

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS – CCJ
DEPARTAMENTO DE DIREITO

VÂNIA DA SILVA

DIREITO À SAÚDE: A BIOÉTICA E A HUMANIZAÇÃO NA ODONTOLOGIA

FLORIANÓPOLIS

2016

VÂNIA DA SILVA

DIREITO À SAÚDE: A BIOÉTICA E A HUMANIZAÇÃO NA ODONTOLOGIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em direito.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Roney Ávila Fagundes

FLORIANÓPOLIS

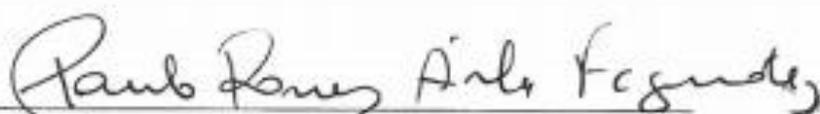
2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
COLEGIADO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

TERMO DE APROVAÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado “Direito à saúde: a bioética e a humanização na odontologia”, elaborado pela acadêmica Vânia da Silva, defendido em 13/07/2016 e aprovado pela Banca Examinadora composta pelos membros abaixo assinados, obteve aprovação com nota 9,5 (nove e meio), cumprindo o requisito legal previsto no art. 10 da Resolução nº 09/2004/CES/CNE, regulamentado pela Universidade Federal de Santa Catarina, através da Resolução nº 01/CCGD/CCJ/2014.

Florianópolis, 13 de julho de 2016.



Paulo Roney Ávila Fagundes

Professor Orientador



Luana Renostro Heinen

Membro da Banca



Ester de Carvalho

Membro da Banca



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências Jurídicas
COORDENADORIA DO CURSO DE DIREITO

TERMO DE RESPONSABILIDADE PELO INEDITISMO DO TCC E
ORIENTAÇÃO IDEOLÓGICA

Aluna: Vânia da Silva

RG: 3.691.796

CPF: 020.064.079-88

Matrícula: 11200084

Título do TCC: **Direito à saúde: a bioética e a humanização na odontologia**

Orientador: Paulo Roney Avila Fagundez

Eu, Vânia da Silva, acima qualificada; venho, pelo presente termo, assumir integral responsabilidade pela originalidade e conteúdo ideológico apresentado no TCC de minha autoria, acima referido.

Florianópolis, 13 de julho de 2016.

Vânia da Silva

Dedico o presente trabalho à minha indescritível (porém nomeada nesta vida) “Verinha”, em que, ao chamá-la no diminutivo, é apenas um gesto de carinho. Jamais esquecerei que foi ela quem me deu minha primeira escova de dente e meu primeiro material escolar. Com essa sua enorme paciência (apesar de constantes dores físicas), abandonou seus sonhos pra realizar os nossos, por ser o ombro amigo nos momentos de fome... medo e desespero. Por me ver de uma única cor, a do coração. Se pudesse hoje escolher entre minha vida e a sua, escolheria a sua com toda a certeza, afinal o mundo precisa de “seres” iluminados como você, que não esperam nada em troca (esse, talvez, seja meu primeiro retorno). Agradeço-a, não apenas por ter chego até aqui, mas por me proporcionar o grande privilégio de poder chamá-la de irmã. Você merece não apenas uma página neste trabalho. Inclusive, aqui ao lado, que aparentemente está em branco, está preenchido de uma maneira tão especial que os olhos não conseguem enxergar, mas que representa meu mais profundo silêncio, de uma eterna admiração por você, Verinha.

Sua seguidora fracassada (risos e lágrimas), Preta.

AGRADECIMENTOS

Aqui poderei fazer uso da palavra que mais aprendi nesta vida, “gratidão”. Serei breve e espero não esquecer ninguém, e caso isto aconteça, antecipadamente peço desculpas.

Começo por “Deus”, por me oportunizar a escolha desta vida.

Sou grata, eternamente grata, à pessoa que me escolheu para ser sua esposa, mulher, amante, amiga e companheira, e que me apoia nesses quase 13 anos. Amo você, Chico.

