

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

GABRIELA RUEDA MARTÍNEZ

**O DIREITO À ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL QUALIFICADA E SEGURA:
ANÁLISE SOB A PERSPECTIVA DO DIREITO HUMANO À SAÚDE**

BRASÍLIA-DF

2017

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

GABRIELA RUEDA MARTÍNEZ

**O DIREITO À ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL QUALIFICADA E SEGURA:
ANÁLISE SOB A PERSPECTIVA DO DIREITO HUMANO À SAÚDE**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção de título de Doutor em Bioética pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof. Doutora. Aline Albuquerque S. De Oliveira

BRASÍLIA-DF

2017

Rueda-Martínez, Gabriela

O direito à atenção em saúde bucal qualificada e segura: análise sob a perspectiva do direito humano à saúde, Brasília 2017.

Orientadora: Aline Albuquerque Santana De Oliveira

Tese (doutorado) – Universidade de Brasília/Programa de Pós-Graduação em Bioética, 2017.

214 p.

1.Bioética; 2.Direitos Humanos; 3.Direito à Saúde; 4.Qualidade; 5.Segurança do Paciente.

Rueda-Martínez G; Albuquerque A. O direito à atenção em saúde bucal qualificada e segura: análise sob a perspectiva do direito humano à saúde.

GABRIELA RUEDA MARTÍNEZ

**O DIREITO À ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL QUALIFICADA E SEGURA:
ANÁLISE SOB A PERSPECTIVA DO DIREITO HUMANO À SAÚDE**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção de título de Doutor em Bioética pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília.

Aprovada em: 21/11/2107

BANCA EXAMINADORA

Prof. Aline Albuquerque S. De Oliveira-Presidente
Universidade de Brasília

Prof. Cláudio Lorenzo
Universidade de Brasília

Prof. José Paranagúa de Santana
FIOCRUZ

Prof. Leandro Bambrilla Martorell
Universidade Federal de Goiânia (UFG)

Prof. Fabiano Maluf- Membro Suplente.

AGRADECIMIENTOS

Agradeço à Professora Aline Albuquerque por seu exemplo de disciplina e generosidade, e, ainda, por sua amizade durante todas as etapas de realização desta tese

Agradeço especialmente ao Professor Volnei Garrafa por seu constante apoio e pela confiança que permitiram minha incursão na Bioética

Agradeço ao Professor Cláudio Lorenzo, à Professora Dais Rocha e à Professora Eliane Seidl pelas palavras generosas, observações e contribuições realizadas no exame de qualificação. Ainda ao Professor Cláudio, agradeço suas orientações que propiciaram a delimitação desta pesquisa

À equipe da secretaria do Programa de Pós-Graduação em Bioética, Dalvina, Shirleide e Cleide, por sua amizade, colaboração e acompanhamento permanente

Aos colegas de curso de especialização, mestrado e doutorado em Bioética da Universidade de Brasília por sua companhia, receptividade e amizade durante minha estadia no Brasil.

RESUMO

A Bioética é um campo do conhecimento que, dentre variados objeto de estudo, também aborda a reflexão sobre estratégias que possibilitem a superação da atenção deficiente e desigual em saúde. A precária qualidade dos cuidados odontológicos e a falta de segurança na sua execução, são características da atenção deficiente e desigual. Levando em conta os pontos de conexão entre a Bioética e os direitos humanos, e considerando a segurança do paciente como tema integrante da Bioética, nesta tese, o tema da qualidade dos cuidados odontológicos e segurança do paciente será desenvolvido com base no marco do referencial dos direitos humanos, concretamente do direito à saúde. A base teórica-normativa da presente análise é o Comentário Geral n.14 de 2000, adotado pelo Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Assim, a presente tese objetiva examinar o entendimento sobre o direito à saúde bucal, a partir de duas dimensões; a primeira, a sua associação com o direito à saúde, e segunda, o entendimento da qualidade e segurança do paciente como elementos do direito mencionado. Para o alcance deste objetivo foram postulados cinco objetivos específicos desenvolvidos em capítulos diferentes. Primeiramente buscou-se expor os vínculos entre bioética, direitos humanos e saúde pública. Em seguida, buscou-se explicitar as bases teóricas sobre o direito à saúde, contidas no Comentário Geral n.14 de 2000. O Capítulo subsequente objetivou estudar a interconexão entre o direito à saúde bucal e o direito à saúde, no contexto internacional, mediante a análise de dois instrumentos: o primeiro, a Declaração de Liverpool; o segundo instrumento é o Relatório Mundial de Saúde Oral. Em seguida, se abordou o estudo da qualidade e a segurança do paciente, no documento intitulado *“Visión 2020 delinear el futuro de la salud bucodental”*, adotado pela Federação Dental Internacional, com o propósito de verificar se estes, são entendidos como elementos do direito à saúde. Finalmente, objetivou-se analisar a *“Política de Saúde Oral de Bogotá para o decênio 2011-2021”* a fim de estudar o seu conteúdo sobre a qualidade e a segurança do paciente e sua consonância com a concepção do direito à saúde. Verificou-se que a interconexão entre o direito à saúde e direito à saúde bucal, não é suficientemente consolidada, em razão da abordagem incompleta dos elementos do direito à saúde nos documentos examinados. A Política analisada desconsidera ações concretas sobre a garantia da qualidade dos determinantes sociais da saúde bucal. Conforme as análises executadas, o alcance transformador do uso do referencial do direito humano à saúde, não foi incorporado no conteúdo dos documentos examinados. Esse fato tem impacto negativo na efetivação da saúde bucal como bem ético, como se nota, na perpetuação das frágeis condições de saúde bucal e na efetivação universal do direito aludido. Esta tese propõe a utilização do referencial do direito humano à saúde como instrumento bioético para a formulação de políticas públicas, para assim, diminuir o impacto negativo da exclusão social no processo saúde-doença.

Palavras Chave: Bioética; Direitos Humanos; Direito à Saúde; Qualidade; Segurança do Paciente.

ABSTRACT

Bioethics is a field of knowledge that, among various object of study, also discusses the reflection on strategies that enable the poor and unequal attention in health. The precarious quality of dental care and the lack of security in implementation, are characteristics of the poor and unequal attention. Taking into account the connection points between bioethics and human rights, and considering patient safety as an integral theme of bioethics, in this thesis the issue of quality and patient safety will be developed based on the reference of human rights, particularly the right to health. Quality is an element of this right essential for the protection of the patient, which imposes, inter alia, the obligation to adopt State-oriented mechanisms provide facilities, goods and services of qualified health and insurance. The theoretical-normative base of this analysis is the General Comment No. 14/ 2000, adopted by the Committee on Economic, Social and Cultural Rights. Thus, the present thesis aims to examine the understanding about the right to oral health, from two dimensions; the first, association with the right to health, and second, the understanding of quality and patient safety as elements of the mentioned right. To achieve this goal were postulated five specific objectives developed in different chapters. The first sought to clarify the theoretical bases on the right to health contained in General Comment No. 14/2000 and its links to bioethics. The second chapter aimed to study interconnection between the right to health and the right to health, in the international context, through the analysis of two instruments: the first, the Liverpool Declaration. The second instrument is the World Oral Health Report. In the third chapter, tackles the study of quality and patient safety, in the document entitled "Vision 2020 shaping the future of oral health", adopted by the World Dental Federation, with the purpose to verify if quality and patient safety are understood as elements of the right to health. Finally, the fourth chapter aimed to analyze the "Oral health policy from Bogota to the Decade 2011-2021" in order to study your information about the quality and safety of the patient and your line with the conception of the right to health. It was found that the interconnection between the right to health and right to oral health, is not consolidated enough, due to the incomplete approach of the elements of the right to health in the documents examined. The policy under review disregards concrete actions on quality assurance of the social determinants of oral health. According to the analyses executed, the transformer scope of the use of the reference of human rights to health, was not incorporated into the content of the documents examined. This fact has a negative impact on the effective oral health as well as ethical, as noted, in the perpetuation of the fragile oral health conditions and the universal effect of the right alluded. This thesis proposes the use of the reference of human rights to health as

a bioethical instrument for the formulation of public policies, thereby lessening the negative impact of social exclusion in the health-sickness process.

Key words: Bioethics; Human Rights; Right to health; Quality; Patient safety

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

APSEF Marco Australiano sobre Educação em Segurança do Paciente

BASCD Associação Britânica para o Estudo da Odontologia Comunitária

CDESC Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais

CIB Comitê Internacional de Bioética da UNESCO

CODHES Consultoria para os Direitos Humanos e os Refugiados

DUBDH Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos

EADPH Associação Europeia para a Saúde Pública Dental

ENSAB Estudo Nacional de Saúde Bucal

EPS Entidades Promotoras de Saúde

FDI Federação Dental Internacional

IADR Associação Internacional para a Investigação Dental

IPS Instituições Prestadoras de Saúde

OMS Organização Mundial da Saúde

ONU Organização das Nações Unidas

OPAS Organização Panamericana da Saúde

OECD Organização para a Cooperação Econômica e Desenvolvimento

OESPO Observatorio Español para la Seguridad del Paciente Odontológico

PIDESC Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais

PIDCP Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos

SUS Sistema Único de Saúde

SGSSS Sistema General de Seguridad Social en Salud

SISVESO Subsistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Oral

SOGCS Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud

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

USP Universidade de São Paulo

WHA Assembleia Mundial da Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
CAPITULO 1. CAPITULO I: BASES CONCEITUAIS E INTERFACES ENTRE BIOÉTICA, SAÚDE PÚBLICA, DIREITO À SAÚDE BUCAL E DIREITOS HUMANOS.....	23
1.1 BIOÉTICA E SAÚDE PÚBLICA: VÍNCULOS INTERDISCIPLINARES.....	23
1.2 O REFERENCIAL TEÓRICO-NORMATIVO DOS DIREITOS HUMANOS APLICADOS À BIOÉTICA: IMPLICAÇÕES EM SAÚDE PÚBLICA.....	27
1.2.1 Interface entre bioética e direitos humanos: o direito humano à saúde como bem ético e marco referencial.....	29
1.3 BIOÉTICA, SAÚDE PÚBLICA E DIREITO À SAÚDE BUCAL.....	34
1.3.1 Doenças buco-dentárias como problemas de saúde pública: contexto latino-americano.....	34
1.3.2 Prática odontológica, bioética e direito à saúde bucal.....	37
CAPITULO 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DO REFERENCIAL DO DIREITO À SAÚDE	40
2.1 SAÚDE E DIREITO À SAÚDE: PRESUPOSTOS CONCEITUAIS.....	41
2.2 DIREITO A SAÚDE: CONSOLIDAÇÃO HISTÓRICA INTERNACIONAL	47
2.2.1 Internacionalização do direito à saúde.....	47
2.2.2 O direito à saúde no Comentário n.14 de 2000.....	52
2.2.2.1 Conteúdo teórico-normativo do direito à saúde.....	52
2.2.2.2 Elementos do direito à saúde.....	54
2.2.2.3 Obrigações dos Estados Parte.....	59
2.3 O DIREITO À SAÚDE E A DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS	66
CAPITULO 3. INTERCONEXÃO ENTRE DIREITO À SAÚDE E DIREITO À SAÚDE BUCAL: CONCEITO E MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL	73
2.1 BASES TEÓRICAS DA SAÚDE BUCAL.....	74
2.2 DIREITO À SAÚDE BUCAL.....	80

2.3 DIREITO À SAÚDE BUCAL E DIREITO À SAÚDE: ANÁLISE DE SUA INTERSEÇÃO NAS DIRETRIZES INTERNACIONAIS.....	83
2.3.1 Declaração de Liverpool.....	83
2.3.1.1 Exame analítico documental	85
2.3.2 Relatório Mundial da Saúde Bucal	94
2.3.2.1 Bases e marco político do programa de saúde bucal global.....	95
2.3.2.2 Estratégias e abordagens em prevenção da doença e promoção da saúde	97
2.3.2.3 Análise do Relatório Mundial de Saúde Bucal à luz do referencial teórico-normativo do direito à saúde.....	98

CAPITULO 4. QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE ODONTOLÓGICO SOB O REFERENCIAL DO DIREITO À SAÚDE.....110

4.1 QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE: ASPECTOS GERAIS.....	112
4.2 CONCEITOS E INICIATIVAS INTERNACIONAIS SOBRE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE NO ÂMBITO ODONTOLÓGICO.....	121
4.2.1 Fundamentos sobre os cuidados odontológicos seguros e de qualidade.....	121
4.2.2 Iniciativas no mundo sobre qualidade e segurança do paciente odontológico.....	126
4.3 VISION 2020: <i>DELINEAR EL FUTURO DE LA SALUD BUCAL</i>	129
4.3.1 Exercício analítico documental.....	132
4.3.1.1 Satisfação das necessidades e demandas: intersecção com a qualidade e segurança do paciente.....	132
4.3.1.2 Profissionais da odontologia e seu dever de realizar o direito à saúde bucal com qualidade.....	133
4.3.1.3 Enfrentamento dos determinantes sociais nos modelos de formação odontológica: omissão à educação em segurança do paciente	136
4.3.1.4 Políticas em saúde bucal e o elemento da qualidade	138
4.3.1.5 Prática odontológica, biossegurança e segurança do paciente.....	140

CAPÍTULO 5. A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE ORAL DE BOGOTÁ: EXAME DAS SUAS CONCEPÇÕES SOBRE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE À LUZ DO DIREITO HUMANO A SAÚDE	146
5.1 MARCO NORMATIVO DA SAÚDE BUCAL NA COLÔMBIA.....	147
5.2 INCLUSÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA AGENDA SANITÁRIA COLOMBIANA	154
5.3 POLÍTICA DE SALUD ORAL DE BOGOTÁ, D. C.....	160
5.3.1 Conformação e conteúdo.....	160
5.3.1.1 Marco de referência	162
5.3.2 Estrutura da Política de Saúde Oral	165
5.3.3 Exame da Política de Saúde Oral	167
5.3.3.1 Menção à qualidade como elemento do direito à saúde	167
5.3.3.2 Regulamentação sobre qualidade dos cuidados em saúde	169
5.3.3.3 Definição e características de qualidade	170
5.3.3.4 Protocolos e guias para a segurança do paciente: deveres estatais em saúde bucal	171
5.3.3.5 Qualidade dos bens e instalações odontológicas	174
5.3.3.6 Condições laborais dos profissionais da odontologia e qualidade dos cuidados	175
CONSIDERAÇÕES FINAIS	179
REFERÊNCIAS.....	188

INTRODUÇÃO

A Bioética é um campo do conhecimento que, dentre variados objetos de estudo, também aborda a reflexão sobre estratégias que possibilitem a superação da atenção deficiente e desigual em saúde. A precária qualidade dos cuidados odontológicos e a falta de segurança na sua execução, são características da atenção deficiente e desigual (1).

Assim, nesta pesquisa doutoral sustenta-se a aceção de que a segurança do paciente é um tema que integra a Bioética. A ética hipocrática constitui-se no ponto de partida sobre a redução dos possíveis danos e a maximização dos benefícios aos pacientes (2). As discussões sobre os danos involuntários e os erros dos profissionais da saúde, são concomitantes com a evolução da medicina e as revoluções biológica e tecnológica. Sendo assim, a prevenção de eventos adversos durante a atenção em saúde e, em decorrência, a prevenção de danos evitáveis ao paciente, são fundamentadas no princípio da beneficência e da não maleficência (3).

Um instrumento normativo Bioético que marcou a inclusão de temas sanitários e sociais no escopo deste campo do conhecimento foi a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) (4). A DUBDH aborda questões relativas à segurança dos pacientes e dos sujeitos de pesquisas, que são delimitadas no Artigo 4 “Benefício e dano”, que preconiza a maximização dos benefícios diretos e indiretos, bem como, a redução dos possíveis riscos de danos para estas pessoas. Por sua vez, a demarcação do direito à saúde como direito fundamental dos seres humanos e princípio bioético é constatada no Artigo 14, Responsabilidade Social e Saúde. Além destes Princípios específicos, a melhoria da qualidade e da segurança nos serviços, bens e instalações de saúde, é um fator representativo no respeito pela vulnerabilidade e integridade individual do paciente, princípio estabelecido no Artigo 8 (4); a vulnerabilidade do paciente é agravada pela

falta de acesso às informações de saúde, atrasos no atendimento, custos elevados e inadequação dos serviços de saúde à cultura dos indivíduos e comunidades.

Considerando essas interfaces acolhidas na DUBDH, importa destacar dois pontos de convergência entre a Bioética, sob o enfoque normativo, e os direitos humanos, que ineludivelmente tocam ao direito à saúde. O primeiro é a dignidade humana, que se constitui no núcleo destas áreas do saber¹ (5); assim, os direitos humanos dispõem de uma natureza ética, justificada no seu alicerce na ideia de dignidade humana. Este caráter ético dos direitos humanos se materializa no acolhimento da dignidade na DUBDH no seu Artigo 3, que enuncia o dever de respeitar este valor, em conjunto com os direitos humanos e as liberdades fundamentais. Ainda, a dignidade é referida pelo Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CDESC) no preâmbulo do Comentário Geral n.14, que explicita que, “cada ser humano é titular do desfrute do mais alto nível de saúde, que conduz a viver uma vida com dignidade” (p.1) (6). Assim, a dignidade humana é fundamento e objetivo do direito à saúde. A inserção desse valor nestas diretrizes se justifica na sua associação com à saúde, na medida em que, viver uma vida digna se traduz na garantia da disponibilidade e acessibilidade a bens, instalações e serviços de saúde de qualidade, ética e culturalmente aceitáveis.

Com efeito, Jonathan Mann (7), referiu-se aos impactos negativos no bem-estar físico, mental e social, decorrentes das violações à dignidade, no âmbito dos cuidados em saúde. Mann (7), assentou que a experiência da dignidade se constitui em mediadora das relações entre a sociedade, os direitos humanos e o estado de saúde individual e coletivo. Certamente, este valor explana a inter-relação entre saúde pública, a Bioética e os direitos humanos.

Constata-se que a condição de enfermidade do paciente implica extrema vulnerabilidade, que restringe os seus modos de vida, portanto, é essencial que exerça papel central no processo terapêutico. Neste contexto, a vulnerabilidade

¹ Registre-se que a dignidade humana é o núcleo axiológico dos direitos humanos, que veem sendo incorporado aos documentos normativos internacionais da Bioética, tais como, a Declaração Universal do Genoma Humano e Direitos Humanos adotada em 2001 e a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos adotada em 2005 (5).

varia em concordância com especificidades relativas à sua condição fisiológica de saúde, nível educativo, status socioeconômico, idade, gênero e raça| etnia (8). Como visto, a satisfação do direito à saúde converge com a preservação da vida e da dignidade humana. A prática odontológica não escapa a esta situação de disparidade entre os atores é, por esta razão, que a presente tese tem como pilar a perspectiva do direito à saúde.

O segundo ponto de convergência entre Bioética e os direitos humanos que tange ao direito à saúde, é a alusão aos bens éticos, definidos como aspectos concretos do bem-estar dos seres humanos, vinculados à vida e às condições que fazem que seja digna, cujo alcance está determinado pela cooperação entre pessoas (9). Estes bens estão salvaguardados pelos direitos humanos e, portanto, são reconhecidos como bens comuns, cuja satisfação depende das ações da comunidade. A Bioética está configurada por estes bens a serem preservados e efetivados, que dispõem de caráter inviolável e são propiciadores da vida digna (9). Em virtude destas assertivas, tanto Bioética quanto os direitos humanos têm como escopo a proteção dos bens éticos, por exemplo, a saúde é um bem ético não instrumental, propósito essencial da ação humana, indispensável para atingir uma vida digna (9). A alusão aos bens éticos, se manifesta na DUBDH, por meio dos princípios éticos aclamados no seu conteúdo, especialmente, no Artigo 14, que trata sobre a responsabilidade social e saúde e que caracteriza à saúde como um “bem social e humano” (p.7) (4).

Levando em conta esses pontos de conexão entre a Bioética e os direitos humanos e considerando a segurança do paciente como tema integrante da Bioética, nesta tese doutoral o tema da qualidade e segurança do paciente será desenvolvido com base no marco do referencial dos direitos humanos, concretamente do direito à saúde, em razão de que, a qualidade é um elemento deste direito, essencial para a proteção do paciente, que impõe, entre outras, a obrigação estatal de adotar mecanismos orientados a prover instalações, bens e serviços de saúde qualificados e seguros.

A escolha do Comentário Geral n.14 de 2000, adotado pelo CDESC (6), como marco referencial de análise, se baseia no seu reconhecimento como o pilar para a compreensão e aplicação do conteúdo do art. 12^o do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), que trata sobre o direito à saúde (10). O Comentário Geral n.14 deve ser considerado pelos Estados como fundamento para a apresentação de relatórios sobre progressos e medidas, visando a garantia do direito à saúde.

Mediante o enfoque baseado nos direitos humanos, o Comentário Geral n.14, postula obrigações estatais para a promoção da saúde da população, formula um amplo leque de determinantes sociais, econômicos, legais, ambientais e culturais, e enfatiza a importância de estabelecer metas específicas para alcançar este direito. Este referencial estabelece prescrições dirigidas aos Estados, com o objetivo de que as pessoas possam exercer liberdade e responsabilidade a respeito de seus estilos de vida.

Em relação à prática odontológica, cabe destacar que se trata de um saber que não é alheio a realização, proteção e respeito do direito à saúde. Os avanços científico-tecnológicos em biomateriais dentários e equipes, não caminham junto com a resolução dos conflitos éticos que se apresentam cotidianamente, tornando a odontologia uma ciência de caráter meramente técnico, visão perpetuada pelos modelos de ensino nas universidades, através das especialidades (11). Esta característica se encontra acompanhada pela natureza privada da odontologia, que impede o alcance equitativo das inovações tecnológicas. Nessa linha, a alocação dos recursos públicos para a saúde bucal nem sempre se dá de forma eficiente, afetando negativamente o acesso a cuidados odontológicos qualificados e seguros (11).

A falta de qualidade e a precária segurança do paciente nos serviços, bens e instalações odontológicas, representada na oferta de tratamentos mutiladores (exodontias) como único recurso terapêutico disponível; a falta de condições de trabalho adequadas para o profissional e sua frágil capacitação acadêmica, impactam negativamente na materialização dos princípios da DUBDH, tais como a

autonomia e responsabilidade individual, respeito pela vulnerabilidade e integridade individual e igualdade justiça e equidade; em consequência, obstaculizam a realização do direito à saúde bucal. Assim, a persistência das inequidades sociais reflete-se no status da saúde bucal, que manifesta diferenças em disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade dos cuidados odontológicos para os indivíduos. Em virtude destas afirmações, a frágil qualidade dos cuidados odontológicos e a precária segurança do paciente, são características da exclusão social.

Cabe esclarecer que a falta de garantia do direito à saúde bucal se constitui em uma parte da grande problemática que afeta à saúde geral na Colômbia. As razões que respaldam a escolha deste país como centro de análise são apresentadas a seguir.

De acordo com Hernández (12), a criação dos sistemas de saúde são resultado de processos sócio-políticos concebidos dentro das forças organizadas da sociedade. A Colômbia vivenciou este processo durante a década dos anos oitenta, marcado pelo resultado da expansão das economias capitalistas, que trouxeram a terceirização e globalização dos processos produtivos de distribuição e consumo. Segundo o autor, o ambiente sociopolítico do país no começo da década dos anos noventa era caracterizado pela predominância de duas ideologias políticas opostas: o neoliberalismo extremo e a socialdemocracia. Foi neste contexto em que foi concebido o novo modelo de saúde.

O país vivencia uma complexa crise da saúde, repercussão da globalização dos mercados, na qual, prevalece a noção da saúde como mercadoria e serviço financiado pelos próprios pacientes. Neste contexto, as entidades que prestam serviços de saúde se transformam em empresas com visão lucrativa, fundamentadas em análises económicas para oferecer o atendimento, que gradativamente se faz mais restrito (12).

No contexto dos serviços odontológicos colombianos, uma série de tratamentos são excluídos do plano de serviços oferecido pelo Estado, dentre eles,

os tratamentos periodontais, desconsiderando a importância epidemiológica da doença periodontal na sociedade colombiana e as graves consequências para a saúde geral que ocasiona a postergação destes tratamentos (13). Quer dizer, a exclusão deste tipo de tratamentos do sistema de saúde, repercute diretamente na segurança do paciente, na medida em que, a evidência científica estabelece a interconexão irrefutável entre as doenças bucais e as patologias crônicas, tais como, a diabetes, condições cardíacas, câncer e doenças pulmonares crônicas obstrutivas (14).

Além da exclusão dos tratamentos periodontais, na Colômbia são registradas limitações no acesso ao serviço odontológico, deficiências na organização destes serviços e falta de credibilidade da população nos profissionais da odontologia. Adicionalmente, se revela a falta de regulamentação sobre a gestão qualificada dos serviços de saúde bucal (13).

Paralelo às restrições no acesso aos serviços de saúde e às exclusões promovidas a partir do sistema, tem sido revelado que a cárie, apesar de ser uma doença que pode ser prevenida, continua apresentando-se na população colombiana de todas as idades (15). Neste contexto, são evidentes conflitos de valores que envolvem à saúde bucal na Colômbia e que exigem uma reflexão ética, com vistas a contribuir com propostas que contemplem a proteção, realização e respeito do direito à saúde bucal, e que apontem novos caminhos para uma verdadeira saúde bucal coletiva, a qual ainda encontra-se em construção no país.

Diante deste cenário de conflitos éticos enfrentados pelos cirurgiões dentistas e considerando a Bioética como campo do conhecimento que busca a satisfação do direito à saúde, a presente tese objetiva examinar o entendimento sobre o direito à saúde bucal, a partir de duas dimensões; a primeira, a sua associação com o direito à saúde, e segunda, o entendimento da qualidade e segurança do paciente como elementos do direito mencionado. Para tanto, foram analisados documentos adotados no âmbito da saúde bucal na Colômbia e no mundo, tendo como pilar de análise o Comentário Geral n.14 de 2000.

Cabe esclarecer que a seleção dos documentos para análise, se orientou pelo tratamento geral do tema do direito à saúde bucal. Que dizer, os documentos escolhidos expõem visões que permitem a interpretação deste direito, no âmbito internacional. Deste modo, documentos que tratam sobre outros temas desvinculados à saúde bucal, não foram objeto de estudo. Igualmente, documentos sobre saúde bucal de caráter mais específico tais como, a Declaração de Tóquio sobre Cuidados Dentais e Saúde Bucal para a Longevidade Saudável, Promoção da Saúde Bucal na África e Prevenção da Cárie Dentária a través da utilização do flúor², entre outros, não foram examinados.

Importa referir alguns aspectos gerais das instâncias de produção normativa em Bioética selecionadas nesta pesquisa. A Organização Mundial da Saúde (OMS) é o órgão internacional que tem como meta atingir um futuro mais saudável para as pessoas em todo o mundo (16); a Associação Internacional para a Investigação Dental (IADR) se constitui na instância máxima mundial que estimula a pesquisa odontológica, em todas suas especialidades (17); a Associação Europeia para a Saúde Pública Dental (EADPH) é uma associação independente dirigida aos profissionais com interesse na saúde pública dental, que organiza encontros e intercâmbio de informação entre gestores e profissionais da odontologia (18); por sua vez, a Associação Britânica para o Estudo da Odontologia Comunitária (BASCD), é responsável pela coordenação de ensaios clínicos sobre saúde dental de crianças realizados no Reino Unido, com o intuito de discutir os seus resultados e demarcar *standards* de qualidade, no marco do Programa de Epidemiologia Dental desta região (19).

Por sua vez, a Federação Dental Internacional (FDI) se constitui na autoridade mundial e independente da odontologia como profissão, relacionada oficialmente à OMS. É membro da *World Health Professions Alliance*, instância que integra organizações globais de profissionais da saúde (20). A relação oficial da FDI com a OMS denota um trabalho colaborativo entre estes dois órgãos, com vistas à resolução de conflitos enfrentados no campo da saúde, particularmente da saúde

² Adotados pela OMS.

bucal no mundo (20) (21); saliente-se que estes dois órgãos estabelecem metas mundiais em saúde bucal desde 1979.

Por último, a Secretaria Distrital de Saúde de Bogotá, consolida-se como a instância reitora de saúde nesta cidade, “responsável pela garantia do exercício efetivo do direito à saúde de toda a população” (22). A garantia deste direito se realiza por meio da formulação e implementação de um modelo de atenção integral, com as seguintes características: universal, equitativo, participativo, centrado no ser humano e responsável socialmente. Cumpre salientar que esta instituição tem como propósito o controle das doenças buco-dentárias, para tanto, tem formulado duas Políticas de Saúde Oral, com vistas ao aperfeiçoamento da saúde buco-dentária da população (22).

Saliente-se que esta tese doutoral, reconhece que a interface entre a bioética e os direitos humanos, e que, esses se constituem em referencial que pode ser utilizado no exame dos conflitos éticos derivados do campo da saúde pública, tais como, as fragilidades na qualidade dos cuidados odontológicos e a precária segurança do paciente. Assim, esta pesquisa parte da compreensão de que os direitos humanos complementam a interpretação dos princípios Bioéticos estabelecidos em instrumentos internacionais como a DUBDH. Por estas razões, foi selecionado o Comentário Geral n.14 de 2000 adotado pelo CDESC. Conseqüentemente, a análise Bioética não é reduzida ao referencial do direito à saúde, mas sim, agrega-se este referencial, visando a proteção da saúde como bem ético e dos valores correlacionados. Cumpre esclarecer que o aprofundamento das interfaces entre a Bioética e os direitos humanos não é objeto central deste estudo.

Registre-se, ainda, que a temática da qualidade e segurança do paciente se inter-relaciona com o referencial dos Direitos Humanos dos Pacientes. No entanto, este tópico não será objeto de estudo, porquanto reconhece-se sua ampla abrangência que toca outros direitos tais como, direito à vida, direito à liberdade e à segurança pessoal, direito a não ser submetido à tortura nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes, direito à informação e direito a não ser discriminado. Portanto, a perspectiva dos Direitos Humanos dos Pacientes

implica uma análise mais aprofundada e específica. O escopo de estudo nesta pesquisa é o direito humano à saúde bucal, seu elemento, a qualidade e o seu atributo, a segurança do paciente, no contexto da prática odontológica.

Acrescente-se que o tópico a ser estudado nesta pesquisa, faz parte da saúde bucal coletiva, campo do conhecimentos e práticas que redefine e transcende a prática clínica odontológica, visando uma ruptura da odontologia hegemônica ou odontologia do mercado. Nesta tese doutoral, serão referidos aspectos pontuais deste campo, concretamente, os vínculos que apresenta com o direito humano à saúde. No entanto, a análise está centrada no referencial teórico normativo do direito humano à saúde e o entendimento por parte das instituições de saúde bucal internacionais e regionais.

A metodologia empregada em cada um dos capítulos se fundamentou em levantamento bibliográfico de trabalhos acadêmicos em bases de dados, mediante descritores que variaram de acordo com os tópicos estudados. Em cada Capítulo será explanado esta abordagem, na sua parte introdutória.

Por outro lado, para o exame dos documentos escolhidos, foi utilizado o método de análise temática simples. A categorização geral, que norteou a análise documental subdividiu se em i. Conteúdo do direito humano a saúde (determinantes sociais); ii. Elementos do direito em menção e iii. Obrigações estatais. Destaque se que os enunciados examinados, foram extraídos seguindo a ordem proposta nos documentos em análise. Após, foram expostos comentários e interpretações sobre eles.

Para o alcance do objetivo geral desta tese, anteriormente referido, foram postulados cinco objetivos específicos desenvolvidos em capítulos diferentes. O primeiro buscou explicitar os vínculos entre saúde pública, bioética e o direito à saúde. No segundo foram revisadas as bases teóricas sobre o direito à saúde, contidas no Comentário Geral n.14 de 2000, adotado pelo CDESC e seus vínculos com a Bioética.

O terceiro Capítulo teve como objetivo analisar a interconexão entre o direito à saúde bucal e o direito à saúde, no contexto internacional, mediante a análise de dois instrumentos: o primeiro, a Declaração de Liverpool, proclamada pela OMS, a IADR, a EADPH, e a BASCD, no ano 2005 (23). O segundo instrumento é o Relatório Mundial de Saúde Oral, adotado pelo Programa de Saúde Bucal Global da OMS, no ano 2003 (24).

No quarto Capítulo, objetivou estudar a qualidade e a segurança do paciente, no documento intitulado *“Visión 2020 de la FDI delinear el futuro de la salud bucodental”*, adotado pela FDI (25), com o propósito de verificar se estes, são entendidos como elementos do direito à saúde.

Finalmente, considerando o direito à saúde como uma ferramenta para o exame Bioético das políticas públicas, o quinto Capítulo objetivou analisar da *“Política de Saúde Oral de Bogotá para o decênio 2011-2021”* (26) a fim de estudar o seu conteúdo sobre a qualidade e a segurança do paciente e sua consonância com a concepção do direito à saúde do CDESC.

A seguir, será apresentado o Capítulo inicial que expõe as bases conceituais e interconexões entre a Bioética, saúde pública, direito à saúde bucal e direitos humanos.

CAPITULO I: BASES CONCEITUAIS E INTERFACES ENTRE BIOÉTICA, SAÚDE PÚBLICA, DIREITO À SAÚDE BUCAL E DIREITOS HUMANOS

O objetivo deste capítulo inicial é apresentar os fundamentos teóricos para a compreensão das análises executadas nesta tese doutoral. Para tanto, este capítulo está dividido em três itens. No primeiro, serão explicitados os vínculos interdisciplinares entre a bioética e saúde pública. Em seguida, será estabelecida a abordagem teórica da bioética fundamentada nos direitos humanos, e, finalmente, serão abordadas as interfaces entre bioética, saúde pública e o direito à saúde bucal.

A presente pesquisa trata a temática da qualidade dos cuidados odontológicos e a segurança do paciente na prática dental, que abrange as áreas do saber referidas. Estas áreas convergem e compartilham características em comum, que precisam ser delimitadas para melhor entendimento dos aspectos bioéticos da problemática.

1.1 BIOÉTICA E SAÚDE PÚBLICA: VÍNCULOS INTERDISCIPLINARES

Para aprofundar as interfaces destas áreas, é necessário caracterizar brevemente cada termo. Bioética evoca à ética da vida; a palavra está conformada pela raiz grega *bios*, que indica a vida, concretamente, a vida humana. Por sua vez, a raiz grega *ethos*, refere-se aos “valores implicados nos fatos e conflitos da vida” (p.42) (27).

Quanto à saúde pública, Fortes e Zoboli afirmam que o objeto deste campo é “o processo saúde-doença da coletividade visando promover, proteger e restaurar a saúde dos indivíduos e da coletividade e obter um ambiente saudável (...)” (p.45) (27). Neste sentido, os autores estabelecem que as ações em saúde pública, estão

norteadas por princípios bioéticos³. A *American Public Health Association* (APHA), esclarece, ainda, que os profissionais que se dedicam à saúde pública, buscam prevenir que as pessoas adoçam, incentivando o bem-estar e encorajando comportamentos saudáveis ⁴(28). Buss e Pellegrini (29), aludiram o entendimento de Virchow, cientista que reconheceu que a saúde pública expressa um caráter político e, conseqüentemente, a prática da saúde pública implica, “intervenção na vida política e social, para identificar e eliminar os fatores que prejudicam a saúde da população” (p.78) (29). Para Garrafa *et al*, deve existir uma “base ética” que oriente este exercício político (30).

Tendo como pilares essas asserções, é necessário referir alguns fatos sobre a origem do vocábulo bioética e sua difusão mundial; esta explanação é necessária, porque, a diferencia da saúde pública, e em razão de inexistir, um consenso sobre o conceito de bioética (9).

O termo bioética foi aludido pela primeira vez, pelo filósofo alemão Fritz Jahr em 1927. Em um momento histórico diferente, em 1971, o oncologista norte-americano, Van Rensselaer Potter, utilizou a palavra bioética e estabeleceu a imperiosidade de dispor de uma nova ciência, -a ciência da sobrevivência humana- que propiciasse a reflexão ética em torno do desenvolvimento científico-tecnológico e seus impactos não somente na espécie humana, mas também, na vida planetária. Esta contribuição provocou uma reflexão sobre as formas de fazer ciência e estabeleceu uma intersecção entre as ciências humanas e as ciências da vida. Por outro lado, André Hellegers, criou em 1971 o Instituto Kennedy, na cidade de Washington D.C, com o objeto de orientar os médicos no enfrentamento dos conflitos clínicos, que se apresentavam por conta da utilização das novas biotecnologias. Assim, a bioética teve desde suas origens duas interpretações

³ As ações e decisões em saúde pública adotam, predominantemente, uma perspectiva ética utilitarista ou princípio da utilidade social, que se fundamenta no “maior bem-estar para o maior número possível de pessoas”. Deste modo, uma decisão em saúde pública será ética, quando ela resultar em maiores benefícios em saúde, para o maior número de pessoas (27).

⁴ A diferença da saúde pública, a saúde bucal coletiva pretende substituir todo biologismo ou tecnicismo das formulações da odontologia, realizando uma reconstrução teórica que se articula ao pensamento da saúde coletiva. Nesta pesquisa foi referido o termo saúde pública.

diferentes, uma holística, representada na concepção de Jahr e Potter, e uma clínica, evidente no trabalho de Hellegers (31).

A falta de consenso sobre a definição da bioética, não impede a demarcação das suas características que representam este campo do saber; nomeadamente estas são, o seu carácter teórico e prático, o seu papel na resolução de conflitos, a sua multidisciplinariedade, interdisciplinariedade e transdisciplinariedade (9).

Nesta tese doutoral, considerar-se-á a noção da Bioética como campo do conhecimento multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar, que visa responder aos problemas éticos relacionados aos cuidados da vida e da saúde, que, por sua vez, integra aspectos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais, imprescindíveis para alcançar o mais alto nível possível de saúde física e mental.

A noção de Bioética difundida desde os Estados Unidos da América teve um sentido restrito às questões em torno da relação médico-paciente e às inquietações éticas provocadas pela experimentação com seres humanos (32). Esse reducionismo da Bioética ao âmbito individual, deixou de lado os conflitos relacionados às coletividades, sendo alvo de críticas formuladas pelos bioeticistas da América-Latina, que propiciaram o surgimento de novas propostas teóricas traçadas na década dos anos noventa (32), (33), (34). Deste modo, inequidades sociais e económicas e seu impacto na saúde das populações, foram agregadas ao debate bioético.

Já no final da década dos anos noventa, deu-se uma maior ampliação dos objetos de estudo da bioética, incorporando no seu escopo, os direitos humanos. Assim, foram incentivadas novas temáticas como a justiça social e sanitária, a equidade, a alocação dos recursos em saúde, a responsabilidade social em saúde e as lutas contra a pobreza e a exclusão social (34), (35). A inserção desses tópicos, foi vislumbrada em um evento acadêmico que marcou a aproximação entre a bioética e a saúde pública: o VI Congresso Mundial de Bioética, realizado em Brasília em 2002, e, promovido pela *International Association of Bioethics (IAB)*. Importa destacar que a agenda desse Congresso, retomou a perspectiva holística da bioética, estabelecida por Potter na década dos anos setenta.

Considerando esses fatos, Kass, afirmou em 2004 que a bioética, não somente, abrangerá cada vez mais temáticas da saúde pública, mas também, estenderá o seu escopo, para as questões sobre justiça distributiva e saúde pública global (36).

É conveniente salientar que bioética e saúde pública tem sido áreas do conhecimento interconectadas a partir de eventos e situações, que evidenciaram a pertinência da avaliação bioética prévia, à tomada de decisões em saúde pública. Exemplo dessa afirmação, foi o acontecimento ocorrido no *Seattle's Swedish Hospital* em 1962, lugar onde surgiu um dos primeiros comitês de ética. Esse comitê tinha o dever de selecionar os pacientes que deveriam-se submeter à hemodiálise, considerando que o número de aparelhos neste hospital, não atendia a demanda do grande número de doentes renais crônicos que precisavam deste tratamento. Cabe ressaltar que, neste Comitê, não se estabeleceram critérios contextualizados a cada caso, fato que impactou negativamente nas ações empreendidas (30), (37).

Nessa linha, existem outras situações, nas quais, em nome dos interesses da coletividade, são transgredidos os princípios bioéticos e os direitos humanos. Tal é o caso das medidas de notificação compulsória de doenças transmissíveis, restrição da liberdade de locomoção para pessoas com doenças infectocontagiosas, medidas de vacinação compulsória para crianças e a fluoretação das águas de abastecimento público para a prevenção da carie⁵ (27). A tomada de decisões sobre esses casos são baseadas, frequentemente, no princípio da utilidade social, que acarreta violações aos interesses e valores individuais.

Não obstante, vislumbra-se outros princípios bioéticos tais como a equidade e a justiça, que tem sido propostos como norteadores da tomada de decisões em saúde pública, para que se realize, proteja e respeite o direito humano à saúde (30).

Na próxima seção, serão expostos os argumentos que justificam a conjugação do referencial teórico- normativo dos direitos humanos com a bioética, para o enfrentamento de conflitos éticos que surgem no âmbito da saúde pública.

⁵ Tema que será referido nas análises subsequentes.

1.2 O REFERENCIAL TEÓRICO-NORMATIVO DOS DIREITOS HUMANOS APLICADOS À BIOÉTICA: IMPLICAÇÕES EM SAÚDE PÚBLICA

Para assinalar as justificativas da utilização do referencial teórico-normativo do direito humano à saúde nas problemáticas advindas do campo da saúde pública, é indispensável trazer a fundamentação teórica dos direitos humanos.

Os direitos humanos se definem como normas jurídicas estabelecidas em declarações, tratados, direito costumeiro internacional, princípios gerais e outras fontes do Direito Internacional” (p.1) (38). Os direitos humanos são garantidos globalmente, dispõem de proteção legal e geram obrigações para os Estados, seja de ação ou omissão. Destaque-se que os direitos humanos se centram na relação entre o indivíduo e o Estado. Para Fernandez (39), os direitos humanos são “exigências imprescindíveis para uma vida digna”.

Ressalte-se que a introdução dos direitos humanos nas análises sobre conflitos éticos do âmbito da saúde pública, tem sido caracterizada como um ponto de interface entre bioética e direitos humanos (40). A seguir, serão referidas outras características do referencial teórico-normativo dos direitos humanos, visando a sua aplicação na bioética e sua contribuição na resolução de dilemas em saúde pública.

Devido a sua universalidade e sua reafirmação da dignidade e da igualdade da pessoa, os direitos humanos se constituem em instrumento teórico- prático mais adequado para o enfrentamento dos dilemas morais em saúde pública. Esta acepção se baseia no ponto central dos direitos humanos: a relação entre indivíduo e o Estado. Cabe referir que, no âmbito da saúde pública, também envolve a vinculação entre o direito individual e o dever estatal, representada na obrigação do Estado de prover condições de vida saudáveis, visando à proteção, respeito e realização do direito humano à saúde (40). Assim, bioética e saúde pública se interconectam a través deste direito.

Por sua vez, Andorno (41) estabelece que as atividades biomédicas se relacionam diretamente com direitos humanos básicos, tais como, o direito à vida e o direito à saúde; a partir dessa afirmação, é possível interpretar que, as ações em saúde pública, por exemplo, a formulação e execução das políticas públicas e dos

programas de saúde comunitários, compõem essas atividades biomédicas⁶. Assim, os direitos humanos constituem-se em recurso teórico-normativo útil, para atingir a proteção de pessoas e grupos, frente a ações estatais que contrariem o alcance de uma vida digna.

Aliás, defende-se que a aplicação do referencial dos direitos humanos, deve ser considerada na análise e avaliação de questões morais na esfera da saúde pública, em razão de que, as normas e princípios dos direitos humanos, auxiliam a proteção da dignidade da pessoa e consolidam os deveres estatais indispensáveis para alcançar o mínimo padrão aceitável de saúde na população (40).

Com efeito, a saúde pública se interconecta diretamente com os direitos humanos, por meio do direito aos cuidados em saúde e dos determinantes sociais da saúde. Essa aproximação contribui para a avaliação ética das ações em saúde pública; igualmente, favorece a adoção de mecanismos de avaliação sobre a intervenção do Estado no campo da saúde pública. Segundo Meier (42), a saúde pública e os direitos humanos convergiram pela primeira vez com a pandemia do HIV-AIDS, neste sentido, Mann afirmou que essa doença ajudou a catalisar a saúde moderna e o movimento dos direitos humanos, em razão de que, promover e proteger a saúde e promover e proteger os direitos humanos, estão intrinsecamente conectados (43).

Acrescente-se que o enfrentamento de outras emergências humanitárias, tais como aquelas vivenciadas em Bosnia e Rwanda, também tem influenciado a vinculação transdisciplinaria entre a saúde pública, os direitos humanos e a bioética. Para Farmer (43), o objetivo chave dos direitos humanos e da saúde pública, é promover os direitos econômicos e sociais no século XXI, os quais não devem ser excluídos; ainda, enfatiza que a saúde pública pode contribuir aos debates em direitos humanos, ampliando a sua agenda de ação.

Para melhor compreender a aplicação do referencial teórico-normativo dos direitos humanos na bioética, particularmente, nos dilemas morais que permeiam a

⁶ Essa afirmação é formulada desde uma perspectiva ampliada da saúde, que não se limita às práticas meramente clínicas, no sentido de que, a saúde pública objetiva promover, proteger e restaurar a saúde das populações e indivíduos.

saúde pública, é imprescindível aludir as interfaces entre esses saberes, que por sua vez, repercutem nas problemáticas da saúde pública, ponto que será tratado no seguinte item.

1.2.1 Interface entre bioética e direitos humanos: o direito humano à saúde como bem ético e marco referencial

Segundo Fernández, os direitos humanos possuem três fundamentações; a primeira, se refere à corrente *jus* naturalista, que sustenta que estes direitos tem carácter universal e absoluto; a segunda, vertente alude à natureza histórica dos direitos humanos, promulgados em resposta às violações da dignidade perpetradas na Segunda Guerra Mundial e a terceira fundamentação, versa sobre o carácter ético ou axiológico dos direitos humanos, em razão de estarem conjugados à dignidade e estarem embasados em princípios morais atrelados com sua característica normativa. Por tanto, os direitos humanos têm natureza jurídica e ética (39). Ressalva-se que essas três naturezas dos direitos humanos, não se rechaçam entre si, mas sim, se acolhem.

Considerando essas três fundamentações, e levando em conta que esses direitos são imprescindíveis para viver uma vida digna, os direitos humanos são estabelecidos como direitos morais, porquanto acolhem exigências éticas enquanto formulação jurídica. Deste modo, os direitos humanos possuem dupla essência, jurídica e ético-valorativa, caracterização que favorece a sua incorporação à bioética.

Com efeito, bioética e direitos humanos compartilham valores; a bioética tem como objeto a proteção da dignidade humana e, para atingi-la, é necessária a salvaguarda de outros valores, tais como, a vida, a liberdade, a integridade física e mental e a saúde. Por sua vez, os direitos humanos, são normas jurídicas e éticas universais, que possuem a dignidade humana como o seu núcleo fundamental e que visa, que a conduta humana seja delineada por esse valor. Ressalte-se que a natureza ética-valorativa desses direitos, foi reconhecida socialmente de forma previa, ao seu reconhecimento pelo ente estatal (40).

Assim, os direitos humanos, como normas possuidoras de duas naturezas, jurídica e ético-valorativa, podem ser utilizados como referencial nas análises bioéticas nos conflitos próprios da saúde pública, em razão de que, favorecem o exame crítico sobre o reconhecimento ou a violação de determinados direitos por parte das instituições estatais de saúde, as quais, tem o dever moral de proteger esses direitos. Ademais, caso haja violação de direitos, uma abordagem bioética desde o marco referencial dos direitos humanos, permite a reivindicação desses direitos e a defesa para a sua incorporação por parte do Estado, visando ao respeito à dignidade humana. Portanto, esse tipo de abordagem, visa à proteção da saúde de grupos e pessoas, e ademais, reforça as obrigações estatais para garantia do direito à saúde (40).

Frise-se que, tanto a bioética quanto os direitos humanos, compartilham uma base principiológica. O conteúdo ético desses direitos se vislumbra nos princípios da não discriminação, proteção da vulnerabilidade, equidade, igualdade e participação social. Com efeito, esses princípios estão em jogo, nas análises e discussões próprias do campo da saúde pública. Destaque-se que esses mesmos princípios tem sido reconhecidos em instrumentos normativos internacionais da bioética, por exemplo, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH). Assim, convém reforçar que tanto bioética como direitos humanos compartilham a formulação de guias de ação em temas relacionados à saúde. Dita formulação se manifesta nos sistemas de saúde e inclui os determinantes sociais (44).

Outro ponto de aproximação entre bioética e direitos humanos, destacável para os interesses da presente pesquisa, se baseia nas contribuições que esses direitos trazem para a bioética. Por se constituírem em normas jurídicas positivadas, apresentam caráter coercitivo, que não se encontra nas normas bioéticas. Assim, o Sistema Internacional de Proteção dos Direitos Humanos, que consiste em instrumentos jurídicos vinculantes, representam defesa desses direitos e dos valores, como a dignidade humana (41).

