuários dos serviços, acentuadamente influenciada pela ação de grupos dedicados à mercantilização da saúde;
- debilidade da organização da sociedade civil, com escassa participação popular no processo de formulação e controle das políticas e dos serviços de saúde;
- modelo assistencial excludente, discriminatório, centralizador e corruptor;
- falta de transparência na aplicação de recursos públicos, o que contribuiu para o seu uso dispersivo, sem atender às reais necessidades da população;
- inadequada formação de recursos humanos tanto em nível

técnico quanto nos aspectos ético e de consciência social, associada à sua utilização em condições insatisfatórias de remuneração e de trabalho;

- controle do setor de medicamentos e equipamentos pelas multinacionais;
- privilégio na aplicação dos recursos públicos na rede privada de assistência médica, como também em programas de saneamento e habitação;
- interferência clientelística no que se refere à contratação de pessoal;
- excessiva centralização das decisões e dos recursos em nível federal.

11 - O Estado tem como responsabilidades básicas quanto ao direito à saúde:

- a adoção de políticas sociais e econômicas que propiciem melhores condições de vida, sobretudo, para os segmentos mais carentes da população;
- definição, financiamento e administração de um sistema de saúde de acesso universal e igualitário;
- operação descentralizada de serviços de saúde;
- normatização e controle das ações de saúde desenvolvidas por qualquer agente público ou privado de forma a garantir padrões de qualidade adequados.

12 - Para assegurar o direito à saúde a toda a população brasileira é imprescindível:

- garantir uma Assembléia Nacional Constituinte livre, soberana, democrática, popular e exclusiva;
- assegurar na Constituição, a todas as pessoas, as condições fundamentais de uma existência digna, protegendo o acesso a emprego, educação, alimentação, remuneração justa e propriedade da terra aos que nela traba-

lham, assim como o direito à organização e o direito de greve;

- suspender imediatamente o pagamento dos juros da dívida externa e submeter à decisão da nação, via Assembleia Nacional Constituinte, a proposta de não pagamento da dívida externa;
- implantar uma reforma agrária que responda às reais necessidades e aspirações dos trabalhadores rurais e que seja realizada sob o controle destes;
- estimular a participação da população organizada nos núcleos decisórios, nos vários níveis, assegurando o controle social sobre as ações do Estado;
- fortalecer os Estados e Municípios, através de uma ampla reforma fiscal e tributária;
- estabelecer compromissos orçamentários ao nível da União, estados e municípios para o adequado financiamento das ações de Saúde.

13 - É necessário que se intensifique o movimento de mobilização popular para garantir que a Constituinte inclua a saúde entre as questões que merecerão atenção prioritária. Com este objetivo a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde deverá ser deflagrada uma campanha nacional em defesa do direito universal à saúde, contra a mercantilização da medicina e pela melhoria dos serviços públicos, para que se inscrevam na futura Constituição:

- a caracterização da saúde de cada indivíduo como de interesse coletivo, como dever do Estado, a ser contemplado de forma prioritária por parte das políticas sociais;
- a garantia da extensão do direito à saúde e do acesso igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional;

- a caracterização dos serviços de saúde como públicos e essenciais.

**TEMA 2 - REFORMULAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE**

- 1 - A reestruturação do Sistema Nacional de Saúde deve resultar na criação de um Sistema Único de Saúde que efetivamente represente a construção de um novo arcabouço institucional separando totalmente saúde de previdência, através de uma ampla Reforma Sanitária.
- 2 - No nível federal, este novo sistema deve ser coordenado por um único Ministério, especialmente concebido para esse fim. Com este objetivo o Poder Executivo deve encaminhar, a curto prazo, mensagem ao Congresso, garantindo-se, entretanto, que a reformulação proposta seja prévia e amplamente debatida por todos os setores da sociedade civil. A unicidade de comando deve ser reproduzida nos níveis estadual e municipal.
- 3 - O novo Sistema Nacional de Saúde deverá reger-se pelos seguintes princípios:
  - a) referente à organização dos serviços
    - descentralização na gestão dos serviços;
    - integralização das ações, superando a dicotomia preventivo-curativo;
    - unidade na condução das políticas setoriais;
    - regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços;
    - participação da população, através de suas entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde;
    - fortalecimento do papel do Município;
    - introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitan-

do ao usuário o direito democrático de escolher a te  
rapêutica preferida.

b) atinentes às condições de acesso e qualidade

- universalização em relação à cobertura populacional a começar pelas áreas carentes ou totalmente desas  
sistidas;
- eqüidade em relação ao acesso dos que necessitam de  
atenção;
- atendimento oportuno segundo as necessidades;
- respeito à dignidade dos usuários por parte dos ser  
vidores e prestadores de serviços de saúde, como um  
claro dever e compromisso com a sua função pública;
- atendimento de qualidade compatível com o estágio de  
desenvolvimento do conhecimento e com recursos dispo  
níveis;
- direito de acompanhamento a doentes internados, espe  
cialmente crianças;
- direito à assistência psicológica sem a discrimina  
ção que existe atualmente.