Aos meus pais, porque através deles recebi o maior presente, a vida, e também a maior das minhas constantes e árduas provas evolutivas.

À minha irmã, grata ao amor. Ao meu irmão, grata por sua mudança de vida. Aos respectivos, cunhada e cunhado, grata por todo o companheirismo junto a seus escolhidos.

Aos sobrinhos, uns com maior, outros com menor convivência, grata pela maternidade que ficará por aqui. Valeu a experiência.

À minha mais nova família, a família do Chico, grata pela aceitação e confiança.

Grata aos professores, mestres e doutores, que passaram por mim durante esta faculdade. Todos, sem exceção, inclusive nos corredores, com um sorriso, sem que tenham ministrado nenhuma aula. Grata por terem me ensinado o que vocês aprenderam, em especial aos que ultrapassam a regra de códigos e doutrinas, que foram humanos e verdadeiros sábios. Grata a todos, com todo respeito. Hoje, profissionalmente falando, sou um pouco de cada um de vocês. Incluo aqui todos os funcionários da UFSC, desde os serviços gerais, em especial a Ritinha, sempre ouvindo minhas histórias; aos servidores do CCJ, à Rô, minha amigona, com seus lanchinhos sempre preparados com carinho; ao Pedrinho com sua alegria contagiante. À estagiária, e por um tempo colega de trabalho, Josi, hoje grande amiga. E, é claro, ao Nelson, funcionário exemplar e humano.

A todos aos quais prestei meus trabalhos domésticos (com muito carinho) e faço até hoje, grata pelo pagamento, foram através dos mesmos que sobrevivi. Sou também muito grata a tudo que aprendi, em especial vivenciando, que o dinheiro não traz felicidade, mas vamos ser sinceros, ajuda muito!

Jamais esquecerei a gratidão pelos nove anos de trabalho como Técnica Odontológica, em um único consultório, em que desempenhei com grande amor ao meu grande sonho, a Odontologia. Grata pela oportunidade, pois, diante de tantas discriminações, me aceitaram com vitiligo. Grata a todos os pacientes que tive o privilégio de atender. Grata pelo carinho de cada um.

Grata aos colegas do curso de Direito, em especial à Bonita, pois sem ela não teria chegado até aqui. Grata também à Bianca S. S., por não deixar eu me vitimar, me fazendo acreditar que sou capaz; e à Jaqueline S. B. V., por todas as caronas nestes cinco anos, que além, de economia no passe escolar, renderam boas brigas, opiniões, conversas e ajudas. Grata ao Eliezer, “autista” nas coincidências familiares e na “camaradagem”, como diz ele. Grata ao Fernandinho (que não é o “Beira-Mar”) sempre na sua frase: “Vânia, contenha-se”. Se não fosse ele, muitas vezes não teria me contido. Grata também ao Marciel, Rafa, Farezin, Vicente, Armstrong... A minha sócia no Escritório Modelo Beatriz G. B. um ser que sabe reunir riqueza, beleza, inteligência e sensibilidade. Grata Bea, com você do lado, as tarefas tornaram-se mais fáceis e agradáveis.

Enfim, toda turma, afinal, a gente sempre aprende com cada um, nem que seja ao menos, como não ser. Nossa! Não posso esquecer-me da Pati, sempre me chamando de “Vaninha”, não somos tão próximas no dia a dia, mas ela sempre me enxergou sem qualquer preconceito e entende minha rebeldia. Grata, “Patinha”.

Grata aos amigos, que me são poucos e valiosos, pedi a Deus todos os dias para não deixar me perder no caminho e deixá-los de lado.

Grata à Marli, amiga de infância, grata por ter me emprestado seu pai, hoje desencarnado, meu “pai branco”. Grata por sua amizade até hoje, que ultrapassa 600 km, sem qualquer cobrança, e esta tenho certeza que é sincera.

Grata à Pri, filha da patroa Malú, do meu primeiro trabalho, quando tinha 11 anos (ainda não era considerado trabalho escravo). Hoje minha amiga, conselheira, confidente. A vida sempre colocou a gente uma ajudando a outra, e é assim que tem que ser, sempre que preciso conto contigo e você sabe que eu estou aqui para o que precisar. Grata também à Ibi e Malú, por todo carinho a “perola negra” aqui, é muito grata por tudo.