Nessa linha, Andorno (41) ressalta um instrumento internacional de direitos humanos que representa um papel fundamental para a bioética⁷; o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, adotado em 1966, documento que incorpora no seu Artigo 12, o direito humano à saúde, marco referencial selecionado nas análises da presente pesquisa.

Apesar dessas aproximações entre os campos do saber mencionados, sustenta-se que ainda não existe consenso entre os bioeticistas sobre a forma de incorporação dos direitos humanos às análises bioéticas, e que, dita incorporação poderia “descaracterizar a bioética, tornando-a em mais um campo jurídico” (p.91) (40). De acordo com Andorno, a utilização do referencial dos direitos humanos para o debate de temas bioéticos, no deveria entender-se como a desapareção da bioética, mas sim como uma “extensão das normativas de direitos humanos no campo da biomedicina” (p.9) (41). Nessa linha, as discussões de caráter meramente jurídico, deixam questões abertas a serem avaliadas, especialmente, para os atores das áreas da saúde.

Ressalte-se que, a presente pesquisa buscará modos de propor vínculos entre as esferas da bioética, o direito humano à saúde e a saúde pública, aplicados concretamente, às reflexões sobre o tema da qualidade dos cuidados odontológicos e a segurança do paciente.

Além da falta de consenso sobre a aplicação dos direitos humanos à bioética, teóricos, como Benatar, defendem que os direitos não abrangem a complexidade da moralidade, ou seja, na esfera da bioética, há deveres que não apresentam correlação com direitos. Em consequência, nem todos os conflitos éticos podem ser analisados desde a ótica do referencial dos direitos humanos, tal é o caso dos desafios impostos pela reprodução assistida e a clonagem humana (41).

Não obstante, sustenta-se que o tema a ser tratado nesta tese, qualidade dos cuidados odontológicos e segurança do paciente na prática dental, se inclui no escopo da saúde pública, e abrange a reflexão sobre a falta de proteção, respeito e

⁷ Adicionalmente, o autor alude outros documentos tais como, o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos adotada pela UNESCO, a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, e a Convenção Europeia sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina, adotada pelo Conselho da Europa.

realização do direito à atenção odontológica qualificada e segura, que compõe o direito à saúde. Neste sentido, há uma problemática que envolve conflitos éticos, porquanto as fragilidades na qualidade e na segurança do paciente, são características de uma atenção em saúde desigual, que repercutem negativamente no respeito à dignidade do paciente e na efetivação do seu direito à saúde bucal. Assim, afirma-se que os direitos humanos são indispensáveis para o debate sobre a garantia do direito à atenção odontológica qualificada e segura.

Com efeito, a presente tese doutoral parte do entendimento de que existe uma relação direta entre bioética e direitos humanos, e que essa relação é manifesta nos dilemas bioéticos que emergem a partir das fragilidades na qualidade dos cuidados odontológicos e na segurança do paciente; ou seja, bioética e direitos humanos se constituem em uma abordagem sinérgica para avançar na efetivação do direito à saúde. O reconhecimento da interconexão entre esses campos do saber, está norteadada pela seleção do direito humano à saúde como marco referencial para análise bioética. O conteúdo desse direito foi explicitado no Comentário Geral n.14 adotado pelo Comitê sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas (CDESC) (6), documento selecionado como pilar para as análises executadas.

Cabe ressaltar que o exame exposto nesta tese, se ancora no fundamento de que a saúde é um bem ético universal, ou seja, um aspecto concreto do bem-estar dos seres humanos, que está vinculado à vida e às condições que a fazem digna. Tanto a bioética, quanto os direitos humanos, estão orientados para proteção da saúde como bem ético, propósito essencial da vida humana e imprescindível para a vida digna (9).

Enfatiza-se ainda, que o exame apresentado na presente pesquisa, enfoca uma problemática de saúde pública, que, certamente envolve a relação entre indivíduos e o ente estatal, em razão de que, se trata da obrigação estatal prover cuidados odontológicos qualificados e seguros para a população. Esse fato, reforça a fundamentação no referencial do direito humano à saúde.

Esse instrumento teórico-normativo será a base para a execução de uma análise bioética sobre o entendimento do direito à saúde bucal, por parte das

instituições que adotam normativas nesse campo, particularmente a OMS, a IADR, a EADPH, a BASCD, a FDI, e finalmente, a Secretaria Distrital de Saúde de Bogotá.

Nesta pesquisa será avaliado o entendimento da perspectiva do direito à saúde bucal, assumida pelos atores que integram essas instituições, bem como, visa identificar as orientações que essas instâncias estão transmitindo aos países membros, profissionais e comunidade em geral, em relação ao tema do direito à saúde bucal, seu elemento a qualidade, e à segurança do paciente. Adicionalmente, serão identificados conflitos de valores⁸ que permeiam a constituição dessas instituições, os quais, se refletem na elaboração final dos documentos analisados e que, em consequência, impedem o desfrute do mais alto padrão de saúde.

No próximo item, serão desenvolvidas as interconexões entre a bioética, a saúde pública e o direito à saúde bucal, abordando o contexto dos países latino-americanos.

1.3 BIOÉTICA, SAÚDE PÚBLICA E DIREITO À SAÚDE BUCAL

Para o desenvolvimento deste item, foram delimitadas duas partes; a primeira, abordará a situação que toca os pacientes que sofrem doenças buco-dentárias e sua repercussão na saúde pública. Na segunda parte, serão expostas as questões relativas à prática odontológica, propriamente dita.

1.3.1 Doenças buco-dentárias como problemas de saúde pública: contexto latino-americano

A influência das condições de vida na saúde bucal tem sido estudada amplamente em diversas pesquisas; estudos tem demonstrado que, a progressão e agravamento da saúde da boca, é uma repercussão da baixa renda familiar e individual, do precário acesso aos serviços, das escassas redes de comunicação social, entre outros (1). Portanto, afirma-se que a privação socioeconômica

⁸ Conflitos de deveres

constitui-se em um grande obstáculo para alcançar uma saúde buco-dentária, congruente com uma vida digna.

Estudo realizado no Brasil, no qual foram entrevistados moradores de uma comunidade do Estado do Ceará, revelou que ir ao dentista para receber tratamento, é considerado um luxo, e não como um direito humano (1), assim, a perda dentária⁹ é motivada pela baixa renda e pelas barreiras no acesso aos serviços odontológicos. Deste modo, vislumbra-se que a falta de acesso, disponibilidade, aceitabilidade e qualidade dos serviços odontológicos decorre das desigualdades sociais.

Flores e Drehmer (45), enfatizam que as expectativas da resolutividade dos serviços odontológicos, representam um condicionante na decisão do indivíduo de tratar ou não tratar os dentes. Quer dizer, um paciente que dificilmente encontra acesso à rede pública, será atendido em serviços odontológicos, no qual, as restaurações dentárias são executadas com baixa qualidade técnica, fato que acarreta sua menor durabilidade. Essa situação gera para o paciente que, a ideia de que, a extração dentária, constitui-se na melhor solução para a cárie¹⁰, e não é concebida como uma mutilação. Em contraponto, a odontologia moderna e os múltiplos avanços biotecnológicos desse campo, motivam o profissional a evitar a realização de extrações, promovendo uma odontologia baseada na preservação dos dentes. Nesse sentido, é plausível afirmar que as novas técnicas de restauração e reabilitação dentárias, de alta qualidade, são dirigidas a determinadas parcelas da população, revelando o caráter elitista desse tipo de tratamentos.

⁹ Considerada o pior desfecho para a doença da cárie.

¹⁰ Doença crônica resultante da dissolução mineral dos tecidos dentários proveniente da produção de ácidos produzidos por bactérias quando estas metabolizam carboidratos, especialmente, sacarose, oriunda da dieta. (47).

Saliente-se que a baixa renda também está intimamente relacionada à ocorrência da doença periodontal¹¹, e por sua vez, influencia a aparição de doenças crônicas, em razão dos fatores de risco compartilhados. Pesquisa que caracterizou a prevalência e a distribuição geográfica dessa patologia em adultos brasileiros em 2010, demonstrou o aumento da enfermidade com respeito ao inquérito de saúde bucal realizado em 2003. Ademais, o estudo ressaltou que essa prevalência se apresentou entre os mais velhos, pretos, pardos e aqueles com menor grau de escolaridade e renda familiar (46). Como se vê, as desigualdades sociais não somente refletem na perda dentária ocasionada por cáries, mas também, naquelas perdas ocasionadas pela doença periodontal.

Acrescente-se que a falta de realização, respeito e proteção do direito à saúde bucal, é manifesta na dentição da população. Assim, Moreira *et al* (1), denominaram essas marcas como os “dentes da desigualdade”, que revelam discriminação, estigmatização e injustiças sociais. Essa asserção se coaduna com a associação existente entre patologias como a doença periodontal e a redução da coesão social (46).

Segundo Abadia-Barrero, a prática odontológica é um cenário de reprodução das desigualdades sociais. O autor enfatiza que não existe uma discussão bioética sobre as necessidades em saúde bucal das populações que vivem na pobreza ou, que não podem pagar os tratamentos adequados e oportunos; nessa linha, a condição socioeconômica do paciente é determinante do tratamento que recebe (49).

Diante desse quadro, é possível estabelecer a interface entre a bioética, o direito à saúde bucal e a saúde pública, representada na dignidade dos pacientes que sofrem consequências graves de saúde geral e de exclusão social por falta de acesso, disponibilidade, aceitabilidade e qualidade dos cuidados odontológicos.

¹¹ Definida como doença inflamatória dos tecidos de suporte dos dentes, causada por grupos de microrganismos específicos, que resulta na destruição progressiva do ligamento periodontal e osso alveolar, com formação de bolsa, retração ou ambas (48).

Isto é, a saúde bucal das pessoas está permeada por questões éticas, que devem ser analisadas sob o prisma dos direitos humanos.

A falta de qualidade e a precária segurança do paciente nos serviços, bens e instalações odontológicas, representada na oferta de tratamentos mutiladores (exodontias) como único recurso terapêutico disponível e a exclusão social por determinadas características buco-dentárias que refletem baixa qualidade dos cuidados odontológicos, são temáticas que devem incluir-se no debate bioético fundamentado nos direitos humanos, porquanto são práticas violadoras do direito à saúde bucal. Conseqüentemente, princípios bioéticos estão sendo desrespeitados pelos Estados e pelas instituições de saúde.

Essa problemática faz parte dos direitos humanos e da saúde pública, em razão de tratar-se de dilemas que envolvem a relação entre indivíduo e Estado. Como referido, a saúde pública está vinculada ao desenvolvimento e execução de políticas públicas, visando ao melhoramento da saúde das populações. Diante das situações expostas, constata-se que as políticas públicas de saúde bucal, não estão sendo formuladas a partir do paciente, como eixo central dos cuidados em saúde bucal, titular do direito a cuidados odontológicos altamente qualificados e seguros. Igualmente, é possível inferir que, esse tipo de política desconsidera a abordagem dos direitos humanos.

No próximo item serão expostas as situações relacionadas à prática odontológica que remetem à vinculação entre bioética, direito à saúde bucal e saúde pública.

1.3.2 Prática odontológica, bioética e direito à saúde bucal

Cabe esclarecer que o termo prática odontológica, refere-se não somente às atividades clínicas executadas pelos cirurgiões dentistas, mas também, envolve as ações empreendidas pelos Estados, por meio das leis e das políticas públicas de saúde bucal. Assim, também envolve a participação dos mercados, representados nas indústrias de biomateriais odontológicos e nas companhias de serviços de saúde privados.

É reconhecida a frágil participação dos cirurgiões dentistas no tocante à criação de normativas sobre o direito à saúde bucal; em contrapartida, a formulação desse tipo de regulação está nas mãos de setores que desconhecem a dinâmica da profissão odontológica, e que defendem interesses econômicos. Nesse sentido, Escobar revelou inconsistências entre as normativas em saúde bucal colombianas e os conceitos técnico-científicos adotados (13). Ainda, constata-se a falta de posicionamento político por parte dos cirurgiões dentistas, com vistas a rechaçar esse tipo de regulamentações incongruentes, que não estabelecem diretrizes claras para a saúde bucal.

De acordo com Abadia Barrero, não existem alternativas com o intuito de diminuir os efeitos negativos dos fatores sociais nas doenças buco-dentárias, concretamente, na região da América-Latina e do Caribe (49). A justificativa dessa situação, é que a literatura odontológica se centra nos fatores de risco individuais, enfatizando que a mudança de mentalidade por meio da educação do paciente, contribuirá ao sucesso na prevenção das doenças buco-dentárias. No entanto, a educação em saúde bucal, sem condições que garantam que o aprendido possa ser aplicado na prática, não atingirá a meta da redução das patologias (49).

Essa situação se produz, segundo o autor, em razão do modelo de ensino odontológico, que, nas faculdades, dá prioridade à pesquisa nos departamentos clínicos, em detrimento da pesquisa em saúde pública e em ciências biológicas. Quer dizer, a prática odontológica se fundamenta na dinâmica dos mercados, assemelhando-se a um bem de consumo, afastada da abordagem de direito humano (49).

Essa problemática impacta negativamente no trabalho dos cirurgiões dentistas, em razão de que suas condições laborais se tornarem cada vez mais precárias, ou seja, os seus salários são menores, as jornadas de trabalho são maiores e as equipes e biomateriais são mais deficientes. Diante dessa situação, o profissional perde a autonomia, ou seja, não tem condições de decidir sobre o melhor tratamento para o paciente. Assim, o cirurgião dentista enfrenta não só as limitações econômicas do paciente, mas também os interesses das grandes

empresas de prestação de serviços odontológicos privados. Dessa forma, os cuidados oferecidos não são os mais qualificados e seguros, mas sim, são os mais rentáveis economicamente (49).

A realidade exposta permite identificar outro vínculo entre bioética, direito à saúde bucal e saúde pública, que consiste no conflito moral permeado pelos interesses das indústrias dos biomateriais dentários, as empresas privadas de serviços odontológicos e a baixa renda dos pacientes, que exclui a possibilidade de acessar aos tratamentos mais adequados, oportunos, qualificados e seguros. Constata-se que, essa diversidade de interesses fragiliza princípios bioéticos, que, na prática, deveriam ser reforçados. As respostas a esse quadro devem dar-se a partir da perspectiva da bioética fundamentada nos direitos humanos, concretamente, do direito humano à saúde, em razão de que a relação entre indivíduo e Estado, envolve, neste caso, interesses econômicos particulares, portanto o ente estatal não está efetivando as suas obrigações relativas à saúde bucal das populações.

Neste ponto, cabe questionar o papel das autoridades internacionais da saúde bucal na superação desses dilemas. Para Abadia-Barrero, as estratégias fundamentadas em análises custo-benefício-efetividade, empreendidas pela Organização Pan-americana da Saúde, não tem um impacto positivo na redução das desigualdades em saúde bucal, em razão de que essas seguem os interesses mercantilistas e não respondem às necessidades das populações (49).

Considerando essas asserções, a seguir será apresentado o segundo capítulo que expõe as bases teóricas do referencial teórico-normativo do direito humano à saúde, eixo de análise selecionado nesta pesquisa.

CAPITULO 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DO REFERENCIAL DO DIREITO À SAÚDE

O presente Capítulo objetiva explicitar as bases teóricas sobre o direito à saúde, as quais, serão adotadas como referencial teórico-normativo para a discussão bioética sobre o direito à saúde bucal.

Este capítulo se divide em três partes; a primeira, apresentará conceituações sobre saúde, seus determinantes sociais e cuidados primários, concepções importantes para compreensão dos fundamentos do direito à saúde; a segunda desenvolverá a consolidação histórica e a análise documental descritiva do conteúdo do direito à saúde conforme o Comentário Geral n.14 de 2000, elaborado pelo CDESC (6); a terceira, discorrerá sobre os vínculos entre o direito à saúde e a DUBDH (4), instrumento normativo bioético, que incorpora o direito à saúde e aos seus determinantes sociais.

Em relação à metodologia foram executados os seguintes passos; primeiro, levantamento bibliográfico de trabalhos acadêmicos sobre direitos humanos e direito à saúde, publicados em bases de dados tais como *Google Scholar*, *PubMed*, *Lilacs* e *Scielo*, por meio do emprego dos seguintes descritores “*human rights*”; “*right to health*”; levantamento de artigos sobre Bioética, particularmente, aqueles produzidos por autores da América-Latina e divulgados nas bases de dados mencionadas, com a utilização dos descritores “*bioética y derechos humanos*”; “*bioética y derecho a la salud*”; “*bioética e direitos humanos*”; além, foram consultados periódicos especializados nestes tópicos nos seguintes websites <http://www.hhrjournal.org/> ; <http://www.hhrguide.org/>.

Segundo, procedeu-se à análise de diretrizes internacionais, enfatizando aquelas proferidas pelas agências das Nações Unidas sobre direitos humanos e direito à saúde; a estratégia de busca se fundamentou nos documentos publicados pela Oficina do Alto Comissariado das Nações Unidas, que constam no *website* http://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/AnnualReports.aspx_

2.1 SAÚDE E DIREITO À SAÚDE: PRESSUPOSTOS CONCEITUAIS

Esta seção objetiva expor a significação da saúde e seus determinantes sociais, a sua origem, dinâmica e as estratégias promovidas em nível internacional para intervir sobre estes determinantes, com vistas a contribuir na luta contra as injustiças sanitárias. Este alicerce teórico é necessário para a aproximação aos fundamentos dos direitos humanos, especialmente, do direito à saúde, na medida em que, estas definições influenciam a compreensão do processo saúde-doença e, por conseguinte, a concepção deste direito humano.

O termo “saúde”, bem como o conceito de “doença” têm-se alterado historicamente, em consonância com circunstâncias políticas, econômicas, geográficas, sociais, religiosas e culturais, por esta razão se estabelece uma extensa variabilidade de tais concepções, fato que repercutiu no tratamento das doenças e na concepção do processo saúde-doença. O progresso nas ciências básicas e os avanços científico-tecnológicos, tais como o desenvolvimento do estudo da anatomia humana e a descoberta do microscópio, impulsionaram os conhecimentos sobre as doenças e a forma de preveni-las e trata-las, especialmente, os relativos às doenças transmissíveis. Simultaneamente, o surgimento de campos do saber como a epidemiologia e a estatística, facilitaram o enfoque não somente da saúde dos indivíduos, mas também das populações. Apesar da promulgação de Leis de saúde pública e a execução de múltiplos estudos acadêmicos sobre o impacto do nível de renda e da urbanização no estado de saúde das pessoas, tanto na França como na Inglaterra, a definição de saúde ainda não estava estabelecida no âmbito internacional. Dito consenso somente foi atingido após a Segunda Guerra Mundial, com a fundação da Organização das Nações Unidas e sua agência para a saúde, a OMS (50).

De acordo com o preâmbulo da Constituição da OMS, saúde é entendida como “estado de completo bem-estar físico, mental, social e não meramente a ausência de doença” (p.1) (51); definição amplamente divulgada no contexto acadêmico, que a considera avançar além dos processos biológicos, associando-se às condições de vida, trabalho, meio ambiente, estilo de vida das pessoas,

inclusive, a organização da assistência à saúde. Esta última incorpora os serviços ambulatoriais e hospitalares, os medicamentos, insumos e as instalações. Por conseguinte, para que a saúde se coadune com o exercício de uma vida plena, é imprescindível considerar a intervenção destes fatores (51).

O conceito de saúde estabelecido pela Constituição da OMS, demarca a sua potencialidade aproximando-a da condição de direito humano, exigível tanto na esfera jurídica como na esfera ética; esta diretriz explícita que o desfrute do mais alto nível possível de saúde¹² “é um direito fundamental dos seres humanos sem distinção de raça, religião, crença política, condição econômica ou social”¹³ (p.1) (51). Aliás, este instrumento eleva a noção de saúde como fator essencial para atingir a paz e a segurança dos países, sendo necessária a cooperação entre Estados, para combater as desigualdades na promoção da saúde e na prevenção das enfermidades. Deste modo, este documento foi o primeiro no mundo a formular o direito à saúde (50).

Sob a perspectiva teórica, existe outro conceito que entende a saúde como “o processo que conduz ao bem-estar, capacidade e direito individual e coletivo de realização do potencial humano (biológico, social e psicológico), que permita a todos participar amplamente dos benefícios do desenvolvimento” (p.521) (52). Portanto, dispor de uma vida saudável implica alcançar e usufruir uma condição essencial na construção do projeto de vida da pessoa humana, que está determinada por fatores históricos, sociais e pela efetivação de dois princípios bioéticos conjugados; a autonomia e a justiça, que se manifestam na liberdade de gerenciar a própria vida sem interferências nem imposição de tratamentos, o acesso igualitário aos serviços e bens de saúde (52).

A proclamação do PIDESC (53), em 1966, estabeleceu o reconhecimento do direito à saúde como um bem jurídico sob responsabilidade dos Estados, aliás, a

¹² Denominação alterna do direito à saúde; nesta tese doutoral serão utilizadas as duas terminologias.

¹³ Todas as citações em idioma estrangeiro apresentadas nesta tese foram traduzidas à língua portuguesa pela autora.

normativa apresenta a necessidade de consideração de determinantes sociais da saúde, tais como, a distribuição de recursos e as diferenças de gênero (53).

Diante destas afirmações, é necessário apresentar o conceito de determinantes sociais da saúde. São compreendidos como as condições nas quais as pessoas, nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem, que por sua vez, originam a maior carga das doenças; assim, se referem aos determinantes políticos econômicos, sociais, culturais e ambientais que afetam a saúde. (54). Seu surgimento se contextualiza na seguinte dinâmica; mecanismos sociais, políticos e econômicos, tais como o mercado de trabalho, o sistema educativo, as instituições políticas e valores sociais e culturais, originam e perpetuam uma série de posições socioeconômicas, que conduzem à estratificação das populações, de acordo com o seu nível de ingressos, educação, ocupação, gênero, raça| etnia e outros fatores; deste modo, as posições socioeconômicas dão lugar aos determinantes do status da saúde.(54),(29), (55).

A relação entre o conceito de saúde e os seus determinantes sociais tem sido fortalecida com o passo dos anos, resultante do crescente número de estudos sobre as inequidades em saúde, qualificadas como desigualdades entre grupos populacionais sistemáticas, evitáveis, injustas e desnecessárias (29). Portanto, a maior carga das doenças, assim como as inequidades em saúde, acontece por conta dos determinantes sociais da saúde; com efeito, a superação das inequidades em saúde pode ser atingida partindo da abordagem nos determinantes sociais, para tanto, são necessárias intervenções nos setores da sociedade que os influenciam. Portanto, é fatível intervir os determinantes, em razão de que as condições sociais que afetam negativamente a saúde, podem ser alteradas a través de ações baseadas na informação (29). Verifica-se assim que, a adoção da abordagem dos determinantes sociais implica reconhecer o valor da saúde para a sociedade, que é condicionada por mecanismos que desencadeiam diversidade de mediações que incidem na situação de saúde de grupos e pessoas (55).

Ressalte-se que os determinantes sociais da saúde podem ser classificados em duas categorias; estrutural e intermediária. Os primeiros são entendidos como

aqueles que produzem divisões em classes sociais na sociedade e que definem posições socioeconômicas individuais, enquadradas nas hierarquias de poder, acesso aos recursos e prestígio; destaque-se que são considerados como os mais importantes, em razão de causar estratificação da sociedade e em decorrência, inequidades em saúde. Exemplos dos determinantes sociais da saúde estruturais são a distribuição da renda, discriminação (por motivo de raça, gênero, deficiências ou orientação sexual) e “estruturas políticas e de governança que reforçam (...) as inequidades relativas ao poder econômico” (p.2) (54).

Por outro lado, os determinantes sociais da saúde intermediários encerram circunstâncias materiais, tais como, estilos de vida, condições de moradia e trabalho junto à disponibilidade nutricional; circunstâncias psicossociais, entendidas como estressores psicossociais, relacionamentos e suporte social; fatores biológicos e comportamentais, ou seja, a nutrição, a atividade física, o consumo de tabaco e álcool e fatores genéticos; segundo a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, dirigida pela OMS em 2011, o sistema de saúde em si mesmo, é um determinante social de caráter intermediário, nessa linha, o sua fragilidade pode ser a maior barreira para efetivar os cuidados em saúde (56).

A consideração do sistema de saúde como um determinante social intermediário difere do estabelecido pelos modelos tradicionais que procuram esquematizar e classificar os diversos determinantes; exemplo disto é o modelo de Diderichsen & Hallqvist de 1998 e o modelo de Wilkinson & Marmot (57).

A alusão à influência das condições econômicas, sociais e culturais na saúde de grupos e pessoas, remete a tratar os seus vínculos com o tema da globalização. Chapman (58) preconizou que o detrimento da equidade em saúde é resultado do processo de globalização, entendido como o crescimento interdependente das nações, visando a integração das suas políticas, economias e culturas, a través da movimentação de bens, serviços, tecnologias, capital e trabalho, que acarreta que, decisões econômicas sejam influenciadas pelas condições globais (58), (59). Esta dinâmica impacta nos sistemas de saúde e nos determinantes sociais, em razão de que a lógica mercantilista limita a compreensão do direito à saúde ao simples

acesso e consumo de tecnologias, desconsiderando o direito aos determinantes sociais da saúde (60). O regime neoliberal faz parte da globalização e impregna às práticas médicas, de modo que a ampliação dos sistemas de seguridade social, promoveu o denominado “mercado global da saúde” (p.610) (60) que compreende o acesso à saúde como um processo contratual, que se reflete na concepção da saúde como mercancia, direito e serviço (61).

Conforme evidencia acadêmica sobre determinantes sociais da saúde e globalização, se registra que a rápida expansão global dos mercados acontece simultaneamente com a distribuição desigual das doenças não transmissíveis que incidem diretamente nas condições de “vulnerabilidade, pobreza, insegurança econômica e marginalização econômica” (p.1) (59).

Sob a perspectiva da OMS, a atuação sobre os determinantes sociais da saúde é entendida como tópico imprescindível na redução das injustiças sociais e sanitárias. Verifica-se a criação da Comissão de Macroeconomia e Saúde em 2001, que aponta que a saúde como direito humano é central para atingir a redução da pobreza. Nesse sentido, a saúde deve ser compreendida não só como um benefício do desenvolvimento, mas também como elemento indispensável para o desenvolvimento (62).

Posteriormente foi instituída a Comissão Global sobre Determinantes Sociais da Saúde, em 2005 (63), esta instância defende que a intervenção sobre os determinantes sociais é a “via mais efetiva e justa” (p.1) (63) para melhorar a saúde das pessoas e reduzir as inequidades. Esta Comissão tem dois objetivos, primeiro, acolher dados científicos sobre intervenções que favoreçam a equidade sanitária e segundo, promover um movimento internacional sobre esta iniciativa. O referido órgão, pontou o alargamento das conceituações sobre saúde e fortaleceu a sua abordagem inter-setorial na formulação de políticas públicas (63).

Mais recentemente, no âmbito da Organização das Nações Unidas (ONU), foram formuladas diretrizes e mecanismos dirigidos a fornecer suporte aos Estados em relação aos processos de determinação social da saúde. Estas ações têm origem na Constituição da OMS e na Declaração Universal dos Direitos Humanos

da ONU (64). Nas diretrizes se inclui a Declaração Política de Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde (65), promulgada em 2011, que baliza a imperiosidade de atingir a equidade social e sanitária, através da intervenção sobre os determinantes sociais da saúde; convém esclarecer que esta atuação foi acordada pela Assembleia Mundial da Saúde, na Resolução WHA 62.14 (66). Ainda, reconhece que o alcance da equidade sanitária é uma responsabilidade compartilhada pelos governos, os segmentos da sociedade e os membros da comunidade internacional.

A aplicação desta Declaração vem sendo executada por meio da Plataforma das Nações Unidas sobre os Determinantes Sociais da Saúde, mecanismo que visa orientar os Estados sobre este tópico, no âmbito das consultas temáticas globais pós-2015, organizadas pelo Grupo de Desenvolvimento da ONU (67) conformado por representantes das agências do sistema das Nações Unidas, voltado ao planejamento das discussões sobre a definição dos objetivos do desenvolvimento para o período pós 2015; as questões referentes à saúde se encontram em diversos relatórios proferidos desde 2012. O Grupo trata especificamente da “Agenda do Desenvolvimento Global Pós-2015”, iniciativa que compreende a criação do *UN System Task Team on the Post-2015* (68). Escapa aos objetivos desta Tese Doutoral a análise do direito à saúde no contexto do Grupo de Desenvolvimento da ONU.

Assim, fatores externos à relação clínica entre profissional e paciente, afetaram o entendimento do conceito de saúde e em consequência, influenciaram o desfrute dos bens e serviços de saúde e aos seus determinantes sociais, causando impacto negativo na satisfação do direito à saúde.

Após a demarcação de tais conceituações e acontecimentos sobre a saúde, a seguir discorrer-se-á sobre o processo de internacionalização e consolidação do direito à saúde, bem como o seu conteúdo.

2.2 DIREITO À SAÚDE: CONSOLIDAÇÃO HISTÓRICA INTERNACIONAL E CONTEÚDO TEÓRICO- NORMATIVO

Esta seção será subdividida em duas partes, a primeira versará sobre a internacionalização do direito humano à saúde e sua construção como referencial normativo, que foi possibilitada pela conjugação de três fenômenos; primeiro, o reconhecimento dos direitos econômicos, sociais e culturais; segundo, as reivindicações dos movimentos sanitaristas e terceiro, o nascimento da OMS (69). A segunda subseção tratará do conteúdo deste direito, em conformidade com o disposto no PIDESC e explicitado no Comentário Geral n. 14 de 2000 (6).

2.2.1 Internacionalização do direito à saúde

Com vistas a analisar o primeiro aspecto, é necessário apresentar a definição dos direitos humanos. Assim, definem-se nesta pesquisa os direitos humanos como exigências éticas positivadas e universais, isto é, são “normas jurídicas estabelecidas em declarações, tratados, direito costumeiro internacional, princípios gerais e outras fontes do Direito Internacional” (p.1) (70), assim, os direitos humanos são garantidos globalmente, dispõem de proteção legal e geram obrigações para os Estados, seja de ação ou omissão. Visam à proteção de indivíduos e grupos contra ações que interferirem nas liberdades fundamentais e a dignidade humana. Assim, os direitos humanos se centram na relação entre o indivíduo e o Estado, o qual, tem a obrigação de respeitar, proteger e realizar todos os direitos humanos, incluindo o direito à saúde, despeito dos diferentes sistemas políticos e econômicos (70), (8).

O seu reconhecimento normativo internacional se verifica, inicialmente na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, proclamada após culminação da Segunda Guerra Mundial. Os direitos humanos compreendem uma série de características tais como; ser universais, pois abarcam todos os seres humanos sem distinção de nacionalidade, lugar de moradia, sexo, origem étnica, religião ou qualquer outro status; esta característica de universalidade se assenta no conceito de dignidade, neste sentido, os direitos humanos são destinados a salvaguardar este valor inerente da pessoa humana e a reafirmá-lo frente o Estado (70), (8).

Outras características dos direitos humanos consistem em ser inalienáveis, portanto, não podem ser objeto de comércio por parte de seus titulares; são interdependentes e inter-relacionados, isto é, os direitos humanos não podem ser avaliados isoladamente, exigindo a sua interpretação associada aos demais; por conseguinte, desfrutar do mais alto nível possível de saúde é uma condição para o exercício do direito à liberdade, à igualdade, à privacidade, à não discriminação, à moradia, à alimentação, ao saneamento básico, ao trabalho e à educação, entre outros. Igualmente, a satisfação destes direitos condiciona a materialização de uma vida saudável e o alcance do direito à saúde (70), (8).

Tal como exposto no Capítulo inicial, os direitos humanos possuem três fundamentações; a primeira, se refere à corrente *jus* naturalista, que sustenta que estes direitos tem carácter universal e absoluto; a segunda, vertente alude à natureza histórica dos direitos humanos, promulgados em resposta às violações da dignidade perpetradas na Segunda Guerra Mundial e a terceira fundamentação, versa sobre o carácter ético ou axiológico dos direitos humanos, em razão de estarem conjugados à dignidade e estarem embasados em princípios morais atrelados com sua característica normativa. Por tanto, os direitos humanos têm natureza jurídica e ética (39).

Ressalte-se que o carácter histórico dos direitos humanos permite a sua consideração em fases ou gerações; sendo assim, são reconhecidos direitos de primeira geração, por exemplo o direito à vida, à liberdade de pensamento e de expressão, entre outros, os quais são de aplicação imediata, porque reconhecem a condição de pessoa como requisito universal e exclusivo para a titularidade destes direitos. Por sua vez, os direitos de segunda geração, incorporam o direito à educação, ao trabalho e à saúde que se manifestam na dimensão material da existência humana e que demandam a sua realização progressiva¹⁴ em

¹⁴ Este requerimento foi registrado no Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, especificamente no seu Artigo 2.

É necessário esclarecer que, apesar do conceito da realização progressiva dos direitos contidos neste Pacto, algumas obrigações associadas ao direito à saúde, são de imediato cumprimento pelos Estados, categorizadas como obrigações essenciais e compreendidas como o conjunto mínimo de

concordância com a disponibilidade orçamentaria dos governos (10), (70). Nessa linha, o direito à saúde se caracteriza por ser um direito social que exige uma ação positiva do Estado para sua materialização, e impõe uma obrigação negativa de abster-se de determinadas ações, relacionadas com a violação deste direito (10).

A internacionalização normativa destas duas gerações de direitos humanos formalizou-se pela adoção do Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos (PIDCP) (38) e do PIDESC (53), adotados pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1966; trata-se de normativas jurídicas de carácter vinculante, ou seja, os Estados estão obrigados a ratificá-los e cumpri-los. Estas diretrizes em conjunto com a Declaração Universal dos Direitos Humanos constituem a Carta Internacional dos Direitos Humanos (9). Cabe esclarecer que esta divisão dos direitos humanos foi impulsionada pelo contexto ideológico vivenciado no mundo no final da década dos anos cinquenta, que enfrentava discussões entre o bloco socialista e capitalista (69); a despeito dos direitos humanos de primeira e segunda geração terem sido inseridos em dois documentos normativos diferentes, há que se resgatar a sua natureza indivisível e interdependente, já explanada nesta tese e enunciada não somente na Declaração Universal dos Direitos Humanos, mas também na Resolução n. 32|120 da Assembleia Geral das Nações Unidas (71) e na Declaração de Viena de 1993 (72).

Registra-se que autores como Evans (73) e Toebe, (74) discutem a tendência da racionalidade liberal de rejeitar as reivindicações socioeconômicas, dando maior status aos direitos civis e políticos, fato evidente na implementação de múltiplos mecanismos no nível internacional para a proteção destes direitos. Ainda, assenta-se que um obstáculo para o pleno exercício dos direitos econômicos, sociais e culturais é sua falta de clareza conceitual, tal como acontece com o direito à saúde, caracterizado pela sua abrangência e vagueza; no entanto, visando à

serviços, bens e instalações, independentes dos recursos financeiros disponíveis, que o Estado deve assegurar para atingir um nível aceitável de saúde da população.

O desenvolvimento teórico sobre as obrigações essenciais será apresentado no tópico subsequente sobre o conteúdo normativo do direito à saúde.

superação desta barreira, foi elaborado o Comentário Geral # 14 de 2000 (6), pelo Comitê sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas¹⁵, que versa sobre o conteúdo do Artigo 12 do PIDESC, que tem como escopo o direito de toda pessoa ao desfrute do mais alto nível possível saúde física e mental. Este Comentário fundamenta-se na necessidade de compreensão e aplicação do artigo mencionado; o seu conteúdo será apresentado no próximo tópico deste Capítulo. Deste modo, o PIDESC constitui-se na normativa que demarcou a concepção do direito à saúde no cenário internacional.

O segundo fenômeno que influenciou a consolidação internacional do referencial do direito à saúde, toca às reivindicações dos movimentos sanitaristas, que se apresentaram conjuntamente à afirmação dos direitos econômicos, sociais e culturais no âmbito internacional. Entende-se por movimentos sociais à organização da classe trabalhadora nos sindicatos e partidos políticos, visando a “transformação socioeconômica das relações capitalistas de produção” (p.234) (75); assim, os movimentos sociais permitem identificar tensões entre os variados grupos de interesses, revelam carências estruturais e demandas interpostas, ademais, facilitam o reconhecimento do modelo de sociedade onde se articulam; deste modo, as lutas sociais têm como núcleo as experiências vivenciadas pelos grupos, os quais, constituem sujeitos coletivos (76).

É sabido que os movimentos sociais e a participação popular, se manifestam nas sociedades desde a Antiguidade; com a chegada da Idade Contemporânea, há que destacar os movimentos conformados por comerciantes e mercadores, que denunciavam péssimas condições de vida, aviltantes à dignidade humana. Certamente, as greves e reivindicações eram formas de expressão que contrariavam o processo social de produção, acarretando prejuízos para os capitalistas, justificados na carência da acumulação do capital. Cabe ressaltar que

¹⁵ O Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos, nos seus Artigos 16, 17 e 18 prevê a criação do Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, instituído em 1985 pelo Conselho Econômico e Social; este Comitê vigila a implementação e aplicação do Pacto pelos Estados partes. Esta tarefa consiste na apresentação de relatórios executados pelos Estados e apresentados ao Conselho Econômico e Social, sobre as estratégias e desenvolvimentos adotados com vistas a garantir os direitos econômicos, sociais e culturais; ainda, a ferramenta dos relatórios é útil como fundamento da elaboração de políticas públicas convergentes com as disposições do Pacto.

ditas manifestações se vivenciaram conjuntamente com o surgimento da saúde pública contemporânea; este novo campo do saber foi marcado pelo reconhecimento de que as doenças significavam um custo para a sociedade e geravam impacto negativo na produção. Estas razões orientaram à formulação das políticas públicas de saúde, com vistas a prover adequadas condições de saúde para as pessoas (75), (76).

A influência dos movimentos sociais sanitaristas na consolidação do direito à saúde foi reflexa no conceito de saúde adotado na Constituição da OMS em 1948, já referida nesta tese; neste sentido, o órgão acolheu as aspirações dos movimentos sociais da pós-guerra (51). Este fato leva a apresentar o terceiro ponto de consolidação internacional do direito à saúde, que pode ser concebido como repercussão dos dois fenômenos já apresentados, ou seja, a internacionalização normativa dos direitos econômicos, sociais e culturais, bem como o nascimento da saúde pública e as reivindicações dos movimentos sanitaristas, considerados pilares para o surgimento da OMS, órgão internacional que lida com as preocupações da saúde mundial e que demarca a interseção entre a saúde pública e os direitos humanos.

Tendo explanado o processo histórico da internacionalização do direito à saúde, passasse a discorrer sobre o seu conteúdo.

2.2.2 O direito à saúde no Comentário Geral n.14 de 2000

Com a finalidade de que os Estados implementem adequadamente os direitos humanos contidos no PIDESC, recorre-se à exploração de seu conteúdo, que se encontra estabelecida nas sentenças das Cortes Internacionais, comentários gerais e observações gerais (10). Nesta tese doutoral, será enfatizado o Comentário Geral nº 14 de 2000, fundamento para a compreensão e aplicação concreta do Artigo 12 do PIDESC, que trata sobre o direito à saúde.

O Comentário Geral nº 14 de 2000 se encontra dividido em cinco partes; i- conteúdo normativo; ii- obrigações dos Estados Parte; iii- violações do direito à saúde; iv- aplicação no plano internacional e finalmente, contempla as obrigações que tocam aos atores diferentes aos Estados Partes (6).

Sendo assim, a presente tese tem como base o conteúdo normativo do Artigo 12.1, que prevê o direito à saúde e os seus elementos essenciais; bem como, do Artigo 12.2 que alude a alguns exemplos que visam orientar os Estados acerca das prescrições emanadas do conceito de saúde e por fim, os temas de aplicação geral, que englobam a não discriminação e tratamento equitativo; a perspectiva de género; mulher e direito à saúde; crianças e adolescentes; pessoas idosas, pessoas com deficiência; indígenas e limitações. Posteriormente, será tratada a segunda parte do Comentário Geral n.14, que inclui as obrigações dos Estados Parte relativas ao direito à saúde, que se subdividem em obrigações gerais, obrigações específicas, obrigações internacionais e obrigações essenciais.

2.2.2.1 Conteúdo teórico-normativo do direito à saúde

O direito à saúde foi definido como um direito dependente e indispensável para o exercício de outros direitos humanos, neste sentido, todo ser humano é titular do direito de usufruir o mais alto nível atingível de saúde, o que conduz a viver uma vida com dignidade (6).

O direito à saúde não deve ser entendido como o direito a estar saudável. Quanto às liberdades fundamentais, são consideradas liberdades de controlar o próprio corpo e a saúde, por exemplo, a liberdade sexual e reprodutiva e a liberdade de não ser submetido a tratamentos médicos ou experimentação científica não consentidos. Por sua vez, o direito à saúde se interconecta com uma série de direitos, tais como; direito de acesso a serviços de saúde, o qual, deverá prover oportunidades equitativas para que as pessoas desfrutem o mais alto nível de saúde atingível; o direito a gerenciar o seu próprio corpo e saúde, quer dizer, autodeterminação na tomada de decisões sobre a vida sexual e reprodutiva e finalmente, direito a ser livre de interferências, seja no campo clínico seja no campo da investigação biomédica (6).

Ainda na interpretação do CDESC sobre o Artigo 12, se enfatiza o direito à saúde como direito inclusivo, que incorpora, o direito aos determinantes sociais subjacentes, tais como nutrição, moradia, acesso à água potável, segura e condições sanitárias adequadas e por fim, condições de trabalho e ambiente saudáveis (6).

A noção do direito à saúde, segundo o Comitê, envolve as condições biológicas, socioeconômicas e a disponibilidade de recursos dos Estados. Não obstante, o controle da saúde das pessoas não recai unicamente sobre o ente estatal, pois, há uma série de aspectos interferentes, isto é, fatores genéticos, susceptibilidade individual às enfermidades e a adoção de estilos de vida não saudáveis que influenciam a saúde individual (6), (10).

Quanto à demarcação conceitual propriamente dita do direito à saúde, pode ser definido como o direito a instalações, bens, serviços e condições necessárias para atingir o mais alto padrão de saúde física e mental; quer dizer, o entendimento deste direito não é restrito aos cuidados em saúde, mas sim, envolve o direito aos determinantes sociais que impactam diretamente no processo saúde-doença (6).

Embora seja concebida uma aceção ampla deste direito, por meio da concessão de liberdades e outros direitos, o Comentário n.14 expõe limites, associados aos fatores individuais já explicitados. É possível interpretar que uma ótica mais limitada do direito à saúde afetaria o seu alcance, porquanto se desconsiderariam aspectos externos, como a relação entre paciente-profissional e outros, que afetam o processo saúde-doença. Assim, em consequência, o paciente não estaria sendo reconhecido como parte integral de um contexto, logo o direito à saúde estaria focado unicamente na resolução das enfermidades, desconsiderando as questões dirigidas à prevenção em saúde (6).

Sendo assim, uma perspectiva abrangente do direito à saúde envolve a consideração de determinantes sociais, por exemplo, a distribuição de recursos, as diferenças de gênero e violência. Esta assertiva aplica-se à Colômbia, país que registrou em 2016, um número de oito milhões de vítimas afetadas por fatos

associados a conflitos armados¹⁶ (77). Consequentemente, o direito à saúde está configurado por uma dimensão individual –reflexa no direito aos cuidados em saúde-, e uma dimensão coletiva –evidente no direito aos determinantes sociais, que asseguram condições de vida digna.

2.2.2.2 Elementos do direito à saúde

Tendo em conta os elementos do direito à saúde, o CDESC esclarece que, contém elementos inter-relacionados e essenciais, que se manifestam em “todas suas formas e em todos seus níveis” (p.4) (6). Estes elementos foram formulados com o intuito de conceder uma maior precisão sobre o conteúdo deste direito e, assim, auxiliar os Estados a assegurar o seu cumprimento por meio da execução das políticas públicas sanitárias. Tais elementos são a disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e a qualidade, que a seguir serão desenvolvidos.

No tocante à disponibilidade, é entendida como o número suficiente de instalações, bens e serviços, como, por exemplo, suficiente número de pessoal médico e profissional nas instalações (6).

Acessibilidade implica que instalações, bens e serviços sejam acessíveis a todas as pessoas, sem discriminação alguma, para tanto, a acessibilidade deve ser atingida em quatro dimensões; não discriminação; acessibilidade física, como construções apropriadas que facilitem o deslocamento das pessoas com deficiência física; acessibilidade econômica e acessibilidade às informações, que engloba o direito a procurar, receber e divulgar informações e ideias relacionadas a temas de saúde (6).

Aceitabilidade é compreendida como o elemento do direito à saúde que se interconecta diretamente com a ética, tal como estabelecido na sua definição, os serviços de saúde, devem respeitar a ética médica, ser culturalmente apropriados e respeitar as especificidades culturais. As instalações bens e serviços devem considerar a perspectiva de gênero e os requerimentos dos ciclos de vida, bem

¹⁶ Estes fatos incorporam crimes como deslocamento forçado, homicídio, mutilações por minas, sequestro, tortura, inclusão de menores de idade nos grupos armados, desapropriação de terras, agressões sexuais, terrorismo, desaparecimento forçado e roubo de bens.

como, respeitar a confidencialidade e melhorar o estado de saúde de aqueles a quem se dirige (6).

Finalmente, a qualidade consiste na adequação das instalações, bens e serviços sob o ponto de vista científico e médico; esta definição implica capacitação adequada dos profissionais de saúde, medicamentos cientificamente aprovados, equipes hospitalares adequadas e condições sanitárias apropriadas e seguras (6).

No tocante ao Artigo 12.2, se apresentam quatro medidas orientadoras dirigidas aos Estados, fundamentadas na ampla definição do direito à saúde, apresentada no Artigo 12.1. A primeira disposição intitulada, “direito à saúde materna, infantil e reprodutiva”, inclui a redução da mortalidade infantil e o desenvolvimento saudável das crianças, para tanto, se requerem ações tais como, a ampliação do acesso aos métodos de planejamento familiar, controle pré-natal e pós-natal, serviços de emergência obstétrica e acesso a informações (6).

A segunda medida traça o direito ao ambiente de trabalho saudável, que enfatiza o melhoramento dos aspectos ambientais e de higiene industrial; deste modo, são previstas ações relativas a prevenção de acidentes de trabalho, doenças ocupacionais, oferta de água potável e serviços sanitários apropriados. Ainda, contempla a prevenção e a redução da exposição da população a substâncias nocivas para a saúde, sejam de tipo radioativo ou químico. O dispositivo estabelece que higiene industrial se refere à minimização, das causas dos danos à saúde nos ambientes de trabalho e por fim estabelece o direito às condições apropriadas de moradia, explicitando os danos causados pelo abuso do álcool, tabaco e drogas (6).

O terceiro ponto discorre sobre o “direito à prevenção, tratamento e controle das doenças epidêmicas, endêmicas, ocupacionais e outras” (p.5) (6). O direito à prevenção envolve a execução de programas educativos dirigidos a doenças associadas aos comportamentos das pessoas, tais como enfermidades sexualmente transmissíveis, particularmente, O Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (HIV-AIDS) e aquelas relacionadas à vida sexual e reprodutiva. Ademais, trata dos determinantes da saúde, por exemplo, a segurança ambiental, educação, desenvolvimento econômico e equidade de gênero. Por sua vez, o direito ao

tratamento demarca a imperiosidade de se implementar sistemas de urgência de saúde pública, que abarquem os cuidados decorrentes de acidentes. Nesta medida se explana que o controle das doenças implica para os Estados, reunir esforços com vistas a disponibilizar tecnologias que facilitem a luta contra doenças infecciosas, por exemplo, a vigilância epidemiológica e os programas de imunização (6).

A última previsão trata sobre o direito a bens e serviços de saúde; isto é, a criação de condições que garantam a todas as pessoas, a assistência e os serviços médicos. Assim, inclui a provisão equitativa e oportuna de serviços de prevenção, bem como, curativos, de reabilitação e de educação em saúde. Igualmente, prevê o acesso a tratamentos apropriados, aos programas de monitoramento regular da saúde, ao fornecimento de medicamentos essenciais, e a tratamentos da saúde mental. Neste dispositivo se destaca o melhoramento e a promoção da participação social, no que se refere à organização do setor da saúde, abarcando a inserção de populações afetadas nas tomadas de decisões relativas ao seu direito à saúde (6).

Com respeito aos tópicos de alcance geral, o CDESC salienta sete aspectos aludidos em seguida. Não discriminação e tratamento equitativo, que proíbe qualquer discriminação no acesso aos cuidados em saúde, bem como no acesso aos determinantes subjacentes que obstaculize usufruir o direito à saúde, seja por motivos de raça, cor, sexo, linguagem, religião, origem social, incapacidades físicas ou mentais, status de saúde, orientação sexual ou qualquer outro status político e civil (6).