c) relacionados com a política de recursos humanos

- remuneração condigna e isonomia salarial entre as  
mesmas categorias profissionais nos níveis federal ,  
estadual e municipal, e estabelecimento urgente e i-  
mediato de plano de cargos e salários;
- capacitação e reciclagem permanentes;
- admissão através de concurso público;
- estabilidade no emprego;
- composição multiprofissional das equipes, consideran  
do as necessidades da demanda de atendimento de cada  
região e em consonância com os critérios estabeleci-  
dos pelos padrões mínimos de cobertura assistencial;

- compromissos dos servidores com os usuários;
  - cumprimento da carga horária contratual e incentivo à dedicação exclusiva;
  - direito à greve e sindicalização dos profissionais de saúde;
  - formação dos profissionais de saúde integrada ao Sistema de Saúde, regionalizado e hierarquizado;
  - inclusão no currículo de ensino em saúde do conhecimento das práticas alternativas;
  - incorporação dos agentes populares de saúde como pessoal remunerado, sob a coordenação do nível local do Sistema Único de Saúde, para trabalhar em educação para a saúde e cuidados primários.
- 4 - O principal objetivo a ser alcançado é o Sistema Único de Saúde, com expansão e fortalecimento do setor estatal em níveis federal, estadual e municipal, tendo como meta uma progressiva estatização do setor. Os prestadores de serviços privados passarão a ter controlados seus procedimentos operacionais e direcionadas suas ações no campo da saúde, sendo ainda coibidos os lucros abusivos. O setor privado será subordinado ao papel diretivo da ação estatal nesse setor, garantindo o controle dos usuários através dos seus segmentos organizados. Com o objetivo de garantir a prestação de serviços à população, deverá ser considerada a possibilidade de expropriação dos estabelecimentos privados nos casos de inobservância das normas estabelecidas pelo setor público.
- 5 - As atribuições básicas de cada nível do Governo devem ter por fundamento o caráter federativo da nossa República, de tal modo a romper com a centralização que esvaziou, nas décadas recentes, o poder e as funções próprias das unidades federadas e de seus municípios. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

deve reforçar, neste sentido, o poder político, administrativo e financeiro dos Estados e Municípios.

6 - No SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, o nível federal terá como atribuições principais:

- formulação e condução da política nacional de saúde ; regulamentação das normas de relacionamento entre o setor público e o setor privado; formulação de normas e o acompanhamento e avaliação das ações de cobertura assistencial; condução e execução de programas emergenciais que escapem às possibilidades de intervenção das Unidades Federativas; definição das políticas setoriais de tecnologia, saneamento, recursos humanos, insumos básicos, financiamento e informações; determinação de padrões de qualidade homogêneos para os setores público e privado.

7 - Permanecerão no âmbito da competência do novo órgão federal os serviços de referência nacional e os serviços e atividades considerados estratégicos para o desenvolvimento do sistema de saúde, tais como: órgãos de pesquisa, de produção de imunobiológicos, de medicamentos e de equipamentos. As linhas de pesquisa desenvolvidas nas áreas de saúde devem ser amplamente discutidas entre as instituições de pesquisa de serviços e universidades visando a um direcionamento mais produtivo e relevante na resolução dos problemas de saúde do país.

8 - Todos os serviços federais de caráter local que tenham relação direta com o atendimento à população, com exceção dos mencionados anteriormente, serão transferidos com os respectivos recursos humanos, materiais e financeiros aos Estados e Municípios, segundo planos e programas a serem elaborados conjuntamente pelas instituições participantes e as representações da sociedade organizada e que considerem a viabilidade política e a factibili

dade técnico-financeira da transferência.

9 - No Nível Estadual, destacam-se as seguintes funções:

- gestão, planejamento, coordenação, controle e avaliação da política nacional de saúde na Unidade Federativa (UF); responsabilidade pela elaboração do plano diretor de saúde da UF que deverá orientar a integração das atividades do subsistema estadual de saúde, incluindo as atividades do setor privado; prestação de serviços de saúde, vigilância sanitária e epidemiológica e outros de responsabilidade do sistema, em coordenação com os sistemas municipais; gerência do sistema estadual de informação de saúde; compatibilização das normas e diretrizes federais com o quadro jurídico-legal da UF e as peculiaridades dos sistemas de saúde estaduais e regionais; responsabilidade pelos serviços de abrangência estadual e regional, especialmente os de caráter secundário e terciário, e por aqueles outros programas, projetos ou atividades que não possam, por seu custo, especialização ou grau de complexidade, serem executados pelos Municípios.

10 - O Nível Municipal terá seu papel definido de acordo com as características e peculiaridades de cada caso, exercendo esse papel em estreita coordenação com o nível estadual. Como diretriz básica, o Município terá a seu cargo, como responsabilidade mínima, a gestão dos serviços básicos de saúde.

11 - Os municípios de grande porte terão a seu cargo a gestão integral do Sistema Municipal de Saúde. Naqueles Municípios em que não hajam condições imediatas para assumir a gestão do sistema municipal, esta será realizada conjuntamente pelo Município e Secretaria Estadual de Saúde da Unidade Federada.