Grata ao Príncipe, meu afilhado, o portador de inúmeros vales-presente para serem trocados quando eu voltar a trabalhar, mas que nunca demonstrou nenhum desprezo por isso. Grata, comadre, pela amizade e por esse afilhado maravilhoso.

Grata à Heleninha, nas suas loucuras diárias. Grata pelos “chimas” e por entender quando não pude acompanhá-la nas festas por falta de grana. Grata por fiel amizade de anos, nem sei quantos são, mas deixa pra lá!

Grata à Rose, desde a época de empregada doméstica. É, já moramos até no “Parque São Jorge”, somos chiques, amiga. Palhoça e Floripa não nos separaram, não iria ser a faculdade que faria isso.

À Rosinha, minha outra comadre. Grata por todas as orações, sempre encerrando nossa conversa com “Se cuida, tá?”. Grata por toda esta preocupação, mesmo distante fisicamente.

Grata ao Girma, por todas as faxinas a mim confiadas, e aos almoços deliciosos nos dias de faxina. Grata também aos cafés depois que parei de trabalhar e tinha que passar tardes na UFSC para “aproveitar a ida”.

Grata à “Donana”, pela escolha do curso e por todo o afeto da família toda. Faço as faxinas não apenas por dinheiro (poderia escolher outros lugares), mas como forma de gratidão por toda ajuda. Grata aos meus filhos de criação: Aninha, meu orgulho no curso de Odonto e Vitor, meu colega de profissão. Grata ao “Seu Bernardino”, por todo respeito e credibilidade.

Grata à Gabriela B.N., que me ajudou muito, mesmo sem eu conhecer pessoalmente.

Grata à esta Vida e tantas outras que virão!!!! E fica a dica, “Você terá amanhã, tudo aquilo que agradecer hoje”. Não sei o autor, mas esta frase mudou minha vida e de muita gente.

Então, sei que amanhã estarei com vocês, pois sou grata hoje por todos!

“O cirurgião ferido maneja o bisturi
Que a parte desarranjada perfura
Sob as mãos em sangue é de sentir
A aguda compaixão da arte da cura”.

T.S. Eliot [Quatro Quartetos]

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEO	Código de Ética Odontológica
CEPS	Comitês de Ética em Pesquisa
CF/88	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
CFO	Conselho Federal de Odontologia
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
CONEO	Conferência Nacional de Ética Odontológica
CROs	Conselhos Regionais de Odontologia
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
IES	Instituições de Ensino Superior
MEC	Ministério da Educação
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGS	Organizações Não Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
PIDESC	Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais.
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde

RESUMO

O presente trabalho propõe mostrar em que medida o ensino da Bioética nos cursos de graduação nas áreas da saúde, em especial na Odontologia, pode se constituir em uma ferramenta relevante para a humanização da relação odontólogo-paciente, proporcionando uma integral e efetiva assistência à saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a partir da Constituição Federal de 1988. Procurar-se-á demonstrar os ensinamentos da Bioética em conjunto com uma concepção crítica e transformadora da educação, pode se mostrar um fator capaz de viabilizar uma atuação ética profissional do odontólogo, que, além respeitar as normas de deontologia, perceba no paciente uma pessoa humana cuja dignidade deve ser preservada, consolidando, assim, os preceitos da assistência à saúde, que orientam o Sistema Único de Saúde e que fundamentam o direito à saúde, previsto na Constituição Federal de 1988.

Palavras-chave: Bioética. Direito à saúde. Ensino. Humanização. Odontologia.

ABSTRACT

This paper proposes to show to what extent the teaching of bioethics in undergraduate courses in health, especially in dentistry, may constitute a relevant tool for humanization of the dentist-patient relationship, providing a comprehensive and effective health care under the Health Unique System, from the Federal Constitution of 1988. It will demonstrate the bioethics teaching together with a design and transforming critical of education, may prove to be a factor capable of facilitating a professional ethical performance of the dentist, which, in addition to respecting the rules of professional ethics, sense in the patient a human person whose dignity must be preserved, thus consolidating the principles of health care, which guide the Health Unique System and establishing the right to health, provided in the Federal Constitution of 1988.