O CDESC ressalta a questão da equidade em saúde e salienta a obrigação especial dos Estados de prover bens e serviços de saúde para todos, bem como, vedar qualquer tipo de discriminação nos cuidados em saúde e na prestação dos serviços (6).

Em relação à perspectiva de género, o CDESC recomenda aos Estados a integração da perspectiva de gênero nas suas políticas, planos, programas e pesquisas. A abordagem fundamentada no gênero, estabelece o reconhecimento

de fatores biológicos e socioculturais que influenciam a saúde, portanto, é central na identificação e resolução das inequidades neste campo (6).

O Artigo 12.2 destaca a necessidade de tomar medidas que objetivem a redução da mortalidade infantil e a promoção do crescimento e desenvolvimento saudável das crianças e adolescentes. Neste dispositivo é reforçada a imperiosidade de implementar o princípio da não discriminação, aplicado às crianças, bem como, a promoção do acesso equitativo aos determinantes sociais, adoção de medidas para combater práticas culturais tradicionais que afetam a saúde das crianças tais como, casamento precoce e mutilação genital feminina (6).

No tocante à realização do direito à saúde da pessoa idosa, o CDESC, em consonância com o Comentário Geral n.6 de 1995, reafirma a abordagem integral que conjugue elementos de prevenção, curativos e de reabilitação da saúde. Estas ações devem abranger controles periódicos para ambos sexos e medidas de reabilitação física e mental que visem à preservação da funcionalidade e autonomia da pessoa idosa; do mesmo modo, atenção e cuidados para os doentes crônicos terminais, controle das dores evitáveis e garantia de uma morte digna (6).

Quanto às pessoas com deficiência, é reafirmado o direito à sua saúde física e mental, conforme prescrito no Comentário Geral n.5; contudo, o CDESC evoca a necessidade de que provedores de serviços públicos e privados de saúde, obedeçam ao princípio da não discriminação (6).

Ademais, o CDESC reconhece que os povos indígenas têm o direito de desfrutar de medidas específicas para melhorar o seu acesso aos cuidados e serviços em saúde, conseqüentemente, estes serviços devem ser culturalmente apropriados, ou seja, devem considerar as práticas tradicionais de prevenção e tratamento das doenças. Esta assertiva envolve a destinação de recursos, à proteção das plantas medicinais, animais e minerais utilizados neste tipo de práticas e o respeito pela concepção cultural do processo saúde- doença destas comunidades (6).

Constatou-se que a tripartição do conteúdo teórico-normativo do direito à saúde, configurada pelos elementos –acessibilidade, aceitabilidade, qualidade e disponibilidade-; as normas orientadoras aos Estados e os tópicos de alcance geral, permitem concretizar a ampla definição deste direito facilitando a sua operacionalização.

Por outro lado, um aspecto representativo para a Bioética é a alusão pontual no Comentário Geral n.14 a princípios estabelecidos na DUBDH, proferida pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) (4), vislumbrados particularmente, no conteúdo dos elementos essenciais do direito à saúde, que aludem a não discriminação; o respeito pela vulnerabilidade humana; equidade, os quais, deverão ser respeitados para atingir o mais alto nível possível de saúde. Igualmente nos tópicos de alcance geral, se realça a vedação das práticas discriminatórias nos cuidados em saúde, aspecto indispensável para atingir a equidade na alocação de recursos. Nessa linha, a exigência da materialização do direito à saúde, dirigida particularmente a determinados grupos vulneráveis, traça um vínculo com a Bioética. Em seguida será tratada a segunda parte do Comentário Geral n.14 de 2000, sobre as obrigações estatais.

2.2.2.3.Obrigações dos Estados Parte sobre o direito à saúde

Tal como referido no começo deste Capítulo, o Comentário Geral n. 14 de 2000 enfatiza obrigações estatais classificadas em; gerais, específicas, internacionais e essenciais. A seguir, discorrer-se-á sobre cada uma.

Nas obrigações gerais se explicita a realização progressiva do direito à saúde; isto é, a legislação em direitos humanos reconhece o fato de que a efetivação imediata deste tipo de direito nem sempre é possível, especialmente, para os países de baixa renda¹⁷. No entanto, os governos têm o dever de apresentar

¹⁷ Conforme os indicadores de desenvolvimento mundial proferidos em 2016 pelo Banco Mundial, a caracterização das economias dos países por meio do termo “em desenvolvimento” e “desenvolvidos”, não reflete a sua heterogeneidade; sendo assim, este órgão propôs a agrupação de países baseado nos seus níveis de ingressos e sua cobertura geográfica. Portanto, o Banco Mundial não estabelece a distinção entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, passando a

um plano ao longo prazo que defina passos concretos, compromissos políticos e medidas financeiras que atinjam à sua materialização. Neste sentido, se impõe aos Estados algumas obrigações de caráter imediato, por exemplo, garantir que o direito à saúde será exercido sem discriminação alguma e o dever de iniciar gestões concretas orientadas à completa proteção e realização do Artigo 12. Note-se que os Estados têm uma obrigação permanente de progredir de forma rápida e efetiva até alcançar o desfrute do mais alto nível possível de saúde da sua população, sendo assim, medidas que impliquem retrocessos no campo da saúde, não são permitidas pelo CDESC (6).

No tocante às obrigações específicas, cabe salientar que o direito à saúde, como todos os direitos humanos impõem três tipos de obrigações aos Estados; respeitar, proteger e realizar.

O respeito, no campo do direito à saúde, se refere à obrigação negativa dos Estados de não interferir direta ou indiretamente, com o seu desfrute, por exemplo, evitar a imposição de restrições à acessibilidade aos serviços, bens e instalações de saúde, os quais, devem ser providos de forma igualitária às pessoas, incluindo pessoas privadas da liberdade, minorias, e imigrantes ilegais; bem como abster-se de impor práticas, tratamentos e políticas discriminatórias relacionadas com a saúde destes grupos. Do mesmo modo, o dever de respeitar exige aos Estados abster-se de reter informações sobre saúde e de impedir a utilização dos métodos tradicionais na prevenção, tratamento de doenças (6).

A obrigação de proteger exige a adoção de mecanismos que impeçam que terceiros ou instâncias privadas, violem o direito à saúde, logo, é imperativa a promulgação de leis e regulamentos que supervisionem a privatização dos serviços de saúde, com vistas a que não sejam indisponíveis ou inacessíveis. Acrescente-se que o dever de proteger torna indispensável o controle estatal na comercialização de medicamentos por parte de terceiros e também requer que os profissionais da

adotar as denominações; países de alta renda, países de mediana renda e países de baixa renda (78).

saúde disponham de standards apropriados de educação que garantam suas habilidades e o seguimento dos códigos de ética profissionais (6).

Finalmente, o dever de realizar refere-se à promulgação de normativas, medidas administrativas, orçamentárias e judiciais que visem à efetivação do direito à saúde. Nessa linha, a realização compreende ações dirigidas a facilitar, proporcionar e promover este direito. A obrigação de facilitar é entendida como a criação e a implementação de medidas para que indivíduos e comunidades possam usufruir o direito à saúde; o dever de proporcionar considera casos nos quais, pessoas ou grupos são incapazes por si mesmos de atingir a satisfação do direito à saúde; e, por fim, a obrigação de promover, compreende a execução de ações estatais para criar, manter e restaurar a saúde da população, por exemplo, desenvolvimento de pesquisas e divulgação das informações sobre saúde, assegurar que os serviços de saúde sejam culturalmente apropriados e que os profissionais estejam suficientemente qualificados para responder às necessidades dos grupos marginalizados e orientar às pessoas para que possam tomar decisões informadas sobre sua saúde. Um exemplo da realização se verifica na adoção das políticas nacionais de saúde que garantam a provisão dos cuidados em saúde e o acesso equitativo aos determinantes, tais como água potável, nutrição e condições sanitárias adequadas (6).

Verifica-se que, as obrigações específicas atribuem aos Estados o dever de reconhecer a interdependência da saúde com outros direitos humanos, assim, com base nesta característica, da materialização de respeitar, proteger e realizar o direito à saúde, decorre a diminuição do impacto da vulnerabilidade de determinados grupos (79).

Em relação às obrigações internacionais, o CDESC cita o Comentário Geral n.3, o Artigo 56 da Carta das Nações Unidas e a Declaração Alma-Ata sobre cuidados primários em saúde, instrumentos normativos que reconhecem o papel fundamental da cooperação internacional e o compromisso dos Estados para alcançar a completa realização do direito de toda pessoa desfrutar o mais alto nível de saúde física e mental. Tal como demarcado no começo deste Capítulo, a

Declaração Alma-Ata, proclamou a existência das inequidades em saúde, especialmente entre pessoas nos países de alta e baixa renda, situação que reclama a preocupação comum de todos os países (80).

Neste sentido, o Comentário Geral n.14 salienta que o respeito do direito à saúde incorpora a cooperação internacional, quer dizer, por um lado, a responsabilidade dos Estados Parte na assistência humanitária em casos emergenciais, incluindo ajuda a pessoas refugiadas ou vítimas do deslocamento interno; por outro lado, a cooperação internacional também abrange a adoção de medidas preventivas para evitar que terceiros violem este direito em outros países. Ditas medidas são estabelecidas por vias legais ou políticas e em consonância com a Carta das Nações Unidas (6).

Destaca ainda, que dependendo da disponibilidade de recursos, os Estados têm a obrigação de facilitar o acesso às instalações, bens e serviços de saúde em outros países; em virtude da constatação de que algumas doenças podem ser transmitidas além das fronteiras dos países, a comunidade internacional tem a responsabilidade coletiva de enfrentar esta problemática. Desse modo, os Estados de alta renda têm o dever de assistir aos países de baixa renda. Adicionalmente, a cooperação internacional implica a atenção ao direito à saúde no desenvolvimento de instrumentos normativos internacionais (6).

O último grupo de obrigações são as denominadas essenciais, compreendidas como o “conteúdo tangível de dignidade humana (...)” (p.97) (10), em razão de que a não satisfação dos bens contidos nestas obrigações, impede a existência humana digna. De acordo com Albuquerque, as obrigações essenciais são úteis para o enfrentamento do fenômeno da judicialização da saúde, porque estas se constituem em instrumentos insubstituíveis para orientar o debate sobre a alocação de recursos escassos, serviços e instalações, que o Estado deveria priorizar para garantir o direito à saúde em forma imediata (10).

Dessas obrigações estão conformadas por seis pontos: primeiro, a garantia do direito ao acesso de bens, instalações e serviços de saúde sem discriminação alguma; segundo, assegurar o acesso a uma nutrição adequada e segura; terceiro,

garantir o acesso à habitação, condições sanitárias e água potável; quarto, fornecer medicamentos essenciais de acordo com o disposto pela OMS; quinto, fiscalizar a distribuição equitativa de bens, instalações e serviços de saúde e por fim, aplicar um plano de ação em saúde pública, em concordância com estudos epidemiológicos que facilitem o monitoramento dos avanços atingidos (6).

Além destas obrigações, o CDESC estabelece outras considerações essenciais, tais como, assegurar cuidados em saúde reprodutivos, maternos e infantis; proporcionar programas de imunização contra doenças infecciosas que afetem à comunidade; adotar medidas para prevenir, tratar e controlar enfermidades endêmicas e epidêmicas; proporcionar acesso às informações e educação relacionada às principais problemáticas de saúde que atingem a comunidade, englobando métodos para preveni-las e controla-las e finalmente, proporcionar adequado treinamento para os profissionais da saúde, incluindo educação em saúde e direitos humanos (6).

Como visto, o conteúdo do direito à saúde, previsto No Comentário Geral n.14 se fundamenta na proteção da dignidade humana, a través do enfoque baseado nos direitos humanos que postula responsabilidades governamentais para a promoção da saúde da população, formula um amplo leque de determinantes sociais, econômicos, legais, ambientais e culturais e enfatiza a importância de estabelecer metas específicas para alcançar este direito. No entanto, constata-se críticas sobre a carência de fundamento filosófico do direito à saúde, em razão de que o Comentário referido, não desenvolve argumentos sobre a forma como a saúde se associa à dignidade humana, igualmente, não estabelece a importância moral da saúde no seu conteúdo (58).

Norman Daniels (81), elaborou um marco filosófico para o direito à saúde, fundamentado na teoria da justiça, no qual, deve-se enraizar a reivindicação deste direito. O autor determina a interconexão entre a importância moral da saúde e seu impacto nas oportunidades de vida, deste modo, a proteção da saúde, contribui com a salvaguarda de oportunidades justas e equânimes. Por sua vez, afirma que os serviços médicos e os determinantes sociais implicam relevância moral, em razão

de seu impacto na saúde da população; assim, a sua distribuição deve se orientar pelo princípio da justiça.

Neste sentido, a consecução da equidade em saúde implica intervenções sobre os determinantes sociais; estas ações envolvem a efetivação do princípio da justiça, mas também o princípio da autonomia, na medida em que, a liberdade de escolha de determinados estilos de vida¹⁸ é desigualmente distribuída e nem sempre é possível a livre eleição de hábitos saudáveis; isto é, existem condicionantes socioeconômicos que interferem na liberdade de escolha (82). Esta afirmação se exemplifica no campo da saúde bucal, onde pesquisa demonstrou que crianças de famílias com baixa renda, sofrem mais cáries e utilizam mais os serviços para alívio da dor, do que aquelas, cujas famílias dispõem de maior renda (83).

Verifica-se que os princípios da autonomia e da justiça legitimam o direito à saúde como um tópico da Bioética, especialmente da Bioética concebida na América Latina, e ademais, abarcam a relação indivíduo-Estado, o qual, tem a obrigação de criar condições para que as pessoas possam exercer liberdade e responsabilidade respeito seus estilos de vida.

Considerando a inserção do direito à saúde como área de trabalho da Bioética, foi possível identificar vínculos entre as prescrições do Comentário Geral n.14 e a DUBDH, diretriz que orienta a formulação de respostas a problemáticas bioéticas sobre a saúde. Apenas com o intuito de ilustrar, serão apresentadas estas interfaces em forma sintética.

Constatou-se que as obrigações estatais específicas relacionadas ao direito à saúde, explícitas no Comentário Geral n.14, se coadunam com o princípio da igualdade, justiça e equidade, da não discriminação e não estigmatização e da responsabilidade social e saúde, previstos na DUBDH, nos Artigos 10, 11 e 14 respectivamente (4). Esta interface se verifica especificamente no ponto relativo à obrigação de respeitar o direito à saúde, que prescreve o dever do Estado de refrear-se de negar ou limitar o acesso equitativo aos cuidados e serviços de saúde

¹⁸ Considerados como determinantes sociais da saúde.

e de impor práticas discriminatórias; do mesmo modo, a obrigação estatal de proteger o direito à saúde, evoca o princípio do respeito pela vulnerabilidade humana, explícito no Artigo 8 da DUBDH.

Por sua vez, as obrigações internacionais sobre o direito à saúde, enunciadas no Comentário Geral n.14, estão ineludivelmente relacionadas aos Artigos 24 e 13 da DUBDH, que versam sobre cooperação internacional e solidariedade e cooperação, respectivamente. Esta relação se centra na prescrição do respeito e promoção da solidariedade entre Estados e indivíduos, focando particularmente naqueles fragilizados pela doença ou outra condição econômica, social ou ambiental, traçada no parágrafo c do Artigo 24. Assim, é possível assentar que este dever engloba o respeito do direito à saúde para além das fronteiras nacionais, tal como previsto pelo CDESC. Por sua vez, o sentido de solidariedade e cooperação internacional entre Estados exposto por este órgão, se conjuga com o referido no Artigo 13 da DUBDH, particularmente, no chamado a respeitar o desfrute do direito à saúde em outros países, impedir que terceiros violem este direito, proporcionar acesso a instalações, bens e serviços de saúde, caso seja necessário e destacar a responsabilidade de profissionais da saúde, famílias, comunidades locais, organizações intergovernamentais, organizações da sociedade civil e setor privado na realização do direito à saúde.

Por último, as obrigações essenciais que visam à garantia do direito à saúde, também envolvem princípios bioéticos no seu conteúdo, nomeadamente, o princípio da não discriminação e não estigmatização, respeito pela vulnerabilidade humana e integridade individual, a igualdade, justiça e equidade e responsabilidade social e saúde, que convergem com os preceitos referidos nas obrigações específicas; a interface com estes princípios previstos na DUBDH, se manifesta nos deveres estatais de assegurar o direito a acesso a bens, instalações e serviços de saúde sem discriminação alguma e na sua distribuição equitativa, bem como na garantia à alimentação mínima essencial e para todos e às condições sanitárias e de moradia seguras, aceções que também estão contidas nos princípios em menção.

De forma geral, os enunciados normativos sobre o direito à saúde previstos no Comentário Geral n.14, convergem com alguns princípios adotados na DUBDH, sendo assim, é imprescindível aproximar-nos a este instrumento normativo bioético.

A seguir, serão expostas breves acepções sobre a origem da DUBDH, as interfaces entre a Bioética e os direitos humanos, associadas ao direito à saúde, plasmadas nesta diretriz e finalmente, referência ao princípio da responsabilidade social e saúde, estabelecido no Artigo 14. Insta esclarecer que não pretende-se executar exame sucinto deste dispositivo da Bioética, mas sim, cotejar suas prescrições com o Comentário Geral n.14 e constatar pontos de conexão entre estas diretrizes.

2.3 O DIREITO À SAÚDE E A DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS

Esta Declaração é entendida como instrumento internacional da Bioética, que respalda o vínculo deste campo do conhecimento com os direitos humanos; sua proclamação é um passo importante na busca de standards globais em Bioética, sendo assim, o seu grande mérito é reunir os princípios éticos e incorporá-los ao marco dos direitos humanos, fornecendo assessoria aos Estados na promoção da responsabilidade na pesquisa biomédica e na prática clínica (84).

Para referir-nos à aclamação desta diretriz Bioética é necessário resgatar a origem deste campo do saber, demarcada em diversos acontecimentos históricos; frise-se que o seu surgimento foi uma resposta às violações a dignidade da pessoa humana ocorridas no marco da Segunda Guerra Mundial e na divulgação de denúncias sobre experimentação com seres humanos antiética executada nos Estados Unidos da América, na década dos anos 40, 50, 60 e 70 que infringiram o Código de Nuremberg, normativa que inseriu pela primeira vez, princípios éticos norteadores da pesquisa científica (85).

Para Junges, o nascimento da Bioética foi o resultado das dinâmicas políticas, econômicas, sociais e culturais da gestão da vida, isto é, a estruturação do biopoder, manifesta na gestão dos corpos e das populações por parte do Estado e no “agenciamento simbólico das técnicas ao serviço da saúde por parte da empresa biotecnológica” (p.176) (31). Neste sentido, o direito à saúde é reduzido meramente ao acesso e consumo de tecnologias, distanciando-se do direito aos determinantes sociais da saúde, concepção oposta às aceções adotadas pelo CDESC.

Observa-se que os conflitos éticos derivados das práticas clínicas não se originam unicamente nas possíveis fragilidades que impregnam a relação profissional-paciente, mas sim, são decorrentes de outros fatos sociais associados aos determinantes sociais da saúde, às políticas públicas, à gestão nas instituições de saúde e a alocação de recursos sanitários pelo Estado; o acolhimento do direito à saúde como objeto das preocupações bioéticas se fundamenta na visão do paciente como ser holístico, sujeito de direitos e inserido em contextos políticos, econômicos, sociais e culturais (86).

A confluência de temáticas como a justiça social e sanitária, a responsabilidade social em saúde, a preservação do meio ambiente e as lutas contra a pobreza e a exclusão social, se materializou na concepção ampliada da Bioética plasmada na DUBDH, cuja construção contou com participação significativa dos países do Caribe da América-Latina, especialmente, do Brasil. O valor deste documento proclamado no marco da 33ª Sessão da Conferência Geral da UNESCO em outubro de 2005, observa-se desde o seu preâmbulo, importa salientar dois aspectos; o primeiro é reconhecido que a saúde é dependente da integração de múltiplos fatores como os resultados dos desenvolvimentos científicos e tecnológicos, os fatores psicossociais e culturais. O segundo aspecto tem a ver com o reconhecimento do impacto das questões éticas da medicina, ciências da vida e tecnologias associadas em diferentes níveis que englobam desde o indivíduo até a humanidade como um todo (4)

Observa-se que, a partir destas premissas expostas no preâmbulo da Declaração, é adotada a concepção da Bioética assentada no universalismo do referencial dos direitos humanos, desta forma, se invoca a consideração da saúde integral, consoante com a visão ampliada da Bioética preocupada com as necessidades específicas das populações vulneráveis; em decorrência, a interpretação dos princípios éticos é imanente aos direitos humanos. Nesta tese doutoral, considerar-se-á a noção da Bioética como campo do conhecimento interdisciplinar e transdisciplinar, que visa responder aos problemas éticos relacionados aos cuidados da vida e da saúde, que, por sua vez, integra aspectos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais, imprescindíveis para alcançar o mais alto nível possível de saúde física e mental.

Tal como comentado na Introdução desta tese, o Artigo 14 da DUBDH que versa sobre a Responsabilidade Social e Saúde, reforça a proteção do bem ético da saúde. Nesse sentido, o artigo referido enfatiza o desfrute do mais alto padrão atingível de saúde, como um direito fundamental dos seres humanos. Este princípio se subdivide em duas partes; o Artigo 14.1, que versa sobre a promoção da saúde e o desenvolvimento social e o Artigo 14.2 que abrange os fatores que influenciam a condição de saúde. A seguir serão elucidadas as convergências do princípio da responsabilidade social e saúde com o conteúdo do Comentário Geral n.14.

O Artigo 14.1 da DUBDH afirma que “a promoção da saúde e o desenvolvimento social para a população é objetivo central dos governos partilhado por todos os setores da sociedade” (p.7) (4). É necessário revisar a conceituação da promoção da saúde. A OMS foi o órgão que liderou a consolidação internacional da definição sobre a promoção da saúde, sendo que, desenvolveu quatro Conferências Internacionais sobre este tópico, contribuindo com os seus fundamentos teóricos; a diretriz núcleo da promoção da saúde é a Carta de Ottawa de 1986 (87); segundo este documento, a promoção da saúde significa “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (p.2) (87).

Assim, se apresenta a saúde não como um objetivo, mas sim como a fonte de riqueza da vida quotidiana (88), que não se limita à mera ausência de doenças. Compreende-se que a promoção da saúde impulsa o desenvolvimento social, econômico e pessoal, entendido como a eliminação de privações das liberdades; isto é, o direito à água potável, ao saneamento básico, à nutrição adequada e moradia, entre outros, constitui-se em elementos imprescindíveis para atingir o desenvolvimento humano e em decorrência, o mais alto nível possível de saúde física e mental.

Conseqüentemente, constata-se que a aceção exposta no Artigo 14.1 da DUBDH, sobre a promoção da saúde vinculada à ideia do desenvolvimento social, como responsabilidades globalmente compartilhadas, é consoante com as obrigações essenciais dos Estados, enunciadas no Comentário Geral n.14 de 2000, particularmente, com aquela em torno da garantia de acesso a “alimentação adequada, que assegure a liberdade da fome para todas as pessoas” (p.13) (6). Igualmente, a premissa sobre a promoção da saúde e do desenvolvimento social como objetivo central dos governos, se coaduna com a obrigação estatal promulgada pelo PDESC, de realizar o direito à saúde, especialmente, com a sua dimensão de promover dito direito, que consiste na execução de ações orientadas a “criar, manter e restabelecer a saúde da população” (p.11) (6).

Partindo do entendimento do desenvolvimento social como pilar para alcançar o desfrute do direito à saúde, o Comitê Internacional de Bioética da UNESCO¹⁹ (CIB), no seu relatório sobre a Responsabilidade Social e Saúde, estabelece que “as áreas do desenvolvimento social são ao mesmo tempo, os determinantes sociais da saúde” (p.21) (89). Sendo assim, as áreas aludidas no Artigo 14.2 da DUBDH, nomeadamente, o acesso aos cuidados em saúde de qualidade e a medicamentos essenciais, à nutrição adequada, água de boa qualidade, condições de moradia e meio ambiente apropriadas, eliminação da marginalização e da exclusão dos indivíduos e a redução da pobreza e o

¹⁹ Criado em 1993, como resultado da inclusão da Bioética na agenda temática da UNESCO.

analfabetismo, são formas de desenvolvimento social que devem ser promovidas pelos governos e pela sociedade. Importa ressaltar que por tratar-se de núcleos que impulsionam o desenvolvimento social, as áreas referidas convergem com as obrigações essenciais dos Estados sobre o direito à saúde, entendidas como de cumprimento imediato.

Embora este dispositivo da DUBDH não contemple em detalhe a totalidade dos determinantes sociais²⁰, vislumbra-se que a interconexão entre promoção da saúde e desenvolvimento social exposta no artigo 14, confirma a compreensão estendida do direito à saúde, reconhecendo o direito não só ao acesso às instalações, bens e serviços de saúde, mas também, o acesso aos seus determinantes sociais.

A segunda parte do Artigo 14 da DUBDH, explicita que o desfrute do direito à saúde “é um direito fundamental de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, ideologia política ou condição socioeconômica” (p.7) (4). Este reconhecimento vá ao encontro com dever essencial de assegurar o direito ao acesso às instalações, bens e serviços de saúde, consoante com uma base não discriminatória, bem como, com a proibição de qualquer discriminação no acesso aos cuidados em saúde e aos seus determinantes subjacentes, incorporada nos tópicos de alcance geral do Comentário Geral n.14.

Partindo desta aceção, o artigo 14.2 postula que o progresso da ciência e da tecnologia deverá ampliar o acesso aos cuidados em saúde de qualidade e medicamentos essenciais, enfatizando aqueles dirigidos à saúde de mulheres e crianças; o acesso a alimentação adequada e à água potável; a melhoria das condições de vida e do meio ambiente; a eliminação da marginalização e exclusão de indivíduos e por fim, a redução da pobreza e analfabetismo.

No que diz respeito aos cuidados em saúde de qualidade e aos medicamentos essenciais, deve se explanar que estes cuidados se referem à

²⁰ Esta afirmação se fundamenta na menção genérica no Artigo 14 da DUBDH à melhoria das condições de vida e do meio ambiente, sem explicitar questões pontuais, tais como, a garantia do saneamento básico, o ambiente de trabalho saudável e higiene industrial, adotadas no Comentário Geral n.14 de 2000.

atenção à saúde, envolvendo a promoção, prevenção, reabilitação das doenças (89). Note-se que a DUBDH estabelece neste artigo dois elementos do direito à saúde contemplados pelo CDESC; a acessibilidade e a qualidade, os quais se inter-relacionam em razão de que não é possível garantir o direito à saúde, sem o devido acesso aos serviços e bens, neste caso, aos medicamentos indispensáveis para superar a enfermidade; acrescenta-se que a falta de acesso repercute na avaliação da qualidade, especialmente, sob a ótica do paciente.

Segundo o Relatório sobre Responsabilidade Social e Saúde, adotado pelo CIB da UNESCO, há três condições para garantir a prestação de cuidados em saúde de qualidade; a primeira consiste em fornecer prevenção e tratamento das doenças oportuno; evitar e reduzir danos na prestação do serviço e por último, respeitar a dignidade e os direitos dos pacientes (89). As noções sobre cuidados em saúde de qualidade serão aprofundadas no quarto Capítulo desta Tese.

Um ponto que cabe ressaltar no dispositivo 14.2 da DUBDH é a alusão a grupos populacionais específicos, ao prescrever maior ênfase à saúde de mulheres e crianças, em consonância com a proibição do CDESC de qualquer discriminação no acesso aos serviços de saúde e seus determinantes sociais por conta de fatores como gênero e status civil, social ou político. Estas acepções convergem com a sugestão aos Estados pelo CDESC sobre a inclusão da perspectiva de gênero nas políticas e programas de saúde, visando a promoção do direito a saúde à mulher e a luta contra sua discriminação. Igualmente, a visão plasmada neste Artigo da DUBDH, se entrelaça com o direito a saúde materna, infantil e reprodutiva, dirigido à redução da mortalidade infantil e o desenvolvimento saudável da criança, explicitado no Comentário Geral n. 14.

A referência aos determinantes sociais da saúde se constata no Artigo 14.2, assim, evoca-se a relação direta entre estes e as condições de saúde da população e reconhece-se que tais determinantes constituem o direito humano à saúde. Note-se que a asserção sobre a redução da pobreza e do analfabetismo é indispensável na eliminação da marginalização e da exclusão dos indivíduos. Compreendendo a pobreza como a privação das necessidades básicas do ser humano (88), ela está

interconectada aos demais determinantes sociais e aos elementos do direito à saúde, na medida em que, a baixa renda priva as pessoas do acesso as pessoas de acesso à água, nutrição adequada, bens, serviços e instalações de saúde de qualidade e interfere na sua liberdade de escolha dos estilos de vida saudáveis.

Em síntese, a interconexão da promoção da saúde e o desenvolvimento social, em conjunto com os determinantes sociais da saúde exposta no Artigo 14 – responsabilidade social e saúde da DUBDH, são imprescindíveis para o alcance ao mais alto nível possível de saúde, conforme estabelecido no Comentário Geral n. 14, concretamente, com a obrigação legal de promover o direito a saúde, bem como com as obrigações essenciais estatais necessárias para viabilizar a vida humana em condições dignas. Adicionalmente, evidenciou-se que o dispositivo 14 reafirma a concepção da saúde como dependente de diversidade de fatores, convergindo com os preceitos do Comentário Geral n.14.

Com base nestes argumentos, o referencial teórico-normativo adotado nesta tese é o direito à saúde, apresentado no Comentário Geral n.14, compreendendo que a promoção e proteção dos direitos humanos são o núcleo essencial das práticas em saúde e o fundamento norteador para avaliação destas atividades sob a perspectiva bioética.

Tendo demarcado o direito à saúde e sua fundamentação teórica-normativa que o sustenta como referencial bioético, no próximo Capítulo será analisado o alicerce teórico sobre o direito à saúde bucal.

CAPITULO 3. INTERCONEXÃO ENTRE DIREITO À SAÚDE E DIREITO À SAÚDE BUCAL: CONCEITO E MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL

Este Capítulo tem como objeto o estudo a interconexão entre o direito à saúde bucal e o direito à saúde no contexto internacional, para tanto, estruturou-se em duas partes. A primeira trata da delimitação conceitual do direito à saúde bucal, a partir da definição de saúde bucal. A segunda parte trata do exame sucinto sob a perspectiva do referencial teórico-normativo do direito à saúde, de dois instrumentos internacionais em saúde bucal; a Declaração de Liverpool (23) e o Relatório Mundial de Saúde Oral, proferido em 2003 pelo Programa de Saúde Bucal Global da OMS (24), a fim de estabelecer a sua interconexão com o referencial aludido.

A Declaração de Liverpool consiste em um chamado para a ação em áreas de trabalho específicas em saúde bucal, a serem fortalecidas pelos Estados até o ano 2020. Por sua vez, o Relatório referido é um documento que delinea a situação da saúde bucal em nível global e apresenta abordagens para aprimorá-la no século XXI. O exame dos documentos em menção, tem como objeto identificar se adotam a perspectiva de direito à saúde, consubstanciada no Comentário Geral n.14 de 2000, apresentado no Capítulo anterior.

Quanto à metodologia adotada, a primeira parte deste Capítulo foi construída a partir de levantamento bibliográfico de artigos nas bases de dados *Google Scholar*, *PubMed*, *Lilacs* e *SciELO*, a través dos seguintes descritores; “*oral health and human rights*”; “*oral health and bioethics*”; “*right to oral health*”, “*oral health and quality of life*”, utilizando estes mesmos descritores em espanhol e português, bem como, documentos proferidos pela OMS, sobre a saúde bucal. Obteve-se um total de sessenta e três artigos acadêmicos, resultado da busca com os descritores nas línguas referidas, dos quais, foram utilizados, trinta e cinco, escolhidos em função da sua contribuição teórica relacionada diretamente com a temática em estudo.

Para o estudo da relação entre a saúde bucal e o direito à saúde, na Declaração de Liverpool e no Relatório Mundial da Saúde Bucal, deve-se esclarecer

que são documentos endereçados aos Estados Parte e aos profissionais da odontologia. O exame dos seus conceitos e assertivas, orientará o entendimento do posicionamento destes órgãos sobre o direito à saúde bucal.

Tendo explanado os aspectos metodológicos empregados, inicia-se o Capítulo com os fundamentos sobre saúde bucal.

3.1 BASES TEÓRICAS DA SAÚDE BUCAL

Para a abordagem deste direito, é conveniente assentar o fundamento conceitual da saúde bucal. O Relatório do Cirurgião Geral (90) é um documento publicado pelo Instituto Nacional de Investigação Dental e Craniofacial dos Estados Unidos, o qual, marcou a inclusão da saúde bucal como componente da saúde geral.

Assim, objetivou alertar à população sobre o completo significado da saúde bucal e sua importância com respeito a saúde geral e o bem estar. Conforme esta publicação, a raiz latina da palavra “oral”, se refere à boca, estrutura que não somente contém os dentes, gengivas, tecidos conectivos de suporte, osso e ligamentos, mas também abrange o palato duro e mole, o revestimento de tecido da boca e da garganta, a língua, os lábios, as glândulas salivares, músculos da mastigação e o maxilar superior e inferior, os quais, se interconectam com o crânio a partir da articulação temporal-mandibular. Ainda, ressalta-se a importância das ramificações nervosas, vasculares e imunológicas que protegem e nutrem os tecidos bucais, bem como, as que provem conexões ao cérebro e outros órgãos (90).

Adicionalmente, o padrão de desenvolvimento genético no útero, revela uma íntima relação entre os tecidos orais, o cérebro e as demais estruturas da face e da cabeça que rodeiam à boca; ditas estruturas são incorporadas na utilização do termo “craniofacial”. Segundo o Relatório em menção, a saúde bucal significa mais que ter dentes saudáveis, isto é, usufruir de saúde bucal significa estar livre de dor crónica orofacial, câncer oral e faríngeo, lesões dos tecidos bucais, defeitos de

nascimento tais como lábio leporino e fenda palatina e outras alterações que afetam o complexo craniofacial (90).

Consoante o Relatório Mundial da Saúde Bucal proferido pela OMS (24), a conceituação da saúde bucal se fundamenta em dois pilares; primeiro, como componente integral e essencial para a saúde geral e segundo, como fator determinante para a qualidade de vida; estas bases serão elucidadas a seguir.

No relativo à saúde bucal como parte integral e essencial da saúde geral, importa apresentar uma breve revisão bibliográfica de estudos científicos que respaldam esta interconexão.

Evidência científica suporta a associação entre a saúde bucal e a saúde geral, justificada nos fatores de risco compartilhados das alterações bucais –tais como a periodontite severa- com doenças sistêmicas, por exemplo, a diabetes, condições cardíacas, câncer e doenças pulmonares crônicas obstrutivas. Um fator de risco compartilhado entre estas alterações é a dieta, identificada como significativa para o desenvolvimento das doenças não transmissíveis, que por sua vez, influencia o progresso da cárie. Igualmente, o uso do tabaco também se consolida como fator de risco compartilhado; o tabaco é reconhecido como fator de risco para câncer oral, periodontites e defeitos faciais congênitos, este risco aumenta quando se utiliza junto ao álcool (24).

Além, maus hábitos alimentares e deficiências nutricionais, têm ocasionado a aparição de doenças crônicas, por exemplo, a obesidade, diabetes, câncer, enfermidades cardiovasculares e alterações bucais; em relação a estas últimas, se enquadram a cárie, os defeitos de desenvolvimento do esmalte e periodontite (24).

Cabe explicitar que o hábito de fumar e a má nutrição são estabelecidos fatores comportamentais que influenciam a aparição de problemas de saúde, portanto, são classificados como determinantes sociais intermediários, conforme apresentado no Capítulo anterior. Segundo Geib, os comportamentos vão além da responsabilidade individual, sendo considerados parte dos determinantes por estarem influenciados pelas informações divulgadas na mídia, propaganda, pressão

social e inacessibilidade aos alimentos saudáveis, que colocam as pessoas em desvantagem (91).

No prefácio do Relatório referido, salienta-se que as doenças bucais estão intimamente relacionadas aos estilos de vida de risco para a grande maioria das enfermidades crônicas, dominantes nos países de alta, meia e baixa renda, tornando-se especialmente prevalentes nestes últimos, em decorrência, todas as alterações orais são qualificadas como problema de saúde pública (24).

Múltiplas pesquisas no mundo aferem que a periodontite não é uma enfermidade restrita às gengivas e ao osso que suporta os dentes, por conseguinte, ela se caracteriza pela indução de resposta inflamatória sistêmica, evidente nos níveis da proteína C reativa e fibrinogênio, substâncias que aumentam no soro sanguíneo em resposta à inflamação e que são consideradas fatores de risco para infarto agudo do miocárdio, acidente cerebrovascular e enfermidade vascular periférica (92). Por esta razão, infecções periodontais não tratadas alteram o perfil lipídico do paciente e são fatores de risco bem estabelecidos cientificamente para as doenças cardiovasculares (92).

A periodontite além de ser fator de risco para doença cardiovascular, também está interconectada com o frágil controle da glicemia, nefropatia diabética e aumento da mortalidade de pacientes que sofrem de diabete (93). Por outro lado, mulheres com doença periodontal avançada e não tratada, são mais susceptíveis ao desenvolvimento de transtornos da gravidez tais como, pré-eclâmpsia, baixo peso do nascituro e parto prematuro (94).

Por sua vez, doenças sistêmicas induzem o desenvolvimento de manifestações bucais, por exemplo, pacientes com HIV AIDS, apresentam lesões específicas que prejudicam principalmente as crianças infectadas, em razão da falta de maturidade do seu sistema imunológico. Estas lesões consistem em candidíases oral, infecções por Herpes Vírus, eritema gengival linear e ulcerações aftosas (95).

Levando em conta a relação de via dupla entre saúde geral e saúde bucal, deve-se destacar o papel essencial do exame bucal com o objeto de identificar

sinais prematuros de doenças sistêmicas, tais como, deficiências nutricionais, infecções microbianas, alterações imunológicas e câncer oral. Esta assertiva se fundamenta no reconhecimento da escassa atenção que recebem as enfermidades bucais no mundo, fato agravado pela fragilidade dos sistemas de saúde neste campo. Segundo a FDI, a despeito da alta carga social e econômica originada por estas alterações, elas são consideradas áreas negligenciadas no contexto da saúde internacional (96). Neste sentido é premente chamar a atenção sobre o precário estado da saúde bucal das pessoas em muitos lugares do mundo, particularmente nos países de baixa renda, com o objeto de propor possíveis soluções custo-efetivas neste campo (97).

A perspectiva da saúde bucal como componente da saúde geral nos instrumentos normativos internacionais, é promovida pela OMS, agência que tem incentivado a criação de diretrizes que incluem as Resoluções da Assembleia Mundial da Saúde (WHA)²¹, particularmente, a Resolução WHA 36.14 de 1983, sobre a saúde buco dental na estratégia “Saúde para todos” e a Resolução WHA 42.39 de 1989, diretriz proclamada no âmbito da estratégia “Saúde para todos para o ano 2000” (98). Igualmente, por meio do Programa de Saúde Bucal Global que tem como escopo o melhoramento das condições orais, se estabelece a imperiosidade de capacitar os agentes públicos dos Estados, com vistas à inclusão da promoção da saúde bucal nos programas de promoção da saúde geral (97).

A segunda fundamentação exposta pelo Relatório Mundial de Saúde Oral da OMS, vislumbra a saúde bucal como fator determinante para a qualidade de vida. Assim, cabe realçar a ampla funcionalidade do complexo craniofacial, que permite falar, sorrir, beijar, testar, mastigar, engolir, e fornece proteção contra infecções microbianas e ameaças do ambiente, portanto, perturbações dentárias e faciais envolvem a experiência da dor, dificuldades para mastigar ou engolir os alimentos, bem como, sentimentos de vergonha, os quais, limitam as atividades do cotidiano, provocando perda de horas de trabalho e estudo por ano, em consequência, impactam na esfera psicossocial que diminui a qualidade de vida (24).

²¹ Siglas em inglês.

Levando em conta estes dois pilares em torno do conceito de saúde bucal e visando ao entendimento deste campo, Locker (99) estabeleceu a imperiosidade de rever as significações de saúde e de doença expostas pela OMS, com o objeto de discorrer sobre a sua interconexão com os paradigmas de saúde. O autor explana que para a OMS, a doença é definida como um processo patológico que afeta a integridade biológica e funcional do corpo; quer dizer, se trata de uma definição biológica aplicada ao corpo, atrelada ao paradigma médico que enfoca os agentes etiológicos, parâmetros fisiológicos e resultados clínicos, fundamentado no dualismo mente-corpo e compreendidos como entidades separadas. Por sua vez, o conceito de saúde proferido pela OMS, envolve a experiência subjetiva e individual de bem-estar funcional, social e psicológico, afirmação conexas com o paradigma de saúde socioambiental e biopsicossocial, aplicado às populações.

Partindo destas conceituações, o teórico aponta o liame entre saúde e doença. Sendo assim, a fragilidade da saúde nem sempre tem suas origens em condições patológicas (99). Esta perspectiva é consoante com a percepção ampliada do direito à saúde, exposta no Comentário Geral n.14, especificamente, com respeito à multiplicidade de determinantes sociais que influencia o estado de saúde.

A diferenciação entre saúde e doença é utilizada por Locker para avaliar definições sobre a saúde bucal e as suas implicações nas abordagens investigativas no campo odontológico. Assim, há pesquisas deste campo do saber centradas no corpo, que discorrem sobre as relações recíprocas entre doenças da boca e enfermidades localizadas em outros órgãos; por sua vez, existem abordagens investigativas centradas na pessoa, que realçam a forma como desordens bucais comprometem a saúde e o bem-estar (99).

Para Locker estes dois níveis de investigação são comumente confundidos, nos discursos atuais sobre saúde bucal, em razão de que a sua definição, está impregnada de ambiguidades, ou seja, predomina a visão da boca como uma estrutura isolada, a qual, pode estar saudável ou não, desconsiderando a pessoa como um todo e os seus contextos. Sendo assim, a distinção das abordagens

investigativas em odontologia, não garante a relação entre a saúde bucal e a saúde geral, aclamada pela OMS. (99).

Consoante estas afirmações, Naidoo (100) refere se às inadequações no treinamento dos profissionais da odontologia, particularmente, à falta de reconhecimento por parte dos professores desta ciência, sobre as responsabilidades éticas e sociais dos seus estudantes. Assim, o autor aponta a imperiosidade de que os professores de bioética nas faculdades de odontologia, fomentem a reflexão crítica das questões sociais, econômicas e culturais da população, que resulte no compromisso social dos profissionais; deste modo, é possível que os estudantes percebam que a origem da precária saúde da boca, não só é influenciada por causas biológicas, mas também pela amplitude dos contextos do indivíduo.

Assim, para aproximar-nos ao o significado de saúde bucal, convém explicitar que o enfoque não é a boca em si mesma, mas sim, o indivíduo e as vias nas quais as doenças e alterações confinadas a esta estrutura ou, relacionadas a outras condições médicas, ameaçam a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida. Portanto, a definição de saúde bucal está integrada à definição da saúde geral, sendo que, as perturbações bucais não diferem das alterações em outros órgãos (99).

Entender a saúde bucal como componente essencial para a saúde geral e como fator determinante para a qualidade de vida, significa focar a atenção no paciente como um todo, inserido em contextos específicos e assim, promover uma abordagem mais complexa das alterações bucais e seu impacto na sua qualidade de vida. A compreensão da cavidade bucal e suas alterações integradas ao indivíduo, permite interpretar que ela se constitui em parte fundamental do processo que conduz à realização do pleno potencial humano, isto é, a saúde integral. Desse modo, desfrutar de uma saúde bucal adequada, decorre no respeito à dignidade humana, fundamento axiológico compartilhado pela Bioética e os direitos humanos.

Portanto, a saúde bucal de modo similar à saúde geral, não somente está associada aos cuidados, mas também está intrinsecamente vinculada aos determinantes sociais da saúde; nessa linha, infere-se que no âmbito oral também

se incorporam os quatro elementos do direito à saúde, explanados no Comentário Geral n.14 de 2000, disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade, bem como, as obrigações estatais e os determinantes sociais explicitados neste instrumento normativo.

Conforme estas noções teóricas sobre a saúde bucal, na próxima seção, será desenvolvido o fundamento do direito à saúde bucal, de acordo com diretrizes adotadas no contexto internacional e asseverações sobre este direito estabelecidas por teóricos da saúde bucal coletiva no Brasil.

3.2 DIREITO À SAÚDE BUCAL

Instrumentos normativos e eventos acadêmicos internacionais têm dado visibilidade a este direito no âmbito global, impulsando a sua incorporação na agenda política; cumpre destacar o Relatório de Saúde Bucal Mundial, proferido pela FDI, que categoriza a saúde bucal como um direito humano e como parte integral da saúde geral e essencial para o bem estar (101).

Por sua vez, a Carta de Brasília sobre saúde bucal nas Américas (102), adotada no marco do Encontro Latino-americano de Coordenadores Nacionais de Saúde Bucal, em 2009, contem acepções que se coadunam com os fundamentos do direito à saúde, tal como se apresenta no seguinte parágrafo,

“Colocamos a necessidade de trabalhar pela construção de uma política em saúde bucal em cada um dos países (...) que deverá respeitar a integralidade da abordagem em saúde, a universalidade, a equidade, integrando ações promocionais, preventivas e assistenciais em todos os níveis (...) cujos conteúdos se definam para a saúde bucal, com vistas ao logro progressivo de melhores condições de saúde geral das populações de América Latina”. (p.3) (102).

Observa se a ênfase à integralidade das atividades em saúde bucal e o caráter progressivo da melhora da saúde geral, convergente com a realização progressiva deste direito, prescrita no Comentário Geral n.14 de 2000; cabe esclarecer que a progressividade das metas alcançadas, será reflexa na adoção de políticas de Estado que garantam a satisfação do direito à saúde.

A menção concreta ao direito à saúde bucal se estabelece no seguinte enunciado

“Reconhecendo os altos níveis de inequidade social na distribuição das enfermidades bucais, seu impacto no desenvolvimento social e econômico dos povos (...) deverão se dispor recursos suficientes, respeitar a sua aplicação e garantir a organização estratégica dos mesmos para cumprir com o dever dos Estados da garantia do direito à saúde bucal com equidade e inclusão social”. (p.3) (102).

Por conseguinte, a Carta de Brasília é considerada um documento que contribui com uma perspectiva coletiva da saúde bucal, enfatizando as responsabilidades estatais neste campo, no contexto da América Latina. Ademais, estabelece acordos para fomentar a cooperação horizontal entre os países da região e reforça a necessidade de difundir as problemáticas em saúde bucal a outros âmbitos, tais como, educação, organizações internacionais e políticas de saúde (102).

Além da Carta de Brasília, eventos acadêmicos internacionais da odontologia destacam o direito à saúde bucal. É o caso do Congresso da Sociedade Internacional de Ética Dental e Direito, realizado na cidade de Toronto em 2007, cujo tema foi “direitos humanos e cuidados em saúde bucal” (103). Este evento objetivou executar um diálogo multidisciplinar ao nível internacional sobre os valores que orientam a prática dos cuidados em saúde bucal e, ademais, foi o marco para o desenvolvimento de uma declaração contra o envolvimento dos cirurgiões dentistas nas práticas hostis e tortura, documento adotado pela FDI em 2007, denominado “Guia para cirurgiões dentistas contra a tortura”²².

Já em 2004, a OMS organizou a Conferência de Nairóbi, que resultou na Declaração de Nairóbi em Saúde Bucal na África e na Declaração em Saúde Bucal em pessoas vivendo com HIV AIDS. Em 2009, a 7 Conferência Global em Promoção

²² Este documento foi fundamentado nas Declarações da Associação Médica Mundial, particularmente, na Declaração de Tóquio de 2004, dirigida a normatizar condutas médicas no atendimento de pessoas detidas.

da Saúde, endereçou a saúde bucal por meio de uma sessão especial organizada pelo Programa de Saúde Bucal da OMS; no marco desta Conferência foi declarada, novamente, a saúde bucal como direito humano (104).

A pesar das múltiplas menções ao direito à saúde bucal nas diretrizes e eventos acadêmicos apresentados, é nulo o desenvolvimento teórico do seu conteúdo; esta lacuna influencia a abordagem do tema nos eventos acadêmicos referidos, que se centram no acesso aos cuidados em saúde bucal, desconsiderando o direito aos determinantes sociais da saúde bucal, seu impacto neste campo e conseqüentemente, restringindo o caráter amplo da saúde bucal, estabelecido pela OMS (24). Assim, a falta de um conteúdo concreto deste direito, pode prejudicar a participação de indivíduos e comunidades, restringindo seu rol de sujeitos ativos no campo da saúde buco-dental.

Esta assertiva se fundamenta em dados de inquérito publicado em 2016, solicitado pelo Conselho Federal de Odontologia do Brasil (105); informou-se que parte significativa da população deste país, desconhece o seu direito à saúde bucal e as ações desenvolvidas pelo programa Brasil Sorridente²³, evidenciando-se fragilidade na educação e divulgação das informações sobre políticas de saúde bucal.