- 12 - Os hospitais universitários e das Forças Armadas devem estar totalmente integrados ao SISTEMA ÚNICO de SAÚDE , sem prejuízo das funções de ensino, pesquisa e prestação de serviços dos primeiros. (\*)
- 13 - O relacionamento do poder público com a rede privada prestadora de serviços deve fundamentar-se no controle e efetivo sobre essa rede.
- 14 - A implantação imediata de um novo relacionamento entre o setor público e o setor privado deverá ser implementada nos seguintes moldes:
- para os estabelecimentos privados que já se relacionam com o INAMPS, estabelecer um novo contrato-padrão regido pelos princípios do DIREITO PÚBLICO, passando o serviço privado a ser concessionário do Serviço Público;
  - esses contratos devem ser reavaliados sob critérios de adequação ao perfil epidemiológico da população a ser coberta e de parâmetros de desempenho e qualidade;
  - não devem ser celebrados novos contratos/credenciamentos a partir de 30 de março;
  - as novas relações devem possibilitar a intervenção governamental, que pode chegar à expropriação, sempre que caracterizada a existência de fraude ou conduta dolosa. Trata-se, por conseguinte, de aplicar no campo da saúde instrumentos de proteção da sociedade similares àqueles já adotados nas relações do governo com outros setores;
  - os incentivos concedidos à chamada medicina de grupo deverão ser revistos.

---

(\*) No Relatório Final submetido à discussão plenária havia a seguinte redação deste item:

"Os hospitais universitários e das Forças Armadas devem estar funcionalmente integrados ao Sistema Único de Saúde, sem prejuízo das funções de ensino, pesquisa e prestação de serviços dos primeiros".

- 15 - Para as regiões onde for necessário ampliar a cobertura assistencial, e houver escassez de oferta de serviços por parte do setor público, dever-se-á proceder:
- o redirecionamento dos fundos públicos, tais como FAS/ Caixa Econômica Federal e FINSOCIAL/Banco Nacional de Desenvolvimento Econômicos e Social, para financiamento exclusivo da rede do setor público estadual e municipal;
  - a suspensão imediata de financiamento, por parte desses fundos (FAS/CEF e FINSOCIAL/BNDES), para ampliação, reforma e construção de estabelecimentos privados ou para compra de equipamentos.
- 16 - A maior participação do setor público como prestador de serviços é viável, justa e socialmente desejável. Para isso é necessário o aprimoramento de seus procedimentos gerenciais, de forma que possa operar com maior eficiência e aumente seu grau de resolubilidade, de modo a satisfazer as necessidades da população.
- 17 - Com relação ao aparelho setorial produtor de bens, propõe-se:
- fortalecimentos dos laboratórios e das indústrias de equipamentos de saúde estatais;
  - estatização de setores estratégicos na área de produção de imunobiológicos e na de produção e comercialização de sangue e hemoderivados;
  - estatização da indústria farmacêutica.
- 18 - Proibir a propaganda comercial de medicamentos e produtos nocivos à saúde.
- 19 - É necessária a formulação de uma política de desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, contemplando

particularmente a produção de insumos, equipamentos, me  
dicamentos e materiais biomédicos, segundo as priorida  
des a serem estabelecidas na Política Nacional de Saúde.

- 20 - Neste sentido, é necessário ampliar o espaço de atuação e de investimento público nesses setores estratégicos , especialmente no referente à pesquisa, desenvolvimento e produção de vacinas e soros para uso humano, assim como aprofundar o conhecimento e utilização de formas alterna  
tivas de atenção à saúde.
- 21 - Para garantir este processo é preciso uma ampla revisão das formas de relacionamento entre o setor público e as empresas nacionais e internacionais, de maneira que as relações contratuais preservem a soberania nacional e protejam as inovações geradas internamente.
- 22 - Controlar e fiscalizar rigorosamente a qualidade dos in  
sumos de uso setorial e a comercialização dos medicamen  
tos e alimentos, através de uma adequada vigilância sani  
tária.
- 23 - As Ações Integradas de Saúde deverão ser reformuladas de imediato possibilitando o amplo e eficaz controle da so  
ci  
edade organizada em suas atuais instâncias de coordena  
ção (CIS, CRIS, CLIS e/ou CIMS). Em nenhum momento a e  
xist  
ência das AIS deverá ser utilizada como justificati  
va para protelar a implantação do Sistema Único de Saú  
de.
- 24 - Será constituído um novo Conselho Nacional de Saúde, com  
posto por representantes dos Ministérios da área social, dos governos estaduais e municipais e das entidades ci  
vis de caráter nacional, como partidos políticos, cen  
tra  
is sindicais e movimentos populares, cujo papel prin  
ci  
pal será o de orientar o desenvolvimento e avaliar o

desempenho do Sistema Único de Saúde, definindo políticas, orçamento e ações.