Keywords: Bioethics. Right to health. Teaching. Humanization. Dentistry.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 DIREITO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E A BIOÉTICA	16
1.1 DIREITO À SAÚDE	16
1.2 A SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988	20
1.3 O SER HUMANO E A DIGNIDADE FACE AOS PRINCÍPIOS UNIVERSAIS DA BIOÉTICA	24
1.4 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, CIDADANIA E BIOÉTICA	26
1.5 A SAÚDE PÚBLICA E A BIOÉTICA	30
2 A BIOÉTICA E O TRABALHO DO PROFISSIONAL DE ODONTOLOGIA	36
2.1 A HISTÓRIA DA ODONTOLOGIA NO BRASIL	36
2.2 A ÉTICA E A MORAL NA ODONTOLOGIA.....	39
2.3 A RELAÇÃO DA BIOÉTICA COM A ODONTOLOGIA.....	42
2.4 AS NORMAS DEONTOLÓGICAS	44
2.5 O CÓDIGO DE ÉTICA ODONTOLÓGICA.....	45
3 O ENSINO DA BIOÉTICA E A HUMANIZAÇÃO DA RELAÇÃO ODONTÓLOGO E PACIENTE PARA A REALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE	51
3.1 A IMPORTÂNCIA DO ENSINO HUMANIZADO	51
3.2 A BIOÉTICA NO RELACIONAMENTO PROFISSIONAL PACIENTE.....	54
3.3 O ENSINO DA BIOÉTICA PARA FOMENTAR A CIDADANIA E A HUMANIZAÇÃO DA ODONTOLOGIA.....	56
4 CONCLUSÃO	62
REFERÊNCIAS	65

INTRODUÇÃO

Alimentada por um sonho, até então não concretizado, porém, ainda muito latente, aproveito a oportunidade ao desenvolver este trabalho, para referir-me à “Odontologia” e sua tamanha importância na saúde, com enfoque bioético humanizado.

Em 1º de julho de 2006 concluí o então “Curso Técnico em Higiene Dental”, hoje com nova nomenclatura – Técnico em Saúde Bucal – e isto foi o mais próximo da “Odontóloga” que consegui chegar. Por ironia do destino, talvez, mas o fato é que dez anos depois, aqui estou a defender minha monografia no Curso de Direito, com um tema odontológico.

Deixando a nostalgia guardada, o método de abordagem utilizado foi o dedutivo. O presente trabalho de conclusão de curso tem por objetivo: mostrar como o ensino da Bioética nos cursos de graduação nas áreas da saúde, em especial na Odontologia, pode se constituir em uma ferramenta relevante para a humanização da relação odontólogo-paciente, proporcionando uma integral e efetiva assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, a partir da Constituição Federal de 1988?

O ensino dos princípios da Bioética, em conjunto com uma concepção crítica e transformadora da educação, pode se mostrar um fator capaz de viabilizar uma atuação profissional do odontólogo, que, além respeitar as normas de deontologia, perceba no paciente uma pessoa humana cuja dignidade deve ser preservada, consolidando, assim, os preceitos a assistência à saúde que orientam o Sistema Único de Saúde e que fundamentam o direito à saúde, previsto na Constituição Federal de 1988.

Muitos fatos precisam ser levados em conta, e, para isso, meu trabalho foi dividido em três capítulos. Inicialmente, em meu 1º capítulo, abordo o direito à saúde na perspectiva da Constituição Federal de 1988, com um enfoque bioético, dividido em cinco tópicos, sendo eles: tópico 1.1 o direito à saúde, em que tratar-se-á da dificuldade existente quanto à garantia do direito à saúde e quanto à obrigação do Estado como um direito humano e os decorrentes debates para definição do que é saúde.