Com efeito, na obra “saúde bucal: muito além do céu da boca”, escrita pelos autores brasileiros Narvai e Frazão²⁴, se assenta o caráter ético político dos sujeitos como elemento representativo no Sistema Único de Saúde (SUS), no campo da saúde buco dental. A obra aludida, convoca à reflexão sobre a problemática bucal no âmbito do SUS²⁵ e, adicionalmente, propõe debate sobre a Política de saúde

²³ Política nacional de saúde bucal, definida como o programa do governo federal que garante ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal na população brasileira; além, reúne estratégias para a ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito por meio do Sistema Único de Saúde (106).

²⁴ Maiores expoentes da saúde bucal coletiva no Brasil, pesquisadores da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) (107).

²⁵ Reconhecido como um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, ancorado na universalidade, integralidade, participação social e equidade (108)

bucal no Brasil. Sendo assim, a efetivação do direito à saúde bucal, constitui se em objeto da saúde bucal coletiva (107).

No próximo item será estudada a interseção entre o direito à saúde bucal e o direito à saúde, por médio da análise crítica de dois documentos internacionais adotados pelas autoridades internacionais em saúde bucal.

3.3 DIREITO À SAÚDE BUCAL E DIREITO À SAÚDE: ANÁLISE DE SUA INTERSEÇÃO NAS DIRETRIZES INTERNACIONAIS

A seguir, apresentar-se-á o exame da Declaração de Liverpool (23) e o Relatório Mundial da Saúde Bucal adotado pela OMS (24).

3.3.1 Declaração de Liverpool

Foi aclamada no marco do 8º Congresso Mundial de Odontologia Preventiva organizado pela OMS, em conjunto com a IADR, a EADPH, e a BASCD, evento no qual participaram quarenta e três países, com vistas a enfatizar a prevenção das enfermidades bucais em crianças e adultos no âmbito mundial.

Tal como explanado na introdução desta tese, a OMS, a IADR, a EADPH e a BASCD, são instâncias que impulsionam e promovem a pesquisa odontológica no âmbito mundial e regional, orientada para ao melhoramento da prevenção e dos tratamentos das enfermidades buco dentárias. Os documentos adotados por estes órgãos, refletem a perspectiva assumida pelos atores da comunidade internacional em odontologia. Ademais, essas são instituições que facilitam a cooperação científica entre pesquisadores e profissionais, razões suficientes para o acolhimento de suas publicações relacionadas com o direito à saúde bucal.

A seleção da Declaração de Liverpool justifica-se por ser o único documento adotado pela OMS em parceria com órgãos de pesquisa odontológica mundiais,

que reconhece a saúde bucal como direito humano. A despeito de que a Resolução da Assembleia Mundial da Saúde, WHA 60.17, intitulada “saúde bucal: plano de ação para a promoção e a prevenção integrada a morbidade” (98), reconhece o vínculo intrínseco entre saúde bucal, saúde geral e qualidade de vida, não expressa explicitamente este direito. Cabe apontar que esta diretriz, estimula aos Estados membros a adotar e implementar estratégias com vistas à otimização dos serviços odontológicos, à prevenção das enfermidades da boca e à integração da saúde bucal às políticas de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e às políticas de saúde materna e infantil (98). A seguir será apresentado o conteúdo do documento em análise.

The Liverpool Declaration: Promoting Oral Health in the 21st Century consiste em um chamado à ação em nove áreas de trabalho da saúde bucal, as quais, devem ser fortalecidas pelos países, para o ano 2020; sendo assim, o seu título evoca à promoção da saúde bucal para o próximo século. Este documento adotado em 2005 no Reino Unido, estruturou-se em preâmbulo e posteriormente, alude às nove áreas prioritárias de ação para a saúde bucal (23).

No preâmbulo se refere à Carta de Bangkok- para a promoção da saúde em um mundo globalizado, sendo assim, os participantes que aderiram à esta Declaração, afirmaram o seu compromisso de apoiar as ações empreendidas pelas autoridades nacionais e internacionais, instituições de pesquisa, organizações não governamentais e sociedade civil, para a promoção da saúde e prevenção das doenças bucais (23).

Do mesmo modo, os participantes formuladores desta Declaração, manifestaram o seu apoio às iniciativas da OMS, demarcadas no Programa de Saúde Bucal Global, que visa coordenar e apoiar o compartilhamento das experiências entre países associados à promoção e prevenção da saúde bucal (23).

Em relação às áreas de trabalho invocadas nesta Declaração, se encontram; o dever dos países de assegurar à população o acesso à água limpa e condições sanitárias adequadas e a nutrição saudável; garantia estatal de programas de floração acessíveis economicamente para a prevenção da cárie; obrigação dos

países de adotar programas de promoção da saúde e de estilos de vida saudáveis visando à redução de fatores de risco modificáveis, compartilhados entre a saúde bucal e a saúde geral; a consideração das escolas e colégios como plataforma para a promoção da saúde, da qualidade de vida e da prevenção das doenças, em crianças e jovens; o dever estatal de assegurar acesso aos cuidados primários em saúde bucal, enfatizando a promoção da saúde e a prevenção; o encargo estatal de fortalecer a promoção da saúde bucal para a pessoa idosa, visando ao melhoramento de sua qualidade de vida; a obrigação dos países na formulação de políticas em saúde bucal como parte integral dos programas nacionais de saúde; a imperiosidade do apoio estatal à investigação em saúde pública, conforme o recomendado pela OMS, que sugere a aplicação de 10% do orçamento dos programas de promoção da saúde em sua avaliação. Finalmente, alude-se à obrigação dos países de estabelecer sistemas de informação de saúde que avaliem a saúde bucal e a implementação de programas baseados na evidência científica, dirigidos à prevenção da doença e à promoção da saúde e à divulgação internacional dos resultados das pesquisas (23).

No seguinte item serão apresentados o exame referente à Declaração de Liverpool.

3.3.1.1 Exame analítico documental

a) Direito à saúde bucal e deveres estatais

A alusão à saúde bucal como direito se constata no conteúdo desta Declaração, que apresenta os deveres que os Estados têm que assumir neste âmbito, representados nas nove áreas de ação; neste sentido, os Estados são responsáveis à luz dos direitos humanos, por assegurar o direito à saúde bucal, tal como preconizado no Comentário Geral n.14 de 2000, ao se referir às obrigações estatais gerais, específicas, internacionais e essenciais. Assim, a Declaração endossa no seu preâmbulo que a saúde bucal é um “direito humano básico” (p.1) (23), em decorrência, manifesta a noção ampliada da saúde bucal que configura um elemento para alcançar o desfrute do mais alto nível possível de saúde.

Observa-se que apesar da referência ao direito à saúde bucal, a Declaração examinada não desenvolve uma definição ou conteúdo específico deste direito, o que pode acarretar obstáculos para sua implementação e acompanhamento do seu cumprimento por parte da OMS. Isto é, é imprescindível esmiuçar a conteúdo deste direito, e, a forma como os elementos do direito à saúde se expressam no contexto dos serviços, bens e instalações odontológicas, a fim de orientar aos atores envolvidos na materialização e aplicação concreta deste direito.

Por outro lado, foi constatado que a única área de ação assentada na Declaração de Liverpool que não se refere diretamente ao ente estatal, estabelece que “a escola deve ser utilizada como plataforma para a promoção da saúde, da qualidade de vida e prevenção da doença em crianças e jovens, envolvendo famílias e comunidades” (p.2) (23).

A despeito de que esta passagem não se refira diretamente ao Estado, há o dever da utilização das escolas para atingir objetivos específicos em saúde bucal, que ineludivelmente, incorporam a implementação de estratégias por parte do ente estatal, convergindo especificamente, com a obrigação de realizar o direito à saúde. Portanto, interpreta-se que esta estratégia também encerra o Estado como principal obrigado. Assim, constata-se o entendimento na Declaração de Liverpool de fortalecer o papel da educação, a fim de atingir a realização do direito à saúde bucal.

A realização do mencionado direito também foi identificada no conteúdo da terceira e sétima área de ação propostas, transcritas como segue

Os países devem proporcionar programas baseados na evidência para a promoção de estilos de vida saudáveis e a redução de fatores de risco comuns para doenças orais e gerais crônicas. Os países devem formular políticas de saúde bucal como parte integral dos programas nacionais de saúde (23).

Cabe apontar que a realização do direito à saúde implica a promulgação de normativas, medidas administrativas, orçamentárias e judiciais, e, compreende ações dirigidas a facilitar, proporcionar e promover este direito. Assim, nos parágrafos apresentados, se observa o chamado da Declaração de Liverpool para que os Estados, implementem programas de prevenção de doenças bucais e crônicas, junto à inclusão de políticas de saúde bucal nos programas da saúde geral, porquanto, a saúde da boca se concebe como componente imprescindível para alcançar a qualidade de vida e bem estar.

Acrescente-se que, outras prescrições desta Declaração de Liverpool que realçam a realização do direito à saúde bucal, são apresentadas nos seus dois últimos enunciados, que enfatizam

Os países devem apoiar a investigação em saúde pública e especificamente considerar a recomendação da OMS, que sugere a aplicação de 10% do total do orçamento dos programas de promoção da saúde em sua avaliação.

Os países devem estabelecer sistemas de informação que avaliem a saúde bucal a partir do desenvolvimento de evidência em torno da promoção da saúde e da prevenção da doença, através de pesquisas, cujos resultados devem ser divulgados internacionalmente (23).

Neste sentido, as prescrições adotadas na Declaração se coadunam com a realização do direito à saúde bucal, particularmente, com ações sobre a promoção, porquanto aludem à execução de ações estatais para criar, manter e restaurar a saúde buco dental da população.

De acordo com o Comentário Geral n.14 de 2000, a promoção do direito à saúde também enfatiza o dever de garantir que os serviços de saúde sejam culturalmente apropriados e a adequada qualificação dos profissionais para responder às necessidades específicas dos grupos marginalizados, orientando-os

a tomar decisões informadas sobre sua saúde. Estes aspectos não são tratados na Declaração analisada.

Convém salientar que as obrigações de respeitar e proteger este direito não foram constatadas nas áreas de ação estabelecidas na Declaração de Liverpool, realçando prioritariamente a realização do direito à saúde bucal, isto é, o documento não contém enunciados que apontem o dever estatal de não interferir direta ou indiretamente com o desfrute do direito à saúde bucal. Igualmente, não foi traçado o dever de implementar estratégias que impeçam que terceiros violem o referido direito.

No tocante às obrigações essenciais demarcadas na Declaração, que implicam a sua efetivação imediata, importa frisar a primeira área de ação, que determina “os países devem assegurar à população o acesso à água potável, às condições apropriadas de saneamento, à dieta saudável e boa nutrição” (p.2) (23). Constata-se, a alusão a estes deveres que confluem com condições dignas de existência, porém, no documento, não foram encontradas menções a outros deveres essenciais, tais como, a garantia do direito ao acesso de bens, instalações e serviços de saúde buco dental sem discriminação alguma, a vigilância da sua distribuição equitativa e a obrigação de proporcionar medicamentos essenciais de acordo com o disposto pela OMS²⁶.

Ressalte se que medicamentos tais como, anestésicos locais, sedantes pré-operatórios, desinfetantes/antissépticos, analgésicos, antibióticos, anti-herpéticos e antifúngicos utilizados em odontologia, constam na lista modelo de medicamentos essenciais adotada por este órgão em 2007 (109), (110); portanto, justifica-se o desenvolvimento de este tópico na Declaração de Liverpool.

b) Direito à saúde bucal e seus determinantes sociais

²⁶ Segundo a OMS, a lista dos medicamentos essenciais inclui uma série de fármacos utilizados no tratamento de problemas de saúde prioritários para a população. Sua seleção se embasa na prevalência das doenças, segurança, eficácia, e custo eficácia comparativa (109).

O conteúdo da Declaração de Liverpool expressa os determinantes sociais na sua primeira área de trabalho, tal como explanado no item anterior. Assim, observa-se que a menção pontual a estes determinantes sociais, manifesta confluência entre direito à saúde bucal e direito à saúde. No entanto, a Declaração em exame, não alude a determinantes sociais das enfermidades bucais concretos, por exemplo, escassa renda do paciente e sua família, fortemente associada à ocorrência de cárie e outras doenças da boca, no sentido que, carências econômicas influenciam negativamente a qualidade da alimentação e o acesso aos serviços, bens e instalações odontológicas. Acrescente-se que, a situação econômica desfavorável também influencia a adoção de comportamentos negativos para a adequada saúde da boca, tais como, o tabagismo e a má alimentação (91).

Em relação à água potável, importa destacar a questão da sua fluoração, estabelecida na Declaração de Liverpool na segunda área de trabalho, na seguinte forma; “os países devem assegurar programas de fluoração apropriados e economicamente acessíveis para a prevenção da cárie” (p.2) (23).

O flúor é o mecanismo mais efetivo na prevenção da cárie dental, sendo assim, a exposição permanente ao flúor, resulta na diminuição dos níveis desta doença, tanto em crianças como em adultos. Os programas de saúde pública devem implementar os meios mais apropriados para manter um nível de flúor na cavidade bucal. Com efeito, o flúor pode ser obtido das fontes de água de abastecimento público, no sal, leite, enxagues e cremes bucais, bem como, através da aplicação profissional (111).

Não obstante, reconhece-se que o teor de flúor abaixo ou acima de uma concentração de 0,6 e 0,8 mg/L é inaceitável para a prevenção da cárie e da fluorose²⁷ (111), (112). Neste sentido, a Declaração em análise, não chama a atenção aos gestores da saúde bucal nem aos Estados sobre a imperiosidade do

²⁷ Condição produzida pelo efeito tóxico do flúor, originada pela exposição do germe dentário, durante o seu processo de formação, a altas concentrações do íon flúor; em consequência aparecem defeitos de mineralização do esmalte na dentição permanente, caracterizadas por manchas opacas até regiões amareladas ou castanhas, que predis põem à cárie, sensibilidade dentária e mal oclusões (103).

controle rigoroso e permanente da fluoração das águas de abastecimento público, a fim de não exceder o nível deste químico, limitando-se à simples menção à obrigação de garantir estes programas.

c) Direito à saúde bucal e seus elementos

Em virtude da interface entre o direito à saúde bucal com o direito à saúde manifesta na Declaração de Liverpool, neste item, será avaliada a alusão a cada elemento.

A acessibilidade é o primeiro elemento apresentado, nomeado na área de trabalho sobre a água limpa e nutrição adequada, já desenvolvida e, na quinta área, que enuncia “os países devem assegurar acesso aos cuidados primários em saúde bucal com ênfase na prevenção e na promoção da saúde” (p.2) (23).

O enunciado sobre os programas de fluoração, já referido neste texto, coloca em destaque a dimensão econômica da acessibilidade, sendo que, assenta o dever do Estado de garantir que ditos programas sejam economicamente acessíveis; por sua vez, a acessibilidade às informações foi traçada na última prescrição da Declaração, ao se referir ao apoio estatal na divulgação internacional dos resultados das pesquisas sobre saúde buco dental. No entanto, outras dimensões que constituem este elemento, tais como, a não discriminação e a acessibilidade física, não são tratadas na Declaração de Liverpool.

Constata-se que a falta de desenvolvimento do conceito do direito à saúde bucal no instrumento analisado, se reflete na precária alusão aos elementos que o conformam, fato que confirma fragilidades na orientação que pretende fornecer aos Estados. Com efeito, os elementos da aceitabilidade, disponibilidade e qualidade não são referidos nos enunciados adotados na Declaração de Liverpool.

d) Direito à saúde bucal e o dever estatal da sua garantia sem discriminação

Conforme referido anteriormente nesta seção, as crianças e jovens são incorporados nas áreas de trabalho em saúde bucal a serem fortalecidas, a partir

da educação. As questões que concernem à pessoa idosa são apresentadas no seguinte enunciado “os países devem fortalecer a promoção da saúde bucal para o crescente número de pessoas idosas, visando ao melhoramento da sua qualidade de vida” (p.2) (23).

Não obstante, a prescrição não considerou a necessidade de implementar uma abordagem integral da saúde bucal nesta população, que reúna aspectos além da promoção, isto é, preventivos, curativos e de reabilitação dentária, orientados à preservação da funcionalidade da boca. A interconexão entre a saúde bucal e a saúde geral se manifesta especialmente na pessoa idosa, em razão das características progressivas e acumulativas das doenças bucais e da susceptibilidade às enfermidades crônicas, que aumenta com o passo dos anos. Portanto, o melhoramento da saúde bucal da pessoa idosa, deve ser atingida em um contexto de maior abrangência.

Por outro lado, verificou-se que outros grupos populacionais tais como, mulheres, pessoa com deficiência, pessoas com privação da liberdade e grupos indígenas, não são aludidos nas áreas de trabalho nesta Declaração. Esta ausência denota um distanciamento das prescrições sobre o direito à saúde, especialmente com respeito a duas obrigações essenciais; “garantir o direito ao acesso às instalações, bens e serviços de saúde sob uma base não discriminatória, particularmente, para os grupos vulneráveis ou marginalizados” e “assegurar distribuição equitativa de todos os bens, serviços e instalações de saúde” (p.12) (6).

Conforme a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher da ONU (113), os Estados devem adotar mecanismos para assegurar igualdade de condições no acesso aos cuidados em saúde. Com efeito, o gênero, como determinante social da saúde, constitui se em preocupação para o alcance do direito à saúde; assim, a saúde bucal não deve ser exceção.

Além da perspectiva normativa da ONU sobre este tópico, importa assentar alguns aspectos biológicos que tocam à saúde buco dental da mulher, especialmente, no período da gravidez, no qual, sofre de mudanças fisiológicas na

sua cavidade oral, tais como, desequilíbrio dos hormônios sexuais, que acarreta a resposta gengival exagerada à placa bacteriana²⁸; além, a composição da placa bacteriana durante este período, a puberdade e a menopausa, é modificada, por conta dos altos níveis de progesterona, que favorecem o desenvolvimento de microrganismos patogênicos (114), (115). Por estas razões, a saúde bucal da mulher, deveria ter sido considerada nos campos prioritários de ação na Declaração de Liverpool.

Em relação à pessoa com deficiência, destaque-se que a Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência adotada pela OMS em 2007, respalda os seus direitos e liberdades, incluindo a saúde (116). Acrescenta-se que o Relatório Especial sobre o direito de toda pessoa desfrutar do mais alto nível possível de saúde, proferido pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 2015, declarou que os direitos das pessoas com deficiência são de especial relevância para o direito a saúde, e, devem ser protegidos e promovidos a través dos preceitos da Convenção referida; portanto devem ser considerados as atuações dos profissionais da saúde e dos serviços de saúde (117).

No que diz respeito à pessoa detida, a OMS (118) determina que o seu *status* de saúde é precário, quando comparado com qualquer outro grupo populacional; neste contexto, as altas taxas de superlotação dos presídios e a prevalência de problemáticas sanitárias nestes lugares, indica que a saúde desta população se constitui em problema de saúde pública (119).

No tocante aos povos indígenas, a Assembleia Mundial da Saúde tem proclamado Resoluções, tais como, WHA 54.16; 53.10; 51.24, 50.31; 49.26; 48.24 e 47.27 (120), que prescrevem o mandato aos Estados, de prestar atenção às questões de saúde destas populações, indicando áreas de ação específicas, com vistas a realizar, respeitar e proteger o seu direito à saúde; igualmente, o CDESC, estabelece que estes grupos “tem direito a medidas específicas, com vistas a

²⁸ Cientificamente denominado “granuloma piogênico”, caracterizado por uma lesão inflamatória hiperplásica, que aparece em resposta ao trauma local ou irritação; aparece durante o segundo ou terceiro trimestre. As mulheres são comumente afetadas por esta patologia, devido aos efeitos vasculares produzidos pelos hormônios, durante a puberdade, gravidez e menopausa (114); (115).

melhorar o seu acesso aos serviços e cuidados em saúde” (p.8) (6), isto é, o sistema de saúde deve considerar as práticas tradicionais de prevenção e reabilitação. Com efeito, garantir serviços de saúde culturalmente apropriados e assegurar que a equipe de saúde esteja treinada para reconhecer e responder as necessidades específicas dos grupos vulneráveis, constitui-se em elemento do dever estatal de realizar o direito à saúde (6). Portanto, interpreta-se que a Declaração de Liverpool, deveria reforçar este mandato aos Estados nas suas prescrições no campo da saúde buco dental.

Em síntese, o exame da Declaração de Liverpool permite identificar que esta diretriz não comunga completamente com os preceitos do referencial teórico-normativo do direito à saúde, tal como estabelecido no Comentário Geral n.14, apesar de que expressa a saúde bucal como um direito humano básico no seu preâmbulo e que se fundamenta no referencial dos direitos humanos, na medida em que, estabelece obrigações para os Estados. Constatou-se a ênfase reiterada à promoção da saúde bucal nos seus enunciados, em detrimento dos serviços curativos e da reabilitação, fato contrário à completa satisfação do direito à saúde bucal. Na mesma linha, o conteúdo da Declaração, da maior visibilidade ao elemento da acessibilidade, desconsiderando os outros elementos do direito à saúde, os quais são recíprocos e interconectados.

Ademais, observou-se a completa omissão das populações vulneráveis, tais como mulheres, pessoa com deficiência, pessoa privada da liberdade e grupos indígenas, que também sofrem sérias alterações buco dentais agravadas pela exclusão social.

O CDESC recomenda aos Estados a integração destas populações nos programas e Políticas para atingir o mais alto nível possível de saúde e além, proíbe qualquer discriminação seja nos cuidados em saúde, seja nos seus determinantes sociais subjacentes, enfatizando dita prescrição como uma obrigação essencial do ente estatal. Cabe assinalar que a referência à garantia do direito ao acesso de bens, instalações e serviços de saúde buco dental sem qualquer discriminação e a

vigilância da sua distribuição equitativa, não é preconizada na Declaração de Liverpool, o que fragiliza o documento.

Foi constatado que esta Declaração refere o dever de assegurar programas de saúde bucal, mas não considera a obrigação de monitorar sua implementação e execução, tal como acontece com as políticas públicas sobre a fluoração das águas de abastecimento público. Observa-se que este tema tem implicações Bioéticas, justificadas no dever ético das autoridades sanitárias de impedir que esses programas de fluoração, acarretem maiores prejuízos para a população, representados no desenvolvimento de fluorose. Por estas razões, afirma-se que o liame entre o direito à saúde bucal e o direito à saúde na Declaração de Liverpool, não foi desenvolvido adequadamente.

Considerando, por fim, que a *Declaração de Liverpool* assenta deveres dirigidos aos Estados na área da saúde bucal, seria importante que tivesse sido ancorada no referencial-teórico normativo dos direitos humanos, pois tal medida lhe conferiria fundamento ético-jurídico mais consistente, bem como, contribuiria para consolidar o reconhecimento global de que o direito à saúde bucal é um direito humano.

No próximo item será analisado o Relatório Mundial da Saúde Bucal da OMS.

3.3.2 Relatório Mundial da Saúde Bucal

O Programa de Saúde Bucal Global da OMS, consiste em um programa técnico componente do Departamento de Prevenção de Doenças Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, que estimula o desenvolvimento de políticas globais em promoção da saúde bucal e prevenção das enfermidades bucais. No marco deste Programa foi publicado em 2003 o Relatório Mundial de Saúde Bucal, documento que formula a política e as estratégias necessárias com vistas ao melhoramento permanente deste campo da saúde no século XXI (24).

Cabe lembrar que de acordo com o CDESC, a realização do direito à saúde pode ser atingida mediante diversas ações, sendo a implementação de programas de saúde desenvolvidos pela OMS, uma delas (6). Por tanto, esta seção buscará

verificar se o Relatório em exame, é uma ferramenta política- teórica para alcançar a satisfação deste direito.

O documento se divide em quatro partes; a primeira, apresenta as bases políticas do Programa de Saúde Bucal da OMS, a segunda contém o seu marco político, na terceira parte são referidas as estratégias e abordagens em prevenção da enfermidade e promoção da saúde bucal e, a quarta parte, assenta as áreas prioritárias de ação para a saúde bucal global.

Nesta tese, o Relatório será apresentado em duas grandes partes; a primeira, alude às bases e ao marco político, em razão de que expõem questões similares, tais como, a saúde bucal como componente da saúde geral, a redução da carga das doenças bucais no mundo e fatores de risco para estas enfermidades, que facilitam a sua incorporação em um único ponto. Na segunda parte, será tratada a questão da promoção da saúde bucal. As áreas prioritárias de ação serão tratadas na primeira e na segunda parte desta seção.

3.3.2.1 Bases e marco político do programa de saúde bucal global

A primeira parte do Relatório estabelece as bases políticas, demarcando a saúde bucal como parte essencial da saúde geral e fator determinante para a qualidade de vida. Adicionalmente, apresenta a inter-relação entre a saúde bucal e a saúde geral e a importância de desfrutar de uma adequada saúde bucal que reduza a morbidade (24).

São apresentadas noções sobre a carga das enfermidades bucais e desenvolvidas as condições mais prevalentes e sua distribuição no mundo. Todas as doenças da boca são consideradas problemas de saúde pública, por conta de sua grande extensão no âmbito global e seu impacto na redução da qualidade de vida (24).

Neste ponto são tocadas enfermidades tais como, a cárie, a doença periodontal, consideradas historicamente como as duas enfermidades de maior carga em saúde bucal no contexto global; câncer faríngeo e oral, reconhecidas como o maior desafio para os programas de saúde bucal; trauma oro-dental; mal

oclusões²⁹, que não são consideradas como doenças bucais, mas sim como uma série de perturbações dentárias que podem afetar a qualidade de vida, cujo tratamento se justifica, com vistas ao potencial melhoramento do bem-estar social e psicológico, refletido na mudança da aparência física. Outro desafio para a saúde pública é o diagnóstico e o tratamento das anomalias craniofaciais, tais como lábio leporino e fenda palatina³⁰, cuja taxa varia substancialmente de acordo com grupos étnicos e áreas geográficas, sendo assim, esta alteração está associada a causas como o tabagismo materno, consumo de álcool e deficiências nutricionais. O Relatório ressalta outras enfermidades que exigem cuidados especiais em saúde bucal, por exemplo, a síndrome de Down, paralisia cerebral, deficiências intelectuais e de desenvolvimento e por fim, desordens hereditárias e genéticas que provocam defeitos orofaciais (24).

A carga das doenças bucais se constitui em desafio a ser enfrentado, para tanto, os gestores e os tomadores de decisão em saúde, precisam de ferramentas para monitorar as necessidades da população, escolher estratégias de intervenção e criar políticas que atinjam à otimização dos sistemas de saúde bucal. Neste sentido, a OMS e a FDI estimulam os Estados membros para que estabeleçam sistemas de informação em saúde bucal, que incluam dados sobre vigilância epidemiológica, cobertura dos serviços para a população, relatórios sobre serviços, manejo de recursos e administração, qualidade dos cuidados e avaliação dos resultados. Assim, os sistemas de informação em saúde bucal são demarcados como área de ação prioritária em saúde bucal no Relatório em análise (24).

O Relatório Mundial da Saúde Bucal determina que a maior carga das doenças que afetam à cavidade bucal é vivenciada pelos grupos marginalizados

²⁹ Representam desvios de normalidade das arcadas dentárias, do esqueleto facial ou de ambos, com reflexos variados tanto nas diversas funções do aparelho estomatognático quanto na aparência e autoestima dos indivíduos afetados. (121)

³⁰ Reconhecida cientificamente como fissura labiopalatal que consiste em uma das anomalias congênitas orofaciais mais frequentes. Esta malformação acomete o terço médio da face, sendo ocasionadas pela não fusão dos ossos maxilares, durante a sexta e a décima semana de vida intrauterina. Podem ser um achado isolado ou ocorrer em associação com outros distúrbios, como um componente de uma síndrome (122).

social e economicamente; portanto, a abordagem fundamentada nos fatores de risco, tem como núcleo o melhoramento das condições de saúde para toda a população e assim, atingir a redução das inequidades (24).

O Relatório em menção traça quatro grandes metas constituintes do marco político do Programa de Saúde Bucal da OMS, estas consistem em; reduzir a carga de enfermidades bucais e incapacidade, especialmente, nas populações pobres e marginalizadas; a segunda meta envolve a promoção de estilos de vida saudáveis e a redução de fatores de risco para a saúde bucal, originados a partir de fatores econômicos, sociais, ambientais e comportamentais; desenvolver sistemas de saúde bucal equitativos, que melhorem os resultados em saúde bucal e respondam às demandas das pessoas, bem como, que sejam financeiramente justos; finalmente, a última meta traçada, considera a formulação de políticas de saúde bucal, fundamentadas na sua inclusão nos programas nacionais e comunitários de saúde geral, deste modo, promover a saúde bucal como dimensão efetiva para o desenvolvimento da sociedade (24).

3.3.2.2 Estratégias e abordagens em prevenção da doença e promoção da saúde

O Relatório reforça a ideia de que a promoção da saúde vai além dos cuidados; isto é, dispor de boa saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, pessoal e econômico. Assim, as ações em promoção da saúde devem ter como objeto que determinantes políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais e culturais, atinjam à saúde e à qualidade de vida (24).

Acrescente-se que condições precárias de moradia, baixo nível educacional e ausência de tradições e crenças que suportem a saúde bucal também influenciam o surgimento das enfermidades. No documento, estes fatores são reconhecidos como determinantes socioculturais, conseqüentemente, a promoção da saúde bucal através das escolas e colégios é contemplada como outra área prioritária de ação, entendendo a significativa carga das doenças bucais nas crianças e adolescentes (24).

O enfoque ampliado da promoção da saúde abrange os determinantes sociais da saúde, com o intuito de reduzir riscos por meio de políticas e ações. A forte influência do baixo nível socioeconômico nas disparidades em saúde bucal entre regiões e países, está associada a raça, etnia; idade; gênero e o estado geral de saúde. Destaca-se que apesar de que as duas principais doenças bucais—cárie e doença periodontal- podem ser prevenidas mediante a combinação entre ações comunitárias, profissionais e individuais, nem todas as pessoas conseguem beneficiar-se destas medidas, ou seja, é patente a presença de grupos desatendidos, tanto nos países de alta renda, quanto nos países de baixa renda, fato social que manifesta a persistência de situações de discriminação e estigmatização no contexto da saúde bucal. Ainda, o Relatório frisa que a redução das disparidades requer abordagens de amplo alcance, que atinjam as populações de alto risco para as doenças bucais, englobando a otimização do acesso aos cuidados em saúde (24).

3.3.2.3. Análise do Relatório Mundial de Saúde Bucal à luz do referencial teórico-normativo do direito à saúde.

A seguir serão apresentados os conceitos e respectivas interpretações associadas à interface entre o direito à saúde bucal e o direito à saúde verificadas neste Relatório.

a) Ausência de referências ao direito à saúde bucal

O primeiro sentido a ser discutido é a completa omissão a referências ao “direito à saúde” ou “direito à saúde bucal” nas bases, no marco político e nas áreas prioritárias do documento; importa transcrever as definições sobre saúde bucal apresentadas

Saúde bucal é integral e essencial a saúde geral. Saúde bucal é mais que ter dentes em bom estado; ela é integral a saúde geral e essencial para o bem-estar. Isto implica estar livre de dor crônica orofacial, câncer oral e faríngeo,

lesões dos tecidos, defeitos de nascimento e outras alterações que afetam o complexo craniofacial(p.3) (24).

Importa destacar a seguinte definição apresentada sobre saúde bucal como determinante para a qualidade de vida

O complexo craniofacial nos permite falar, sorrir, beijar, tocar, mastigar e engolir. Proporciona proteção contra infecções microbianas e ameaças ambientais. Enfermidades bucais restringem atividades na escola, trabalho e no lar, causando milhões de horas perdidas por ano no mundo. Além disso, o impacto psicossocial destas doenças reduz significativamente a qualidade de vida (p.3) (24).

Observa-se que nas duas conceituações se leva em conta a amplitude do espectro da saúde bucal, ao salientar que é essencial à saúde geral e que se constitui em um fator determinante para a qualidade de vida; não obstante, a extensão deste conceito não eleva a saúde bucal à categoria de direito humano a ser garantido pelos Estados. No mesmo sentido, tampouco expressa a abordagem baseada nos direitos humanos, imprescindível para a compreensão ampliada da saúde bucal.

Com respeito à saúde bucal como fator determinante para a qualidade de vida, se assenta pontualmente a funcionalidade do complexo craniofacial, as limitações que impõem as doenças bucais e o seu impacto psicossocial. Porém, esta compreensão revela-se insuficiente, na medida em que, a saúde da boca como determinante da qualidade de vida, conduz a viver uma vida com dignidade, sendo assim, é um bem ético coletivo a ser protegido e garantido pelo Estado. Portanto, interpreta-se que o conceito de saúde bucal proferido no Relatório em análise, é restrito aos cuidados em saúde bucal, opondo-se ao espírito abrangente que pretende plasmar nas bases políticas do documento.

Acrescente-se que, sob a perspectiva do referencial do direito à saúde, a significação da saúde bucal exposta, demonstra uma lacuna em relação aos determinantes sociais da saúde, em razão de que, ao expressar a essencialidade da saúde bucal, se manifesta unicamente na esfera clínica, desconsiderando o amplo leque de determinantes sociais que condicionam a aparição dessas enfermidades. Conseqüentemente, a alusão aos determinantes sociais da saúde, não foi considerada nesta conceituação da saúde bucal³¹.

Consoante estas assertivas, o desfrute de instalações, bens e serviços de saúde odontológicos, também não é pautado. Deve-se esclarecer que no campo da saúde bucal, as instalações e bens abrangem não somente os consultórios ou hospitais onde se presta o serviço, mas também, a cadeira odontológica, instrumental, aparelhos de raios X e autoclaves, bem como, diversidade de biomateriais³² imprescindíveis para o atendimento clínico.

b) Obrigações estatais em saúde bucal

Em relação às áreas prioritárias de ação estabelecidas no Relatório em análise, é observado que tópicos como a nutrição e a utilização do flúor, se entrelaçam com as obrigações essenciais proferidas pelo CDESC (6), que salienta o direito de assegurar acesso ao adequado abastecimento de água potável e segura, e a garantia do acesso à alimentação essencial. No entanto, no Relatório em análise não se categorizam estas áreas como direitos humanos ou deveres estatais, simplesmente, se discorre sobre a sua influência na saúde bucal, traçando desafios globais em cada campo.

Cumprir destacar uma assertiva relativa à saúde bucal e o flúor, que estabelece que

³¹ A menção aos determinantes sociais da saúde bucal é explanada no tópico sobre a carga das doenças bucais, mas não nas definições do Relatório.

³² Qualquer substancia ou combinação de substancias, naturais ou não, que se integram harmonicamente com os sistemas biológicos, sem causar-lhes dano algum e sem serem rejeitados; seu propósito é tratar, aumentar ou substituir tecidos, órgãos ou funções (123).

Flúor tem sido utilizado em escala global, com muitos benefícios. Mais de quinhentos milhões de pessoas no mundo utilizam creme dental com fluoretos, duzentos e dez milhões de pessoas se beneficiam da água fluorada e cerca de quarenta milhões de pessoas desfrutam do flúor no sal, enquanto que outras formas de aplicação do flúor (aplicação profissional, enxagues e pílulas) são administradas a cerca de sessenta milhões de pessoas. Porém, populações em países em desenvolvimento não tem acesso ao flúor para a prevenção da cárie por razões econômicas ou práticas (p.19) (24).

Neste sentido, cabe analisar a alusão à falta de acesso ao flúor nos países em desenvolvimento, tendo como exemplo a situação na Colômbia. Neste país o Governo adotou desde 1992 o programa de fluoração do sal, como medida de prevenção massiva da cárie, no entanto, considera-se um mecanismo discutível e controvertido, por conta da ocorrência epidêmica de fluorose dentária em crianças, pouco tempo após a adoção desta política (112), (124), (125), (126). Destaque-se que a fluorose é considerada um indicador tardio da intoxicação sistêmica por flúor que acontece durante o período de desenvolvimento dos dentes; além, a ingestão de flúor sistêmico em altos níveis, atinge outros tecidos, por exemplo, ossos, rins e neurônios (126). Estes efeitos exigem um estrito controle e vigilância da sua distribuição nas populações.

Diante este cenário problemático em torno do flúor, importa questionar a eticidade desta política pública, particularmente, quanto ao dever estatal de vigilar a sua implementação, diante da constatação da forma indiscriminada como se distribui este elemento químico, tanto na água potável como no sal. Assim, verifica-se que a afirmação do Relatório Mundial da OMS sobre a falta de acesso ao flúor, não converge com a realidade vivenciada na Colômbia.

c) Elementos do direito à saúde bucal

No tocante à carga das doenças bucais, o Relatório problematiza a persistência de grupos pouco privilegiados tanto nos países de alta renda como nos países de baixa renda, no campo odontológico, apontando em detalhe as prevalências das diferentes enfermidades nas regiões de África, Ásia, Europa, América-Latina, Estados Unidos da América (24). No entanto, devido à ausência a alusão ao direito à saúde bucal, a explanação destes dados epidemiológicos não se interconecta com os elementos deste direito, acessibilidade, aceitabilidade, qualidade e disponibilidade, nem se demonstra a forma como a falta de satisfação destes elementos, acrescenta a carga das enfermidades da boca.

As limitações do acesso aos serviços de saúde bucal, apenas são reconhecidas, ao se referir à perda dos dentes originada pela falta de tratamento da cárie nos países de baixa renda, transcrita como segue “em muitos países em desenvolvimento, o acesso aos serviços de saúde oral é limitado e os dentes não são tratados ou são extraídos por conta da dor ou incomodidade” (p.4) (24).

Neste parágrafo, não são explicitadas quais dimensões da acessibilidade são restritas. Ressalte-se que a omissão da não discriminação como componente da acessibilidade, impede a compreensão da dinâmica social e sanitária que afeta os grupos marginalizados. Igualmente, não há esclarecimento sobre a acessibilidade de informações por parte dos pacientes, que incorpora o direito de procurar, receber e divulgar informações sobre saúde. Esta lacuna chama a atenção, em razão de que a falta de informações, se constitui em um obstáculo à participação social, componente do direito a instalações, bens e serviços de saúde (6).

Nessa linha, o CDESC, estabelece a importância da participação social, a qual, tem impacto na tomada de decisões sobre a materialização do direito à saúde; no mesmo sentido, o CDESC demarca que, para manter e restabelecer a saúde os Estados deverão difundir informações apropriadas e suficientes às pessoas (6).

Outra dimensão da acessibilidade omitida neste Relatório é a acessibilidade física no campo da saúde bucal. Importa ressaltar que a acessibilidade envolve, não só o alcance geográfico aos serviços de saúde e seus determinantes sociais,

mas também implica a adaptação apropriada do consultório odontológico para facilitar o atendimento da pessoa com deficiência.

Destaque-se que a única dimensão da acessibilidade referida no Relatório em exame, é a acessibilidade econômica, exposta no tópico que versa sobre a carga das doenças bucais e os fatores de risco comuns, que enuncia

As doenças bucais são grandes problemas de saúde pública. Seu impacto em indivíduos e comunidades é maior, em resposta à dor, sofrimento, comprometimento da função e redução da qualidade de vida. Ademais, o tratamento tradicional destas enfermidades é extremadamente caro, sendo o quarto tratamento mais oneroso nos países industrializados. Em muitos países de baixa renda, si o tratamento estiver disponível, os custos do tratamento da cárie em crianças, superarão o total do orçamento em saúde para esta população (p.9) (24).

Quer dizer, as doenças bucais por serem problemas de saúde pública, tem impacto individual em termos de anos potenciais de vida perdidos, assim como, aumento da morbidade e custos para a sociedade (127). Esse parágrafo é convergente com uma das metas traçadas no Relatório em análise, que estabelece a necessidade de “desenvolver sistemas de saúde bucal que melhorem equitativamente os resultados nesta área, respondam às demandas e legitimações das pessoas e sejam financeiramente justos” (p.14) (24).

Verifica-se nesta afirmação que, diferentemente ao proposto pelo CDESC, o documento em análise, fez menção unicamente ao pagamento pelos serviços odontológicos, sem evocar os custos dos serviços relacionados ao desfrute dos determinantes sociais de saúde subjacentes que influenciam a saúde da boca; neste sentido, se constata o enfoque limitado aos cuidados de saúde bucal, aceção oposta às definições amplas demarcadas no começo deste Relatório.

Ainda no que tange à alusão aos elementos do direito à saúde, é pertinente assentar que a disponibilidade é um condicionante da acessibilidade, que por sua vez, é influenciada por uma sequência sinérgica de eventos, tais como, a necessidade de atenção médica, a demanda pelo serviço e a oferta dos prestadores (128). Cabe esclarecer que a demanda é dependente de fatores como os recursos econômicos, custos da atenção, estado de saúde percebido pela pessoa e a gravidade percebida do problema de saúde; em contrapartida, a necessidade se apresenta no momento em que a pessoa tem um problema de saúde, independentemente de si considera que dito problema requer ou não atenção profissional (128).

A alusão à disponibilidade junto à acessibilidade no Relatório Mundial da Saúde Bucal, se traça na seguinte passagem

O alto risco relativo das doenças bucais se relaciona a determinantes socioculturais, tais como, pobres condições de moradia, baixo nível educativo e carência de tradições, crenças e cultura que suportem a saúde bucal. Comunidades e países com inapropriada exposição ao flúor implicam em alto risco de cárie dental. Precário acesso à água potável ou facilidades sanitárias, são fatores de risco ambientais para a saúde bucal, bem como, para a saúde geral. O controle das enfermidades da boca também depende da disponibilidade e da acessibilidade ao sistema de saúde bucal, mas a redução do risco, só é possível se os serviços são orientados aos cuidados primários e a prevenção (p.15) (24).

Neste sentido é notório o reconhecimento sobre os determinantes sociais da saúde e seu impacto na aparição de doenças da boca, acepção que conflui com a noção inclusiva do direito à saúde exposta no Comentário Geral n.14, e que confirma a interseção entre este direito e o direito à saúde bucal.

Outro aspecto referente a este enunciado do Relatório, versa sobre a omissão da aceitabilidade e da qualidade, que também são elementos do direito à saúde, que o CDESC enfatiza como inter-relacionados à acessibilidade e à disponibilidade. No documento, foi constatada só uma menção genérica à aceitabilidade, no item sobre a saúde bucal da pessoa idosa, que refere,

É importante que os provedores dos serviços de saúde reconheçam fatores psicossociais que afetam a saúde e o bem-estar da pessoa idosa. Há necessidade de proporcionar serviços de saúde bucal sensíveis, que sejam acessíveis e aceitáveis para esta população (p.26) (24).

Cabe lembrar que a aceitabilidade implica que instalações, bens e serviços sejam respeitosos das especificidades culturais de minorias e indivíduos e que sejam sensíveis ao gênero. Quanto a tal ponto, destaca-se que a saúde bucal da mulher, dos grupos indígenas, da pessoa privada de liberdade e da pessoa com deficiência, não foi considerada nas áreas prioritárias de ação do Relatório, incluindo no seu corpo somente a pessoa idosa, crianças e adolescentes. Esta lacuna é contraditória na medida que, o documento ressalta o reconhecimento explícito das disparidades em saúde bucal ocasionadas por fatores como raça ou etnia, gênero, idade e estado geral de saúde e em consequência, populações desatendidas em saúde oral. Nesse sentido, uma das responsabilidades da OMS é monitorar os padrões das enfermidades bucais e analisar os seus determinantes, com ênfase nas populações excluídas (24).

É sabido que, a mulher é um agente multiplicador das informações sobre promoção e prevenção das enfermidades bucais, sendo a gravidez o período mais adequado para incorporar novos hábitos, atitudes e comportamentos; este importante papel está interconectado com a garantia da saúde da mulher e a luta contra a sua discriminação (113).

Em relação à saúde bucal no contexto dos grupos étnicos, frise-se que a concepção da boca, a prevenção e o tratamento das doenças que a afetam, são determinados pela cultura e crenças tradicionais, tal como ponderado em pesquisa

etnográfica que relata o autoatendimento odontológico em comunidade indígena colombiana, fundamentada nos saberes sobre plantas medicinais. Registre-se que as comunidades indígenas não solicitam os serviços de saúde de forma frequente, e nas ocasiões em que a atenção odontológica é prestada pelos hospitais locais, o atendimento se dá “em um cenário estressante e pouco apropriado para a situação intercultural” (p.91) (129). A omissão destas populações nas áreas prioritárias de ação da saúde bucal no Relatório Mundial da OMS, conflui com a ausência da aceitabilidade neste documento, elemento que evoca que, os bens, serviços e instalações de saúde devem ser respeitosos das especificidades culturais e ainda, contraria o mandato da própria OMS³³, sobre o estímulo aos Estados, com vistas a que garantam o direito dos povos indígenas ao desfrute do mais alto nível de saúde.

No ponto relativo à saúde bucal da pessoa com deficiência, é bem estabelecido na literatura científica que apresentam maior risco de desenvolver cárie e doença periodontal, por conta de fatores que favorecem o acúmulo de placa bacteriana, por exemplo, o grau de limitação física ou mental que dificulta a execução da limpeza da boca, a sua inadequada nutrição e a negligência dos seus cuidadores em relação à sua higiene oral. Portanto, sustenta-se que o precário controle da placa bacteriana é considerado o maior problema de saúde bucal destes grupos, fato agravado pela escassez socioeconômica das suas famílias, tornando-os alvo de dupla vulnerabilidade (130).

Esta lamentável situação traz como consequência a execução de tratamentos odontológicos mutiladores, realizados frequentemente sem o consentimento informado destas pessoas. Assim, é premente a adoção de programas e políticas em promoção da saúde bucal voltadas a esta população, em conjunto com a capacitação dos cirurgiões dentistas para proporcionar um serviço fundamentado nos preceitos do direito à saúde e dos direitos humanos (131).

³³ A Organização Panamericana da Saúde, reconhecida como a oficina regional das Américas da OMS, também executa ações sobre a saúde dos povos indígenas desta região, com o objeto de dar cumprimento às resoluções; RCD 37.R5 de 1993; RCD 40.R6 de 1997; RCD 47.R18 de 2006 (119).

Com respeito à saúde bucal da pessoa privada de liberdade, cabe salientar que em razão da sua especial condição de vulnerabilidade e subordinação, recai sobre o Estado maior responsabilidade na obrigação de garantir o seu direito a saúde, incluída a saúde da boca; no entanto, é sabido que, estas pessoas apresentam serio deterioro das suas condições buco dentárias, ocasionada por diversos fatores, tais como, proibição de alguns elementos de higiene bucal por medidas de segurança, deslocamento de presidiários a hospitais, só em caso de complicações buco dentárias e insuficiente financiamento de programas de prevenção das afecções da boca, que reduzam a probabilidade de ocorrência. Diante este cenário, assevera-se que as alterações da boca se agravam por falta de participação destas pessoas, isto é, ausência de reconhecimento como sujeitos de direitos (119).

No que tange ao elemento da qualidade, somente foi constatada uma única menção, dentro da área prioritária relacionada com os sistemas de saúde bucal.

Em muitos países, a capacidade e recursos –humanos, financeiros e materiais- são ainda insuficientes para assegurar disponibilidade e acesso a serviços essenciais de saúde de alta qualidade para indivíduos e populações, especialmente em países de baixa renda (p.27) (24)

Observa-se que a qualidade dos serviços de saúde bucal é considerada, mas o tema não é desenvolvido em sua totalidade, assim, a melhora deste elemento não fez parte das metas propostas no documento em exame. Conseqüentemente, afirma-se que nem qualidade nem aceitabilidade foram integradas ao conteúdo do Relatório, fato que constata a falta da abordagem baseada no direito à saúde.

Concluindo, não obstante, os objetivos e metas do Programa de Saúde Bucal Global da OMS não apresentar natureza prescritiva, eles visam encorajar ações locais nos Países Membros, constituindo-se em uma abordagem complementar para atingir a realização do direito à saúde. Neste sentido, constatou-se que o Relatório Mundial da Saúde Bucal da OMS, não estabelece uma relação apropriada entre o direito a saúde e o direito a saúde bucal, ao desconsiderar alusões a estes

direitos nas suas definições, formulação dos seus objetivos e no conteúdo do documento.

A carência desta relação perpetua a visão que dissocia as enfermidades bucais das preocupações sobre a saúde geral. Adicionalmente, a omissão das noções do direito à saúde, se distancia do reconhecimento da grande carga das doenças bucais que recai sobre grupos desfavorecidos social e economicamente que sofrem de discriminação nos cuidados em saúde bucal. Deste modo, a saúde bucal fica relegada ao segundo plano e não se reconhece como um direito humano.

As metas em saúde bucal traçadas nos documentos desenvolvidos pela OMS têm sido consideradas um chamado à consciência aos atores governamentais sobre a relevância deste campo, apresentando diretrizes para a garantia da alocação equitativa dos recursos econômicos em saúde bucal. Ademais, as metas são instrumento para os tomadores de decisões em saúde, a fim de que estabeleçam objetivos reais e consoantes com os *standards* propostos pela OMS (132). Observa-se que as metas propostas implicam o dever ético destes atores de assegurar o mais alto nível possível de saúde, incluindo a saúde da boca. Sendo assim, é imprescindível que as pautas normativas internacionais sobre o direito à saúde, norteiem a implementação global dos programas no campo odontológico.