- 25 - Deverão também ser formados Conselhos de Saúde em níveis local, municipal, regional e estadual, compostos de representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviço), que permitam a participação plena da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde. Deverá ser garantida a eleição das direções das unidades do sistema de saúde pelos trabalhadores desses locais e pela comunidade atendida.
- 26 - É indispensável garantir o acesso da população às informações necessárias ao controle social dos serviços, assegurando, a partir da constituição de um Sistema Nacional de Informação a:
- maior transparência às atividades desenvolvidas pelo setor;
  - adoção de políticas de saúde que respondem efetivamente à complexidade do perfil sócio-sanitário da população brasileira.
- 27 - A efetivação das propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde e a continuidade do processo de discussão sobre a questão da saúde devem ser asseguradas através do aprofundamento das teses debatidas e do estudo dos Temas Específicos, como forma de subsidiar a Assembléia Nacional Constituinte e criar as bases para uma Reforma Sanitária Nacional. Os participantes da 8ª Conferência Nacional de Saúde propõem, com esta finalidade, a criação do Grupo Executivo da Reforma Sanitária composto por órgãos governamentais e pela sociedade civil organizada, de forma paritária. Cabe ao Ministério da Saúde a convocação e constituição do referido Grupo, segundo os critérios aqui propostos.

**TEMA 3 - FINANCIAMENTO DO SETOR**

- 1 - Deverá ser constituído um orçamento social que englobe os recursos destinados às políticas sociais dos diversos Ministérios e aos distintos fundos sociais. Este orçamento será repartido por setor, cabendo ao de saúde uma parcela de recursos que constituirão o Fundo Único Federal de Saúde. Em nível estadual e municipal serão formados Fundos Únicos de Saúde de maneira análoga.
- 2 - Os Fundos de Saúde, nos diferentes níveis, serão geridos conjuntamente com a participação colegiada de órgãos públicos e da sociedade organizada.
- 3 - Os recursos destinados à saúde serão determinados através da pré-fixação de percentual mínimo sobre as receitas públicas. (\*)
- 4 - O financiamento do sistema de saúde será responsabilidade do Estado a quem cabe levar uma política de descentralização, articulando a participação efetiva dos Estados e Municipios com uma ampla e profunda reforma tributária.

---

(\*) As seguintes redações substitutivas ao item 2 foram aprovadas em plenária mas são contraditórias entre si:

1. "De imediato, a proposta de percentual mínimo do orçamento da União para a saúde deverá ser elaborada por Comissão constituída nesta Conferência para Debater no Parlamento e Sociedade Civil, antes mesmo da eleição da Assembléia Nacional Constituinte, de forma a influir já no orçamento de 1987".
2. "... através da pré-fixação de um percentual mínimo de 15% sobre as receitas públicas".

- 5 - Os recursos da Previdência serão gradativamente retirados do financiamento das ações de saúde, devendo ser substituídos por fonte(s) alternativa(s), permitindo melhorar as prestações pecuniárias (aposentadorias, pensões, etc). Os recursos financeiros da Previdência Social devem destinar-se exclusivamente para custear um seguro-social justo aos trabalhadores da cidade e do campo. Desta forma, o orçamento da Previdência deve ser administrado pelos trabalhadores e utilizado somente para a concessão de benefícios e aposentadorias igualitárias para trabalhadores rurais e urbanos.
- 6 - Os recursos oriundos das contribuições compulsórias da Previdência Social das empresas, devem deixar de incidir sobre a folha de salários, passando a ser calculados sobre os ganhos do capital. Isto implicará em maior estabilidade das receitas previdenciárias e impedirá o repasse para o consumidor. Por outro lado, tal forma de cálculo de contribuição à Previdência deixará de penalizar as empresas intensivas em mão-de-obra.
- 7 - O percentual de desconto do salário dos trabalhadores deverá ser reduzido, adequando-se à nova realidade. O desconto dos aposentados deverá ser suprimido.
- 8 - A distribuição de recursos financeiros não deve levar em consideração apenas o contingente populacional de cada região e sua arrecadação fiscal. Deve também considerar as condições de vida e de saúde da região, promovendo assim uma distribuição mais justa dos recursos.
- 9 - A descentralização, um dos princípios propostos para a reorganização do sistema de saúde, só se concretizará mediante uma reforma tributária que:
  - elimine a atual regressividade das formas de financiamento da política de saúde;

- estabeleça fontes estáveis de receita para que os programas de atenção à saúde não fiquem comprometidos nas conjunturas recessivas;
- garanta maiores recursos aos Estados e Municípios para que estes desenvolvam seus programas;
- assegure ao Governo Federal a capacidade de reduzir as desigualdades regionais;
- elimine as deduções do imposto de renda das pessoas jurídicas relativas ao gasto com assistência à saúde e à alimentação;
- reveja critérios de dedução do imposto de renda das pessoas físicas com o pagamento dos serviços de saúde;
- crie instrumentos de taxaço de bens de consumo nocivos à saúde como fonte adicional de receita para o setor;
- acrescente como fontes adicionais a taxaço de indústrias poluentes, empresas de desmatamento e jogos de azar;
- elimine a isenço de tributaço sobre os ganhos totais de categorias "privilegiadas" (militares, magistrado e parlamentares);
- destine obrigatoriamente para os Fundos de Saúde um percentual fixo sobre os seguros obrigatórios de veículos;
- triute as empresas proporcionalmente ao número de acidentes de trabalho, como mecanismo financeiro coercitivo de estímulo à sua prevenço.