Já no tópico 1.2 da Saúde na Constituição Federal de 1988, destaco o contexto em que a famosa frase: “A saúde é um direito de todos e dever do estado” é tarefa para todas as esferas governamentais, União, Estados, Distrito Federal e Municípios. E as garantias previstas na Constituição Federal de 1988 voltadas à saúde brasileira.

Faço referência no tópico 1.3 do Sistema Único de Saúde, cidadania e Bioética. Refiro-me a fragilidade das políticas públicas nas relações institucionais de saúde-educação.

Também faz referência com a “alfabetização” para a saúde, que é uma pré-condição para o cuidado da própria saúde num contexto coletivo. E ainda da bioética, que com histórico recente, vai relacionar-se com a odontologia e as demais profissões que envolvem as áreas da saúde, as quais trabalham diretamente com a espécie humana e, sendo assim, deveriam basear suas atividades na ética do atendimento ao cidadão.

Na sequência, no 1.4 a saúde pública, políticas públicas e controle social; onde os interesses econômicos têm ultrapassado as barreiras morais e de justiça social e, dessa maneira, corrompendo a população.

No encerramento desse capítulo, o tópico 1.5 vai falar da ética e da moral na área da saúde. Serão demonstrados conceitos de ética e da moral na saúde, em especial na odontologia, no que se refere à conduta do profissional.

Iniciando o capítulo 2, intitulado “A Bioética e o trabalho do profissional de odontologia na relação do direito a saúde”, que está dividido em quatro tópicos, onde o primeiro, 2.1, menciona a história da odontologia no Brasil, explicam-se as constantes transformações dessa atividade. Se no início era considerada uma profissão rudimentar e sem prestígio, atualmente é reconhecida como uma carreira promissora e elitizada.

Acompanhando, no tópico 2.2 encontra-se a relação da bioética com a odontologia, e o contexto sobre uma reflexão da mercantilização do ser humano e também o que se pode descrever como odontologia “bioeticamente social”.

No 2.3, trata-se do Código de Ética Odontológica e suas principais alterações, afinal, por ser o homem um ser de natureza social, ao interagir com seu semelhante precisa ter consciência de seus direitos e obrigações, sendo assim, o convívio profissional só é possível baseado em normas reguladoras, regras de conduta social – um exemplo é o Código de Ética Odontológica – cujas regras, se não seguidas, resultarão em penalidades impostas pelo Estado.

Encerrando este capítulo, o tópico 2.4 aborda as normas deontológicas. Afinal, é a Deontologia, ciência dos deveres, que constitui um conjunto de normas indicadoras de comportamento dos indivíduos na qualidade de membros de determinada categoria profissional. Diversas categorias no Brasil atuantes na área da saúde, no caso, a odontologia, submetem-se a normas deontológicas, inscritas em seu código de ética.

Por fim, o capítulo 3 com título: “O ensino da Bioética e a humanização da relação odontólogo-paciente para a realização do direito à saúde”. Esse capítulo é composto por 3 tópicos, iniciando com a importância do ensino humanizado no tópico 3.1. O próprio universo acadêmico, ao introduzir nesse contexto social o aluno, não o constrói na formação crítica e reflexiva. A importância dos educadores na formação dos futuros profissionais, onde

técnicas e solidariedade precisam andar juntas, onde a formação de um profissional da odontologia não deve ter base apenas no aprimoramento de questões técnicas, mas deve também priorizar os valores éticos, morais, bioéticos e deontológicos.

Na continuação, no tópico 3.2, a Bioética do relacionamento profissional paciente evidencia a realidade da saúde, que prioriza os aspectos técnicos em relação aos aspectos humanos. E o papel da bioética na transformação desse profissional precisa ser introduzido na sua formação, deixando de lado a teoria ultrapassada de um “Odontólogo Solitário”. Finalizando o trabalho, no tópico 3.3, o ensino da Bioética para fomentar um atendimento humanizado.