Os elementos do direito à saúde tratados no Relatório Mundial da Saúde Bucal dizem respeito à acessibilidade e à disponibilidade, negligenciando à qualidade e a aceitabilidade, tal fato se coaduna com a ausência da referência de grupos específicos nas áreas prioritárias de ação para a saúde bucal global, tais como as mulheres, pessoas com deficiência, pessoa privada de liberdade e povos indígenas. Registre-se que esta omissão também foi encontrada no exame da Declaração de Liverpool, documento já analisado neste mesmo Capítulo, tornando-se em um assunto que tange à Bioética e aos direitos humanos, em razão de que a saúde bucal é um bem ético que deve ser protegido em igualdade de condições. A falta de menção destes grupos vulneráveis nos documentos examinados, dificulta o enfrentamento dos determinantes sociais estruturais e gera maiores estratificações e exclusões sociais.

O realce da acessibilidade apontado no Relatório em análise, denota uma maximização deste elemento sobre os outros, oposta à interconexão entre estes, proclamada No Comentário Geral n.14 de 2000, do mesmo modo, fomenta se assimetria entre os elementos e conseqüentemente, sua hierarquização que impede seu adequado relacionamento.

De acordo com Hunt e Backman (133), o direito ao nível mais alto de saúde, leva em conta os resultados e os processos, quer dizer, a satisfação deste direito impõe não só, o acesso a serviços, instalações e bens de saúde, mas também, a forma como garante dito acesso; é neste ponto, onde a aceitabilidade e a qualidade, merecem ser ressaltadas.

Tendo em conta a extensão do direito à saúde, nesta tese doutoral será enfatizado o elemento da qualidade dos serviços, bens e instalações odontológicos e o seu atributo, a segurança do paciente neste campo da saúde. Sendo assim, o próximo Capítulo visa expor o fundamento teórico deste elemento, as noções da normatividade internacional e as iniciativas que visam a melhora da qualidade e a segurança do paciente no âmbito odontológico.

CAPITULO 4. QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE ODONTOLÓGICO SOB O REFERENCIAL DO DIREITO À SAÚDE

Nos Capítulos anteriores foi estudado o referencial teórico-normativo do direito à saúde conforme o Comentário Geral n.14 de 2000, considerando o seu fundamento em valores morais universais, reforçado pelas obrigações internacionais dos Estados. Ademais, foram analisados dois documentos adotados pela OMS sobre saúde bucal, constatando a sua dissociação com as prescrições do referencial aludido.

Neste Capítulo será estudado o elemento da qualidade, concretamente, um dos seus aspectos, a segurança do paciente. Assim, na primeira parte deste Capítulo serão revisadas as suas bases conceituais e estratégias promulgadas internacionalmente. Na segunda parte serão abordados conceitos e iniciativas impulsionadas em diferentes países relacionados com a qualidade e a segurança do paciente no campo odontológico. Na terceira parte será realizada a análise do documento promulgado pela FDI, intitulado “*Visión 2020 de la FDI delinear el futuro de la salud bucodental*” (25), com o propósito de verificar se a qualidade e a segurança são entendidos como elementos do direito à saúde bucal.

Em relação à metodologia adotada neste Capítulo, as duas primeiras partes foram formuladas com base em revisão bibliográfica sobre os tópicos de qualidade e segurança do paciente, a partir das bases de dados *Google Scholar*, *PubMed*, *Lilacs* e *Scielo*, a través dos seguintes descritores “*quality care*”; “*patient safety*”; “*patient safety and dentistry*”; “*bioethics and patient safety*”; “*bioethics and quality of care*”; “*quality and dental practice*”, os quais, também foram utilizados em língua espanhola e portuguesa. Foram incluídos artigos, livros e capítulos de livro, publicados a partir do ano 2000 até o ano 2016, que apresentaram no seu conteúdo, bases teóricas e iniciativas práticas acerca dos temas em menção. Adicionalmente, foram considerados documentos promulgados pela OMS sobre as temáticas mencionadas, em razão de que esta agência das Nações Unidas, tem liderado o fomento do melhoramento da segurança do paciente em todo o mundo (134).

A terceira parte do Capítulo foi realizado o exame do documento da FDI aludido, com o objetivo de identificar se a qualidade e a segurança do paciente, são compreendidos como parte do direito à saúde bucal. Para tanto, o marco referencial deste exame é o direito humano à saúde, conforme o Comentário Geral n.14 de 2000 e suas categorias gerais, i. Conteúdo deste direito (determinantes sociais); ii. Elementos do direito em menção e iii. Obrigações estatais, enfatizando em cada uma delas as questões associadas à qualidade e à segurança do paciente.

Além deste marco normativo serão considerados os princípios da qualidade adotados pela OMS no documento titulado *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*, publicado em 2006 (134). Esta diretriz é considerada uma ferramenta para construir cuidados em saúde de qualidade, dirigida aos tomadores de decisões e aos responsáveis pelas políticas públicas dos países membros, bem como, estabelece dimensões da qualidade que se constituem em bases para melhorar a qualidade dos serviços de saúde; sendo assim, este instrumento da OMS configura-se em uma orientação dirigida aos países para que desenvolvam suas próprias estratégias para o melhoramento da qualidade (134).

Convém pontuar alguns conceitos básicos para aproximar-nos ao tópico da qualidade e segurança do paciente. Segurança diferencia-se do termo biossegurança, que engloba políticas e regulamentação dirigidas ao controle de possíveis riscos derivados da utilização das biotecnologias modernas; estes riscos se associam à vida e à saúde das pessoas, animais, plantas e o meio ambiente (135). Neste sentido, a biossegurança envolve diversos setores e estabelece objetivos para cada uma das dimensões mencionadas. Em razão de que a biossegurança aborda temas que repercutem em outras áreas do conhecimento, a presente tese doutoral adotará o termo segurança do paciente. Este último se define como “a redução do risco de danos desnecessários relacionados com o atendimento sanitário até um mínimo aceitável” (p.15) (136).

Por outro lado, evento adverso se define como aqueles eventos não intencionados que acontecem durante o processo de atenção sanitária, que resulta

ou que poderia resultar em dano para o paciente; esclarece-se que os eventos adversos podem ser evitáveis ou não. O seu sinônimo é incidente com danos (136).

Quase incidentes são incidentes que não alcançam o paciente, em razão de sua detecção (136). Danos significa a alteração estrutural ou funcional do organismo e/ou todo efeito nocivo derivado de ela. Os danos compreendem as enfermidades, as lesões, os sofrimentos, incapacidades e a morte, assim, podem ser de caráter físico, social ou fisiológico (136).

Considerando estes conceitos, inicia-se este Capítulo com a exposição dos fundamentos teóricos sobre qualidade e segurança do paciente.

4.1 QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE: ASPECTOS GERAIS

Conforme explanado no segundo Capítulo desta tese, o direito à saúde compreende outros direitos, incorporando o direito ao desfrute de determinantes sociais e o direito a serviços, bens e instalações disponíveis, acessíveis, aceitáveis e de boa qualidade. Neste Capítulo, aprofundar-se-á o elemento da qualidade no âmbito dos serviços, bens e instalações odontológicas e dos determinantes sociais da saúde bucal, com o intuito de discorrer sobre suas implicações na efetivação deste direito humano.

A seleção da qualidade em saúde buco-dental como elemento a ser aprofundado, justifica-se a partir da escassez de literatura acadêmica, referida em documentos internacionais sobre o tema (137) (138). Segundo a OMS, apesar de que os sistemas de saúde no mundo tem sido adequadamente desenvolvidos, a qualidade continua configurando-se em uma preocupação séria, que envolve a ampla variabilidade de *standards* em cuidados em saúde entre cada sistema. Cabe destacar que os sistemas de saúde são imprescindíveis para a realização do direito humano à saúde e seu núcleo deve ser o ser humano como um todo (139).

Além, as discussões levantadas neste trabalho, têm o intuito de serem aplicadas ao contexto da Colômbia. Neste país, investigação acadêmica, assenta que a baixa qualidade junto à frágil acessibilidade geográfica, são reconhecidas

causas da falta de utilização dos serviços médicos e odontológicos entre as pessoas que contam com cobertura por planos de saúde (140).

Adicionalmente, tal como referido na introdução desta tese, o sistema de saúde colombiano, não considera a prestação de serviços especializados de odontologia, tal como estabelecido no Artigo 35, parágrafo 3 da Resolução 5592 de 2015, (141) normativa que exclui os tratamentos de periodontia, ortodontia, implantologia dental e dispositivos protésicos da boca. Ainda, prescreve exclusão do fornecimento de escova, enxaguantes bucais, fio e creme bucal. Diante destas razões é necessária a reflexão bioética sobre a qualidade e a segurança do paciente aplicadas ao campo da saúde buco-dental, fundamentada na perspectiva do referencial teórico-normativo do direito humano à saúde. Na sequência, serão expostas as aceções teóricas sobre qualidade dos serviços de saúde.

Há uma ampla gama de conceituações sobre a qualidade. Para Donabedian, consiste no resultado entre ciência e tecnologia dos cuidados em saúde e a aplicação da ciência e tecnologia nas práticas em saúde (142).

Para a OMS (134), a definição da qualidade engloba os cuidados em saúde e o sistema de saúde, como um todo; com base neste pilar, a OMS sugere que o sistema de saúde deve adotar mecanismos para melhorar a qualidade dos cuidados em saúde em seis dimensões, a seguir descritas.

A primeira é a efetividade, que consiste em prover cuidados de saúde baseados na evidência e melhorias na saúde de indivíduos e comunidades; eficiência, que implica outorgar cuidados em saúde, maximizando a utilização dos recursos e evitando o gasto; acessibilidade, que significa, proporcionar cuidados em saúde oportunos, geograficamente acessíveis e serem providos de modo que habilidades e recursos sejam apropriados às necessidades médicas; centrado no paciente; aceitável, que enuncia que, os cuidados em saúde devem considerar as preferências e aspirações do indivíduo e a cultura da sua comunidade; equitativos, quer dizer que, proporcionar cuidados em saúde, não deverá variar na sua qualidade, em razão de características tais como gênero, raça-etnia, localização geográfica e estado socioeconômico; por fim, se apresenta a segurança, que denota

o oferecimento de cuidados em saúde que minimizem os riscos e o dano às pessoas (143).

Consoante o exposto, as acepções de qualidade incorporam resultados efetivos em saúde, utilização eficiente dos recursos, oportunidade do serviço, ênfase no paciente, base não discriminatória na provisão dos cuidados e maximização dos benefícios e minimização dos riscos e danos.

A presente tese adotará a definição do Comentário Geral n.14 de 2000, sobre qualidade, entendida como a adequação das instalações, bens e serviços sob o ponto de vista científico e médico (6); para tanto, é imprescindível o treinamento dos profissionais de saúde, medicamentos cientificamente aprovados, equipes hospitalares adequadas e condições sanitárias apropriadas e seguras, incluindo a água potável.

Observe-se que o conceito de qualidade adotado pelo CDESC abrange os determinantes sociais da saúde. Cabe lembrar que o acesso à alimentação segura se configura em determinante social da saúde (143); no Relatório do Relator Especial para o Direito a Saúde, Anand Grover, detalha a questão dos alimentos não saudáveis e as doenças crônicas não transmissíveis, destaca a associação inexorável entre o acesso à alimentação segura e de qualidade e o direito à alimentação, o qual, requer que os Estados garantam disponibilidade e acessibilidade de alimentos em quantidade e qualidade suficientes para satisfazer as necessidades individuais que favoreçam o crescimento, desenvolvimento e preservação da saúde física e mental (143).

Nessa linha, o sistema de saúde deve assegurar acesso a medicamentos essenciais de boa qualidade, em razão de que estes podem ser alterados ou falsificados; por esta razão, o Estado deve estabelecer sistemas de regulação para monitorar a qualidade dos fármacos, bem como, vigiar a precisão das informações divulgadas, protegendo a população de medicamentos não registrados, contaminados e com prazo de validade expirado.

Segundo Hunt (144), o acesso aos medicamentos de boa qualidade, não só é responsabilidade dos Estados, mas também, se configura em responsabilidade compartilhada com as companhias farmacêuticas, traçando uma “responsabilidade corporativa de respeitar os direitos humanos” (p.7) (144), que implica que estas empresas, em todos os setores e países, deverão ter uma política de direitos humanos, não restrita a uma responsabilidade passiva, mas sim, devem adotar passos positivos fundamentados nas expectativas sociais da companhia.

Nessa linha, o melhoramento do acesso aos fármacos por parte da empresa farmacêutica, constitui-se em uma contribuição para a realização do direito à saúde, tal como afirmado pelo CDESC (6). Assim, estas companhias devem assegurar que seus medicamentos sejam de boa qualidade, seguros e eficazes e para tanto, devem cumprir com standards nacionais e globais de manufatura. Estas assertivas são úteis no campo da prática odontológica, porque, tal como referido no Capítulo anterior, fármacos prescritos cotidianamente por profissionais desta ciência, constam na lista de medicamentos essenciais promulgada pela OMS (109).

De igual modo, o requerimento da qualidade também se aplica à forma na qual os pacientes são tratados, implicando o respeito e educação por parte dos profissionais da saúde. Levando em consideração que o enfoque da saúde nos direitos humanos tem como meta a realização, proteção e respeito do direito à saúde, parte-se da premissa³⁴ de que todos os serviços, bens e instalações de saúde junto aos determinantes sociais, devem ser de boa qualidade (6), (134).

Sob esta perspectiva, a efetivação do direito à saúde exige o desenvolvimento e a implantação de sistemas de saúde de qualidade que ofereçam serviços com as seguintes características: seguros, efetivos, focados no paciente, oportunos, eficientes e equitativos (145). Partindo deste entendimento, não há qualidade do atendimento sem segurança, constituindo-se em elementos recíprocos e interdependentes do direito à saúde. Para Mitchell, a qualidade dos

³⁴ O CDESC também estabelece como base a participação dos afetados pelas políticas e programas de saúde, na sua elaboração, implementação e monitoramento; igualmente, os Estados deverão adotar mecanismos de rendição de contas (6).

cuidados em saúde é o “guarda-chuva sob o qual reside a segurança do paciente” (p.1) (145). Com efeito, os Relatores Especiais sobre Direito à Saúde expõem a associação entre a adequada qualidade e a segurança do paciente (143), (144); por sua vez, o Instituto de Medicina dos Estados Unidos classifica a segurança do paciente como uma característica da qualidade (146). Na presente tese, será aprofundada a segurança do paciente, como elemento de reflexão bioética no marco da prática odontológica, fundamental para garantir o direito à saúde bucal.

Conforme previamente aludido, segurança do paciente consiste na “redução do risco de danos desnecessários relacionados com o atendimento sanitário até um mínimo aceitável (...)” (p.15) (136). Neste sentido, os cuidados do paciente sem segurança se constituem em atos de omissão ou comissão que resultam em condições de saúde danosas e/ou dano não intencionado para o paciente (136). A Organização para a Cooperação Econômica e Desenvolvimento (OECD)³⁵, demarca que a segurança envolve estruturas corretas, prestação de serviços e resultados que evitem danos para o usuário, provedor e ambiente (147).

A segurança do paciente está determinada não somente pelo seguimento estrito aos protocolos ou guias já estabelecidos pelas instâncias reguladoras em saúde, mas também pelo trabalho profissional interdisciplinar, pela sua comunicação honesta com o paciente e seu reconhecimento como sujeitos de direitos; estes pontos implicam uma conduta ética profissional e institucional (148). Conseqüentemente, a segurança do paciente torna-se uma preocupação para a Bioética e para os direitos humanos, em razão de que a garantia das práticas clínicas seguras materializa o máximo respeito à dignidade do paciente e à sua vulnerabilidade, propósito essencial de ambos campos do saber.

Há reconhecimento de que a segurança do paciente se constitui em um problema de saúde pública no nível global (149), isto é, implica aumento dos custos para o indivíduo e para a sociedade. É sabido que, os erros dos profissionais da

³⁵ Esta Organização tem a missão de promover políticas que atinjam o bem estar econômico e social das pessoas no mundo. Junto à OMS, são instâncias líderes na promoção do melhoramento da qualidade nos cuidados em saúde e encorajar o desempenho dos sistemas de saúde.

saúde³⁶ têm custos anuais milionários. De acordo com estudos nos Estados Unidos da América, o valor total anual aproximado dos erros médicos oscila entre dezessete e vinte nove milhões de dólares³⁷ (149). Além do impacto econômico, os erros médicos também têm impacto social, associado ao aumento do número das demandas judiciais, que acarretam o desprestígio dos profissionais e das instituições de saúde, que, diminui a confiança da sociedade no sistema sanitário (150). Por estas razões, a segurança do paciente e de modo geral, a qualidade dos cuidados de saúde, se constitui em uma preocupação ética, sendo que, os profissionais da saúde e as instituições, têm a especial responsabilidade de servir aos interesses do paciente; por sua vez, os pacientes têm a responsabilidade de participar das atividades que objetivem a preservação e melhoramento da qualidade dos sistemas de saúde (151).

Por conta deste amplo impacto, a segurança do paciente envolve a liderança de órgãos internacionais como a OMS e a sua agência nos países das Américas, a OPAS (152).

O reconhecimento mundial da segurança do paciente, promovido a partir da OMS, deu-se após publicação do Relatório intitulado *To Err is Human: Building a Safer Health System*, publicado em 1999 pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos (149) que revelou o número alarmante de pessoas que morrem nos hospitais deste país cada ano, como resultado dos erros médicos que poderiam ter sido prevenidos. Este Relatório se destaca por ser um dos primeiros estudos que problematizou este tema em nível global e promoveu o desenvolvimento de estratégias por parte de entes privados e governamentais, visando à diminuição da ocorrência de erros e a promoção de uma cultura de abordagem sistêmica do erro, distanciando-se do enfoque meramente individualista e punitivo.

³⁶ Conforme o marco conceitual da classificação internacional para a segurança do paciente proferido pela OMS, erro é o fato de não levar a término uma ação prevista ou de aplicar um plano incorreto (136). Frise-se que dita classificação internacional envolve os cuidados em saúde primários e secundários.

³⁷ Dado publicado em 1999.

Acrescente-se que em 2001 este mesmo Comitê lançou o relatório intitulado “*Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*” (146), que enfatiza a forma como o sistema de saúde pode ser reinventado para fomentar a melhora da prestação dos cuidados em saúde. Ainda, propõe um plano de ação fundamentado em seis metas, para que os cuidados em saúde sejam, seguros, efetivos, centrados no paciente, oportunos, eficientes, e equitativos, convergindo com as noções de qualidade adotadas pela OMS, já explicitadas.

No âmbito da OMS cabe ressaltar o programa *Patients for Patient Safety* adotado em 2004, dirigido a estimular o engajamento e o empoderamento de pacientes, familiares e comunidade, através da realização de eventos e atividades globais, com a meta de advogar para que os atores em menção, tenham um papel mais ativo com respeito a seus cuidados em saúde. Nessa linha, o programa visa considerar as suas reivindicações e fomentar parcerias com provedores de serviços de saúde, pesquisadores e responsáveis pelas políticas públicas. O órgão destaca que o engajamento e o empoderamento, fazem parte das cinco estratégias globais da OMS sobre os serviços de saúde centrados no paciente (153).

Consoante o exposto, o acolhimento da iniciativa global da OMS denominada *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente* (154), adotada em 2004, promove o reconhecimento e o compromisso político entre os Estados membros, visando à formulação de políticas e práticas que visem otimizar a segurança do paciente em nível mundial. O objetivo desta *Alianza* é a sistematização de conceitos sobre este tema e a proposição de mecanismos com vistas à redução dos erros; assim, têm sido publicados desafios globais, que incorporam preocupações, tais como, a cirurgia segura (155), entre outras.

No marco desta iniciativa e como resultado da parceria entre a OMS, OPAS e os Ministérios de Saúde da Espanha, Colômbia, Argentina, Costa Rica, México e Peru, tem sido impulsionada a formulação de redes na América-Latina e a execução de múltiplas pesquisas (156), que visam compreender e analisar sistematicamente a produção dos erros e dos eventos adversos nos hospitais da região, bem como, reconhecer as barreiras que impedem realizar a cultura de segurança; este termo

implica o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso e habilidade na gestão da saúde e a segurança da organização. Uma instituição com cultura de segurança do paciente se caracteriza pela comunicação baseada na confiança mútua, compartilhamento de percepções sobre a importância da segurança e a confiança na eficácia das medidas de prevenção dos erros. A cultura de segurança implica que incidentes e falhas sejam percebidos como oportunidades para melhorar a prestação do serviço, e não como um recurso para encontrar responsáveis (152).

Este projeto de investigação em segurança do paciente na América-Latina, visa consolidar-se como um sistema de vigilância que facilite o conhecimento da epidemiologia dos eventos adversos na região, bem como, instigar um movimento político, social e institucional nos países participantes, em torno dos princípios da segurança do paciente, incluindo o tema na agenda política. Este estudo corroborou que as infecções hospitalares se constituem nos eventos adversos mais frequentes e mais graves, seguidos pelos eventos adversos relacionados com procedimentos e cuidados; em contrapartida, os menos prevalentes foram aqueles associados à utilização de fármacos (156).

Por sua vez, o Centro Colaborador da OMS sobre soluções para a segurança do paciente, que conta com a parceria da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* e da *Joint Commission International*, lançou nove soluções específicas, relacionadas com medicamentos de nome e aspectos parecidos, identificação dos pacientes, comunicação durante a transferência do paciente, realização do procedimento correto no lugar do corpo correto, controle das soluções concentradas de eletrólitos, garantia da precisão dos medicamentos nas transições assistenciais, prevenção de erros na conexão de cateteres e tubos, utilização única dos dispositivos de injeção e por fim, melhoria da higiene das mãos para prevenir infecções que afetem à saúde. Estas medidas são de grande utilidade na redução de cifras sobre lesões iatrogênicas no mundo (157).

Outra iniciativa da OMS que merece destaque consiste no desenvolvimento da “*Guía curricular sobre seguridad del paciente*” (158), documento com enfoque multidisciplinar, criado com o escopo de incorporar o ensino sobre segurança do paciente nos currículos educativos dos programas das ciências da saúde, oferecidos pelas instituições acadêmicas. Assim, este guia apresenta conceitos e métodos para auxiliar os docentes no ensino e avaliação deste campo. Ressalte-se que este guia foi produto de um trabalho comum por parte de expertos procedentes de associações profissionais internacionais em medicina, odontologia, farmácia e enfermagem, que apontam para a aprendizagem interdisciplinar do tema (158); (159). A importância deste tipo de iniciativas consiste na conscientização dos estudantes sobre as questões relativas à segurança do paciente.

Como se vê, no nível internacional se registram múltiplas estratégias impulsionadas pela OMS, com o intuito de fomentar o reconhecimento do impacto da segurança do paciente e instigar o desenvolvimento de ações que visem ao seu fortalecimento, compreendendo-a como componente da qualidade, elemento constitutivo do direito à saúde. A seguir, serão revisadas acepções sobre qualidade e segurança do paciente, com ênfase no contexto odontológico.

4.2 CONCEITOS E INICIATIVAS INTERNACIONAIS SOBRE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE NO ÂMBITO ODONTOLÓGICO

Esta seção está subdividida em duas partes, na primeira, tem como propósito desenvolver noções teóricas sobre qualidade e segurança do paciente aplicadas ao campo da saúde buco-dental. Na segunda parte, serão referidas as iniciativas práticas estabelecidas em países tais como, Espanha, Austrália e Finlândia, selecionados em razão do seu maior desenvolvimento no campo da qualidade e segurança do paciente odontológico.

4.2.1 Fundamentos sobre os cuidados odontológicos seguros e de qualidade

As alterações dentárias tratadas sob um modelo de atenção odontológica de baixa qualidade e precariedade técnica, deixam marcas que refletem uma condição bucal desfavorável e que reforça o ciclo do estigma e da discriminação de determinados grupos, perpetuando a sua exclusão social. Assim, sustenta-se que a baixa qualidade no serviço de saúde bucal e as desigualdades sociais têm uma interconexão irrefutável, que reforça a imperiosidade de tratar a saúde bucal como um direito humano (1).

Embora na maioria dos casos, os erros profissionais dos cirurgiões dentistas, não representem risco para a vida dos pacientes, eles impactam negativamente na sua integridade individual e dignidade. Desse modo, é necessário reconhecer a odontologia como um campo teórico, científico e clínico não alheio à proteção dos pacientes, que implica a obrigação ética de assegurar o direito à qualidade do atendimento.

Diante desta necessidade, convém assentar algumas particularidades dos serviços odontológicos que influenciam a escassa evidência na literatura internacional sobre segurança do paciente (160). Esta prática se desenvolve, geralmente, em um âmbito ambulatorio e privado, onde o cirurgião-dentista tem a responsabilidade individual da atenção do paciente; neste contexto, a notificação dos eventos adversos é ocultada com frequência, por conta da repercussão comercial que este poderia ter na consulta privada. No mesmo sentido, registre-se

a diferença do contexto hospitalar, no qual, pela sua estrutura hierarquizada, é mais fácil realizar o seguimento dos sintomas derivados dos possíveis eventos adversos. Nessa linha, a prática odontológica difere da aquela oferecida nos hospitais e clínicas, caracterizando-se por ser menos agressiva (160).

Adicionalmente, há uma dispersão da assistência odontológica que dificulta a coleta dos dados e a execução de campanhas educativas que conseqüentemente, acarreta a falta de cultura sobre a segurança do paciente por parte dos profissionais deste campo do saber (160). Para Pemberton (161), a carência de mortalidade e a baixa morbidade associada aos eventos adversos odontológicos, são fatores que obstaculizam a execução de ações com vistas a melhorar a qualidade e segurança do paciente neste âmbito.

Apesar de tais fatores, os pacientes odontológicos não estão isentos de sofrer eventos adversos e |ou danos, sobretudo quanto aos tratamentos que demandam maior complexidade. Recente estudo observacional na América-Latina sobre notificações voluntárias de eventos adversos, tanto em contextos públicos como privados, detectou duzentas e oito notificações, sendo que a maior frequência foi registrada nas especialidades de cirurgia e endodontia³⁸ (162). De modo similar ao contexto hospitalar, os eventos adversos na odontologia podem ter diferentes características, por exemplo, físicos, psicológicos, morais, econômicos e sociais, portanto, é imprescindível que a prática odontológica se incorpore de forma mais ativa na corrente mundial pela segurança do paciente.

De modo geral, há três situações que podem prejudicar a qualidade da consulta odontológica e que podem resultar, em eventos adversos, quase-incidentes ou | e danos para o paciente. A primeira, trata-se da utilização dos biomateriais dentários; a segunda associa-se com o atendimento odontológico propriamente dito e a terceira, aos fatores externos que impactam tanto na

³⁸ Especialidade da odontologia que trata da morfologia, fisiologia e patologia da polpa dentária e os tecidos peri -radiculares (164).

qualidade como na segurança do paciente odontológico. A seguir será explanado o primeiro aspecto.

Os vertiginosos avanços científicos e tecnológicos da odontologia, caracterizados pela incorporação de biomateriais e técnicas mais sofisticadas, implicam riscos para o paciente, caso não seja executado um rigoroso processamento biológico e controle de qualidade destes elementos e não forem aplicados priorizando o respeito a princípios bioéticos e ao direito à saúde bucal. Isto é, o osso liofilizado de origem animal³⁹, tecido conetivo e osso procedentes de bancos de tecidos, técnicas de colocação de implantes dentários agressivas, cimentos e compósitos dentários (163), constituem-se em exemplos de biomateriais e técnicas que requerem alta qualidade e exigem maior responsabilidade dos profissionais, instituições de saúde, empresas biotecnológicas e Estado na sua aplicação prática.

Frise-se que as controvérsias em torno dos eventos adversos causados pela utilização de biomateriais da odontologia, originaram-se pela constatação da liberação de mercúrio das amalgamas dentárias⁴⁰. É sabido que a exposição, incluso a pequenas quantidades de mercúrio, prejudica a saúde e o desenvolvimento intrauterino (166) e, adicionalmente, origina contaminação ambiental. Neste sentido, a OMS por meio de um comitê de expertos em 2009, recomendou aos países a eliminação gradativa das amalgamas, fomentando a utilização e pesquisa de biomateriais alternativos. Assim a OMS estabeleceu que o mercúrio, é um dos dez produtos químicos que acarretam problemas de saúde pública. Esta recomendação consta no Convenio de Minamata sobre o mercúrio, que regula a extração, utilização e comercialização deste metal⁴¹ (167). Convém

³⁹ De acordo com Berlinger e Garrafa, a mudança na utilização de biomateriais de origem humana para aqueles de origem animal, é uma tendência imposta no futuro, em razão da escassa oferta mundial de osso humano (165).

⁴⁰ Produto para a restauração de cárie que contem cinquenta por cento de mercúrio, em combinação com outros metais como prata, estanho e cobre (167).

⁴¹ Tratado internacional que objetiva proteger a saúde humana e o meio ambiente dos efeitos nocivos do mercúrio; este Convenio insta aos Estados a reduzir a utilização das amalgamas dentárias, entre outras proibições e recomendações de caráter geral.

explicitar que para utilizar um biomaterial dentário com segurança, é imprescindível que se cumpra com as seguintes características; biocompatibilidade, isto é, que não induza respostas biológicas adversas, tais como reações alérgicas ou inflamatórias e que seja bioativo, que consiste na capacidade do biomaterial de se unir ao tecido biológico (123).

Bugarin e Garrafa analisaram a utilização de biomateriais por cirurgiões dentistas especializados na cidade de Brasília, ponderando reflexões bioéticas sobre este tópico. O estudo revelou a extensa aquisição de membrana reabsorvível⁴² e osso liofilizado⁴³ de vendedores autônomos, que não garantem um estrito controle de qualidade na origem e processamento destes elementos. Ademais, demonstrou-se a falta de conhecimentos dos cirurgiões dentistas sobre os riscos dos biomateriais, na medida que, estes profissionais acreditam na sua inexistência e não consideram os biomateriais como medicamentos (168).

Em relação ao status de biomateriais como osso liofilizado e das membranas biológicas com fins odontológicos como medicamentos, cabe aludir que, segundo a Agência Europeia de Medicamentos (169), um medicamento de terapia avançada, é baseado nos resultados da biotecnologia celular e molecular, incluindo a terapia genica, a terapia celular e a engenharia de tecidos; conseqüentemente, os biomateriais em menção, estão incluídos neste tipo de medicamentos. Pela complexidade dos processos farmacológicos, imunológicos e metabólicos e suas repercussões na segurança do paciente, estes produtos não são considerados medicamentos convencionais, assim demandam regulação específica, tal como

⁴² As membranas reabsorvíveis e não reabsorvíveis são materiais utilizados nas técnicas de regeneração tecidual guiada e de regeneração óssea guiada, desenvolvidas nos últimos trinta anos. Essa técnica baseia-se no conceito de osteopromoção que se refere ao uso de uma barreira física com o intuito de impedir a migração de células indesejáveis oriundas dos tecidos conjuntivo e epitelial, viabilizando a formação óssea (170).

⁴³ Vários tipos de enxertos ósseos são disponíveis para o uso em cirurgia periodontal e bucal maxillofacial; o osso liofilizado é um tipo de enxerto alogênico, isto é, é obtido de outro indivíduo da mesma espécie e para sua utilização que deve ser submetido a processamentos para reduzir sua antigenidade ou capacidade para produzir doença. (171).

estabelecido no Regulamento (CE) 1394/2007 (172), na Diretiva 2009/120/CE (173) e na Diretiva 2004/23/CE, da União Europeia (174).

Por outro lado, os eventos adversos e os danos derivados do atendimento odontológico propriamente dito, abrangem fragilidades na comunicação profissional-paciente, erros na prescrição de medicamentos, reação adversa ao fármaco prescrito, quedas de pacientes durante a assistência odontológica, cortes e queimaduras na boca ou na face, ruptura de agulhas durante a colocação de anestesia, passo de implantes dentários⁴⁴ ao seio maxilar, e por fim, ingestão ou aspiração de instrumentos ou biomateriais odontológicos (160).

No que tange aos fatores externos que impactam tanto na qualidade como na segurança do paciente odontológico, devem-se aludir três principais (175); o primeiro é a publicidade; isto é estratégias agressivas de marketing, infundem falsas expectativas nos pacientes sobre tratamentos estéticos, comprometendo-se a alcançar resultados mais rápidos por um baixo custo, logo, desencadeiam perda de um ou vários dentes e, em casos mais extremos, deformidades faciais irreparáveis (176).

O segundo fator externo que influencia a qualidade dos serviços odontológicos e a segurança do paciente, é a oferta crescente de profissionais da odontologia⁴⁵, situação que se vivencia em países como Portugal (177), Espanha (178), Colômbia (178) e Brasil (179). O alto número de profissionais não significa melhor qualidade e acesso aos cuidados sanitários, porque “a pesar da abundância na mão de obra, grande parte da população continua desassistida” (p.1) (179); características tais como, distribuição geográfica, perfil de atitudes dos profissionais e produtividade, são determinantes na eficácia dos cuidados odontológicos, a qual, é componente da qualidade.

⁴⁴ Dispositivo médico a base de titânio, que se coloca no osso maxilar visando a substituição dos dentes perdidos. O implante serve de ancoragem de diferentes tipos de próteses dentárias fixas ou removíveis (181).

⁴⁵ Este fato está associado ao aumento da oferta educativa neste campo do conhecimento, especialmente no setor privado (178).

O terceiro aspecto externo que toca a qualidade e segurança do paciente, é o exercício ilegal da odontologia, prática reconhecida com o nome de intrusismo (180), caracterizada como um fenômeno com repercussão social, que é agravado pela falta de regulamentação das atividades profissionais, especialidades e subespecialidades. Cabe esclarecer que tanto na odontologia, como na medicina se evidenciam condutas intrusas por parte de pessoas que não são profissionais legalmente acreditados, gerando danos irreparáveis a saúde do paciente (180).

Note-se a ampla diversidade de fatores que exigem um estrito controle de medidas de segurança em odontologia e que envolvem situações complexas e multidimensionais em todas as etapas do serviço em saúde bucal, particularmente, no diagnóstico, planejamento e execução do tratamento das enfermidades.

Sendo assim, no próximo item serão apresentadas estratégias internacionais em torno deste tema, emanadas por profissionais da odontologia.

4.2.2 Iniciativas no mundo sobre qualidade e segurança do paciente odontológico

Recente revisão sistemática da literatura, executada na Inglaterra sobre a efetividade de ferramentas para melhorar a segurança do paciente odontológico, revelou que este é um campo de escassa evidência disponível, portanto, reforça a necessidade de executar pesquisas adicionais que determinem, principalmente, as suas bases epidemiológicas, com vistas a estabelecer se, a segurança do paciente é uma problemática para a odontologia ou não. Igualmente, constatou o precário entendimento acerca da perspectiva do paciente sobre este assunto (161), fato contrário aos fundamentos do direito à saúde, na medida em que, o acesso a informações e educação faz parte integral deste direito (6). Neste sentido, tem sido demonstrado que pacientes e seus familiares são capazes de identificar situações potenciais de dano durante a consulta odontológica, que provavelmente não sejam reconhecidas pelo profissional e seu assistente (182).

O Conselho de Dentistas Europeus⁴⁶, promulgou em 2008 uma Resolução sobre a segurança do paciente, documento que reconhece o compromisso da profissão odontológica em oferecer cuidados em saúde bucal seguros, os quais, são necessários para garantir a boa saúde geral. Ainda, o documento salienta que, a qualidade não pode ser alcançada mediante sanções externas, mas sim, obtida a partir de medidas internas que melhorem a segurança do paciente. Neste documento se expõe que nos Estados membros da União Europeia, os profissionais da odontologia têm implementado ações para aprimorar a qualidade. Estas ações englobam, fomento da capacitação permanente dos profissionais, desenvolvimento de mecanismos para o reporte de eventos adversos e erros e, por fim, garantia do cumprimento das Leis sobre gestão de resíduos e o controle da infecção (183).

Na busca por iniciativas no mundo empreendidas em prol da segurança do paciente odontológico, verificou-se que a Espanha é um país que já iniciou algumas ações fundamentadas na perspectiva da *International Patient Safety Classification* da OMS, aplicadas ao âmbito da saúde bucal, por meio do *Observatorio Español para la Seguridad del Paciente Odontológico (OESPO)*, criado com o apoio do *Consejo General de Odontólogos y Estomatólogos de España* e da *Universidad Complutense de Madrid*. Esta instância, visa ao reconhecimento real dos eventos adversos que permeiam a consulta odontológica neste país e tem como escopo analisar as formas em que podem ser prevenidos e limitar suas consequências. Para tanto, foi desenvolvida e implementada uma ferramenta *online* para notificação de eventos adversos, alertas sanitários relacionados à odontologia e, ademais, disponibiliza informações sobre segurança do paciente odontológico (150).

Por outro lado, na Austrália também foram executadas ações sobre qualidade e segurança dos pacientes na odontologia. Este país conta com uma Comissão de Segurança e Qualidade em Cuidados em Saúde (184), que consiste em uma agência governamental que lida e coordena estratégias nacionais. Esta Comissão tem o objetivo apoiar os profissionais da saúde bucal, as organizações

⁴⁶ Instância que atua como enlace dos Estados Membros para facilitar o intercâmbio de conhecimentos e experiências em segurança do paciente e para recomendar ações correspondentes (183).

deste âmbito e os responsáveis pelas políticas, assim, publicou guias para apoiar as práticas e serviços odontológicos.

Neste país foi realizado estudo com pacientes odontológicos que pontuaram aspectos que impactam na percepção de qualidade do serviço, entre elas, menciona-se o manejo da ansiedade e medos do paciente pelo profissional e sua equipe, conveniência na prestação do serviço e envolvimento do paciente na execução dos tratamentos (185). Ainda, cabe salientar que neste país desenvolveu-se o Marco Australiano sobre Educação em Segurança do Paciente (APSEF), criado em 2005, com o objetivo de assessorar às pessoas e organizações na execução de programas curriculares e cursos de capacitação. De fato, a OMS tomou como base este Marco para desenvolver seu Guia Curricular de Segurança do Paciente, referido no começo deste Capítulo.

No que diz respeito à Finlândia, trabalho doutoral recente, informa a alta prevalência de eventos adversos na odontologia; no país têm sido implementados diversos métodos para salvaguardar a segurança dos pacientes. Esta pesquisa realça a imperiosidade de fortalecer e expandir a cultura de segurança na saúde bucal, que incorpore melhores sistemas de notificação e enfatize a aprendizagem a partir dos eventos adversos. (186). Neste país, foi implementado desde 2007 o sistema de notificação para segurança do paciente, de natureza voluntária e anônima, não obstante, há evidencia de sua escassa utilização por parte dos cirurgiões dentistas (186).

Além destas iniciativas internacionais em torno da segurança do paciente odontológico, constatou-se a existência de *check-list* e comunicados promovidos desde a academia, sociedades e organizações de profissionais especializados, por exemplo, a *American Association of Endodontics* (187), *British Committee for Standards in Haematology* (188), *American Academy of Pediatric Dentistry* (189), *American Dental Association* (190), (191) e a *World Dental Federation* (192).

Levando em consideração estes fundamentos e atividades, a seguir será apresentado o documento visão 20-20 adotado pela FDI, com o objeto de analisar o seu entendimento da qualidade e da segurança do paciente.

4.3 VISION 2020: *DELINEAR EL FUTURO DE LA SALUD BUCAL*

Prévia à apresentação do documento objeto de análise, é necessário explanar que a FDI, foi criada em 1900 em Paris, e representa globalmente à profissão odontológica frente a organizações intergovernamentais, governamentais e voluntárias (20). Os seus objetivos, são recrutar associações dentais nacionais, como seus membros associados, bem como, a maioria das associações dentais internacionais. Igualmente, estimula o intercâmbio de informações por meio dos países, orientadas a melhorar a saúde bucal das pessoas e, finalmente, desenvolve e adota programas proativos que facilitem o progresso dos cuidados em saúde bucal (20), (21).

Assim, a FDI é o principal corpo representativo global dos cirurgiões dentistas, que desenvolve políticas e educação continuada e outras estratégias vinculadas ao progresso da ciência odontológica e dos cuidados em saúde bucal.

Conforme estas afirmações, é possível compreender a FDI como uma instância que apresenta competência para tratar questões do campo da bioética e do direito à saúde bucal. A FDI proporciona espaço para o debate científico de temas odontológicos, mas também, facilita a discussão de tópicos que tocam à Bioética, no marco do Congresso Dental Mundial, realizado anualmente (193). Neste evento, se promove o Foro Mundial da Saúde Bucal e durante suas sessões são tratados tópicos globais relacionados com o futuro da saúde buco-dental, que são relevantes para os dentistas, mas também para a sociedade em geral (193).

Na mesma linha, a competência da FDI como autoridade da saúde buco-dental, se reflete no resumo no documento "*Visión 2020, delinear el futuro de la salud bucal*", a ser analisado na presente tese. Esta diretriz explica que, os desafios a serem enfrentados pelos cirurgiões dentistas são a desigualdade persistente em saúde buco dental, a falta de acesso aos cuidados odontológicos, a inacessibilidade econômica aos tratamentos, o crescimento e envelhecimento

populacional, a migração da força do trabalho, o turismo odontológico⁴⁷, emergência de novos modelos educativos, câmbios na distribuição das tarefas entre os membros da equipe odontológica, processos legislativos relativos a biomateriais perigosos⁴⁸, e por fim, a utilização de tecnologias da informação e da comunicação na profissão. Todos estes tópicos englobam desdobramentos para a Bioética e tocam a materialização do direito à saúde bucal, pois aludem diretamente aos seus elementos constitutivos, às questões sociais e obrigações do Estado imprescindíveis para alcançar este direito (25).

Ainda, cabe apontar que a FDI é uma instância participante do processo para alcançar a qualidade. De acordo com a OMS, para avançar no melhoramento da qualidade em saúde é conveniente aplicar um processo cíclico, compreendido por três categorias; análise, estratégia e implementação (134). Cada categoria está conformada por diferentes atores e atividades. A categoria da análise, engloba a participação de líderes políticos e comunitários, pacientes, organizações que oferecem cuidados em saúde, corpos regulamentários, responsáveis pela qualidade dentro dos Ministérios da Saúde e corpos representativos dos trabalhadores da saúde. A FDI representa este último tipo de organização, no âmbito da odontologia e portanto, ela tem responsabilidade no aperfeiçoamento da qualidade destas práticas no nível global.

No tocante à criação do documento “Visión 2020”, registre-se que foi elaborado após Assembleia Geral da FDI no México em 2011, em razão da

⁴⁷ O turismo de saúde é o processo no qual as pessoas viajam fora de seu lugar de residência, com o objetivo de receber serviços de saúde e bem-estar. Cabe explicar que não são turistas de saúde aquelas pessoas que recebem serviços de saúde durante a sua estadia em determinado país, se sua viagem não foi motivada pela busca de tais serviços. (194).

O turismo odontológico é uma vertente do turismo de saúde, popularizado como alternativa para a atenção dos pacientes; tem sido categorizado pela Associação Dental Americana como um sintoma de um menor acesso aos cuidados em saúde bucal, bem como, indicador do maior custo dos planos odontológicos. Neste contexto, é questionável a qualidade da atenção dental proporcionada em outros países (195).

⁴⁸ Este desafio abrange a segurança do paciente, no sentido que a falta de vigilância estatal na aplicação de determinados biomateriais utilizados na odontologia, por exemplo, a amalgama dentária, pode gerar riscos e/ou danos para a saúde do paciente.

constatação de que a profissão odontológica carecia de uma visão abrangente a longo prazo dos principais desafios que enfrenta a saúde bucal e de orientação sobre a forma como os profissionais podem contribuir significativamente na melhoria da saúde bucal mundial na próxima década. A elaboração deste instrumento foi norteada por equipe de trabalho com representação equilibrada das esferas acadêmica, investigativa, educativa, odontológica, governamental e industrial, com o objetivo de fomentar um debate democrático dos temas (25).

O seu prefácio ressalta o que é o documento e o que não é; assim, “*Visión 2020*” é uma diretriz que assenta as bases de um novo modelo de atenção buco dental dirigido aos profissionais deste campo; assim, por se tratar de uma “visão”, suscita aspirações e é fonte de inspiração. Para a materialização desta visão, o documento expõe cinco áreas prioritárias⁴⁹, demarcadas como os pilares do novo modelo de atendimento odontológico. Explicita se que, “*Visión 2020*” não está destinado a ser operativo; quer dizer, estabelece orientações, mas não proporciona estratégias específicas, enfoques táticos ou ferramentas de ação, em razão de que estes elementos dependem das necessidades e circunstâncias locais (25).

A seleção deste documento se justifica em que “*Visión 2020*” contém uma perspectiva de futuro sobre a profissão odontológica e a sua contribuição para o melhoramento da saúde bucal global, isto é, aponta caminhos que precisam ser explorados e discutidos. Nessa linha, constitui se em um guia de longo prazo dos principais desafios que enfrenta a saúde buco dental e fornece uma orientação sobre as possíveis soluções. Cabe destacar que este documento é dirigido aos profissionais da odontologia, com o intuito de delimitar as suas contribuições para o aperfeiçoamento da saúde bucal global na próxima década (25).

A análise dos discursos deste documento, permitirá a aproximação à compreensão da FDI sobre a qualidade no contexto dos serviços, bens e

⁴⁹ Nomeadamente são i. Satisfazer a crescente necessidade e demanda de atendimento odontológico; ii. Ampliar o papel dos profissionais da odontologia; iii. Forjar um modelo educativo atento às necessidades; iv. Atenuar os impactos da dinâmica socioeconômica; v. Fomentar a tecnologia e a investigação básica e translacional.

instalações odontológicas e sobre a segurança do paciente, os desafios nestes campos e o seu enfrentamento.

4.3.1 Exercício analítico documental

4.3.1.1. Satisfação das necessidades e demandas: intersecção com a qualidade e segurança do paciente

A primeira área prioritária proposta em “*Visión 2020*”, intitulada “satisfazer a crescente necessidade e demanda do atendimento odontológico”, apresenta o ponto de partida em relação às necessidades de atenção buco dental no mundo, ocasionadas pelo crescimento, envelhecimento populacional e influência dos meios de comunicação massiva. Nesta passagem foi identificada a primeira alusão à qualidade da atenção odontológica, expressa nestes termos

Adicionalmente, o aumento gradativo da consciência, bem como, a exposição do sorriso perfeito, a través dos meios de comunicação massiva, acarretou aumento da demanda de atenção odontológica de alta qualidade. Atualmente não estão cobertas nem as necessidades nem a demanda a escala mundial, despeito do fato de que a saúde buco dental é um direito básico e sua contribuição a uma boa qualidade de vida e à saúde geral é fundamental (p.9) (25).

Igualmente, foi apontada a qualidade como parte integrante das demandas em saúde bucal e explicita-se que este requerimento não está sendo alcançado, apesar da consideração da saúde bucal como direito humano. Observa-se que, não são detalhadas as características do atendimento odontológico qualificado, nem quais dimensões da qualidade estão sendo mais prejudicadas neste campo da saúde. Acrescente-se que, a FDI destaca a garantia da qualidade dos cuidados em saúde bucal, mas não estende esta exigência, aos estabelecimentos, bens e serviços odontológicos, assim como, aos determinantes sociais da saúde bucal. Por esta razão, interpreta-se que neste enunciado, a qualidade é abordada de forma incompleta.

Esta interpretação se justifica no fato de que não foi abordada a problemática dos eventos adversos e erros humanos ocasionados pela carga de trabalho excessiva dos profissionais da saúde. Esta associação intrínseca tem sido estudada em profissionais da medicina, enfermagem, psicologia e odontologia (196). A carga de trabalho excessiva é representada por horários laborais extensos, jornadas duplas e empregos múltiplos; além destes fatores, também são envolvidas precárias condições laborais, tais como salários baixos, alta complexidade do trabalho e escassa participação nas decisões laborais (197). Este conjunto de situações prejudicam a qualidade do serviço prestado e é determinante na segurança do paciente.

Conseqüentemente, revela-se nesta primeira categoria de análise, um enfoque centrado predominantemente na qualidade da capacitação profissional, sem aprofundá-la na sua totalidade.

4.3.1.2. Profissionais da odontologia e seu dever de realizar o direito à saúde bucal com qualidade

Esta categoria reforça a ideia sobre a interface indiscutível entre a saúde geral e a saúde bucal, embasada no compartilhamento dos fatores de risco, já explanada no Capítulo anterior. Nessa linha, o documento em exame realça o trabalho liderado pela OMS, a partir de 2002, com vistas a fomentar a integração da prevenção e promoção das doenças bucais e às estratégias sobre doenças crônicas. Na perspectiva da FDI, o reconhecimento desta interface em nível global, implica oportunidades para os profissionais da odontologia, tal como se apresenta no seguinte parágrafo

O crescente reconhecimento de que a saúde buco dental cumpre uma função crucial na saúde geral e na qualidade de vida representa, para nossa profissão, uma série de oportunidades únicas para desempenhar um papel central na educação do paciente e prevenção da morbidade; para fortalecer nossa integração no sistema sanitário global; para acrescentar o reconhecimento de nossa competência

clínica e para assumir chefia mais ampla de todos os membros da equipe odontológica, sob nossa direção e assessoramento. (p.13) (25).