**Anexo IV – 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal**

**8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**  
**1ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL**

**RELATÓRIO FINAL**

**Brasília, DF**  
**10-12 de Outubro de 1986**

## APRESENTAÇÃO

Patrocinada pelo Ministério da Saúde e Universidade de Brasília, com apoio do INAMPS, Conselho Federal de Odontologia e algumas Secretarias Estaduais de Saúde, foi realizada de 10 à 12 de outubro de 1986, na Capital Federal, a 1ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL.

O evento, que contou com mais de 1.000 participantes, foi a culminação de todo um processo de discussão iniciado na maioria dos estados brasileiros, através da realização de Pré-Conferências que receberam significativa presença de diversos segmentos da população e da categoria odontológica. Do total dos participantes, 286 eram delegados oficiais com direito a voz e voto, representando a Odontologia propriamente dita (Conselhos Regionais, ABOs e Sindicatos), Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, INAMPS, ABENO, Fundação SESP, Centrais de Trabalhadores (CGT e CUT), Associações de Moradores (CONAM) e Estudantes.

Na história da Odontologia Brasileira, não há registro de momento semelhante, sob o ponto de vista democrático, onde a problemática de saúde bucal da população tenha sido exposta e discutida de forma tão pluralista. Desta vez, não se tratava simplesmente de um encontro exclusivo de Cirurgiões-Dentistas. A POPULAÇÃO, principal interessada no assunto, também estava presente, participando e manifestando-se.

Apesar de a maioria dos delegados ser constituída por Cirurgiões-Dentistas (186 dos 286 = 65%), setores conservadores, certamente comprometidos com a amarga ditadura que agrediu o País por 21 anos, tentaram levantar suspeitas quanto à transparência da 1ª Conferência, acusando a Comissão Organizadora. Na plenária final, que durou aproximadamente nove horas ininterruptas, todos os presentes que se manifestaram, tiveram este direito garantido.

Desta maneira, as conclusões da 1ª Conferência, publicadas abaixo, constituem o que de mais democrático e progressista a Odontologia e a Sociedade Civil Organizada do País produziram até esta data sobre saúde bucal.

Para as pessoas realmente interessadas na melhoria das condições de vida da população brasileira e no aprimoramento das formas de atendimento e trabalho odontológico, este documento é do maior interesse. O encaminhamento político das resoluções e recomendações é matéria e bandeira futura para entidades e instituições realmente comprometidas com transformações concretas em benefício da sociedade globalmente considerada. Já é momento da Odontologia amadurecer social, técnica e politicamente, dando seu salto definitivo do individual para o coletivo e assumindo, também, sua parcela de responsabilidade no combate aos caóticos índices epidemiológicos constatados em todas as regiões do País. A 1ª Conferência foi uma semente inicial plantada neste sentido...

**VOLNEI GARRAFA**

*Coordenador-Geral*

### TEMA - 1

#### **SAÚDE COMO DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO**

A Saúde Bucal, parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, está diretamente relacionada 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.

A luta pela saúde bucal está intimamente vinculada à luta pela melhoria de fatores condicionantes sociais, políticos e econômicos, o que caracteriza a responsabilidade e dever do Estado em sua manutenção.

A saúde integral de cada indivíduo representa um fator para o desenvolvimento da nação em seu processo histórico. É impossível haver uma nação forte, se os indivíduos estão enfraquecidos. Tendo a sociedade brasileira perdido gradualmente os meios de organização e de instrumentalização das suas lutas reivindicatórias, torna-se necessária a urgente reorganização social, política e econômica da nação. Esta reorganização se dará pela ampliação dos espaços democráticos, de modo que a população tenha formas de participar das decisões as quais sempre se refletem nela mesma.

Desta forma, os delegados e demais participantes da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal concluíram que devem ser asseguradas garantias explícitas aos direitos de toda a

população sobre sua saúde na futura Constituição, cabendo aos setores sociais organizados lutar por uma efetiva implementação dos mecanismos capazes de garantir esses direitos.

Neste sentido, foram aprovados os seguintes tópicos com relação ao Tema 1:

1. O Estado deverá assumir, na prática, que proporcionar saúde é seu dever, pois não adianta só formalizar que saúde é um direito.
2. Compete ao Estado assegurar que o exercício deste direito básico de cidadania ultrapasse sua simples formalização no texto constitucional.
3. Há, simultaneamente, necessidade do Estado assumir uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, garantindo os meios que permitam efetivá-las.
4. Os segmentos populares organizados deverão participar do planejamento, execução, avaliação, gerenciamento e controle dos Programas de "Saúde Bucal" a nível federal, estadual e municipal, como poder de decisão.
5. É necessário assegurar a livre participação política da população, consciente do seu papel, para que, além da cobrança, ela possa atuar ativa e concretamente nos processos e não seja chamada apenas a referendar decisões preestabelecidas.
6. Direito de expressão do cidadão.
7. Direito de livre organização, liberdade e autonomia sindical, com garantia do direito irrestrito de greve, incluindo os setores considerados essenciais.
8. Realização de uma reforma agrária, com participação popular, que possibilite o assentamento da população rural, entendendo-se por assentamento a presença de infra-estrutura de apoio à saúde dos agricultores.
9. Reforma urbana, com direito ao uso do solo.
10. Reforma tributária, tendo como princípio a garantia da manutenção de parcelas significativas dos recursos nos municípios, cabendo aos níveis federal e estadual papel redistributivo dos mesmos.
11. Acesso assegurado à educação, a qual deverá estar voltada para os interesses e necessidades da maioria da população.
12. Não pagamento da dívida externa, com a conseqüente retenção desses recursos no território nacional, aumentando a receita para as políticas sociais e, em particular, para o setor de Saúde.
13. As conquistas históricas dos trabalhadores e suas reivindicações somente serão inscritas na Constituição futura de forma garantida, se as camadas populares e oprimidas da população iniciarem, desde já, um processo de pressão organizada dos movimentos sociais, contra as propostas que não traduzam os seus interesses. A 1ª Conferência denuncia o caráter elitista da Constituinte que será eleita em 15 de novembro de 1986 cujo processo eleitoral está sendo marcado pela dominação de poder econômico e pelo acesso desigual dos partidos políticos aos meios de comunicação de massa.

## **TEMA 2**

### **DIAGNÓSTICO DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL**

1. Um diagnóstico epidemiológico de Saúde Bucal deve contemplar as relações como o social, o econômico e o político, não se restringindo apenas à compilação de dados.
2. A situação de Saúde Bucal, da população brasileira, é Caótica.
3. O modelo atual de prática odontológica cobre as necessidades de somente 5% da população, caracteriza-se por sua ineficácia e ineficiência, sendo ainda monopolizador, de altos custos, de tecnologia densa, elitista, iatrogênico e mutilador.
4. A ineficiência dos Serviços Públicos é devida a uma política deliberada que privilegia os serviços privados, em detrimento da manutenção e ampliação dos órgãos públicos.
5. Há uma concentração de profissionais nos grandes centros urbanos, inclusive nos Serviços Públicos neles localizados.
6. Definição incorreta de prioridades, dando-se o atendimento através da livre demanda e com insumos sofisticados na execução de tarefas que podem ser realizadas com menor custo.
7. Inexistência de uma Política Nacional de Saúde Bucal voltada para os interesses da maioria da população.
8. Inexistência de recursos financeiros necessários próprios do setor.
9. Falta de participação e controle de população nos programas.
10. Falta de uma política de produção de equipamentos e insumos odontológicos nacionais.
11. Inexistência de dados epidemiológicos fidedignos e outras informações sobre a Saúde Bucal da população.
12. Desvinculação dos programas de saúde e educação a nível oficial.
13. Desvinculação da Odontologia dos programas de saúde dos trabalhadores.
14. Pouca utilização de pessoal auxiliar de nível elementar e médio.

15. Não utilização de métodos preventivos de caráter coletivo, de forma sistematizada.
16. Descumprimento da legislação vigente no que se refere à fluoretação das águas.
17. Influência negativa de política "clientelística" nos Serviços Públicos.
18. Tendência a valorizar a especialidade em detrimento da clínica geral.
19. Ausência de uma política salarial justa e programas de educação continuada, vinculados a um plano de cargos e salários que valorize os recursos humanos na área.
20. Falta de repasse de conhecimentos e informações sobre Saúde Bucal à população.
21. Proliferação irracional de Faculdade de Odontologia, com a queda do nível de ensino e a inadequação do profissional formado à realidade social em que vive e às necessidades da comunidade.
22. Ausência de participação do cirurgião-dentista nos órgãos decisórios do atual sistema.