Tendo como escopo identificar os sentidos relacionados à qualidade e segurança do paciente, ressalta-se a afirmação sobre a ampliação do reconhecimento da competência clínica dos profissionais. Esta acepção se entrelaça com a qualidade, destacando a capacitação dos cirurgiões dentistas, necessária para contribuir com a detecção, diagnóstico e controle das enfermidades não transmissíveis, promovendo assim, a efetividade dos programas de prevenção primária e secundária destas doenças. A adequada formação acadêmica dos cirurgiões dentistas facilita a integração com outros profissionais e com o sistema de saúde como um todo, em razão da colaboração permanente requerida no monitoramento dos pacientes. Igualmente, os cirurgiões dentistas corretamente qualificados, assumem a responsabilidade de supervisionar o trabalho da equipe odontológica, conformada por assistentes, técnicos em saúde bucal e técnicos de laboratório dental.

Não obstante, no enunciado apresentado se verifica a ênfase na capacitação profissional, sem aludir que dita formação, beneficiará o paciente e sua segurança durante o atendimento odontológico; isto é, não se refere ao fato de que o apropriado treinamento profissional, acarretará minimização dos riscos e danos para o paciente, demonstrando assim, que o enfoque da FDI plasmado nesta área proposta não tem como pilar os direitos humanos⁵⁰.

Para melhor entender esta afirmação, cabe aludir os aspectos sobre o tratamento odontológico do paciente sistemicamente comprometido, na medida em que este, implica planejamento da consulta, norteado por condutas éticas dirigidas

⁵⁰ A pesar das reiteradas menções ao direito à saúde bucal e aos determinantes sociais no documento em análise, a falta da abordagem nos direitos humanos, se reflete na orientação das áreas prioritárias ao profissional da odontologia, já apresentadas.

a garantir a sua segurança e minimizar os riscos e danos do paciente. É o caso do paciente cardiopata, que por sua condição, requer não somente trabalho colaborativo entre médico e cirurgião dentista, mas também, que este último, esteja em capacidade de realizar uma completa anamnese⁵¹, avaliar sinais vitais, prescrever anestésicos e medicamentos, em consonância com a enfermidade do paciente para assim, evitar interações indesejáveis. Acrescente-se que, o profissional da odontologia deve estar preparado para procedimentos emergenciais, tais como ressuscitação cardiopulmonar e administração de oxigênio ao paciente, bem como, dominar métodos para o controle da ansiedade dos pacientes cardiopatas (198); (199).

A garantia de um tratamento buco-dental seguro e qualificado também se aplica aos pacientes diabéticos, hipertensos, bem como, aqueles vivendo com HIV-AIDS, sob o tratamento do câncer e mulheres grávidas. Neste sentido, é recomendável que a FDI considere a capacitação profissional vinculada ao tratamento odontológico do paciente sistemicamente comprometido, como um componente para atingir uma prática odontológica qualificada e segura, fundamentada nos direitos humanos.

Como visto, a interface entre a saúde bucal e a saúde geral, está diretamente associada ao enfoque fundamentado nos direitos humanos e conseqüentemente, à realização do direito à saúde bucal, no entanto, o documento em exame, cinge-se às oportunidades para o cirurgião dentista, como ator central, em contrapartida, o paciente e o seu direito à proteção e segurança, não são apontados.

⁵¹ Os seus objetivos são avaliar o paciente quanto o seu estado atual de saúde geral, verificar fatores de risco associados a doenças sistêmicas e obter informações sobre o grau de controle da doença (198).

4.3.1.3. Enfrentamento dos determinantes sociais nos modelos de formação odontológica: omissão à educação em segurança do paciente

Na terceira área prioritária proposta se alude à separação da odontologia da medicina, particularmente, no contexto do ensino destas ciências, situação de caráter histórico que teve lugar em nível global. Inicialmente, são explicitados os dois modelos de ensino odontológicos, que variam em consonância com a percepção da odontologia, que pode ser considerada uma disciplina autônoma ou uma especialidade da medicina. No seguinte enunciado, é expressa a preocupação em torno aos pilares da formação odontológica.

(...) a formação e treinamento odontológicos são centrados, de maneira desproporcionada, nos cuidados restauradores, descuidando a promoção da saúde, prevenção de enfermidades e a saúde pública. Além, se geram novos conhecimentos e tecnologias a ritmo acelerado e crescente em áreas como a mecânica e biofísica do tecido conjuntivo, engenharia de tecidos, biotecnologia e engenharia molecular, informática e biomateriais, com o potencial de transformar a atenção buco dental. Não obstante, até hoje, a integração destes conhecimentos e tecnologias à educação odontológica tem sido muito lenta (p.15) (25).

Efetivamente, condições de vida precárias, implicam falta de acesso ao atendimento de boa qualidade e às novas tecnologias em tratamentos dentários, fato que amplifica as desigualdades em saúde. Sendo assim, contar com maior grau de escolaridade e/ou maiores ingressos financeiros, aumenta a probabilidade de obter serviços odontológicos de melhor qualidade e ter sucesso no tratamento, revelando-se a dimensão elitista deste tipo de tratamentos, constatada na afirmação da OMS, sobre a categorização das enfermidades buco dentais como a quarta patologia mais cara de tratar no nível mundial (24). Diante este cenário, se justifica a adequada formação dos cirurgiões dentistas em temas relativos à saúde pública.

Levando em conta a preocupação da FDI sobre os modelos educativos odontológicos e sua escassa consideração da saúde pública nos currículos universitários, cabe expor o caminho apontado por esta instância internacional

(...) considerando a necessidade de enfrentar os determinantes sociais da saúde buco dental, cremos que há sólidas razões para reforçar a orientação à saúde pública na formação odontológica, com vistas a ampliar a perspectiva dos estudantes e prepará-los para coordenar estratégias de promoção da saúde e prevenção da morbidade. Igualmente, estamos convencidos de que é fundamental apoiar a formação trans-profesional, como um esforço para romper a divisão entre os profissionais, si se deseja aportar uma resposta adequada aos chamados da OMS e da ONU, a favor da prevenção integrada de enfermidades, especialmente, em relação às doenças não transmissíveis (p.16) (25).

Observa-se a alusão explícita a educar os profissionais da odontologia para o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde bucal, que se coaduna com a perspectiva ampliada do direito à saúde bucal, proposta pelo CDESC. Não obstante, a abordagem da FDI sobre a formação profissional com vistas ao novo modelo de educativo em odontologia, não se refere à educação em segurança do paciente, a despeito do trabalho empreendido pela OMS para a incorporação deste tema nos currículos desta e outras profissões da saúde (158), (159), tal como registrado no começo deste Capítulo.

4.3.1.4. Políticas em saúde bucal e o elemento da qualidade

Esta seção problematiza que a conjuntura socioeconômica dos países tem impacto nos recursos e políticas da saúde buco dental. Sendo assim, diante das adversidades econômicas, os recursos destinados a este campo da saúde, são orientados a outras áreas e doenças nas quais, a falta de tratamento gera consequências em termos de mortalidade. Em contrapartida, em etapas de recuperação econômica se produz um incremento na demanda de cuidados odontológicos. Esclarece que para a FDI, é imprescindível que a profissão odontológica garanta uma sustentabilidade em longo prazo, durante as diferentes etapas da economia, para que a população consiga acessar tal tipo de serviços de saúde. Para tanto, o órgão aponta para o enfoque colaborativo e integrado da profissão odontológica com outros setores, conforme expresso nos seguintes enunciados

Nossa visão de aqui a 2020 aspira a que a colaboração e cooperação entre o setor público e privado tenha desembocado na inclusão da saúde buco dental em todas as políticas e na criação de novos modelos de atenção buco dental (...) (p.19) (25).

(...) estamos convencidos de que advogar em prol da saúde buco dental em todas as políticas ajudará a acrescentar a conscientização e a alfabetização informacional da população em matéria de saúde buco dental, promovendo uma demanda da comunidade por um melhor acesso aos serviços de atenção odontológica. (p.19) (25)

Nestes dois parágrafos se evoca à incorporação da saúde bucal nas políticas públicas, com o intuito de fortalecer o posicionamento da odontologia em relação a outras áreas da saúde, o qual, favorecerá o elemento da acessibilidade, especificamente, a sua dimensão relacionada a informações; adicionalmente, a

adoção das políticas de saúde bucal integram o dever estatal de realizar o direito à saúde, tal como estabelecido no Comentário Geral n. 14. No entanto, o documento da FDI, não alude que a incorporação da saúde bucal nas políticas públicas, também influencia o elemento da qualidade, especialmente a sua dimensão da segurança do paciente.

Tal como explanado no começo deste Capítulo, há motivos econômicos para fortalecer a qualidade dos serviços e cuidados odontológicos, representados na fidelização de pacientes antigos e obtenção de novos pacientes na consulta. Ademais, a adoção de medidas públicas para a segurança do paciente, diminui a aparição de eventos adversos e, por sua vez, reduz o número de indenizações que se devem pagar aos pacientes prejudicados pelos erros do cirurgião dentista (160).

Com efeito, a colaboração entre setores público e privado para a inclusão da saúde bucal nas políticas públicas, suscita o melhoramento da segurança do paciente e da qualidade dos cuidados odontológicos, particularmente, em relação ao controle estatal sobre os medicamentos prescritos neste campo, a implementação de ferramentas informáticas nacionais para a notificação dos eventos adversos e danos, vigilância da produção e comercialização dos biomateriais dentários e controle na manutenção de instrumental e equipes odontológicas. No entanto, na visão da FDI, somente se considera o elemento da acessibilidade.

Cumprе ressaltar que, uma dimensão da acessibilidade que foi realçada nesta área prioritária, foi a econômica, tal como referido na seguinte passagem

Creemos que é necessário fomentar a cooperação entre o setor público e privado para garantir o direito ao acesso universal da atenção buco dental, independentemente da situação financeira individual. Levando em conta isto, temos que advogar a favor da inclusão dos cuidados

odontológicos nos seguros de saúde das empresas e em todas as atividades de promoção da saúde (p.19) (25).

Constata-se assim, que se dá prioridade à acessibilidade, sem problematizar os impactos das políticas públicas e da economia em outros elementos do direito à saúde bucal, que possuem igual importância para a sua garantia. É sabido que o controle da qualidade dos produtos e serviços disponibilizados para a população é uma preocupação ética no âmbito global, na medida em que, os biomateriais dentários apresentam riscos e benefícios para o paciente, exigindo uma avaliação rigorosa por parte das autoridades sanitárias e dos profissionais da odontologia. A FDI como instância representativa dos cirurgiões dentistas ao nível internacional, deve orientar o agir destes profissionais à satisfação do direito à saúde bucal, particularmente, assegurar o controle de qualidade sobre a origem dos biomateriais utilizados.

4.3.1.5. Prática odontológica, biossegurança e segurança do paciente

Nesta categoria reforça-se a luta contra desigualdades em saúde bucal, no sentido que, os avanços na pesquisa odontológica, são maioritariamente orientados a inovadores tratamentos, inacessíveis em muitas regiões do mundo, em detrimento da investigação dirigida à prevenção eficaz da morbidade buco dental, da compreensão dos determinantes sociais da saúde bucal e da integração da prática odontológica em programas que visem reduzir a carga global das enfermidades não transmissíveis.

Igualmente, se problematiza que esta evolução na pesquisa odontológica, tem sido isolada das correntes de pensamento em medicina, assim, não conectadas com questões ambientais e políticas que impactam na atenção buco dental. Esta asserção se apresenta nos seguintes termos

(...) os problemas meio ambientais figuram entre as prioridades das agendas dos organismos nacionais e internacionais, e as instituições internacionais que se ocupam da proteção ambiental tendem, cada vez mais a

considerar os produtos e materiais dentários como perigosos. Se estima que os resíduos de amalgama produzidos pelo setor odontológico representam menos de 1% da quantidade total de mercúrio eliminado anualmente ao meio ambiente (...) tem muita pressão para proibir a sua utilização nas restaurações dentárias (p.21) (25).

Assim, expõe-se especificamente o caso das controvérsias sobre a utilização da amalgama dentária, as incertezas sobre os seus impactos na saúde pública e as consequências ambientais decorrentes da inadequada eliminação deste material. Além do dano ecológico ocasionado pelo mercúrio, é sabido que na prática odontológica há outros processos que podem prejudicar o meio ambiente, tais como, métodos de controle da infecção e esterilização⁵², utilização de raios X⁵³ e desperdício da água através dos sistemas odontológicos de aspiração⁵⁴. Assim, novos produtos para a prática odontológica estão sendo desenvolvidos, no marco do denominado “modelo de odontologia verde”, reconhecida abordagem de alta tecnologia com vistas a reduzir o impacto ambiental das práticas odontológicas (200). Constata-se que neste parágrafo, a FDI alude pontualmente à biossegurança, mas não, à segurança do paciente, focando essencialmente na proteção do meio ambiente, sem referir a garantia das práticas que minimizem riscos e danos para o paciente. Assim, demonstra-se que o enfoque deste enunciado, não é centrado no paciente nem seu direito à atenção odontológica segura.

O documento em análise, posiciona-se a favor do trabalho conjunto com agências que lidam com aspectos da biossegurança associadas à saúde bucal e destaca a necessidade de que a odontologia assuma compromissos políticos ante instituições estatais e indústrias biotecnológicas, a favor da implementação de

⁵² Produtos químicos utilizados para estes fins são perigosos e são considerados fonte de contaminação. (200).

⁵³ Geram toxicidade química, gerada a partir dos produtos utilizados na toma de raios X convencionais; portanto, é incentivada a utilização das imagens digitais (200).

⁵⁴ Se estima que um consultório odontológico utiliza cinquenta e sete galões de água por ano (200).

normas de fabricação ambientalmente seguras. A segurança do paciente é expressa como objetivo a ser alcançado, tal como aclamado na seguinte passagem

(...) diante da crescente importância das políticas externas que tem como objeto a tecnologia e materiais dentários com vistas a avaliar sua sustentabilidade e segurança, temos que adotar um enfoque proativo, desenvolvendo uma agenda de investigação que nos permita (...) preconizar eficazmente medidas destinadas a melhorar a saúde buco dental e garantir a segurança do paciente de forma oportuna e construtiva. Isto oferece a nossa profissão uma oportunidade única de assumir um papel central nas atividades políticas (...) a favor da implementação de normas de fabricação meio ambientalmente seguras, não só no nível da indústria dental, mas também, na prática odontológica (p.22) (25).

Desse modo, a utilização dos biomateriais seguros é repisada enfaticamente pela FDI, ressaltando a falta de consciência dos cirurgiões dentistas, em torno das questões ambientais que impactam nos cuidados odontológicos. Assim, defende a pesquisa científica e utilização proativa e inovadora dos biomateriais e tecnologias disponíveis junto à adoção de *standards* de fabricação e normas dentais e ambientais internacionais seguras.

Entretanto, a FDI não trata da obrigação estatal de proteger o direito à saúde, evidente na vigilância da produção e da comercialização dos biomateriais dentários por parte da indústria biotecnológica. Com efeito, importa à FDI, como órgão consolidado da odontologia no âmbito global e relacionado oficialmente com a OMS, reforçar este tipo de dever, a fim de fomentar a proteção dos pacientes na odontologia. Igualmente, ressalte-se que a utilização segura de biomateriais e tecnologias seguras com o meio ambiente, devem ser distribuídas equitativamente para toda a sociedade; esta obrigação se configura como um dever essencial, estabelecido no Comentário Geral n.14 de 2000 (6).

Um último enunciado a ser destacado, tem a ver com a qualidade da prática clínica odontológica, expressa nos seguintes termos

A e-saúde (saúde virtual ou eletrônica) implica a utilização da internet e tecnologias da indústria odontológica para otimizar o acesso, a eficiência, a eficácia e a qualidade dos processos clínicos e de trabalho (...), com vistas a melhorar o estado de saúde dos pacientes (p.23) (25).

Neste sentido, a FDI advoga a utilização das tecnologias da informação e da comunicação, de acordo com os últimos avanços, para serem aplicados no fornecimento dos serviços odontológicos de qualidade. Em relação a esta temática, importa lembrar que a utilização de tecnologias mais avançadas, bem como, o aumento dos gastos em saúde pelos Estados, não necessariamente resulta no aperfeiçoamento da qualidade (201); de acordo com a OECD, o aumento dos conhecimentos dos profissionais da saúde e os avanços da tecnologia, fazem que “a avaliação da qualidade seja mais difícil” (p.4) (202), assim, as novas possibilidades tecnológicas e a fragmentação dos cuidados em saúde, apontam no sentido de que, a avaliação da qualidade destes serviços seja importante, especialmente, por três razões; primeira, promover a prestação de contas⁵⁵, segundo, informar o efetivo desenvolvimento das políticas e terceiro, orientar aos provedores de serviços de saúde para que aprendam de outros (202).

Concluindo, o exame do documento “Visão 2020 da FDI” comprovou que a perspectiva deste órgão sobre a segurança do paciente e a qualidade dos serviços, bens e instalações odontológicas não é suficientemente aprofundada, sendo que, o seu núcleo é o papel do profissional da odontologia, fato demarcado nas cinco áreas prioritárias de trabalho. Embora o texto realce em várias ocasiões os determinantes sociais da saúde bucal e traga a necessidade de desenvolver um novo modelo de atenção odontológica, fundamentado no direito à saúde bucal, o conteúdo destas

⁵⁵ Também denominada *accountability*, reconhecido como elemento chave do enfoque baseado nos direitos humanos aplicados a saúde (202)

áreas prioritárias não estabelece o paciente como centro dos desafios a serem enfrentados.

Cabe refletir sobre a alusão fragmentada dos elementos do direito à saúde no documento analisado. Verificou-se que cada área prioritária realça um determinado elemento, por exemplo, a primeira, a terceira e a quarta área propostas, destacam a disponibilidade dos profissionais e a acessibilidade, particularmente, a acessibilidade geográfica, econômica e informacional. Por sua vez, a segunda e a quinta área se enfocam no elemento da qualidade. Portanto, constatou-se que os quatro elementos do direito à saúde não foram conjugados em cada área prioritária, opondo-se à inter-relação destes elementos proposta no Comentário Geral n.14 de 2000.

No que tange às obrigações estatais importa destacar que todos os desafios a serem enfrentados pela profissão odontológica, requerem a intervenção estatal, em razão de que tratam temáticas que interessam ao coletivo e que potencialmente, podem prejudicar o disfrute do direito à saúde bucal. Porém, no documento em análise, ditos deveres não são referidos, destacando somente as orientações dirigidas aos profissionais. A FDI, como instituição relacionada oficialmente com a OMS e como principal corpo representativo global dos cirurgiões dentistas, tem a missão de desenvolver colaboração não somente entre suas associações membros, mas também, com organizações governamentais e intergovernamentais com vistas a promover a saúde buco-dental (203), neste sentido, cabe a dita instância, a divulgação das obrigações estatais em saúde bucal, para que os profissionais da odontologia se familiarizem com o referencial do direito à saúde.

A quinta área prioritária proposta menciona genericamente a segurança do paciente, isto é, os seus enunciados enfatizam a adoção de *standards* de fabricação de biomateriais dentários seguros com o meio ambiente e a conscientização dos profissionais em torno de tópicos ambientais que impactam na saúde bucal, tais como, práticas que garantam a limpeza da água e a conservação da energia. Assim, afirma-se que o documento analisado apresenta uma perspectiva da qualidade que

não se fundamenta no direito à saúde bucal e que não se centra no paciente, mas sim, no profissional e no meio ambiente.

No próximo Capítulo serão apresentadas as diretrizes normativas sobre segurança do paciente adotadas na Colômbia, junto à abordagem da Política de Saúde Oral de Bogotá 2011-2021, sob a perspectiva do referencial teórico-normativo do direito à saúde, procurando identificar nesta norma as problemáticas e estratégias pontuais sobre segurança do paciente.

CAPÍTULO 5. A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE ORAL DE BOGOTÁ: EXAME DAS SUAS CONCEPÇÕES SOBRE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE À LUZ DO DIREITO HUMANO A SAÚDE

O objetivo deste Capítulo é analisar a “*Política de Salud Oral de Bogotá para o decênio 2011-2021*” (26), e identificar os seus parágrafos relacionados com qualidade e à segurança do paciente, visando identificar se estes, são enquadrados como elementos do direito à saúde. O marco referencial deste exame é o Comentário Geral n.14 de 2000. Cabe esclarecer que nesta análise, não serão considerados os avanços desta Política, em razão de que se pretende examinar unicamente o conteúdo formulado.

Para tanto, foi delineada a seguinte tripartição; primeiro, discorrer-se-á sobre o marco normativo colombiano acerca da saúde bucal; em seguida, serão abordadas as concepções sobre a segurança do paciente e sua incorporação na agenda sanitária deste país e, por último, será executado exame da Política em menção.

Os passos metodológicos que orientaram este Capítulo são dois; no primeiro, realizou-se levantamento bibliográfico nas plataformas *Google Scholar*, *PubMed*, *MedLine* e *Scielo*, por meio da utilização dos seguintes descritores em língua inglesa, espanhola e portuguesa; saúde bucal *and* Colômbia; política saúde bucal *and* Colômbia; segurança do paciente *and* Colômbia; direito à saúde *and* Colômbia; odontologia *and* segurança do paciente; bioética *and* odontologia.

O critério que norteou a escolha dos artigos acadêmicos e livros foi a contribuição conceitual às questões sobre segurança do paciente neste país, voltadas ao contexto da prática odontológica. Importa esclarecer, que não só foram selecionados autores colombianos, mas também de outras nacionalidades, visando à ampliação de visões, contemplando perspectivas culturais distintas. Na mesma linha, foram incluídos trabalhos acadêmicos publicados por profissionais da enfermagem, por constituir-se no campo mais prejudicado por problemáticas que implicam a segurança do paciente e, por estabelecer-se como a área na qual, há amplo debate sobre este tópico (197). Ainda, foram selecionadas regulamentações

e políticas públicas colombianas promulgadas tanto em saúde bucal com em segurança do paciente e qualidade dos serviços de saúde.

O segundo passo metodológico consistiu na análise temática simples da Política de Saúde Oral da Bogotá, com o propósito de verificar se suas estratégias enquadram a qualidade dos cuidados em saúde buco-dental e a segurança do paciente, como elementos fundamentais do direito à saúde bucal. Saliente-se que esta análise se orientou pela categorização geral fundamentada no referencial do direito à saúde, i. Conteúdo do direito humano a saúde (determinantes sociais); ii. Elementos do direito em menção e iii. Obrigações estatais, enfatizando em cada uma delas as questões associadas à qualidade e à segurança do paciente.

5.1 MARCO NORMATIVO DA SAÚDE BUCAL NA COLÔMBIA

Tendo como propósito demarcar o panorama da regulamentação em saúde bucal, será revisado o conteúdo associado a este campo, explícito no *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*, documento editado pelo Ministério da Saúde e Proteção Social e, definido como um pacto social que estabelece a atuação articulada entre setores públicos, privados e comunitários para criar condições que garantam o bem-estar da população. O objeto do *Plan Decenal de Salud Pública* é “a redução das inequidades em saúde que será alcançado por meio da garantia do gozo efetivo do direito à saúde para todos” (p.12) (204).

Em outras palavras, este documento se constitui em alicerce para formular linhas de atuação que respondam aos desafios em saúde pública e incorpora diretrizes orientadoras da política em saúde pública no país. Destaca-se que no marco conceitual deste documento se apresentam abordagens consoantes com o desfrute do direito à saúde, estabelecido ao nível global; por exemplo, abordagem da saúde como direito, determinantes sociais da saúde, enfoque diferencial e enfoque populacional. Além disso, alude à DUBDH da UNESCO como “um instrumento chave que orienta a tomada de decisões complexas em saúde pública (...)” (p.27) (204).

Por sua vez, o documento traça as seguintes dimensões prioritárias: saúde ambiental, direitos sexuais e sexualidade, segurança alimentar e nutricional, comportamento e convívio social, vida saudável livre de enfermidades transmissíveis, vida saudável livre de condições evitáveis não transmissíveis e por fim, respostas efetivas diante de emergências e desastres. Cabe esclarecer que a saúde bucal, núcleo da presente tese, se insere na dimensão da vida saudável livre de condições evitáveis não transmissíveis (204).

Os objetivos desta dimensão são; a promoção e implementação de políticas para o controle das doenças bucais; promoção progressiva da redução à exposição aos fatores de risco modificáveis em todas as etapas da vida; criação de condições para melhorar a acessibilidade do atendimento integral das alterações da saúde bucal; fortalecimento da capacidade do país de vigiar e monitorar as políticas e as intervenções em saúde pública em concordância com o marco normativo global sobre as doenças não transmissíveis e, finalmente, fomento do desenvolvimento de capacidades nacionais para a investigação sobre a prevenção e controle das doenças bucais e seus determinantes sociais (204).

O *Plan Decenal de Salud Pública* estabelece como um dos componentes da dimensão da vida saudável livre de condições evitáveis não transmissíveis, as condições crônicas prevalentes. Este componente se define como o “conjunto de respostas integrais no setor saúde e de coordenação inter-sectorial, orientadas à promoção do acesso e abordagem efetiva das doenças não transmissíveis e das alterações da saúde bucal (...) nos serviços de saúde e de outros serviços sociais (...)” (p.92) (204). Importa destacar um dos seus objetivos, relacionado com a melhora da capacidade de resposta institucional do *Sistema General de Seguridad Social en Salud*⁵⁶, a fim de fortalecer a prestação e gestão dos serviços para a prevenção, controle e atendimento integrado das alterações em saúde bucal. Do mesmo modo, se demarcaram metas pontuais para todas as doenças crônicas

⁵⁶ De acordo com o Artigo 152 da Lei 100 de 1993, este Sistema objetiva “regular o serviço público essencial de saúde e criar condições de acesso à toda a população em todos os níveis de atendimento” (p.42) (205).

prevalentes; em saúde bucal, as metas consistem em; primeiro, alcançar 20% da população sem cárie enfatizando, crianças e adolescentes⁵⁷; segundo, alcançar 20% da população maior de 18 anos sem perda dentária associada à doença periodontal (204).

De fato, o IV Estudo Nacional de Saúde Bucal (ENSAB)⁵⁸, publicado em 2014, revelou uma redução da prevalência de cárie quando comparada com os dados do III ENSAB, isto é, reduziu de 57% a 37% na população de 12 anos; este padrão de diminuição da doença também se registrou em adultos jovens e adultos maiores (206).

Porém, com respeito à doença periodontal, foi demonstrado um aumento desta condição em todas as idades, em contraste com o III ENSAB, que dizer, houve incremento de 50% a 73% da população. Ainda, destaca-se que a perda dentária começa aos vinte anos e que o número de dentes perdidos aumenta com a idade (206). Foram identificadas razões que justificam esta situação, por um lado, as ações de promoção e prevenção da saúde bucal privilegiam as crianças e não têm continuidade na educação dos jovens e adultos; por outro, as pessoas nem sempre dispõem de informações e recursos econômicos para melhorar as condições de saúde bucal (207).

Ademais, o ENSAB IV registra a persistência de barreiras de acesso nas zonas rurais, ou seja, falta de acessibilidade geográfica que decorre na falta de tratamentos para doenças de carácter progressivo e perdas dentárias. Especificamente, o estudo demonstrou que estas comunidades apresentam maior severidade de fluorose dentária, que produz alterações estéticas e funcionais significativas e de relevância social (206).

⁵⁷ Esta meta implica que o índice Cariado Obturado Perdido seja igual a 0.

⁵⁸ Analisa o perfil epidemiológico da saúde bucal dos colombianos; o país conta com três estudos de saúde bucal realizados nos anos 1965, 1977 e 1998. Este inquérito faz parte de um sistema nacional que reúne os dados de estudos de interesse em saúde; este sistema é fundamental para orientar ações de saúde pública, de promoção da saúde e prevenção da doença, visando o alcance e preservação da saúde da população (206).

Ainda assim, o Ministério da Saúde e da Proteção Social manifesta que “este panorama não é tão alarmante e que “os dados do IV ENSAB são comparáveis com os de outros países com maiores níveis de desenvolvimento” (p.1) (207).

Diante deste cenário, a literatura acadêmica sustenta que a saúde bucal coletiva ainda não alcançou o seu pleno desenvolvimento na Colômbia (208) e é considerada como uma área em construção, em razão de que as doenças bucais não são reconhecidas como problema de saúde pública, sendo abordadas desde intervenções individuais. Esta afirmação se materializa no fato de que o direito à saúde bucal na Colômbia ainda não é regulamentado. O Projeto de Lei 176 de 2014 (209), (210) que pretendia estabelecer este direito fundamental foi arquivado, porque apresentava conceitos divergentes ao estabelecido na Lei 1751 de 2015 que regulamenta o direito à saúde e no *Plan Decenal de Salud Pública* 2012-2021 (204).

Não obstante, o caminho da construção da saúde bucal coletiva já foi iniciado; assim, registrem-se propostas concebidas no âmbito acadêmico, coordenadas pelo Departamento de Odontologia Preventiva e Social da *Universidad de Antioquia*, que fomentou reflexões orientadas à formulação de políticas públicas que integrem o componente bucal à saúde geral (211). Do mesmo modo, a qualidade de vida, a equidade e os determinantes sociais, foram eixos de desenvolvimento do IV Estudo Nacional de Saúde Bucal (ENSAB IV)⁵⁹, que buscou transcender o enfoque dos estudos epidemiológicos e ampliar o espectro de análise adotado nos estudos anteriores (206).

Neste ponto deve-se esboçar o panorama das políticas de saúde bucal na Colômbia. O país contou com Planos Nacionais de Saúde Bucal elaborados em 1996, 1998 e 2005 (211); este último objetivou

“estabelecer parâmetros para melhorar as condições de saúde bucal, a traves da concertação de estratégias e modelos que permitam o aperfeiçoamento dos processos

⁵⁹ Descreve condições de saúde – doença – atenção da população colombiana, por meio do enfoque de Determinação Social da Saúde, visando a compreensão da saúde como processo coletivo.

para a prestação dos serviços, fortalecimento, coordenação e integração do recurso humano, e do conhecimento de direitos e deveres relacionados, como contribuição para atingir condições favoráveis de saúde geral” (p.13) (212).

Assim, este *Plan Nacional* enfatizou a saúde bucal como componente da saúde geral, porém, não formulou estratégias que respaldaram esta afirmação, fato que perpetua a concepção da saúde bucal sob a perspectiva assistencialista das patologias (211). A partir da Resolução 3577 de 2006 (213), adotada pelo Ministério da Proteção Social⁶⁰, foram propostas diretrizes para um novo *Plan Nacional de Saúde Bucal*. Estas diretrizes são ação participativa, qualidade e acesso; além, nesta Resolução se demarcaram os princípios orientadores do *Plan Nacional de Saúde Bucal*, cabe destacar, acessibilidade, disponibilidade, qualidade e aceitabilidade, considerados elementos do direito à saúde.

Não obstante o fato de que as condições como a cárie, a doença periodontal e a fluorose terem sido caracterizadas como problemas de saúde pública; da persistência dos obstáculos de acesso à atenção odontológica e das exclusões de tratamentos odontológicos do *Plan de Beneficios en Salud* (141)⁶¹ tais como os tratamentos da doença periodontal, ortodontia, próteses dentárias e implantes dentários⁶², a Colômbia carece de políticas públicas nacionais em saúde bucal. Nessa linha, o enfrentamento destas doenças que são problemáticas para todo a população, se limita a políticas públicas de âmbito de atuação meramente local.

Esta afirmação tem como base alguns dados publicados no IV ENSAB, que demonstraram a distribuição das doenças buco dentais na Colômbia. Por exemplo,

⁶⁰ Atualmente denominado Ministério de Saúde e Proteção Social.

⁶¹ Trata-se do “conjunto de serviços e tecnologias que se constituem em mecanismos de proteção ao direito fundamental à saúde, para que as Entidades Promotoras de Saúde EPS (...) garantam o acesso aos serviços e tecnologias (...). Adicionalmente este Plan determina os benefícios aos quais tem direito todo afiliado ao *Sistema General de Seguridad Social en Salud* SGSSS”(p.2) (141).

⁶² Ainda, o *Plan de Beneficios* não inclui o fornecimento de fio dental, creme dental, escova nem enxagues bucais, elementos essenciais para prevenir as doenças bucais (141).

a prevalência de carie em dentição permanente, é maior nas regiões Atlântica e Oriental, (67% e 61% respectivamente⁶³); quanto à prevalência de edentulismo⁶⁴ parcial, sobressaem a cidade de Bogotá e a região Pacífica, (73% e 76%, respectivamente) e no que tange à prevalência de edentulismo total, aparece novamente Bogotá e a região Pacífica, com porcentagem de 7% (206). É notório que as patologias dentárias são distribuídas em todo o território nacional, e, portanto, é urgente a formulação de uma política nacional em saúde bucal.

Apesar de não ter uma política nacional, devem-se resgatar avanços regionais, por exemplo a *Política de Salud Bucal de Medellín 2013-2022* (214), que contou com um processo participativo de formulação conformado por mais de quarenta instituições, e organizações sociais, liderada pela Secretaria de Saúde da cidade. Esta proposta foi formulada por instâncias acadêmicas, nomeadamente, a Faculdade Nacional de Saúde Pública que realizou trabalho sistemático por meio do projeto “Gestão de Políticas Públicas e Saúde” (211).

Acrescente-se que a Faculdade de Saúde da *Universidad Del Valle* também reconheceu a necessidade de formular e implementar políticas públicas custo-efetivas orientadas à diminuição de inequidades em saúde bucal, este reconhecimento refletiu-se na elaboração de recomendações dirigidas ao Ministério da Saúde e da Proteção Social, ressaltando a urgência de incorporar os tratamentos periodontais nos planos oferecidos pelo Estado, especialmente, para as mulheres grávidas e os pacientes diabéticos, condições inter-relacionadas com a severidade da periodontite (14).

Por outro lado, a dinâmica das políticas em saúde bucal na cidade de Bogotá, iniciou se em 2004. A implementação de estratégias de promoção da saúde bucal nos colégios, creches e instituições de proteção para crianças, adolescentes e idosos, a formulação das Guias de Prática Clínica para as doenças bucais e a

⁶³ Valores acima do valor nacional (206).

⁶⁴ Perda total ou parcial dos dentes naturais; é importante porque a maior perda dentária se traduz em limitação da função mastigatória e como consequência, aparecem alterações no processo digestivo, além, o edentulismo acarreta consequências sociais, manifestas em vergonha, isolamento, pouca interação social e ansiedade, que repercutem na baixa qualidade de vida (206).

implementação do *Subsistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Oral* (SISVESO)⁶⁵, são algumas das linhas de trabalho em saúde bucal, registradas desde 2004 até 2011 (215), ano em que foi promulgada a Política de Saúde Oral 2011-2021, a ser examinada nesta tese doutoral.

A justificativa que fundamentou a escolha desta Política como objeto de análise, é que Bogotá, além de apresentar dados que demonstram maior prevalência de edentulismo total e parcial no país, foi a primeira cidade que iniciou a implementação de políticas de Estado com vistas a solucionar a problemática das enfermidades buco-dentárias na sua população (215). Ressalte-se que a Política a ser analisada, se constitui na segunda implementada, quer dizer, a cidade já tinha iniciado o processo de formulação de políticas públicas visando à superação de situações de inequidade e desigualdade de grupos sociais específicos. Os grupos sociais referidos são concretamente, as pessoas refugiadas; segundo dados publicados em 2014, Bogotá é considerada a cidade com maior número de deslocados internos no mundo (216). Assim, segundo a Consultoria para os Direitos Humanos e os Refugiados (CODHES), revela que esta cidade é receptora das vítimas do conflito armado e da violência no país (217).

Para se aproximar à compreensão do direito à saúde bucal focado por esta Política, convém avaliar criticamente o seu conteúdo, particularmente, no que diz respeito à qualidade e à segurança do paciente.

Tendo apresentado este marco normativo em saúde bucal, passa-se a discorrer sobre a inserção da segurança do paciente na agenda de saúde da Colômbia.

⁶⁵ Este sistema objetiva conformar uma rede de vigilância em Bogotá, para identificar o acesso aos serviços odontológicos, práticas de autocuidado, notificar os eventos de vigilância em saúde bucal, gerar alertas epidemiológicas e identificar determinantes sociais da qualidade de vida; assim o seu propósito é contribuir ao melhoramento da qualidade da atenção odontológica da população da cidade a través da análise epidemiológica da informação (218).

5.2 INCLUSÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA AGENDA SANITARIA COLOMBIANA

A Colômbia é signatária dos desafios mundiais propostos no marco da *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente*, estratégia da OMS referida no Capítulo anterior. Portanto, se registram estratégias governamentais no país, a fim de materializar as suas diretrizes. Ditas ações são dirigidas pelo Ministério da Saúde e Proteção Social, as Entidades Promotoras de Saúde (EPS)⁶⁶ e as Instituições Prestadoras de Saúde (IPS)⁶⁷ (219)

Um antecedente da formulação da Política Nacional de Segurança que se configura como um dos seus fundamentos é a *Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud*, preconizada em 2005 pelo Ministério da Proteção Social (220). Este documento visa garantir o acesso e melhorar a qualidade dos serviços de saúde, bem como, otimizar a utilização dos recursos. Assim, a referida Política se desenvolve a partir de três eixos: acessibilidade, qualidade e eficiência.

No relativo ao eixo da qualidade são propostas estratégias para a sua otimização; o fortalecimento dos sistemas de acreditação e habilitação dos hospitais e clínicas objetivando à diminuição dos riscos associados ao atendimento em saúde; o empoderamento do usuário⁶⁸ através do desenvolvimento do Sistema de Informação em Qualidade; otimização dos processos de avaliação e incorporação de tecnologia biomédica e, por fim, aprimoramento dos recursos humanos em saúde, materializado na promoção da cultura ética dos profissionais da saúde (220).

⁶⁶ Instância encarregada de promover a afiliação ao Sistema de Saúde colombiano, ou seja, seus serviços são de carácter administrativo e comercial (205).

⁶⁷ Instituições que emprestam serviços de saúde, incorporando hospitais, clínicas e centros médicos que oferecem atendimento emergencial ou de consulta (205).

⁶⁸ Constata-se a designação do termo “usuário”, que se refere a alguém que faz uso de determinado serviço. Esta denominação denota uma relação impessoal, que pressupõe a relação com os serviços de saúde, diferentemente a expressão “paciente” que alude à vulnerabilidade de sua condição e envolve a noção de relacionamento mais humano com o profissional da saúde (8).

Em relação às diretrizes sobre segurança do paciente, o Ministério da Saúde e da Proteção Social, promulgou em 2008, o marco conceitual da Política Nacional de Segurança do Paciente (221). A instância que lidera a sua implementação é o *Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud* (SOGCS)⁶⁹, definido como “o conjunto de instituições, normas, requisitos, mecanismos e processos deliberados e sistemáticos que desenvolve o setor saúde para gerar, manter e melhorar a qualidade dos serviços (...)” (p.1) (222).

Além de orientar a criação das políticas institucionais, o marco conceitual da Política Nacional de Segurança do Paciente, visa à diminuição dos riscos nos cuidados em saúde e à prevenção da ocorrência de eventos adversos. Outro de seus objetivos é educar os pacientes e suas famílias no conhecimento e abordagem dos fatores que promovem a sua segurança. Este objetivo conflui com o primeiro princípio orientador referido no documento; o enfoque da atenção centrada no paciente (221).

Adicionalmente, em 2007, o Ministério da Saúde e Proteção Social publicou uma obra que apresenta a metodologia de análise sugerida sobre os eventos adversos, denominada Protocolo de Londres, oferecendo ferramentas práticas dirigidas aos profissionais da saúde para sua aplicação na clínica (223).

Por outro lado, outra normativa relacionada com a segurança dos pacientes é a Resolução 2003 de 2014 do Ministério de Saúde e Proteção Social (224) que define condições de inscrição e habilitação dos serviços de saúde. Esta Resolução exige que as instituições disponham de um sistema de informação sobre eventos adversos para conseguir acreditação e habilitação hospitalar. Com efeito, no país existe obrigatoriedade de que as instituições de saúde disponham de estrutura,

⁶⁹ De acordo com o Decreto 1011 de 2006, o SOGCS, se caracteriza pela acessibilidade, oportunidade, seguridade, pertinência e continuidade. Por tanto, a norma dispõe estes elementos como componentes da qualidade; esta premissa difere do preconizado nas diretrizes internacionais, nas quais, qualidade, acessibilidade, disponibilidade e aceitabilidade conformam o direito à saúde (222).

políticas e programas para implantar processos clínicos seguros que diminuam as possibilidades de erro médico (224).

Acrescente-se que esta Resolução apresenta um “manual de inscrição de prestadores e habilitação de serviços de saúde”, que se constitui no instrumento que esclarece os requerimentos mínimos para oferecer segurança nos cuidados em saúde (224). Assim, a norma estabelece *standards* de habilitação, definidas como “as condições tecnológicas e científicas mínimas e indispensáveis para a prestação dos serviços de saúde, aplicáveis a qualquer prestador (...) independentemente do serviço oferecido” (p.21) (224). Destaque-se que estes *standards* abordam a estrutura, delimitando o ponto no qual, os benefícios superam os riscos e, são de obrigatório cumprimento. Os referidos *standards* se aplicam em sete dimensões, referidas a seguir; talento humano⁷⁰, infraestrutura, dotação, medicamentos dispositivos médicos e insumos, processos prioritários, história clínica e registros.

A Resolução referida apresenta dispositivos específicos para os serviços odontológicos e estabelece como processo prioritário, dispor do programa de segurança do paciente como condição na prestação deste tipo de cuidado. Cabe ressaltar, algumas prescrições relacionadas com o atendimento odontológico, por exemplo, para a realização de procedimentos cirúrgicos sob sedação com óxido nítrico, o cirurgião dentista deverá contar com certificado de formação, e deverá estar acompanhado do pessoal de apoio, encarregado de administrar o medicamento, monitoramento do paciente e registro de sinais vitais (224).

Ademais desta Resolução, registre-se a criação do Observatório de Qualidade na Atenção em Saúde por parte do Ministério de Saúde e Proteção Social (225), cujo funcionamento se origina a partir de dois processos: gestão da informação e gestão do conhecimento sobre qualidade. A gestão da informação se fundamenta nos indicadores de qualidade gerados a partir dos critérios propostos

⁷⁰ Condições de recurso humano requeridas em um serviço de saúde.

pelas IPS, Empresas Administradoras de Planos de Benefícios⁷¹ e *Direcciones Territoriales de Salud*⁷². No relativo à gestão do conhecimento, visa atingir a integração de conteúdos sobre ferramentas de aprendizado organizacional, que facilitem a implementação de ações para melhorar a qualidade.

No âmbito desta instância, foram publicados três documentos orientadores sobre segurança dos pacientes dirigidos às instituições de saúde. Primeiro, o Guia Técnico Boas Práticas para a Segurança do Paciente na Atenção em Saúde (226); segundo, o documento denominado “Avaliação da frequência de eventos adversos e monitoramento de aspectos chaves relacionados com a segurança do paciente” (227) e finalmente, o “Modelo pedagógico” (228). Adicionalmente, foram publicados dezesseis materiais instrutivos dirigidos aos profissionais da saúde sobre processos assistenciais seguros, englobando, a detecção e prevenção de infecções, identificação correta dos pacientes e amostras laboratoriais e segurança na utilização dos medicamentos, dentre outros. Ressalta-se que todos estes materiais são desenvolvidos considerando o contexto hospitalar. A seguir serão descritos os três documentos orientadores.

O primeiro, traça orientações dirigidas aos serviços hospitalares e assistenciais, bem como às instâncias administrativas do sistema de saúde. Este documento fomenta a apropriação dos conceitos necessários para implementar programas institucionais sobre segurança do paciente. Assim, os programas sobre segurança, deverão incorporar-se à política de qualidade de cada instituição. Este Guia Técnico estabelece os componentes do programa de segurança do paciente, que consistem em: apoio da alta direção; análise e gestão do risco através de metodologias específicas; definição e organização dos privilégios dos profissionais da saúde; seguimento dos Guias de Prática Clínica de enfermagem e

⁷¹ Responsáveis pelo aseguramento, afiliação, registro e arrecadação das contribuições dos usuários. São consideradas como tales as Entidades Promotoras de Saúde (EPS) e Empresas de Medicina pré-pagada.

⁷² Instâncias *departamentales* ou *distritales* que cumprem funções de inspeção, vigilância e controle no marco do *Sistema General de Seguridad Social en Salud*.

instrumentação cirúrgica; educação em segurança do paciente dirigida aos membros da instituição (226).

Note-se que o programa de segurança do paciente dever-se-á alinhar à gestão hospitalar e ao planejamento estratégico institucional dirigido ao desenvolvimento de um comportamento seguro dos profissionais.

Diante deste contexto, a grande maioria de hospitais e clínicas da Colômbia já adotaram suas políticas institucionais, em concordância com estas diretrizes técnicas. Uma sintética revisão destas políticas permite identificar estratégias em segurança do paciente, por exemplo, a conformação de comitês de vigilância epidemiológica e farmacológica, bem como, a adoção das estratégias “cirurgia segura”, “atendimento seguro” e “atendimento materno seguro” e sistemas de informação institucionais sobre eventos adversos. O estabelecimento destas ações varia de acordo com as especialidades médicas e odontológicas oferecidas nas diferentes instituições (229), (230).

No que diz respeito ao segundo documento, o seu objetivo é capacitar os profissionais da saúde quanto ao desenvolvimento de programas de vigilância epidemiológica relativo à ocorrência de eventos adversos (227). Em outras palavras, é uma ferramenta educativa de caráter institucional para a medição da segurança dos pacientes em cada instituição.

Finalmente, o terceiro documento chamado “Modelo Pedagógico”, visa fomentar espaços de diálogo com os profissionais da saúde no cotidiano de seu desempenho laboral, para que cumpram as disposições do Guia Técnico de Boas Práticas para a Segurança do Paciente (228).

Além das iniciativas em nível nacional, também se registram outras sobre a segurança do paciente ao nível local. Apenas com o intuito de ilustrar, registre-se que em 2011, na cidade de Bogotá foi apresentado o *Programa Distrital de Seguridad del Paciente pela Secretaria Distrital de Salud*, iniciativa que contou com o apoio técnico da OPAS e da OMS (231).

O *Programa Distrital de Seguridad del Paciente*, propôs três ações: a primeira, a criação de um sistema com o objeto de registrar, analisar e fazer o seguimento dos eventos adversos e/ou incidentes nas instituições de saúde da cidade. Neste sentido, foram realizados cursos de treinamento dirigidos aos profissionais da saúde e funcionários dos hospitais, clínicas e instâncias administrativas do Sistema de Saúde. Constata-se a formulação do sistema de recepção para a notificação de incidentes e eventos adversos, dirigido às clínicas e hospitais, para que, desta forma, seja construída a base de dados sobre segurança dos pacientes da cidade (231).

A segunda estratégia trata da realização de eventos acadêmicos com o intuito de promover a segurança do paciente, incorporando a participação do Ministério da Saúde, sociedades científicas e representantes das clínicas e hospitais do país. A terceira ação é a publicação de livros sobre a segurança dos pacientes, particularmente, quanto aos cuidados seguros em enfermagem (231).

Diante do exposto, constata-se que o Governo nacional promove estratégias de natureza gerencial, institucional, interinstitucional e técnica para a implementação de programas de segurança do paciente na Colômbia, delimitadas na *Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, a Política de Seguridad dos Pacientes*, na Resolução 2003 de 2014 e nas gestões do conhecimento sobre qualidade realizadas pelo Observatório da Qualidade na Atenção à Saúde.

Considerando este conjunto de políticas e ações sobre segurança do paciente, no seguinte tópico será apresentada a análise da Política de Saúde Oral de Bogotá.

5.3 POLÍTICA DE SALUD ORAL DE BOGOTÁ, D. C.

Esta seção será dividida em duas partes, a primeira, apresentará o conteúdo desta Política e a sua constituição; na segunda será exposto o exame sob a perspectiva do direito à saúde.

5.3.1 Conformação e conteúdo

A iniciativa de criar uma Política de Saúde Bucal na cidade surgiu em 2001, ano em que foi formulado o primeiro documento, mas sua materialização foi efetivada em 2004, postulando metas para o ano 2010 (26). Com base neste texto foi formulada a “Política de Saúde Oral com participação social para o decênio 2011-2021”, objeto de análise desta tese.

Cumprе ressaltar que em Bogotá, tem construído o conceito de saúde oral. A referência à saúde oral e não à saúde bucal, busca transcender as questões fisiopatológicas e visibilizar não só a boca como componente do corpo, senão, como parte do desenvolvimento humano, considerando-se como indicador do bem-estar e da qualidade de vida. A alusão ao termo saúde oral, reconhece ao ser humano individual e coletivo desde sua integralidade.