### **TEMA 3**

#### **REFORMA SANITÁRIA: INSERÇÃO DA ODONTOLOGIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

1. A reformulação do Sistema Nacional de Saúde exige, a nível federal, a coordenação por um único Ministério especialmente concebido para esse fim.
2. Compete ao nível federal:
  - 2.1. A definição das políticas nacionais;
  - 2.2. A supervisão na implementação dessas políticas;
  - 2.3. A avaliação, em caráter nacional, dos programas implementados, com divulgação dos dados.
3. Compete ao nível estadual:
  - 3.1. A adequação do Estado aos programas nacionais;
  - 3.2. A supervisão e avaliação desses programas;
  - 3.3. Assumir parcelas do atendimento necessário à hierarquização.
4. Compete ao nível municipal:
  - 4.1. O levantamento das necessidades, o planejamento, a execução, o controle e a avaliação dos serviços locais, com soberania garantida.
5. O Programa Nacional de Saúde Bucal deverá estar inserido no Sistema Único de Saúde, universalizado, hierarquizado, regionalizado e descentralizado, com a municipalização dos serviços e fortalecimento do poder decisório municipal.
6. Suspensão dos recursos aplicados no setor privado, com utilização desses recursos na ampliação e plena ocupação dos serviços próprios, como forma de implementar o Sistema Único de Saúde.
7. A estatização se dará através do estabelecimento imediato de um projeto de transição do setor privado para o estatal, com intervenção nos serviços fraudulentos e desapropriação, com indenização, dos serviços necessários estrategicamente ao pleno funcionamento do sistema.
8. No processo da estatização, o setor público é prioritário. As verbas devem ser investidas na ampliação e reforço dos serviços próprios garantindo, assim, a universalização do acesso aos serviços de saúde. Ao setor privado caberá a assistência a parcelas de população com poder de compra, opcionalmente, sob supervisão e controle do Poder Público.
9. Estará garantida a atenção em todos os níveis, com priorização da atenção primária, entendida esta como forma de exclusão dos outros níveis de atenção.
10. Criação no Sistema Único de Saúde, de um órgão técnico-administrativo e de pesquisa encarregado de gerenciar os programas de Saúde Bucal. Este órgão deverá existir também nas esferas estadual e municipal, com poder decisório.
11. Deverá ser assegurada a participação obrigatória de cirurgião-dentista em todos os níveis de decisão, planejamento, acompanhamento, controle e avaliação dos programas do sistema, e nas comissões interinstitucionais.
12. Os trabalhadores, através dos seus órgãos representativos, deverão ter participação na direção e controle da administração e gestão do Sistema Único de Saúde, em todos os níveis, como forma de assegurar o direcionamento desse para o atendimento dos seus interesses.
13. Garantia de uma prática odontológica integral, baseada na simplificação, desmonopolização e prevenção.
14. Reformulação do Sistema Educacional, com revisão ampla dos currículos mínimos, visando uma melhor organização, direcionamento e comprometimento dos recursos humanos da área visando sua adequação às necessidades majoritárias da população, redefinindo a relação universidade/sociedade.
15. Não aceitação da reforma universitária imposta pelo Ministério da Educação.
16. Debate amplo entre a comunidade universitária e representações populares como forma de implementar uma reforma que atenda aos interesses da maioria da população.

17. Garantia do serviço público e gratuito, sem repasse de verbas públicas para o setor privado e vice-versa.
18. Implementação de Constituintes universitárias, compostas por todos os segmentos universitários e populares.
19. Inclusão explícita, na reforma universitária, de igualdade entre as Universidades Federais, sejam elas Fundações ou Autarquias.
20. Reciclagem dos quadros docentes.
21. Cursos de pós-graduação voltados para o social, de acordo com a realidade epidemiológica do país.
22. Serviço público integrado ao ensino e à pesquisa.
23. Formulação de uma política nacional de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, efetuada através de hierarquização sócio-epidemiológica, de acordo com a realidade de Saúde Bucal da população brasileira.
24. Descentralização na aplicação de recursos para pesquisa.
25. Divulgação da informação científica no sentido de subsidiar o desenvolvimento dos programas de nível local.
26. Incentivo à pesquisa nas universidades para padronização de insumos básicos apropriados, de forma progressiva, até abranger a tecnologia de ponta usada na odontologia.
27. A CEME e os demais laboratórios públicos deverão assegurar a pesquisa e a produção de insumos básicos necessários a todas atividades do **Programa Nacional de Saúde Bucal**.
28. Nacionalização dos monopólios transnacionais ligados à produção de equipamentos, materiais e medicamentos odontológicos, com sua posterior estatização.
29. **Adoção de uma Política de Recursos Humanos em Saúde Bucal**, através de
  - 29.1 - Definição de critérios de seleção e recrutamento de pessoal;
  - 29.2 - Acesso mediante concurso público;
  - 29.3 - Definição de carreiras para o cirurgião-dentista e para o cirurgião-dentista sanitarista;
  - 29.4 - Isonomia entre os trabalhadores do setor de saúde, cujo valor deverá ser debatido e decidido por uma comissão multiprofissional de saúde, da qual participem sindicatos e associações das categorias envolvidas;
  - 29.5 - Extinção da acumulação de cargos no Serviço Público Federal, Estadual e Municipal;
  - 29.6 - Treinamento, reciclagem e educação continuada com investimentos específicos;
  - 29.7 - Incentivo de um único emprego de tempo integral.
30. O Poder Público deverá criar planos de incentivos financeiros à interiorização do profissional, não incorporados ao salário, definindo mecanismos próprios a nível das unidades da Federação.
  - 3.1. O cirurgião-dentista deve necessariamente integrar a equipe de saúde, de modo a ter assegurada a integralidade das ações.
32. Piso Salarial de 10 salários mínimos, de imediato, para o cirurgião-dentista, por jornada de 20 horas semanais e garantia de seu cumprimento em todos os níveis até que a comissão multiprofissional de saúde (item 29.4) decida pelo valor da isonomia.
33. A partir da implantação do Sistema Único de Saúde, as contratações serão feitas em regime de tempo integral, com ou sem dedicação exclusiva.
34. Garantir que a Odontologia seja considerada em grau máximo de insalubridade, tornando obrigatório:
  - 34.1. O recebimento mensal do adicional, com valor de 40% sobre o salário mínimo profissional;
  - 34.2. A aposentadoria com 25 anos de serviço ou proporcional ao tempo de trabalho, a pedido do interessado.
35. A formação urgente e a incorporação imediata de pessoal, de nível elementar médio - Atendente de Consultório Dentário - ACD, e Técnico em Higiene Dental - THD, como forma de viabilizar a extensão de cobertura e aumento da produtividade, requeridos no atual momento.
36. O Poder Público deverá patrocinar e estimular a formação desse pessoal, em instituições próprias ou através de convênios com instituições privadas, reformulando a legislação que regulamenta o exercício profissional do THD, de modo a facilitar sua formação.
37. Nos Estados e localidades onde já exista a incorporação de ACD e do THD, com qualificação em cursos informais, deve o Poder Público buscar formas adequadas de enquadramento desse pessoal, objetivando a regulamentação de sua situação profissional, sem prejuízo dos programas comunitários odontológicos onde se encontram inseridos.
38. A formação do Técnico em Prótese Dentária e THD deve se dar a nível de instituição pública ou privada, com currículo definido e treinamento em serviço.