A Política de Saúde Oral de Bogotá, foi promulgada pela prefeitura que governou no período de janeiro de 2008 até maio de 2011. Apesar disto, as estratégias formuladas englobam dez anos, com o objeto de que as propostas tenham continuidade, sem importar a mudança de governo. A Secretaria Distrital de Saúde⁷³ é a instituição encarregada de formular, executar e liderar a adequação da Política de Saúde Bucal ao novo contexto de práticas institucionais neste campo na cidade de Bogotá. Cabe assinalar que, a Secretaria Distrital de Saúde, por se constituir em corpo regulamentário em saúde, de caráter regional, está incorporada no processo para alcançar a qualidade em saúde.

⁷³ Entidade coordenadora da saúde em Bogotá, responsável de garantir “o exercício efetivo do direito a saúde de toda a população, a través de um modelo de atenção integral, equitativa, universal, participativa, centrada no ser humano (...)” (p.1) (22).

O exame dos sentidos desta Política sob a perspectiva do referencial teórico-normativo do direito humano à saúde, revelará si este documento é coerente com as necessidades da população, especialmente, no ponto relativo à qualidade e à segurança do paciente na prática odontológica. Assim, a análise das questões bioéticas relacionadas à vida e à saúde, deve transcender além do âmbito biomédico, espalhando-se no campo social, econômico e cultural das pessoas. Isto implica abordar o conteúdo das políticas públicas de saúde, que são essenciais no estabelecimento de mecanismos e procedimentos para materializar o direito à saúde, em concordância, com as necessidades das populações e com as normativas dos sistemas de saúde.

Cabe lembrar que, a formação e implementação das políticas públicas são resultado da interação de uma rede dinâmica de diferentes atores que dispõem de informações e percepções diversas sobre determinada problemática social e que nem sempre compartilham um interesse comum (232). Uma política pública constitui-se em uma “ação intencional com objetivos a serem alcançados (...) e envolve processos de implantação, execução e avaliação” (p. 343) (233).

A Política de Saúde Oral de Bogotá se divide em duas grandes partes; a primeira denomina-se, marco de referência, conformada pelos âmbitos normativo, político, situacional e conceitual associados à realidade da saúde bucal na cidade. A segunda parte versa sobre a estrutura da política, constituída por quatro eixos: gestão da política de saúde bucal; modelos de gestão e atenção dos serviços em saúde bucal; fortalecimento da gestão do talento humano odontológico e por fim, produção e circulação do conhecimento (26). Nesta tese, a Política será apresentada seguindo esta mesma subdivisão.

5.3.1.1 Marco de referência

Esta seção demarca o contexto político, normativo, situacional e conceitual da Política.

O marco político do documento se refere ao direito à saúde, entendido como um compromisso das nações destacado em conferências mundiais e declarações internacionais, por exemplo, a Conferência da População do Cairo de 1994 e a Declaração Alma Ata de 1978 (26). Na sequência, apresenta várias definições de saúde; afirma-se que “a saúde é um bem ao qual se pode ter acesso ou não” (p.11) (26) e que se constitui em um indicador de desenvolvimento social e humano. Ademais, alude à definição de saúde adotada pela OMS e, enfatiza que esta concepção, está ligada a aspectos subjetivos como a cultura, crenças e identidade.

Em relação ao direito à saúde, estabelece que está associado “com a distribuição do ingresso, com a seguridade social e com a proteção social, bem como, com a disposição dos serviços (...), programas e ações em saúde pública (...)” (p.-12) (26). Deste modo, a Política registra que este direito requer normas, Leis, instituições e políticas para o seu disfrute e os seus elementos são referidos como “critérios para avaliar o respeito ao direito a saúde” (p.12) (26).

O marco político apresenta algumas assertivas sobre as inequidades em saúde e reforça que os determinantes sociais da saúde indicam diferenças substanciais entre os diversos grupos populacionais, destacando-os como fatores determinantes das desigualdades em saúde entre países e dentro deles. Neste sentido, sublinha que a melhora da saúde dos povos vulneráveis, depende de estratégias de ação que considerem os determinantes sociais. Assim, alude os determinantes sociais da saúde bucal, tais como, a pobreza, o baixo nível educativo, a falta de crenças, tradições e cultura neste âmbito (26).

Outra ideia que cabe destacar no marco político da Política em exame, é que os serviços de saúde bucal são considerados referência para avaliar o desempenho do sistema de saúde, especialmente, no tocante à equidade. Esta concepção, se fundamenta no entendimento de que as patologias buco- dentárias são de caráter

crônico, fato que exige a aderência prolongada aos serviços; adicionalmente, são condições que afetam principalmente grupos sociais desfavorecidos econômica e socialmente e finalmente, assenta que a saúde bucal não é reconhecida como um bem social desejável (26).

O marco político também apresenta noções sobre participação social em saúde, e estabelece a necessidade de ampliar dita participação no campo da saúde bucal, garantindo a vinculação mais ativa da população, incluindo-a em tarefas de desenho, planejamento, implementação e seguimento da Política. Nessa linha, afirma-se que “a ação coletiva orientadora da Política deve ser capaz de garantir o direito a saúde bucal” (p.13) (26).

Um tópico aludido no marco político é a saúde, diversidade e o enfoque diferencial. Este último se materializa no campo da saúde bucal em “ações afirmativas adequadas às particularidades dos grupos populacionais” (p.14) (26). Assim, os serviços de saúde deverão responder às necessidades diferenciais e assevera que “esta Política deverá considerar particularmente as pessoas com deficiência, povos indígenas e pessoa refugiada” (p.14) (26).

Ademais dos tópicos mencionados, o marco político apresenta noções sobre saúde e territorialidade, sustentabilidade dos sistemas de saúde e, reflexões críticas sobre as reformas em saúde na Colômbia.

No que tange ao marco situacional, a Política apresenta o crescimento populacional da cidade de Bogotá desde o ano 2005, as projeções até 2020 e a transição demográfica entre os anos 2000 e 2010, demonstrando tendência ao aumento progressivo da população adulta maior, fato que exige o fortalecimento de programas e serviços dirigidos a este grupo. Igualmente se expõem os bairros com crescimento rápido e aqueles de menor crescimento. Nesta seção, a Política em exame alude à migração forçada pelo conflito armado e declara que esta cidade continua sendo a principal receptora de deslocados do país (26).

A Política dedica um item ao desenvolvimento teórico dos determinantes sociais da saúde bucal em Bogotá, especificamente, trata da pobreza, educação,

saúde e moradia. No tocante à pobreza, são referidos indicadores, tais como o índice de desenvolvimento humano, esperança de vida e o inquérito de qualidade de vida⁷⁴, que revelam melhoria do bem estar da população nos últimos dez anos. No entanto, 24% das famílias revelam não ter ingressos suficientes para seus gastos mínimos, 56% expressam que seus ingressos são apenas suficientes para cobrir seus gastos e 19% referem contar com recursos suficientes para satisfazer mais do que as necessidades mínimas. Do mesmo modo, com respeito à educação, se apresentam dados do inquérito de qualidade de vida do ano 2007, relacionados com as taxas de assistência escolar, nos diferentes níveis educativos. No que tange à saúde, no ano em menção, se demonstrou que a cobertura de afiliação ao *Sistema General de Seguridad Social em Saúde*, foi de 86% e ademais, foi revelado descenso da afiliação ao regime contributivo⁷⁵ e aumento no regime subsidiado⁷⁶ (26).

No marco situacional, se menciona a análise da saúde bucal em Bogotá, formulada a partir de fontes tais como o ENSAB e os dados do SISVESO. Esta análise foi orientada em três eixos, representações sociais, problemas de saúde bucal e suas consequências. Nas patologias se incorpora descrição de dados sobre a carie, doença periodontal, fluorose e fissura labiopalatal. Adicionalmente, se apresentam as características dos serviços de saúde da cidade, explanando os tipos de contratação em saúde bucal e a oferta dos serviços odontológicos.

Em relação ao marco conceitual da Política de Saúde Bucal de Bogotá, se referem a conceitos associados ao enfoque de direitos; assim, assenta-se que esta Política assume este enfoque para “enfrentar (...) e resolver os problemas de

⁷⁴ Dados de 2007 e 2008.

⁷⁵ Conjunto de normas que coordenam a vinculação de indivíduos e famílias ao *Sistema General de Seguridad Social en Salud*, caso esta vinculação seja efetivada a través do pagamento de uma cotização ou aporte econômico. Neste regime se devem afiliar as pessoas com capacidade de pagamento, por exemplo trabalhadores formais, independentes, aposentados e suas famílias (205).

⁷⁶ Mecanismo dirigido às pessoas mais pobres sem capacidade de pago para que acessem os serviços de saúde a través de um subsidio oferecido pelo Estado (205).

exclusão, inequidade e pobreza extrema” (p.44) (26). Na mesma linha, aferem-se noções sobre a saúde bucal, promoção da saúde e qualidade de vida. Finalmente expõe os princípios orientadores da Política, nomeadamente, equidade, integralidade e participação social.

5.3.2 Estrutura da Política de Saúde Oral

Na segunda parte da Política, se apresentam quatro eixos que integram considerações temáticas, problematização e linhas estratégicas de ação. O primeiro eixo denominado “gestão da política de saúde bucal”, problematiza a existência de dissonâncias entre as propostas nas linhas de ação e a execução da Política. Acrescente-se que outras problemáticas são a resposta social fragmentada para os problemas de saúde bucal em Bogotá, frágil participação social e comunitária na Política, avanços limitados no trabalho inter setorial e interinstitucional. Para tanto se estabelecem estratégias em gestão distrital e local da Política, mobilização social pela saúde bucal, fortalecimento institucional, e por fim, gestão dos enfoques de equidade na Política (26).

O segundo eixo, intitulado “modelos de gestão e atenção dos serviços em saúde bucal”, problematiza a persistência de indicadores de enfermidades buco dentarias, acima da média nacional e distante das metas propostas na cidade. Ainda, afirma a existência de “retrocesso da saúde bucal pela magnitude e extensão dos danos em alguns grupos populacionais” (p.70) (26). Este retrocesso se deve ao precário avanço da promoção e prevenção e baixa capacidade resolutiva dos serviços de saúde, que por sua vez, são ocasionados por problemas estruturais do sistema de saúde e pela forma como são desenvolvidos os programas de saúde bucal na cidade. Cabe ressaltar, a presença de fragilidades relacionadas com barreiras de acesso aos serviços, falta de integralidade nos cuidados e infraestrutura da rede pública. Dentre as estratégias que visam solucionar esta problemática se inclui, o aperfeiçoamento da qualidade dos serviços de saúde bucal.

No que diz respeito ao terceiro eixo, denominado “fortalecimento da gestão do talento humano odontológico”, esse expõe problemáticas que tocam aos profissionais da odontologia, por exemplo, condições laborais, tipo de contratação, relação desproporcional entre o número de profissionais, lugares de trabalho e necessidades da população. Para tanto, são propostas linhas estratégicas que se fundamentam na dignificação das condições de trabalho, prevenção das doenças e acidentes profissionais, educação continuada dos profissionais e fortalecimento da relação entre docência/serviço (26).

O quarto eixo intitulado “produção e circulação do conhecimento” problematiza a escassez de grupos de pesquisa nas faculdades de odontologia do país, capazes de garantir a produção de conhecimento estável, em concordância com as demandas do campo da saúde bucal. Neste sentido, descreve o campo científico odontológico como “descontínuo, atomizado, fragmentado e compartilhado” (p.112) (26). Questiona-se sobre a falta de recursos estatais para financiamento das pesquisas odontológicas e a inexistência de alianças para a geração de conhecimento, inovação tecnológica e pesquisa odontológica. Assim, delimitaram-se ações sobre a criação e captação do conhecimento em saúde bucal, compartilhamento de conhecimentos neste campo e finalmente, socialização e democratização deste tipo de conhecimento.

Tendo apresentado o conteúdo desta normativa, será exposta a análise dos seu discurso.

5.3.3 Exame da Política de Saúde Oral

A construção deste item se orientou pelo objetivo deste Capítulo, isto é, identificar os enunciados na Política de Saúde Oral de Bogotá, relacionados com qualidade e à segurança do paciente, visando identificar se estes, são enquadrados como elementos do direito à saúde bucal. Os fragmentos que serão apresentados foram extraídos seguindo a estrutura da normativa. A seguir serão referidos os parágrafos e suas correspondentes inferências.

5.3.3.1 Menção à qualidade como elemento do direito à saúde

No marco político do documento em análise se expõe o seguinte enunciado

Acessibilidade, disponibilidade, aceitabilidade e qualidade são critérios com os quais se pode avaliar o respeito ao direito à saúde (...) Contar com sistemas de saúde que atendam os cidadãos sem distinção de classe social, raça, religião, gênero u outras condições sociais, é requisito para uma vida coletiva digna (p.12) (26).

Uma asserção associada à qualidade e segurança do paciente se apresenta na seguinte passagem

Circunstancias como a (...) insegurança alimentaria, (...), má qualidade da moradia (...), constituem fatores determinantes da maioria das desigualdades entre os países e dentro deles com respeito ao estado de saúde, doenças e mortalidade dos seus habitantes. Para melhorar a saúde das populações mais vulneráveis do mundo e fomentar a equidade sanitária são precisas novas estratégias de ação que levem em conta estes fatores sociais que influenciam a saúde (p.12) (26).

Observe-se que na Política se expressa o direito à saúde, seus elementos constitutivos e os determinantes sociais, com ênfase na necessidade de intervenção visando à superação das inequidades. Destaque-se neste repertório, a qualidade

dos determinantes sociais que se associa à segurança do paciente, isto é, se manifesta uma visão ampliada do direito à saúde, tal como estabelecido pelo CDESC no Comentário Geral n.14 de 2000, que não se restringe à qualidade dos cuidados em saúde. Esta última é aludida em outro fragmento, da seguinte forma

As barreiras que impedem que os cuidados em saúde buco dental equitativos estejam ao alcance da população nas Américas são (...), a qualidade deficiente dos cuidados em saúde buco dental (p.16) (26).

Assim, se reconhece que a precária qualidade dos cuidados odontológicos é uma característica da atenção deficiente e desigual, que por sua vez, indica dificuldades na promoção da saúde buco dental, a despeito de se reconhecer que é componente da saúde geral. Verifica-se que a perspectiva da qualidade no contexto da prática odontológica, expressa nestes parágrafos, conflui com aquela adotada no Comentário Geral n.14 (6).

No mesmo sentido, a alusão à qualidade como elemento do direito à saúde se reflete no objetivo da Política, que propõe

Lograr uma condição de saúde bucal a través da promoção e geração de práticas sociais protetoras (...) por meio da abordagem dos determinantes sociais e do fortalecimento do exercício da cidadania (...) que garanta o acesso e a qualidade nos serviços de saúde no Distrito Capital (p.50) (26).

Observa-se neste objetivo a confluência dos três eixos do direito à saúde, propostos pelo Comentário Geral n.14 de 2000; os deveres estatais, concretamente a obrigação de realizar o direito à saúde; os determinantes sociais e os seus elementos. Porém, não foram incorporados os elementos da aceitabilidade e a disponibilidade, opondo-se às alusões do marco político, já referidas no primeiro repertório linguístico.

Considerando estes fundamentos, a problemática exposta no primeiro eixo da Política, evidencia a frágil participação social e a resposta social fragmentada aos problemas da saúde bucal na cidade, quer dizer, há dificuldade em estabelecer processos de trabalho entre instituições públicas e privadas. Além, a escassa liderança em saúde bucal, não tem condições de fiscalizar adequadamente a prestação dos serviços. Estas dificuldades influenciam a qualidade e a segurança do paciente, na medida em que, a comunidade é um ator chave no aperfeiçoamento da qualidade, em razão de ter a responsabilidade de identificar criticamente a suas necessidades e preferências em saúde. Adicionalmente, os tomadores de decisão não podem desenvolver e implementar novas estratégias para melhorar a qualidade, sem o apropriado engajamento dos profissionais da saúde e da população.

5.3.3.2 Regulamentação sobre qualidade dos cuidados em saúde

Nesta categoria de análise será examinada a normatividade sobre qualidade apresentada na Política. Uma normativa associada ao tema da qualidade nos cuidados em saúde, que se contemplou, é o Decreto 3518 de 2006 (234), que prescreve

Cria e regulamenta o Sistema de Vigilância em Saúde Pública. Este Decreto determina conceitos e aspectos operativos básicos do Sistema Nacional e serve de referente para o *Subsistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Oral SISVESO* (p.21) (26).

Tal como comentado no início deste Capítulo o *Subsistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Oral* tem o propósito de contribuir para a melhora da qualidade da atenção odontológica da população da cidade de Bogotá, por meio da análise epidemiológica da situação de saúde bucal, visando orientar os profissionais da odontologia, na tomada de decisões para a preservação da saúde buco dental. Este subsistema é uma estratégia de vigilância epidemiológica que registra pacientes que acessam pela primeira vez os serviços públicos de odontologia, identificando neles doenças buco dentárias, de acordo com sua idade e regime de

filiação ao Sistema de Saúde, dentre outros. Deste modo, é possível saber se o paciente está doente e se deve ser tratado em forma rápida (234).

Igualmente, na Política em exame se considerou o Decreto 1011 de 2006, que estabelece o *Sistema Obligatorio de Garantia de Calidad de la Atención em Salud* (222), instância orientada a gerar, manter e aprimorar a qualidade dos serviços de saúde no país e que lidera a implantação da *Política Nacional de Seguridad del Paciente*. Não obstante, esta Política não foi incluída no marco normativo da Política de Saúde Oral.

5.3.3.3 Definição e características de qualidade

O segundo eixo estrutural proposto na Política de Saúde Oral, apresenta a definição de qualidade, nos seguintes termos

Qualidade se define como a prestação de serviços de saúde acessíveis, equitativos, com um nível profissional ótimo que leva em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do usuário (p.63) (26).

Essa conceituação foi extraída do Decreto 1011 de 2006 do Ministério da Proteção Social, aludido anteriormente. Em seguida são expostas as características da qualidade, nomeadamente, acessibilidade, oportunidade, segurança, pertinência, continuidade.

Como se vê, esta definição limita-se à prestação do serviço de saúde sem considerar a qualidade dos determinantes sociais da saúde bucal; isto é, este conceito não refere que a qualidade implica a adequação científica das instalações, bens e serviços odontológicos. Igualmente, não enfatiza que a qualidade impõe o desfrute de condições sanitárias apropriadas e seguras. Por conseguinte, constata-se que este conceito de qualidade, não se coaduna com o estabelecido pela OMS (134), nem com o adotado no Comentário Geral n. 14 (6), na medida em que, a aceção da qualidade referida na Política, envolve outros elementos do direito à saúde, tais como a acessibilidade e a disponibilidade, mas não ressalta que a

qualidade consiste na adequação científica e médica dos profissionais, medicamentos, equipamentos e condições sanitárias apropriadas e seguras.

Além disto, nesta definição de qualidade, verifica-se a utilização do termo “usuário”, que evoca a relação com o serviço; assim, o conceito de qualidade não se refere ao paciente, manifestando que a Política em exame, está dirigida ao funcionamento do serviço de saúde bucal, mas não à defesa dos direitos dos pacientes que utilizam este serviço, contrariando as assertivas expostas no marco de referência (8).

Cumpra salientar que a Política apresenta as características da qualidade da atenção em saúde bucal, como segue “acessibilidade, oportunidade, segurança, pertinência, continuidade e integridade dos serviços” (p.63) (26).

Observa-se que a segurança foi incluída como característica da qualidade, em consonância com o estabelecido pelo CDESC e pela OMS; no entanto, verifica-se que estas características nomeadas na Política em exame, não coincidem completamente com o adotado pelas instâncias internacionais aludidas. Isto é, alusões à efetividade, eficiência, equidade e serviços centrados no paciente, não foram aferidas como componentes da qualidade.

5.3.3.4 Protocolos e guias para a segurança do paciente: deveres estatais em saúde bucal

Na exposição da problemática correspondente ao segundo eixo da Política, foram identificados obstáculos associados à qualidade dos cuidados odontológicos e à segurança do paciente, conforme enunciado na seguinte passagem

Presença de eventos adversos produto do incumprimento dos Guias de Biossegurança, tais como o lavado das mãos, uso de máscara e processos de esterilização dos insumos odontológicos. Os problemas de segurança são relacionados a falhas no sistema de informação, em especial, ao mau preenchimento das histórias clínicas (...) (p.73) (26).

Os erros no preenchimento das histórias clínicas, entendidos como falta de registro de informações sobre a saúde geral do paciente e legibilidade destas informações⁷⁷, estão sendo superados através dos esforços do Ministério da Saúde e Proteção Social e do Ministério de Tecnologias da Informação e das Comunicações. Estas instâncias impulsionam a iniciativa “Sistema de Saúde Unificado de *Cundinamarca*”, a qual implementa o serviço da história clínica eletrônica em 23 hospitais do Departamento, favorecendo a digitalização das informações sobre os pacientes em um *software* especializado. Outros departamentos da Colômbia já estão implementando esta tecnologia (235).

Em relação aos Guias de Biossegurança, cabe explicar que facilitam a standardização dos processos assistenciais odontológicos e oferecem parâmetros que unificam critérios quanto aos tratamentos odontológicos e aos pacientes e são consideradas “ferramentas de qualidade, desenvolvidas sob a perspectiva da odontologia baseada na evidência” (p.4) (236). Nessa linha, são disponíveis guias de prática clínica em saúde bucal para a gestante (237) e o Guia de Biossegurança (236). No último, se unificam os protocolos e normas básicas para o controle da transmissão de infecções no consultório odontológico. É sabido que há três vias de contaminação na prática odontológica: de paciente a profissional; de profissional a paciente e por fim, de paciente a paciente (237). O alvo deste Guia é o profissional, o paciente, pessoal auxiliar e de limpeza, expostos a riscos no atendimento.

Apesar do descumprimento dos Guias de Biossegurança registrado na Política, propõe-se a elaboração de Guias de atenção não centrados na doença, mas sim, nas pessoas, integrando questões biológicas e sociais, incluindo a população de deslocados, minorias étnicas e pessoa com deficiência física e/ou intelectual. A busca destes guias no *website* da Secretaria de Saúde Distrital e do Ministério da Saúde e Proteção Social da Colômbia, não teve resultados. Por outra parte, foi realizada busca digital utilizando os seguintes descritores “*guia salud oral + desplazados + Bogotá*”; “*guia salud oral + minorias étnicas + Bogotá*”; “*guia salud*

⁷⁷ Histórias clínicas estruturadas de modo inacessível à compreensão de outros profissionais e do próprio paciente.

oral+ personas con discapacidad+ Bogotá". Porém, esta busca não teve resultado nenhum.

A Política enfatiza que as redes de prestação de serviços de saúde bucal devem

Promover a análise de alternativas e desenvolvimento de ações em rede que busquem (...), melhorar a aderência dos profissionais da saúde aos Guias de Prática Clínica, à história clínica unificada e às normas de biossegurança. Entre as alternativas se deverá incluir que a Secretaria Distrital de Saúde, realize processos de capacitação das Guias de Prática Clínica, nos quais se explique as suas funções na gestão clínica, sua flexibilidade, efetividade e impacto (...) Deverão se garantir as condições financeiras e materiais para que os Guias de Prática Clínica sejam implementados (p.93) (26)

Apesar desta iniciativa, a Política não pontua a responsabilidade dos cirurgiões dentistas de evitar causar dano aos pacientes, por meio da aplicação destes Guias e não ressalta valores individuais básicos para que o profissional aplique os protocolos estabelecidos, favorecendo a conscientização dos riscos durante a prestação do serviço. Considerando o enfoque de direitos plasmado no seu marco conceitual, a Política deve propender para que os profissionais da odontologia sejam conscientes de que a aplicação destes Guias é uma obrigação moral. A simples explanação e socialização dos Guias, manifesta que, a segurança é limitada à aplicação do *check list* e não é compreendida como o direito dos pacientes à atenção segura, necessária para garantir o direito à saúde bucal. Considerando o caráter dinâmico das Políticas públicas de saúde, e que, através delas o Estado materializa suas prioridades em ações, visando responder às necessidades da população, é plausível inferir que a mera implementação de mecanismos para a socialização dos Guias e protocolos de atenção, não são

medidas suficientes para prevenir danos e eventos adversos em odontologia e alcançar a proteção do direito à saúde bucal.

5.3.3.5 Qualidade dos bens e instalações odontológicas

Adicional à ambiguidade conceitual de qualidade exposta, a Política em análise alude à presença de inadequações das áreas físicas de atenção e do instrumental odontológico, imprescindível para o atendimento de qualidade. Esta problemática se expressa na seguinte afirmação

Dentro do processo de habilitação que realizaram os hospitais, foram evidentes problemas de infraestrutura, de instrumental odontológico e serviço de manutenção. Uma nova proposta de modelo de atenção em saúde bucal, deve considerar a adequação das áreas físicas atuais e a dotação de instrumental odontológico necessário para garantir a prestação de serviços de saúde bucal, com altos níveis de qualidade (p.78) (26).

Por conseguinte, foi proposta estratégia que visa melhorar as condições de infraestrutura e tecnologia da atenção odontológica dos hospitais da rede pública. Sendo assim se apresentam as seguintes estratégias

Realizar diagnóstico de necessidades de infraestrutura e equipes; análise técnico, administrativo e financeiro dos dispositivos médicos a serem adquiridos (...); realizar o processo de aquisição; realizar a instalação das equipes; iniciar o protocolo de manutenção e controle (p.85) (26).

Partindo do entendimento que a má infraestrutura das instalações e a deterioração do instrumental são potenciais geradores de riscos e eventos adversos para os pacientes, é questionável que esta proposta esteja desarticulada das ações sobre segurança dos pacientes locais, já referidas neste Capítulo; ou seja, é imprescindível que a resolutividade desta problemática se integre ao Programa

Distrital de Segurança do Paciente da Secretaria Distrital de Saúde (231), que pretende diminuir o risco e alcançar instituições prestadoras de serviços de saúde mais seguras. Contudo, nem o objetivo nem as estratégias associadas a esta proposta, aludem à segurança do paciente⁷⁸.

5.3.3.6 Condições laborais dos profissionais da odontologia e qualidade dos cuidados

O terceiro eixo que configura a Política examinada se denomina “fortalecimento da gestão do talento humano odontológico” e apresenta a seguinte consideração

A Política de Saúde Oral de Bogotá, que objetiva melhorar a situação da saúde bucal da população, (...) com vistas a garantir o direito à saúde requer (...) que o talento humano odontológico (profissionais, auxiliares, promotores, agentes comunitários), deve estar formado e instruído e contar com condições laborais ótimas que lhe permitam responder com altos níveis de qualidade (...) às problemáticas de saúde bucal no Distrito Capital (p.96) (26).

As precárias condições laborais dos profissionais, sua baixa continuidade laboral e a falta de equipes de adequada qualidade, referidas na Política, são obstáculos que impedem responder efetivamente aos altos níveis de qualidade, para assegurar a segurança do paciente. Assim, note-se a reciprocidade entre segurança do paciente e os direitos dos profissionais da saúde. Com efeito, a fadiga e o estresse são fatores que impactam na maior ocorrência de erros durante a atenção (8).

Para tanto, são propostas as seguintes linhas estratégicas para dar solução a esta problemática; dignificação das condições de trabalho, prevenção das

⁷⁸ A política analisada fez menção à segurança como característica da qualidade; no entanto, ela não é desenvolvida nem incorporada às estratégias já estabelecidas.

doenças e acidentes profissionais, educação continuada e permanente do talento humano e fortalecimento da relação docência/serviço (p.104) (26). Ressalte-se que a educação continuada e permanente, apresenta estratégias em relação a

Qualificação permanente do talento humano odontológico do Distrito Capital, em temáticas relacionadas às áreas administrativas, investigativas, de saúde pública, (...) biossegurança e éticas (...). O processo de qualificação pode-se realizar através de cursos e espaços de socialização de experiências (p.106) (26).

Note-se que a capacitação dos profissionais da odontologia e a melhora das suas condições de trabalho propostas nesta Política, convergem com a prescrição do Comentário Geral n.14 (6), que estabelece a adequada formação profissional para assegurar que os bens, serviços e instalações de saúde sejam de boa qualidade.

Contudo, a Política aponta à segurança do profissional e o aprimoramento da qualidade dos serviços, sem mencionar soluções inter setoriais para a segurança do paciente, quer dizer, a influência da capacitação profissional dos cirurgiões dentistas, na prevenção de erros e eventos adversos na prestação dos serviços odontológicos, não foi assinalada neste eixo estrutural. Esta asserção orienta à reflexão sobre a responsabilidade ética e legal dos profissionais da saúde na consideração dos interesses do paciente, dentro os quais, aparece a qualidade dos cuidados e a segurança durante o atendimento. Adicionalmente, o Estado tem o dever de prover bens, instalações e serviços odontológicos de qualidade.

Constata-se neste enunciado, a alusão ao termo biossegurança, que abrange o controle de riscos derivados da utilização das biotecnologias modernas e que atingem pessoas, animais e meio ambiente (135); que se distingue da segurança do paciente, termo que aponta à redução de riscos no âmbito dos cuidados em saúde.

Em síntese, demonstrou-se que não obstante a Política de Saúde Oral de Bogotá estabelecer a prioridade de avançar na garantia do direito à saúde bucal e assumir o enfoque dos direitos humanos, com vistas a resolver problemáticas como a exclusão social e as inequidades em saúde bucal, o seu próprio marco normativo e estratégias propostas não apontam o paciente como núcleo essencial, afastando-se da satisfação do referido direito. Assim, a qualidade e a segurança do paciente, não são considerados elementos deste direito.

Esta afirmação se fundamenta em que as estratégias adotadas nesta Política, não aludem ao direito dos pacientes à atenção segura, necessária para garantir a satisfação do direito à saúde bucal. Destaque-se o fato de que no marco normativo se ressalta o dever estatal de responder às necessidades diferenciais. Na Política analisada, não foram aludidas ações concretas dirigidas ao aperfeiçoamento da qualidade e segurança dos serviços odontológicos da pessoa com doenças sistêmicas crônicas, pessoa com deficiência física e/ou intelectual, povos indígenas e deslocados, considerando as particularidades que cada grupo apresenta. Nessa linha, ações para a melhora da qualidade e segurança do paciente, dirigidas às mulheres, crianças menores de cinco anos e adultos maiores, também não foram apresentadas, limitando-se à adoção de guias e protocolos de atenção.

Corroborou-se que no marco normativo desta Política, não foram contempladas as regulamentações que atingem o aperfeiçoamento da segurança do paciente, por exemplo, a *Política Nacional de Seguridad del Paciente*, estabelecida na Colômbia desde 2008. A falta de menção desta norma na Política de Saúde Oral, deixa uma lacuna na regulação sobre o direito aos cuidados odontológicos seguros; tal como se afirma na *Política de Seguridad del Paciente*, “para que um sistema de saúde seja seguro é necessária a participação responsável dos diversos atores envolvidos nele” (p.8) (221); além, reconhece que o problema da segurança do paciente é “sistêmico e multicausal” (p.9) (221), fato que exige o trabalho conjunto entre os diferentes campos da saúde. A falta de inclusão desta norma na Política de Saúde Oral, limita o reconhecimento dos cirurgiões dentistas

sobre os princípios norteadores de um atendimento seguro, sobre as definições básicas da Política de segurança do paciente e sobre as ações dirigidas ao estabelecimento das políticas institucionais para a segurança do paciente. É sabido que, a segurança do paciente compõe a satisfação do direito à saúde; assim, as Políticas sobre este tópico, se constituem em estratégias para efetivar tal direito.

Por outro lado, foram identificadas dissonâncias quanto às bases conceituais da qualidade, expondo uma definição centrada na prestação dos serviços. Assim, a conceituação da qualidade, diverge das premissas adotadas pelo Comentário Geral n.14 de 2000 e pela OMS, ou seja, não tem coerência teórica com as formulações destas autoridades. No mesmo sentido, constatou-se a utilização do termo biossegurança, no conteúdo da Política, de natureza abrangente, distanciando-se do enfoque centrado no paciente.

Como visto, a Política analisada expõe uma seria problemática que compromete a segurança do paciente no âmbito odontológico, particularmente, pela evidência da falta de seguimento dos protocolos de prevenção da infecção, deterioração de instrumental e equipes odontológicas e falhas na infraestrutura. Considerando que as políticas públicas são ações organizadas dos governos para responder aos problemas que tocam à saúde bucal da população, nesta pesquisa foi demonstrado que a superação das dificuldades neste campo, não se articula com as normatividades sobre segurança do paciente já implementadas no país, e adicionalmente, as concepções e estratégias adotadas, não apontam o direito dos pacientes à atenção segura, necessária para garantir o direito à saúde bucal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta tese foram examinados documentos adotados por autoridades da saúde bucal, de caráter internacional, bem como de caráter regional, especificamente da Colômbia. Esta análise buscou estudar a compreensão do direito à saúde bucal a partir de duas dimensões. A primeira, envolve a sua associação com o direito à saúde, e segunda, diz respeito ao entendimento da qualidade dos cuidados odontológicos e segurança do paciente, como elementos do direito mencionado. O fundamento deste exame foi o Comentário Geral n.14 de 2000, adotado pelo CDESC.

A falta de proteção, respeito e realização universal do direito à saúde bucal é uma realidade vivenciada em diversos países do mundo (1). Portanto, examinar desde a perspectiva teórica, documentos que objetivam o contínuo melhoramento da saúde bucal das populações, constitui-se em uma ideia inovadora que permite a compreensão das razões da falta de materialização deste direito.

Este tipo de investigação permite o entendimento da perspectiva do direito à saúde bucal, assumida pelos atores da comunidade internacional que configuram estas instituições. Igualmente, a análise documental propicia a identificação da natureza das orientações que estas instâncias estão transmitindo aos países membros, em relação ao tema do direito à saúde bucal, seu elemento a qualidade dos cuidados e a segurança do paciente. Na mesma linha, esta pesquisa identifica conflitos de interesses existentes no âmbito das autoridades em saúde bucal; os referidos conflitos se evidenciam nos documentos finais que são publicados. A seguir será sustentada esta afirmação.

Na primeira dimensão de análise, o exame dos sentidos da Declaração de Liverpool e do Relatório Mundial da Saúde Bucal, permitiu confirmar que a interconexão entre o direito à saúde bucal e o direito à saúde evocada nestes documentos não se fundamenta nos preceitos do referencial do direito humano à saúde, conforme o Comentário Geral n.14 de 2000. Isto é, verificou-se uma

associação entre estes direitos, que não é baseada no referencial aludido. Essa interconexão se reflete em três pontos fundamentais: primeiro, no estabelecimento de obrigações estatais em saúde bucal, segundo, na aceção de que saúde bucal se configura parte essencial da saúde geral, constituindo-se em fator determinante para a qualidade de vida e terceiro, na alusão sobre a carga das doenças buco-dentárias, tais como carie e doença periodontal, assim como às inequidades em saúde bucal.

Ademais, verificou-se que esta interconexão não é suficientemente consolidada, em razão da abordagem incompleta dos elementos do direito à saúde. Assim, constatou-se que o elemento da acessibilidade foi realçado nos dois documentos referidos, desconsiderando a sua reciprocidade com outros elementos tais como a qualidade, a disponibilidade e a aceitabilidade. Esta dissonância, se reflete na omissão às populações vulneráveis como núcleos prioritários de atenção em saúde bucal, tais como mulheres, pessoas com deficiência, pessoas em privação da liberdade e grupos indígenas, que também sofrem sérias alterações buco dentais agravadas pela exclusão social.

Importa refletir que a omissão destas populações se contradiz com a meta sobre a redução da carga das doenças buco-dentárias, especialmente, nas populações pobres e marginalizadas, proposta pela OMS, isto é, não se estabelecem ações concretas dirigidas à superação da exclusão dos serviços, bens e instalações odontológicas. Assim, os documentos analisados reconhecem a problemática que toca a estes grupos, mas as suas orientações não estimulam os Estados a empreender estratégias concretas que atinjam à proteção, realização e respeito do direito à saúde bucal das populações desatendidas.

Tal como estabelecido no Capítulo inicial desta pesquisa, as normas de direitos humanos devem ser consideradas visando à proteção da dignidade humana e à consolidação das obrigações estatais indispensáveis para alcançar o mínimo padrão aceitável de saúde, neste caso, de saúde bucal.

Conforme as análises executadas, o alcance transformador do uso do referencial do direito humano à saúde, não foi incorporado no conteúdo dos

documentos examinados; portanto, a natureza das orientações publicadas nesses instrumentos desconhece o direito à saúde. Esse fato tem impacto negativo na efetivação da saúde bucal como bem ético, como se nota, na perpetuação das frágeis condições de saúde nos países de baixa renda e na efetivação universal do direito aludido.

As acepções apresentadas na Declaração de Liverpool e no Relatório Mundial da Saúde Bucal influenciam a falta de implementação do direito à saúde, em razão de que, a compreensão da saúde como bem ético a ser realizado pelos Estados, impõe o cumprimento de deveres que deveriam ser reforçados pelas autoridades internacionais em saúde, por exemplo a OMS e a IADR. Uma orientação internacional incompleta, do ponto de vista dos direitos humanos, induz à falta de efetivação dos deveres estatais em saúde bucal, fato que perpetua as iniquidades sociais que se manifestam na condição bucal desfavorável e que reforça o ciclo do estigma e da discriminação de determinados grupos, aumentando a sua exclusão social. Portanto, essas disparidades devem ser consideradas violações aos direitos humanos.

Diante dessas divergências encontradas nesta pesquisa, é pertinente refletir sobre o papel da OMS como autoridade promotora do direito à saúde. Defende-se que esse órgão impacta na interseção entre os direitos humanos e a saúde pública (7), sendo que, a OMS foi criada para respaldar esse direito por meio de políticas, programas e atividades. Com efeito, o discurso baseado nos direitos humanos foi manifesto na sua Constituição. No entanto, deve-se destacar o contexto histórico desses direitos nas políticas de saúde.

No marco da Guerra Fria, a OMS demonstrou relutância para engajar o desenvolvimento do direito à saúde, abandonando a abordagem baseada em direitos e passando a enfatizar a saúde internacional, através de uma perspectiva apolítica que desconsiderou as obrigações em direitos humanos. Desse modo, a OMS projetou-se como uma organização de caráter meramente técnico, que não tinha ingerência nos debates sobre esses direitos, limitando-se às atividades técnicas relacionadas diretamente com a saúde (7)

Considerando esse fato, as Nações Unidas pressionaram à OMS em 1966, com o intuito de que essa Agência, fizesse contribuições simbólicas, no marco do Ano Internacional dos Direitos Humanos; esses aportes incluíram declarações no dia mundial da saúde e publicação de artigos dedicados aos logros sobre o direito à saúde. Apesar de tais iniciativas, a OMS negligenciou o alcance dos direitos humanos, separando-se dessa abordagem. Essa visão caracterizou a resposta da OMS ao Programa das Nações Unidas em Direitos Humanos e Desenvolvimento Científico e Tecnológico, programa adotado na década nos anos 60, visando ao estudo das implicações dos direitos humanos nos avanços tecnológicos na medicina, como um pilar para fortalecer a proteção dos direitos humanos. De fato, a relutância da OMS na cooperação sobre os direitos humanos se manteve durante os anos 70, década na qual, a Assembleia Mundial da Saúde pressionou a OMS para que realizasse alterações nas políticas (7).

Foi desse modo que, o Secretariado da OMS retornou ao compromisso com os direitos humanos como meio para realizar a saúde pública e adotou essa abordagem para avançar na sua própria agenda. Assim, a OMS redefiniu os seus discursos em saúde pública para refletir os direitos humanos, concretamente, o direito humano à saúde. Consequentemente, a OMS se converteu em uma força internacional baseada no paradigma dos direitos e emergiu como um ponto de conexão entre a saúde pública e os direitos humanos, particularmente, associado aos debates sobre os riscos e benefícios da ciência e tecnologia (7).

Apesar desse contexto histórico, as análises realizadas nesta tese, corroboraram que o conteúdo da Declaração de Liverpool e do Relatório Mundial da Saúde Bucal adotados pela OMS, não reforçam o alinhamento desse órgão a uma perspectiva fundamentada no direito à saúde. Neste sentido, a OMS, se distancia da transformação da realidade das populações desatendidas em saúde bucal e da garantia do seu desfrute universal dos benefícios dos progressos científicos em odontologia, retomando a sua perspectiva meramente técnica. Vislumbra-se discrepância entre os discursos adotados pela OMS e o seu objetivo de construir um futuro mais saudável para as pessoas de todo o mundo (16).

A presente tese confirma os argumentos expostos por Abadia-Barrero (49), relacionados com o escasso impacto na diminuição das desigualdades em saúde bucal, nas ações e discursos empreendidos pelas autoridades internacionais da saúde.

Em relação à segunda dimensão de análise executada nesta tese, que tratou do estudo da qualidade e da segurança do paciente odontológico, abordaram-se duas perspectivas, a primeira estudada a partir de um documento adotado por um órgão internacional da odontologia, a FDI; a segunda, examinada a partir da Política de Saúde Oral da cidade de Bogotá. Tal como aludido no corpo deste trabalho doutoral, a baixa qualidade e em consequência, os eventos adversos durante o atendimento odontológico e erros profissionais, tem conexão com os outros elementos do direito à saúde, e que consequentemente geram exclusão social.

O afastamento da compreensão da qualidade e da segurança do paciente como elementos do direito à saúde bucal, foi confirmado na Política de Saúde Oral da Bogotá, concretamente, na omissão ao dever estatal de prover tratamentos odontológicos seguros e qualificados para toda a população. Esta afirmação se fundamenta nas limitações impostas pelo Estado sobre o acesso aos tratamentos periodontais, restrição que coloca em risco a saúde geral do paciente; assim a partir dessa ótica, o Estado impossibilita o desfrute do direito à saúde bucal.

Neste ponto, é necessário pontuar a interseção entre bioética, direito humano à saúde bucal e saúde pública, evidente na frágil efetivação dos elementos desse direito, que repercute negativamente nos níveis de doenças buco-dentárias na cidade. Um fato que reforça esta afirmação são os dados publicados pela própria Secretaria Distrital de Saúde, que em 2015, informou que 75% dos bogotanos, sofreu de gengivite e 68% teve cárie (238). Observa-se que apesar de que a Política examinada ainda se encontra vigente, os percentuais publicados refletem uma grave situação de saúde bucal que afeta a maioria da população dessa cidade.

Ademais, a Política analisada não se refere a estratégias concretas sobre a vigilância da comercialização de biomateriais odontológicos, implicando o dever de proteger o direito à saúde bucal. Estas lacunas identificadas agravam as limitações no acesso ao serviço odontológico, as deficiências na organização destes serviços

e a falta de credibilidade da população nos profissionais da odontologia, já registradas neste país (13). Isto é, a ausência de estratégias específicas voltadas à materialização de uma atenção odontológica cientificamente aprovada e de boa qualidade, implica que este elemento e o seu atributo a segurança do paciente, não estão sendo considerados componentes do direito à saúde bucal.

É possível afirmar que a Política em exame, de modo similar ao documento adotado pela FDI, desconsidera ações concretas sobre a garantia da qualidade dos determinantes sociais da saúde bucal. Em contrapartida, as metas propostas sobre a qualidade e a segurança do paciente parecem ser percebidas como o cumprimento de determinados requerimentos administrativos e técnicos, relacionados à adequação das instalações físicas e à capacitação dos profissionais, sem enfatizar o dever ético profissional e o dever estatal de prover cuidados odontológicos seguros.

Conforme abordado nesta pesquisa, os determinantes sociais originam a maior carga das doenças e o seu enfrentamento, visa atingir à superação das inequidades em saúde. É sabido que, carências econômicas influenciam negativamente a qualidade da alimentação e conseqüentemente, agravam a condição buco-dentária do paciente. Assim, a pobreza é um determinante social estrutural da saúde bucal, que não é aprofundado nas metas e estratégias propostas na Política de Saúde Bucal, nem no documento da FDI e que conseqüentemente, não se coadunam com o exercício de uma vida plena.

Assim, interpreta-se que tanto o documento da FDI, como a Política de Saúde Bucal analisada, expõem uma ótica restrita da qualidade e segurança do paciente, desvinculando-os do direito à saúde bucal, o que afeta o seu alcance, porquanto se desconsideram aspectos externos à relação entre paciente-profissional. Em consequência, o paciente não está sendo reconhecido como principal ator do cuidado em saúde, logo, o direito à saúde bucal está focado unicamente na resolução das enfermidades.

Cabe lembrar que o aperfeiçoamento dos padrões de qualidade e segurança do paciente, se coaduna com o dever estatal de proteger o direito à saúde, o que

implica um controle rigoroso do Estado sobre as instalações, bens e serviços, incluindo aqueles destinados ao atendimento odontológico.

Ainda, argumenta-se que na Política de Saúde Oral, não são enfatizadas ações inter- setoriais com vistas a implementar mecanismos de superação de dita problemática e, não se responde à necessidade da população de um atendimento odontológico qualificado e seguro. Esta afirmação implica a falta de garantia do direito à saúde bucal, o que repercute na falta de materialização de princípios Bioéticos, porquanto a Política analisada, desconsidera a ênfase da responsabilidade estatal e profissional, o respeito pela dignidade humana, o dever dos profissionais de evitar causar dano ao paciente, a proteção dos vulneráveis e a não discriminação.

Um exemplo prático se evidencia na falta de garantia de tratamentos especializados (periodontais), qualificados e seguros, dirigidos à população. A exclusão deste tipo de tratamentos do *Plan de Beneficios* do Sistema de Saúde, impacta negativamente na qualidade dos cuidados odontológicos e na segurança do paciente, porque, a não disponibilidade dos tratamentos, acarreta o aumento do risco de agravar, não só a sua condição bucal, mas também a sua condição de saúde geral, fato comprovado cientificamente. Desta forma, a Política de Saúde Oral de Bogotá, esta inter-relacionada com as exclusões em odontologia, impostas pelo Sistema de Saúde colombiano.

Sustenta-se que, as políticas públicas por se constituírem em ações dirigidas à garantia dos direitos humanos (232), devem-se fundamentar em uma Bioética baseada em tais direitos, e que se adote como marco referencial o direito humano à saúde, com o objetivo de garantir a totalidade dos seus elementos e, por conseguinte, o respeito de uma vida em condições dignas e equânimes.

Nesta tese, confirmou-se que a ideia do direito à saúde expressa na Política examinada, não tem como pilar a perspectiva dos determinantes sociais, tal como se evidencia na sua definição de qualidade, restrita à prestação do serviço. Neste sentido, pressupõe-se a presença de grupos com interesses econômicos na produção dessas Políticas, que visam a reprodução do mercado da saúde bucal,

opondo-se à satisfação universal do direito à atenção odontológica qualificada e segura. Nessa linha, a Política não tem natureza inclusiva e desconsidera o direito à saúde.

Esses achados confirmam o raciocínio de Escobar (13), quem problematizou a frágil participação dos cirurgiões dentistas na criação de normativas sobre o direito à saúde bucal; assim, a formulação de programas e políticas neste campo, estão nas mãos de grupos com interesses econômicos. Tal como referido no Capítulo inicial desta tese, a prática odontológica também envolve a participação das indústrias biotecnológicas, que visam a reprodução do capital.

O direito humano à saúde é um referencial bioético idôneo para a formulação de políticas de saúde bucal mais justas. As análises realizadas nesta pesquisa, constataram a premente necessidade de implementar em forma universal, os elementos desse direito, especialmente nos países de baixa renda, como a Colômbia, onde prevalecem parcelas da população sem acesso e disponibilidade de cuidados odontológicos qualificados e aceitáveis, e em consequência, fragilizando o alcance de uma vida digna, base e objetivo do direito à saúde e da bioética.

Sob a perspectiva acadêmica, a criação das políticas públicas busca o acesso igualitário aos recursos financeiros, científicos e humanos, imprescindíveis para atingir um alto padrão de saúde, privilegiando às comunidades desatendidas. No entanto, segundo Mann (7), elas nem sempre funcionam devido a três fatores, primeiro, a falta de identificação de algum determinante social da saúde na comunidade, segundo, a carência de apontamento de fatores comuns presentes nos diferentes problemas de saúde, e finalmente, ausência de consenso sobre o caminho necessário de transformação para mudar as condições sanitárias daquela comunidade.

Para o caso da Política de Saúde Bucal de Bogotá, a pobreza é um determinante social estrutural da saúde bucal, que, apesar de ser mencionado no marco político desse documento, não é enfrentado nas metas e estratégias propostas. Igualmente, na literatura acadêmica, não se vislumbra uma direção

concreta que oriente a transformação da realidade da saúde bucal colombiana. Adicionalmente, as fragilidades na qualidade dos cuidados e na segurança do paciente, são um desafio comum para todas as profissões da saúde, porém, no campo odontológico, a Política examinada não formula linhas de ação concretas que visem a sua superação.

Considerando esses pontos conflitantes, esta tese doutoral propõe a utilização do referencial do direito humano à saúde como instrumento bioético para a formulação de políticas públicas, para assim, diminuir o impacto negativo da exclusão social no processo saúde-doença. A pertinência da avaliação bioética prévia, à tomada de decisões em saúde pública, exige a aplicação de um referencial que objetive a efetivação da dignidade humana e dos direitos humanos na elaboração desse tipo de políticas. Esta proposta está fundamentada na confirmação da violação do direito humano à saúde bucal na Colômbia, que impacta na saúde da coletividade, como na saúde dos indivíduos.

A utilização deste referencial nas análises sobre saúde bucal, demanda uma vinculação mais estreita entre a bioética, a saúde bucal coletiva e os direitos humanos, áreas que possuem objetivos similares. Esta integração transdisciplinar a partir do contexto acadêmico, facilitaria um maior reconhecimento dos fundamentos teórico-normativos dos direitos humanos na comunidade odontológica, para que se contrarie a expressão da saúde bucal como bem de consumo, substituindo princípios bioéticos por critérios econômicos. Esta perspectiva demarca um caminho de transformação da odontologia dos mercados, uma participação mais ativa dos profissionais odontólogos no campo social e uma mudança das precárias condições de saúde bucal na América-Latina.

REFERÊNCIAS

- 1 Moreira T, Nations M, Alves M.S. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cadernos de saúde pública* 2007; 23 (6): 1383-1392
- 2 Paranhos F.R, Garrafa V, Melo R L. Estudo crítico do princípio de benefício e dano. *Revista bioética* 2015; 23(1): 12-19
- 3 Sharpe V, A, The Hasting Center. Promoting patient safety: an ethical basis for policy deliberation. *The Hasting Center Report* 2003; s2-s19
- 4 Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO. *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Brasília 2005. Tradução brasileira da Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília e Sociedade Brasileira de Bioética. [Online] [acesso em 1 de julho de 2013]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf
- 5 Albuquerque A. Interface entre bioética e direitos humanos: o conceito ontológico da dignidade humana e seus desdobramentos. *Rev Bioética* 2007; 15(2):170-185
6. United Nations Economic and Social Council. The right to the highest attainable standard of health. General Comment # 14, 2000, Geneva [online] [acesso em 15 de março de 2016] Disponível em http://apps.who.int/disasters/repo/13849_files/o/UN_human_rights.htm
- 7 Mann J. Medicine and public health, ethics and human rights. In: *Hasting center report*, 1997;27:6-13
- 8 Albuquerque A. *Direitos humanos dos pacientes*. Curitiba: Juruá Editora, 2016. 288 p.
- 9 Albuquerque A. *Interface entre bioética e direitos humanos: perspectiva teórica, institucional e normativa*. [Tese de Doutorado] Brasília: Programa de pós-Graduação em Bioética, Universidade de Brasília. 2010, 286 p.
- 10 Albuquerque A. Direito à saúde: conteúdo, essencialidade e monitoramento. *Revista CEJ* 2010; 48: 92-10

- 11 Gomes Amorim A, Fagundes de Sousa E. Problemas éticos vivenciados por dentistas: dialogando com a bioética para ampliar o olhar sobre o cotidiano da prática profissional. *Ciência e Saúde Coletiva* 2010; 15(3):869-878
- 12 Hernández M. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cad. saúde pública*. 2002; 18(4): 991-1001
- 13 Escobar M T. Atención en salud oral: un escenario de exclusión en las leyes colombianas y un asunto para la bioética, a partir de un caso de enfermedad periodontal. *Revista Colombiana de Bioética* 2013; 8(1):107-22
- 14 Ramírez J.H, Contreras A. ¿Se debe considerar a la enfermedad periodontal un problema de salud pública en Colombia? *Editorial Colombia Médica* 2007; 38 (3): 181-182
- 15 Suárez Zúniga E, Velosa Porras J. Comportamiento epidemiológico de la caries dental em Colombia. *Universitas Odontológica* 2013; 32 (68): 117-124
- 16 Organización Mundial de la Salud. Trabajar en pro de la salud presentación de la Organización Mundial de la Salud. [online] [acesso em 20 de julho de 2016] Disponível em http://www.who.int/about/brochure_es.pdf
- 17 International association for dental research IADR [online] [acesso em 15 de junho de 2016] Disponível em <http://www.iadr.com/i4a/pages/index.cfm?pageid=3267#.V4ujpvkrLIU>
- 18 European Association of Dental Public Health EADPH [online] [acesso em 15 de junho de 2016] Disponível em <http://www.eadph.org/about/about.html>
- 19 British Association for the Study of Community Dentistry BASCD [online] [acesso em 15 de junho de 2016] Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9114554>
- 20 World Dental Federation. FDI in brief [online] [acesso em 20 de agosto de 2016] Disponível em <http://www.fdiworldental.org/about-fdi/fdi-in-brief/fdi-in-brief.aspx>
- 21 World Dental Federation. The voice of dentistry. [online] [acesso em 20 de julho de 2016] Disponível em <http://www.fdiworldental.org/about-fdi/mission/the-voice-of-dentistry.aspx>
- 22 Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaria Distrital de Salud. [online] [acesso em 20 de julho de 2016] Disponível em <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/MisionyVision.aspx>
- 23 World Health Organization, International Association for Dental Research, European Association of Dental Public Health. Declaration of Liverpool. [online]

[acesso em 25 de março de 2016] Disponível em http://www.who.int/oral_health/events/liverpool_declaration/en/

24 Petersen P; Oral Health Programme Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion –World Health Organization. The World Oral Health Report continuous improvement of the oral health in the 21st century –the approach of the WHO Global Oral Health Programme. [online] [acesso em 25 de março de 2016] Disponível em http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_en.pdf

25 World Dental Federation. FDI Vision 2020 shaping the future of oral health. [online] [acesso em 3 de agosto de 2016] Disponível em http://www.fdiworldental.org/media/12497/vision_2020_english.pdf

26 Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C Gobierno de la ciudad, Secretaria Distrital de Salud. Política de salud oral con participación social para el decenio 2011-2021. [online] [acesso em 15 de outubro de 2015] Disponível em <http://www.saludcapital.gov.co/SUBS/Documents/Pol%C3%ADtica%20de%20Salud%20oral.pdf>

27 Fortes P A, Zoboli E L. Bioética e saúde pública. Cadernos Centro Universitário São Camilo 2006; 12(2): 41-50

28 American Public Health Association APHA. What is public health? [online] [acesso em 10 de junho de 2017] Disponível <https://www.apha.org/what-is-public-health>

29 Buss P, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. PHISIS Revista Saúde Coletiva 2007; 17(1):77-93

30 Garrafa V, Oselka G, Diniz D. Saúde pública, bioética e equidade. http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/361/462

31 Junges J R. O nascimento da bioética e a constituição do biopoder. Acta Bioethica 2011; 17(2): 171-178

32 Schramm F.R. Bioética de proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. Revista Bioética 2008; 16(1): 11-23

33 Garrafa V. Inclusão social no contexto político da bioética. [online] [acesso em 12 de maio de 2013] Disponível em <http://www.bioetica.org/cuadernos/bibliografia/garrafa.pdf>

34 Garrafa V. De uma bioética de princípios a uma bioética interventiva. Bioética 2005; 13(1):125-134

- 35 Garrafa V. Ampliação e politização do conceito internacional de bioética. *Revista Bioética* 2012; 20(1): 9-20
- 36 . Kass N.E. Public health ethics: from foundations and frameworks to justice and global public health. *Journal of Law, Medicine and Ethics* 2004; 32 (2): 232-242
37. Rego S. Contribuições da bioética para a saúde pública. *Cad. De Saúde Pública* Rio de Janeiro 2007; 23(11): 2530-2531
- 38 United Nations Human Rights Office of the High Commissioner. International Covenant on Civil and Political Rights [online] [acesso em 29 de maio de 2016] Disponível <http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/ccpr.aspx>
- 39 Fernández, E. Teoría de la justicia y los derechos humanos. Madrid: Editorial Debate; 1984.p. 82.
- 40 Albuquerque A. Bioética e Direitos Humanos: tratamento teórico da interface. *Revista de Direito Sanitário* 2010; 11(1): 65-94
- 41 Andorno R. A Human Rights approach to Bioethics. In: Pedro Serna & José Antonio Seoane (eds.) *Bioethical decision-making and argumentation*, Darmstadt: Springer, 2016, pp. 31-41.
- 42 Meier B. Advancing health rights in a globalized world: responding to globalization through a collective human right to public health. *Global health law, ethics, and policy* 2007; 545-555.
- 43 Farmer P. Pathologies of Power: Rethinking Health and Human Rights. *American Journal of Public Health* 1999; 89 (10): 1486-1496
- 44 Gibson J, Forman I., Nixon S. Bioethics and the Right to Health: Advancing a Complementary Agenda. *Health and Human Rights (Ed)* 2015; 17(1): 1-5
- 45 Flores EMTL, Drehmer TM. Conhecimento, percepções, comportamentos e representações de saúde e doença bucal dos adolescentes de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre. *Ciência e Saúde Coletiva* 2003; 8:743-52.
- 46 Vettore M.V, Márquez R.A, Peres M. Desigualdades sociais e doença periodontal no estudo SB Brasil 2010: abordagem multinível. *Revista saúde pública* 2013; 47(3):29-39

47 Infante, C. Desarrollo dental y estructuras de soporte. In: Fundamentos para la evaluación del crecimiento, desarrollo y función craneofacial. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2009. p 238-270.

48 Lindhe J, Niklaus P. Clinical periodontology and implant dentistry. Oxford: Willey Blackwell

49 Abadia-Barrero C.E. Pobreza y desigualdades sociales: un debate obligatorio en salud oral. Acta Bioethica 2006; 12(1):9-22

50 Scliar M. História do conceito de saúde. PHISIS: Rev. saúde coletiva 2007; 17 (1): 29-41

51 World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Forty-fifth edition. [online] [acesso em 12 de março de 2016] Disponível em http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

52 Vidal S. Necesidades en salud. In: Tealdi J C [Dir]. Diccionario latinoamericano de bioética. Bogotá: UNESCO-Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia, 2008. P 519-522

53 United Nations, General Assembly. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. [online] [acesso em 10 de janeiro de 2016] Disponível em <http://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cescr.pdf>

54 World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion paper 2. [online] [acesso em 20 de maio de 2016] Disponível http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf

55 Carvalho A I. Determinantes sociais, económicos, e ambientais da saúde. In Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 2. pp. 19-38 Disponível <http://books.scielo.org/id/8pmm/pdf/noronha-9788581100166-03.pdf>

56 Organização Mundial da Saúde. Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde. Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde [online] [acesso em 20 de maio de 2016] Disponível http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion_Paper_PT.pdf

57 Wilkinson R, Marmot M; World Health Organization Social determinants of health-the solid facts. [online] [acesso em 20 de maio de 2016] Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf

58 Chapman A. Globalization, human rights and social determinants of health. *Bioethics* 2009; 23 (2):97-111

59 Labonté R, Schrecker T. Globalization and social determinants of health: introduction and background [online] [acesso em 20 de maio de 2016] Disponível <http://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1744-8603-3-5>

60 Junges J R. Direito à saúde, biopoder e bioética. *Interface –comunic, saúde educ* 2009; 13(29): 285-295

61 Márquez J. Relación médico-paciente y mercado de la salud en Colombia. *Interface, comunicação, saúde, educação* 2014; 18, (50): 609-617

62 World Health Organization. Commission of Macroeconomics and Health. [online] [acesso em 20 de maio de 2016] Disponível <http://www.who.int/macrohealth/en/>

63 Organización Mundial de la Salud; Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsana las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. [online] [acesso em 20 de maio de 2016] Disponível http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf

64 Universal Declaration of Human Rights. Geneva [online] [acesso em 15 de março de 2016] Disponível em http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/eng.pdf

65 Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud; Organización Mundial de la Salud. Declaración Política de Rio sobre Determinantes Sociales de la Salud [online] [acesso em 15 de março de 2016] Disponível em http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf

66 Assembleia Geral das Nações Unidas. Resolução 62.14. [online] [acesso em 29 de maio de 2016] Disponível <http://www.un.org/en/ga/69/resolutions.shtml>

67 World Health Organization. Social Determinants of Health. The UN platform on social determinants of health. [online] [acesso em 15 de março de 2016] Disponível em http://www.who.int/social_determinants/implementation/un_platform_Social_determinants/en/

68 Health in the post 2015 development agenda: need for a social determinants of health approach. Joint statement of the UN platform on social determinants of health. Disponível http://www.who.int/social_determinants/advocacy/UN_Platform_FINAL.pdf

69 Pagani L. Fundamentos bioéticos e jurídicos do princípio da responsabilidade social e saúde sob a perspectiva dos direitos humanos. [Dissertação de mestrado] 2012 Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Bioética 111p.

70 United Nations Human Rights. Office of the high commissioner. What are human rights? [online] [acesso em 15 de março de 2016] Disponível <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>

71 Naciones Unidas Asamblea General Resolución 32|120. Medidas para mejorar la situación y garantizar el respeto de los derechos humanos y la dignidad de todos los trabajadores migratorios [online] [acesso em 29 de maio de 2016] Disponível <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/32/120&Lang=S>

72 United Nations Human Rights Office of the High Commissioner. Vienna Declaration and Programme of Action [online] [acesso em 29 de maio de 2016] Disponível <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/Vienna.aspx>

73 Evans T. A right to health? Third World Quarterly 2002; 23(2):197-216

74 Toebes B. Towards an improved understanding of the international human right to health. Human rights quarterly 1999; 21(3):661-679

75 Santos M A. Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos. R Katál 2013; 16(2): 233-240

76 Ribeiro L. Os movimentos sociais e sua relação com a questão de saúde. Cadernos da saúde pública 1989; 5(3): 264-275

77 El Tiempo. Víctimas del conflicto en Colombia ya son ocho millones [online] [acesso em 8 de junho de 2016] Disponível <http://www.eltiempo.com/politica/justicia/cifras-de-las-victimas-del-conflicto-armado-en-colombia/16565045>

78 Quartz. The World Bank is eliminating the term “developing country” from its data vocabulary. [online] [acesso em 10 de julho de 2016] Disponível <http://qz.com/685626/the-world-bank-is-eliminating-the-term-developing-country-from-its-data-vocabulary/>

79 World Health Organization. 25 questions and answers on health and human rights. Health & Human Rights Publication Series Issue 1, 2002. 36 p.

80 The Pan American Health Organization Declaration promoting health in the Americas. Declaración de Alma-Ata Conferencia Internacional sobre Atención

- Primaria de Salud. 1978 [online] [acesso em 15 de março de 2016] Disponível http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=2518
- 81 Daniels N. Just health: meeting health needs fairly. Cambridge: University Press, 2007.
- 82 Ferrer-Lues M. Equidad y justicia en salud implicaciones para la bioética. *Acta Bioethica* 2003; 9(1):113-126
- 83 Gilbert G H, Duncan R P, Shelton B J. Social determinants of tooth loss. *Health Serv Res* 2003; 38: 1843-1862
- 84 Tem have H, Jean M S. The Unesco Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. Paris: UNESCO; 2009
- 85 Albuquerque A. Para uma ética em pesquisa fundada nos direitos humanos. *Rev Bioét* 2013; 21(3):412-22.
- 86 Albuquerque A. Bioética clínica e direitos humanos: a interface entre o direito humano à saúde e o consentimento informado. *Bioethikos* 2013; 7(4):388-97
- 87 Carta de Otawa para la promoción de la salud. [online] [acesso em 15 de junho de 2016] Disponível em <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/ottawa.html>
- 88 Sen A. Desenvolvimento como liberdade. São Paulo: Companhia das letras, 2000
- 89 United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization –UNESCO. Report of the International Bioethics Committee of UNESCO (IBC) on social responsibility and health. [online] [acesso em 10 de julho de 2016] Disponível <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001878/187899E.pdf>
- 90 US Department of Health and Human Services and National Institute of Dental and Craniofacial Research. Oral health in America: a report of the Surgeon General. Rockville, MD: National Institutes of Health. [online] [acesso em 25 de junho de 2016] Disponível em <http://www.nidcr.nih.gov/DataStatistics/SurgeonGeneral/sgr/chap1.htm#what> is
- 91 Geib L.T.C. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012;17(1):123-133
- 92 Persson G, Persson R. Cardiovascular disease and periodontitis: an update on the associations and risk. *Journal of Clinical Periodontology* 2008; 35(s8):362-379
- 93 Chappel I, Genco R. Diabetes and periodontal diseases: consensus report of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. *Journal of Clinical Periodontology* 2013; 40(s14): s106-s112

- 94 Da Silva G, Coutinho S, Piscocya M.D, Ximenes R, Jamelli S. Periodontitis as a Risk Factor for Preeclampsia. *Journal of Periodontology* 2012; 83(11): 1388-1396
- 95 Estrada-Montoya J H, Escobar-Leguízamo D N. Manifestaciones orales de la infección por VIH-Sida em niños y adolescentes: aspectos clínicos, epidemiologia e pautas de tratamiento. *Universitas Odontologica* 2011; 30(64): 37-50
- 96 Oral Health Worldwide a report by FDI World Dental Federation. [online] [acesso em 15 de junho de 2016] Disponível em http://www.worldoralhealthday.com/wp-content/uploads/2014/03/FDIWhitePaper_OralHealthWorldwide.pdf
- 97 Petersen P E. Strengthening of Oral Health Systems: Oral Health through Primary Health Care. *Medical principles and practice* 2014;23(1):3-9
- 98 Organización Mundial de la Salud. Asamblea Mundial de la Salud. 60 Asamblea Mundial de la Salud resoluciones y decisiones anexos. 2007 [online] [acesso em 15 de junho de 2016] Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/25842/1/A60_R17-sp.pdf
- 99 Locker D. Concepts of oral health, disease and the quality of life In: Slade D [ed]. *Measuring oral health and quality of life*. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental ecology 1997
- 100 Naidoo S. Ethical considerations in community oral health. *Journal of Dental Education* 2015; 79(1): s38-s44
- 101 Oral Health Worldwide a report by FDI World Dental Federation. [online] [acesso em 15 de junho de 2016] Disponível em http://www.worldoralhealthday.com/wp-content/uploads/2014/03/FDIWhitePaper_OralHealthWorldwide.pdf
- 102 Encuentro latinoamericano de coordinadores de nacionales de salud bucal. Carta de Brasilia sobre la salud bucal en las Américas, 2009. [online] [acesso em 25 de março de 2016] Disponível http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/carta_brasilia_salud_bucal_americas.pdf
- 103 Human rights and oral health care: a report of the 7th international dental ethics and law congress. *J Canad Dent Assoc* 2008; 74: 337–340
- 104 World Health Organization. 7th Global Conference on Health Promotion. [online] [acesso em 25 de março de 2016] Disponível <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/en/>
- 105 Conselho Regional de Odontologia de Rio de Janeiro. Pesquisa revela que brasileiros desconhecem ter direito a saúde bucal [online] [atualizada em 16 de

- janeiro de 2016] [acesso em 3 de agosto de 2016] Disponível em <http://www.cro-rj.org.br/pesquisa-revela-que-brasileiros-desconhecem-ter-direito-a-saude-bucal/>
- 106Brasil, Portal da saúde. Brasil sorridente. Disponível http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php
- 107Narvai P, Frazão P. Saúde bucal: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 148 p.
- 108Brasil, Portal da saúde. Entenda o SUS [online] [acesso em 25 de março de 2016] Disponível <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/entenda-o-sus>
- 109Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre los medicamentos esenciales [online] [atualizada em fevereiro de 2010] [acesso em 3 de agosto de 2016] Disponível em http://www.who.int/features/factfiles/essential_medicines/es/
- 110Organización Mundial de la Salud. Lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS [online] [acesso em 3 de agosto de 2016] Disponível em http://www.who.int/medicines/publications/08_SPANISH_FINAL_EML15.pdf
- 111Ramires I, Buzalaf M. A fluoretação da água de abastecimento público e seus benefícios no controle da cárie dentária –cinquenta anos no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12(4): 1057-1065
- 112Universidad Nacional de Colombia. Agencia de Noticias U N- UNIMEDIOS. Colombia consume hasta seis veces más flúor del recomendado [online] [acesso em 15 de junho de 2016] Disponível em <http://agenciadenoticias.unal.edu.co/detalle/article/colombia-consume-hasta-seis-veces-mas-fluor-del-recomendado.html>
- 113Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. [online] [acesso em 25 de março de 2016] Disponível <http://www.iedf.org.mx/sites/DDHH/convenciones/10.pdf>
- 114Martins P, Piva M, Da Silva L, Reinheimer D, Santos T. Tumor agressivo del embarazo com gran perdida del hueso alveolar simulando um tumor maligno. Reporte de caso y revisión bibliográfica. *Int J Morfol* 2011; 29 (1): 164-167
- 115Lindhe J, Niklaus P. *Clinical periodontology and implant dentistry*. Oxford: Willey Blackwell
- 116World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse. UN Convention on the rights of persons with disabilities– a major step forward in promoting and protecting rights. Geneva, 2007. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/4_UNConventionRightsofPersonswithDisabilities_Infosheet.pdf?ua=1
- 117Report of the special rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Dainius Puras. Disponível em www.ohchr.org/EN/HRBodies/.../A_HRC_29_33_ENG.DOCX

- 118 Organización Mundial de la Salud. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Privación de la libertad y salud de la mujer: inquietudes sobre la sensibilidad de género, los derechos humanos y la sanidad pública. [online] [acceso em 3 de agosto de 2016] Disponível em <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/9/10-082842-ab/es/>
- 119 Rocha A, Patino A. Salud bucal de las personas privadas de la libertad: un planteamiento justo. *Revista Facultad Nacional Salud Pública* 2010; 28 (3): 294-300
- 120 Organización Mundial de la Salud La salud de las poblaciones indígenas. Salud y derechos humanos. [online] [acceso em 3 de agosto de 2016] Disponível em http://www.who.int/hhr/activities/indigenous_peoples/informationssheetspanishrev.pdf
- 121 Suliano A.A, Rodriguez M.J, Caldas Jr A, Fonte P, Carreiro C. Prevalência de mal oclusão e sua associação com alterações funcionais do sistema estomatognático entre escolares. *Cadernos de Saúde Pública* 2007;23(8):1913-1923
- 122 Cymrot M, Sales F, Teixeira F, Teixeira Jr F, Teixeira G, Cunha J, Oliveira N. Prevalência dos tipos de fissuras em pacientes com fissuras labiopalatais atendidos em um Hospital Pediátrico do Nordeste Brasileiro. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica* 2010; 25(4):648-651
- 123 Villegas A, Naranjo E, Gómez D. (2008). Pruebas de biocompatibilidad de los materiales de uso odontológico: revisión de la literatura. *Revista estomatología*, 16 (2), 38-44
- 124 Agudelo-Suárez A, Martínez-Flórez L, Madrid-Gutierrez L.M, Vivares-Builes A, Rocha-Buelvas A. Panorama de la fluorosis dental em Colombia. Una revisión exploratória de la literatura. *Universitas Odontológica* 2013; 32(68):133-145
- 125 Ramírez BS, Franco AM, Gómez AM, Corrales DI. Fluorosis dental en escolares de instituciones educativas privadas. Medellín, Colombia, 2007. *Rev Fac Odontol Univ Antioq* 2010; 21(2): 170-176.
- 126 Galindo F. ¿Hasta cuándo seguiremos afectados por el flúor en la sal? *El Espectador*. [online] [atualizada em 21 de março de 2016] [acceso em 15 de junho de 2016] Disponível em <http://www.elespectador.com/opinion/hasta-cuando-seguiremos-afectados-el-fluor-sal>
- 127 Costa J. O que é um “problema de saúde pública” Editorial [online] [acceso em 25 de março de 2016] Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v9n1/13.pdf>
- 128 Ayala-García J. La salud en Colombia: más cobertura, pero menos acceso. Documentos de trabajo sobre economía regional, Banco de la República 2014; 204:1-45

- 129 Ospina-Lozano E.J, Ortíz C.B. Autoatención en salud oral en el pueblo Yanacona de los Andes del sur de Colombia. *Acta Odontológica Colombiana* 2011; 1 (2): 85-101
- 130 Patrick L. Anders, Elaine L. Davis. Oral health of patients with intellectual disabilities: A systematic review. *Special care in dentistry* 2010; 30(3): 110-117
- 131 Queiroz F, Rodrigues M.M, Cordeiro Júnior G, Oliveira A, Oliveira J, Almeida E. Avaliação das condições de saúde bucal dos portadores de necessidades especiais. *Rev Odontol UNESP* 2014; 43(6): 396-401
- 132 Hobdell M, Petersen P, Clarkson J, Johnson N. Global goals for oral health 2020. *International Dental Journal* 2003; 53: 285-288
- 133 Hunt P, Backman G. Health Systems and the Right to the Highest Attainable Standard of Health. *Health Human Rights*. 2008;10(1), 81-92.
- 134 World Health Organization. Quality of care A process for making strategic choices in health systems [online] [acesso em 20 de julho de 2016] Disponível em http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf
- 135 Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Bioseguridad [online] [acesso em 19 de outubro de 2015] Disponível em <http://www.fao.org/biodiversity/asuntos-intersectoriales/bioseguridad/es/>
- 136 World Health Organization. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety Version 1.1 final technical report [online] [acesso em 20 de julho de 2016] Disponível em http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_chapter3.pdf
- 137 Perea-Pérez B, Santiago-Sáez A, García-Marín F, Labajo-González E, Villa-Vigil A. Seguridad del paciente en odontología: plan de gestión de riesgos sanitarios en odontología. [online] [acesso em 20 de julho de 2016] Disponível em <http://pendientedemigracion.ucm.es/centros/cont/descargas/documento23390.pdf>
- 138 Bailey E, Tickle M, Campbell S, L O'Malley. Systematic review of patient safety interventions in dentistry. *BMC Oral Health* 2015; 15:152
- 139 World Health Organization. Seguridad del paciente. [online] [acesso em 3 de agosto de 2016] Disponível em <http://www.who.int/patientsafety/es/>
- 140 Vargas-Lorenzo I, Vázquez-Navarrete M.L, Mogollón-Pérez A. Acceso a la atención en salud en Colombia. *Revista Salud Pública* 2010; 12 (5): 701-712
- 141 Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5592 de 24 de diciembre de 2015. Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. [online] [acesso em 21 de março de 2016] Disponível em

- https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%205592%20de%202015.pdf
- 142 Donabedian A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. Oxford: Oxford University Press; 2003; 240 p.
- 143 United Nations General Assembly. Report of the Special Rapporteur on the right of the highest attainable standard of physical and mental health, Anand Grove Unhealthy foods, non-communicable diseases and the right to health. [online] [acesso em 3 de agosto de 2016] Disponível em www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/.../A-HRC-26-31_en.do
- 144 United Nations General Assembly. Human Rights Council. Promotion and protection of all human rights, civil, political, economic, social and cultural rights, including the right to development. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of health, Paul Hunt. Annex mission to glaxosmithkline [online] [acesso em 20 de julho de 2016] Disponível em http://www.who.int/medicines/areas/human_rights/A_HRC_11_12_Add_2.pdf
- 145 Mitchell P. Defining Patient Safety and Quality Care In: Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses
- 146 Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century [online] [acesso em 29 de janeiro de 2016] Disponível em <file:///C:/Users/user/Downloads/reportbrief.pdf>
- 147 Arah O, Westert G, Hurst J, Klasinga N. A conceptual framework for the OECD health care quality indicators project. International journal for quality in health care 2006; 5-13
- 148 Centro colaborador de la OMS sobre soluciones para la seguridad del paciente; Organización Mundial de la Salud. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente –Mayo de 2007. [online] [1-36] [acesso em 19 de outubro de 2015] Disponível em <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf?ua=1>
- 149 Institute of Medicine. To Err is Human: Building a Safer Health System, November 1999 [online] [acesso em 29 de janeiro de 2016] Disponível em <https://iom.nationalacademies.org/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf>
- 150 Universidad Complutense de Madrid. Observatorio Español para la Seguridad del Paciente Odontológico. [online] [acesso em 20 de julho de 2016] Disponível em <http://pendientedemigracion.ucm.es/centros/webs/se5119/index.php?tp=Producci%F3n%20Cient%EDfica&a=dir4&d=29835.php>
- 151 Baily M, Bottrell M, Lynn J, Jennings B; The Hasting Center. Special report-The ethics of using QI methods to improve health care quality and safety. [online]

- [acesso em 20 de julho de 2016] Disponível em <http://www.thehastingscenter.org/publications-resources/special-reports-2/the-ethics-of-using-qi-methods-to-improve-health-care-quality-safety/>
- 152 Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud - Colombia. Seguridad del paciente. [online] [acesso em 24 de janeiro de 2016] Disponível em http://www.paho.org/col/index.php?option=com_joomlabook&task=display&id=186&Itemid=231
- 153 World Health Organization. Patients for Patient Safety partnerships for safer health care. [online] [acesso em 20 de julho de 2016] Disponível em http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/PFPS_brochure_2013.pdf
- 154 Organización Mundial de la Salud. Alianza mundial para la seguridad del paciente. Una atención limpia es una atención más segura [online] [acesso em 29 de janeiro de 2016] Disponível em http://www.who.int/patientsafety/information_centre/GPSC_Launch_sp.pdf
- 155 Organización Mundial de la Salud Alianza mundial para la seguridad del paciente. La cirugía segura salva vidas [online] [acesso em 29 de janeiro de 2016] Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70084/1/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf
- 156 Gobierno de España. Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad. Estudio IBEAS prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. [online] [acesso em 6 de março de 2016] Disponível em http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2009/INFORME_IBEAS.pdf
- 157 World Health Organization Centro de prensa. La OMS lanza "Nueve soluciones para la seguridad del paciente" a fin de salvar vidas y evitar daños. [online] [acesso em 20 de julho de 2016] Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/>
- 158 Universidad Del Salvador; Centro piloto OMS-USAL. Guía curricular sobre seguridad del paciente edición multiprofesional. [online] [acesso em 20 de julho de 2016] Disponível em http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/curriculum-guide_SP.pdf
- 159 Leotsakos A, Ardolino A, Cheung R, Zheng H, Barraclough B, Walton M. Educating future leaders in patient safety. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 2014;7: 381–388 Disponível em <http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/jmh-article.pdf?ua=1>
- 160 Perea-Pérez, B. Seguridad del paciente en odontología. *Científica dental revista científica de formación continuada* 2011; 8(1): 1-75
- 161 Pemberton N.M. Developing patient safety in dentistry. *British dental journal* 2014; 217 (7): 335-337

- 162 Christiani J.J, Rocha M.T, Valsecia M. Seguridad del paciente en la práctica odontológica. *Acta Odontológica Colombiana* 2015; 5 (2): 21-32
- 163 Kortaberria M, Alzola E. Biocompatibilidad de los composites y cementos dentales. [Dissertação de mestrado] 2014– Universitat de Barcelona, 32 p.
- 164 Walton R, Torabinejad M. Endodoncia principios y práctica. Segunda edición McGraw-Hill Interamericana: México, 601 p.
- 165 Berlinguer G, Garrafa V. O mercado humano: estudo bioético da compra e venda de partes do corpo. 2ª ed. Brasília: UnB; 2001
- 166 Organización Mundial de la Salud. El mercurio y la salud. Nota descriptiva N°361 [online] [acceso em 20 de julho de 2016] [atualizada em janeiro 2016] Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs361/es/>
- 167 Convenio de Minamata sobre el mercurio [online] [acceso em 20 de julho de 2016] Disponível em http://www.mercuryconvention.org/Portals/11/documents/conventionText/Minamata%20Convention%20on%20Mercury_s.pdf
- 168 Bugarin J G, Garrafa V. Bioética e biossegurança: uso de biomateriais na prática odontológica. *Rev Saúde Pública* 2007;41(2):223-8
- 169 Parlamento Europeo a su servicio. Fichas técnicas sobre la Unión Europea. Medicamentos y productos sanitarios. [online] [acceso em 20 de julho de 2016] Disponível em http://www.europarl.europa.eu/atyourservice/es/displayFtu.html?ftuld=FTU_5.5.4.html
- 170 Pereira N.S, Souza L.R, Soares L.C, Santos L, Araújo K. Regeneração óssea guiada utilizando membrana reabsorvível fixada com etilcianoacrilato. *Rev. bras. Odontol.* 2012; 69 (1):39-42
- 171 Pinto J. G, Ciprandi M.T, Aguiar R, Lima P.V, Hernández P.A, Silva A. Enxerto autógeno x biomateriais no tratamento de fraturas e deformidades faciais – uma revisão de conceitos atuais. *RFO* 2007; 12 (3): p. 79-84
- 172 Reglamento 1394 de 2007 del Parlamento Europeo y del Consejo sobre medicamentos de terapia avanzada y por el que se modifican la Directiva 2001/83/CE y el Reglamento (CE) 726/2004 [online] [acceso em 20 de julho de 2016] Disponível em http://ec.europa.eu/health/files/eudralex/vol-1/reg_2007_1394/reg_2007_1394_es.pdf
- 173 Directiva 2009/120/ce de la comisión de 14 de septiembre de 2009. Por la que se establece un código comunitario sobre medicamentos para uso humano, en lo que se refiere a los medicamentos de terapia avanzada [online] [acceso em 20 de julho de 2016] Disponível em http://ec.europa.eu/health/files/eudralex/vol1/dir_2009_120/dir_2009_120_es.pdf
- 174 Directiva 23 [2004]ce de 31 de marzo. Establecimiento de normas de calidad y de seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la

- preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos [online] [acceso em 20 de julho de 2016] Disponível em http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/acred_sanit_organos_tejidos/es_def/adjuntos/Directiva_23_2004.pdf
- 175 Pontificia Universidad Católica de Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Medicina e Odontologia. An Overview of Ethics in Dentistry [online] [acceso em 30 de julho de 2016] Disponível em <http://www.pucrs.br/bioetica/cont/joao/anoverview.pdf>
- 176 Colprensa. Superintendencia de Industria y Comercio investiga 75 casos por publicidad engañosa. El País, Cali, 25 nov.2015. Disponível em: <http://www.elpais.com.co/elpais/colombia/noticias/superintendencia-industria-y-comercio-investiga-75-casos-por-publicidad-enganosa>
- 177 Rádio Universidade de Coimbra. Número de dentistas ultrapassa o recomendado pela Organização Mundial da Saúde. [online] [atualizada em 6 de julho de 2016] [acceso em 20 de julho de 2016] Disponível em <http://www.ruc.pt/2016/07/06/numero-de-dentistas-ultrapassa-o-recomendado-pela-organizacao-mundial-da-saude/>
- 178 El pulso, periódico para el sector de la salud. Sobre-oferta de odontólogos em Colombia. [online] [atualizada em 7 julho de 2009] [acceso em 20 de julho de 2016] Disponível em <http://www.periodicoelpulso.com/html/0906jun/general/general-11.htm>
- 179 Brasil, Conselho Federal de Odontologia. Brasil é o país com maior número de dentistas. [online] [Acesso em 20 de julho de 2016] Disponível em <http://cfo.org.br/sem-categoria/brasil-e-o-pais-com-o-maior-numero-de-dentistas/>
- 180 Machado-Rodriguez C. La adecuación típica del ejercicio ilegal de la actividad médica en España y Colombia [online] [acceso em 15 de agosto de 2016] Disponível em [file:///C:/Users/user/Downloads/DialnetLaAdecuacionTipicaDelEjercicioIlegalDeLaActividadM-5319500%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/DialnetLaAdecuacionTipicaDelEjercicioIlegalDeLaActividadM-5319500%20(1).pdf)
- 181 World Dental Federation. Declaración de principios de la FDI implantes dentales. [online] [acceso em 20 de julho de 2016] Disponível em http://www.fdiworldental.org/media/80519/1-fdi_draft_ps-dental_implants_2015_esp.pdf
- 182 Hiivala N. Patient safety incidents, their contributing and mitigating factors in dentistry [Tese Doutoral] 2016 Oral Public Health Department of Oral and Maxillofacial Diseases & Doctoral Programme in Oral Sciences (FINDOS) 98 p. Disponível em file:///C:/Users/user/Downloads/patient%20safety_thesis%20Nora%20Hiivala.pdf

- 183 Council of European Dentist. CED Resolution patient safety. [online] [acesso em 20 de julho de 2016] Disponível em http://ec.europa.eu/health/archive/ph_systems/docs/r-202.pdf
- 184 Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Information for dental practices. [online] [atualizada em 26 de fevereiro de 2016] [acesso em 20 de julho de 2016] Disponível em <http://www.safetyandquality.gov.au/our-work/accreditation-and-the-nsqhs-standards/information-for-dental-practices/>
- 185 Baldwin A, Sohal A. Service quality factors and outcomes in dental care. *Managing Service Quality: An International Journal* 2003; 13 (3): 207 – 21
- 186 Hiivala N, Mussalo-Rauhamaa H, Murtomaa H. Patient safety incidents reported by Finnish dentists; results from an internet-based survey. *Acta Odontologica Scandinavica* 2013; 71 (6): 1370-1377
- 187 American Association of Endodontics. AAE Fact Sheet root canal safety. [online] [acesso em 20 de julho de 2016] Disponível em http://www.aae.org/uploadedfiles/clinical_resources/guidelines_and_position_statements/rootcanalsafety.pdf
- 188 British Committee for Standards in Haematology. Guidelines for the management of patients on oral anticoagulants requiring dental surgery [online] [acesso em 20 de julho de 2016] Disponível em http://www.bcshguidelines.com/documents/WarfarinandentalSurgery_bjh_264_2007.pdf
- 189 American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on patient safety [online] [acesso em 20 de agosto de 2016] Disponível em http://www.aapd.org/media/policies_guidelines/p_patientsafety.pdf
- 190 American Dental Association; Oregon Health and Science University; Harvard School of Dental Medicine. Ensuring patient safety in dentistry [online] [acesso em 20 de agosto de 2016] Disponível em http://www.ada.org/~media/ADA/Education%20and%20Careers/Files/Ensuring_patient_safety_in_dentistry_Stewart_and_Kalenderian_for_posting_v2.pdf?la=en
- 191 American Dental Association. News releases American Dental Association statement on infection control in dental settings [online] [atualizada em 19 de setembro de 2013] [acesso em 20 de agosto de 2016] Disponível em <http://www.ada.org/en/press-room/news-releases/2013-archive/september/american-dental-association-statement-on-infection>
- 192 World Dental Federation. Anteproyecto de declaración de principios de la FDI Las amalgamas dentales y el Convenio de Minamata sobre el Mercurio [online] [acesso em 20 de julho de 2016] Disponível em http://www.fdiworldental.org/media/59432/6fdi_draft_psdental_amalgam_and_minamata_final_es.pdf

- 193 World Dental Federation. FDI Annual World Dental Congress AWDC. [online] [acesso em 20 de julho de 2016] Disponível em [http://www.fdiworldental.org/events/annual-world-dental-congress/the-fdi-annual-world-dental-congress-\(awdc\).aspx](http://www.fdiworldental.org/events/annual-world-dental-congress/the-fdi-annual-world-dental-congress-(awdc).aspx)
- 194 Arias-Aragones F.J, Caraballo-Payares A, Mastos-Navas R. El turismo de salud: conceptualización, historia, desarrollo y estado actual del mercado global. Clío América-Universidad del Magdalena 2011; 6(11): 72-98
- 195 California Dental Association. Turismo dental [online] [acesso em 20 de julho de 2016] Disponível em http://www.cda.org/portals/0/pdfs/fact_sheets/dental_tourism_spanish.pdf
- 196 Exceso de trabajo y agravios mentales a los trabajadores de la salud. Revista cubana enfermería 2010; 26 (1):52-64
- 197 Magalhaes A.M, Agnol C.M, Marck P.B. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente-estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. Revista Latinoamericana de Enfermagem 2013; 21: 1-9
- 198 Teixeira C, Tratamento odontológico em pacientes com comprometimento cardiovascular. Revista Brasileira de Odontologia 2008; 5 (1): 68-76
- 199 Barros M, Gaujac C, Trento C, Andrade M. Tratamento de pacientes cardiopatas na clínica odontológica. Revista saúde e pesquisa 2011; 4(1): 109-114
- 200 Ecodentistry association. [online] [acesso em 20 de julho de 2016] Disponível em <http://www.ecodentistry.org/green-dental-professionals/dental-office-waste/>
- 201 Albuquerque A. La seguridad del paciente según la perspectiva de los derechos humanos: un estudio de la actuación de autoridades sanitarias de Brasil. [online] [acesso em 12 de abril de 2016] Disponível em <http://proqualis.net/dissertacao/seguran%C3%A7a-do-paciente-%C3%A0-luz-dos-direitos-humanos-um-estudo-sobre-pol%C3%ADtica-nacional-de>
- 202 OECD Health ministerial meeting. Forum on quality care [online] [acesso em 20 de julho de 2016] Disponível <https://www.oecd.org/health/ministerial/46098506.pdf>
- 203 World Dental Federation. Towards optimal oral health strategic plan 2014-2017. [online] [acesso em 20 de julho de 2016] Disponível em http://www.fdiworldental.org/media/63116/strategic_plan_2014-2017.pdf
- 204 Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. [online] [acesso em 10 de março de 2016] Disponível em <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
- 205 Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 23 de diciembre de 1993- por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones-. [online] [acesso em 14 de junho de 2014] Disponível em: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%20100%20DE%201993.pdf>

- 206 Colombia Ministerio de Salud y Protección Social. IV Estudio Nacional de Salud Bucal metodología y determinación social de la salud. [online] [acceso em março 18 de 2016] Disponível em <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/03274f99-bceb-4ff3-9b60-512f01be47f6/ENSABIVMetod.pdf?MOD=AJPERES>
- 207 El Pulso, periódico para el sector de la salud. Avances y retos de Colombia en el IV Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB-IV. Harvey Daniel Valdés. Medellín, #198 Marzo 2014 [online] [accesada em 18 de março de 2016] Disponível em <http://www.periodicoelpulso.com/html/1503mar/general/general-09.htm>
- 208 Agudelo-Suarez A, Martínez-Herrera E. La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: un análisis crítico. Rev Gerenc Polit. Salud 2009; 8(16): 91-105
- 209 Congreso de Colombia. Proyecto de Ley 176 de 2014 Cámara. Por medio del cual se establece el Derecho Fundamental a la Salud Oral en Colombia y se dictan otras disposiciones. [online] [acceso em 2 de agosto de 2016] Disponível http://www.imprenta.gov.co/gacetap/gaceta.mostrar_documento?p_tipo=05&p_numero=176&p_consec=40704
- 210 Informe de ponencia Negativa para primer debate al Proyecto de Ley 176 de 2014 Cámara. [online] [acceso em 2 de agosto de 2016] Disponível http://www.imprenta.gov.co/gacetap/gaceta.mostrar_documento?p_tipo=2098&p_numero=176&p_consec=41886
- 211 Franco A.M, Ochoa E, Martínez E. Reflexiones para la construcción de política pública con impacto en el componente bucal de la salud. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia 2004; 15 (2): 78-91
- 212 Ministerio de Protección Social. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Plan Nacional Salud Bucal 2005-2008. http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OH_COL_PlanNacSalBuc2005.pdf
- 213 Ministerio de la Protección Social. Resolución 3577 de septiembre 28 de 2006. Por la cual se adopta el Plan Nacional de Salud Bucal. [online] [acceso em 2 de agosto de 2016] Disponível https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%203577%20DE%202006.pdf
- 214 Alcaldía de Medellín, Universidad de Antioquia. Lineamientos de Política Pública de Salud Bucal Medellín, 2013-2022 [online] [acceso em 21 de março de 2016] Disponível em <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/6f16d8c0-aa89-49f5-8d35-948c1d041c8c/Lineamientos.pdf?MOD=AJPERES>

- 215 Malambo-Martínez R.N. Análisis de la política de salud oral de Bogotá: fase de formulación 2011 [Dissertação de Mestrado] Bogotá: facultad de medicina, maestría en salud pública, Universidad Nacional de Colombia, 2015, 132p.
- 216 La silla vacía. Bogotá, capital mundial del desplazamiento. [online] [atualizada em 18 de julho de 2014] [acesso em 2 de setembro de 2016] Disponível <http://lasillavacia.com/queridodiario/bogota-capital-mundial-del-desplazamiento-48162>
- 217 Consultoría para los derechos humanos y el desplazamiento CODHES. Desplazamiento forzado intraurbano y soluciones verdaderas Bogotá, Quibdó y Cúcuta [online] [acesso em 2 de setembro de 2016] Disponível <https://pt.scribd.com/document/234384634/Desplazamiento-Intraurbano-y-Soluciones-Duraderas-II>
- 218 Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaria de Salud. Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral. [online] [acesso em 18 de março de 2016] Disponível em <http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Paginas/Sisveso2.aspx>
- 219 Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud- Oficina Regional para las Américas, Colombia. Enfermería y seguridad de los pacientes. [acesso em 12 de março de 2016] Disponível http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1465:enfermeria-y-seguridad-de-los-pacientes&catid=796:paltex-contents
- 220 Colombia, Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. 2005 [online] [acesso em 12 de março de 2016]. Disponível em <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Politica%20Nacional%20de%20Prestaci%C3%B3n%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf>
- 221 Colombia. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Diseño e impresión, 2008. 52 p
- 222 Colombia, Presidencia de la República. Decreto 1011 de 3 de abril de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. [online] [acesso em 3 de março de 2016]. Disponível em <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975>
- 223 Colombia. Ministerio de la Protección Social. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de la Atención en Salud. Bogotá, 2007 Disponível em <http://www.saludcordoba.gov.co/portal/descargas/legislacion/guias-manuales/pacientes.pdf>
- 224 Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios

- de salud. [online] [acceso em 12 de janeiro de 2016] Disponível em https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf
- 225 Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Observatorio de calidad de la atención en salud. [online] [acceso em 11 de abril de 2016] Disponível em <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/EntidadesTerritoriales/SeguridaddelPaciente/PaquetesdeBuenasPr%C3%A1cticas.aspx>
- 226 Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Seguridad del paciente y la atención segura. Paquetes instruccionales guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. [online] [acceso em 12 de janeiro de 2016] Disponível em <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
- 227 Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente. Paquetes instruccionales Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Versión 2.0. [online] [acceso em 1 de abril de 2016] Disponível em <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf>
- 228 Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Modelo pedagógico. Paquetes instruccionales Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Versión 2.0. [online] [acceso em 1 de abril de 2016] Disponível em <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Modelo-pedagogico.pdf>
- 229 Hospital de Suba Empresa Social del Estado. Seguridad de pacientes gestión de calidad. [online] [acceso em 1 de abril de 2016] Disponível http://www.esesuba.gov.co/joomla/v257/images/pdf/institucional/SEGURIDAD_PACIENTES%20_I%20_SEM%20_2013.pdf
- 230 Hospital de Chapinero Empresa Social del Estado. Seguridad del paciente y gestión del riesgo clínico. [online] [acceso em 1 de abril de 2016] Disponível http://200.93.163.76:8080/moodledata9/137/moddata/assignment/33/12122/INFORME_PREMI_FASE_VERIFICACION.pdf
- 231 Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud-Oficina Regional para las Américas, Colombia. Presentación del Programa Distrital de Seguridad del Paciente. [online] [atualizada em: 16 de novembro de 2011; acceso em 11 de janeiro de 2016] Disponível em http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1345:presentacion-del-programa-distrital-de-seguridad-del-paciente&Itemid=554

- 232 Arroyave-Alzate S. Las políticas públicas en Colombia. Insuficiencias y desafíos. Revista FORUM; 2011, 1 (1): 95-110
- 233 Costa S, Nickel D, Borges C.M, Campos A.C, Verdi M.I. Política Nacional de Saúde Bucal e bioética da proteção na assistência integral. Revista Bioética 2012; 20(2):342-348
- 234 Colombia. Congreso de la República. Decreto 3518 de 2006. Por el cual se crea y reglamenta el sistema de vigilancia en salud pública y se dictan otras disposiciones. [online] [acceso em 12 de abril de 2016] Disponível <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=21859>
- 235 Colombia. Ministerio de Tecnologías da Información y de las Comunicaciones. Con el apoyo del gobierno nacional, Cundinamarca implementa el proyecto de historia clínica electrónica. [online] [atualizada em 30 abril de 2015] [acceso em 12 de abril de 2016] Disponível <http://www.mintic.gov.co/portal/604/w3-article-9187.html>
- 236 Alcaldia Mayor de Bogotá. Guia practica clínica bioseguridad. [online] [acceso em 12 de abril de 2016] Disponível <http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Documentos%20Salud%20Oral/Gu%C3%ADa%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20en%20Salud%20Oral%20-%20Bioseguridad.pdf>
- 237 Alcaldia Mayor de Bogotá. Guia practica clínica salud oral paciente gestante. [online] [acceso em 12 de abril de 2016] Disponível <http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Documentos%20Salud%20Oral/Gu%C3%ADa%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20en%20Salud%20Oral%20-%20Paciente%20Gestante.pdf>
- 238 El Espectador. Bogotanos se rajan en salud oral. [online] [acceso em 5 de julho de 2016] Disponível em <http://www.elespectador.com/noticias/bogota/bogotanos-se-rajan-salud-oral-articulo-641520>