39. O treinamento em serviço é uma estratégia que deve mostrar a organização dos processos de formação do THD e demais auxiliares em odontologia, nos setores público e privado, levando em consideração as diferenças entre as várias regiões do país.
40. Estruturação de cursos de formação de técnico de manutenção de equipamentos odontológicos.
41. Formulação do **Programa Nacional de Saúde Bucal** com base nas diretrizes da área, respeitando-se as definições que cabem aos níveis Federal, Estadual e Municipal.
42. Determinar, nesse Programa, as prioridades mínimas para o setor, garantindo:
  - 42.1 - atendimento na faixa de 0 a 14 anos;
  - 42.2 - atendimento a gestantes;
  - 42.3 - atendimento do adulto;
  - 42.4 - para a manutenção dessas prioridades, deverá haver a concordância democrática da população atendida.
43. Maior incremento de atividades preventivas de caráter coletivo, buscando métodos e tecnologia nacional, com recursos próprios, no sentido de que ações preventivas e educativas atinjam toda a população, observadas as particularidades regionais e suas carências, procurando formas alternativas de abrangência à população não atendida por saneamento básico.
44. Criar um Prontuário Único de Saúde, incluindo informações referentes a Saúde Bucal do paciente, e que ficará de posse deste.
45. Estimular a organização comunitária, para maior vínculo da população ao desenvolvimento dos programas de saúde.
46. Alimentos e produtos notadamente cariogênicos devem conter no rótulo uma alusão como prejudicial à Saúde Bucal; esta alusão deverá estar contida, igualmente, na publicidade veiculada pelos órgãos de comunicação. Deverá ser proibida a comercialização desses produtos nas cantinas escolares.

#### **TEMA 4**

#### **FINANCIAMENTO DO SETOR DE SAÚDE BUCAL**

1. Criar um Fundo Único Nacional de Saúde, com sua equivalência no âmbito dos Estados e Municípios.
2. Os recursos financeiros desse Fundo originar-se-iam basicamente de:
  - 2.1 - maior dotação para o setor de Saúde, fixando-se percentuais mínimos nos orçamentos da União, Estados e Municípios;
  - 2.2 - taxação sobre ganhos de capital, particularmente sobre especulação financeira e/ou agrária e não sobre a folha de pagamento;
  - 2.3 - criação de taxas em produtos como material bélico, bebidas, agrotóxicos e fumo;
  - 2.4 - extinção de isenção de imposto de renda de classes privilegiadas como políticos, magistrados e militares.
3. Os recursos da Previdência Social serão gradativamente retirados do financiamento das ações de Saúde, devendo ser substituídos por fonte(s) alternativa(s), permitindo melhorar as prestações pecuniárias (aposentadorias, pensões etc.). Os recursos financeiros da Previdência social devem destinar-se exclusivamente para custear um seguro social justo aos trabalhadores da cidade e do campo. Desta forma, o orçamento da Previdência deve ser administrado pelos trabalhadores e utilizado somente para concessão de benefícios e aposentadorias igualitárias para trabalhadores rurais e urbanos.
4. O Programa Nacional de Saúde Bucal e seus órgãos técnico-administrativos e de pesquisa deverão receber dotação orçamentária do Fundo Único Federal de Saúde. Esta aplicação de recursos também se dará nos níveis Estadual e Municipal, devendo os governos comprometer-se em seus orçamentos com recursos necessários à Saúde Bucal.
5. O Finsocial, FAS, PIS e PASEP deverão destinar parte dos recursos para o financiamento das ações de Saúde Bucal.
6. A dotação destinada e assegurada no Fundo Único de Saúde para a área da Saúde Bucal estará baseada num percentual mínimo compatível com as reais necessidades da população, determinado por um levantamento das necessidades epidemiológicas realizado por profissionais da área.
7. Isentar impostos na aquisição de equipamentos e materiais de uso odontológico, por parte do poder público.
8. Redução de taxas e impostos de importação dos materiais odontológicos e dos produtos para sua fabricação, vinculando-se esta diminuição a igual queda do preço final do produto.

9. Deverão ser assegurados mecanismos de participação e controle popular e dos trabalhadores de Saúde no planejamento, decisão, controle e avaliação dos serviços e programas de Saúde Bucal.