Assim, encerro com a realidade da constante busca por saúde de qualidade e equidade, mas que na prática são aplicadas a uma minoria da população que possui condições financeiras para o custeio do tratamento, onde os paradoxos entre políticas públicas de saúde e justiça social – em especial a busca constante da humanização e do respeito aos princípios éticos entre profissional e paciente – segue nas suas constantes repetições frustradas. Essa dificuldade tem origens históricas, que devem ser aqui apresentadas para que possamos contextualizar a Bioética no cenário atual da saúde, em especial a odontologia.

Cumprе acrescentar que a nossa Carta Magna trata da saúde, reconhecendo-a como um dos direitos fundamentais dos brasileiros, porém, é indispensável que os juristas articulem mecanismos para que nenhum dos direitos afirmados seja negado na prática constitucional.

1 DIREITO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E A BIOÉTICA

1.1 DIREITO À SAÚDE

O “direito à saúde”, já na sua simples análise semântica, revela sua complexidade. De fato, a palavra *Direito* refere-se a um ramo do conhecimento humano — a ciência do Direito — ao mesmo tempo em que esclarece seu objeto de estudo como um sistema de normas que regulam o comportamento dos homens em sociedade (DALLARI, 1988).

A palavra *Saúde*, por sua vez, apesar de, em geral, apresentar uma essência clara, precisa e determinada: a ausência de doença; em seu contexto se encontram termos confusos, como o bem-estar físico, mental e social. Para que ocorra total interpretação, é preciso recorrer ao exame dos princípios e normas jurídicas para uma compreensão ampla do que é saúde (DALLARI, 1988).

Quanto na reivindicação do “direito à saúde”, o termo direito é empregado com seu sentido subjetivo, por isso a saúde, ao ser definida como garantia, deve inevitavelmente conter aspectos sociais e individuais. Acrescenta o autor que ao se tratar do aspecto social, o direito à saúde privilegia a igualdade (DALLARI, 1988).

Quando se considera a amplitude da significação do termo saúde e a complexidade do direito à saúde, fica ainda mais evidente a dificuldade que existe quanto à garantia desse direito e o frágil equilíbrio entre a liberdade e a igualdade (DALLARI, 1988).

Há muito tempo tenta-se descrever o que é direito à saúde, Dallari (1988) refere-se a Hipócrates, filósofo grego que viveu no século IV a.C.; cita Paracelso, médico e alquimista alemão que viveu durante a primeira metade do século XVI e também Engels, filósofo alemão do século XIX. Todos esses tentaram descrever saúde pelos hábitos diários da população, foram observadores e definidores da saúde humana. Mas Dallari (1988) descreve outra corrente de pensamento; desta vez, o autor destaca o filósofo francês do início do século XVII, Descartes, que conceituou saúde como ausência de doença.

Já no auge da Revolução Industrial, na primeira metade do século XX, tal debate entre as duas grandes correntes que buscaram conceituar a saúde volta à tona. De um lado, grupos marginais ao processo de produção, que viviam em condições de miséria, reivindicam a compreensão da saúde como diretamente dependente das relações com o meio ambiente, o trabalho, a alimentação e a moradia (DALLARI, 1988).

Por outro lado, outros, influenciados pela descoberta dos germes causadores de doenças, que possibilitou o desenvolvimento de remédios específicos, conceituavam a saúde como ausência de doenças (DALLARI, 1988), assim como Descartes.

Foi com a intervenção de fatores políticos que ocorreu o término de tais debates. A saúde, reconhecida como direito humano, passa então a ser objeto da Organização Mundial de Saúde (OMS) que, na introdução de sua Constituição (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946), define a saúde como o completo bem-estar físico, mental e social e não somente como ausência de doença. Dessa maneira, há um reconhecimento do equilíbrio interno e do homem com o ambiente – bem-estar físico, mental e social – voltado aos conceitos de saúde dos filósofos Hipócrates, Paracelso e Engels (DALLARI, 1988).

Em termos jurídicos, o grande marco do Direito Internacional dos Direitos Humanos, no que diz respeito à consolidação dos direitos da humanidade é a Carta das Nações Unidas de 1945, onde ficam estabelecidas e positivadas as obrigações que os Estados passam a ter em relação aos direitos humanos – uma nítida reação aos horrores da Segunda Guerra – fundada na cooperação internacional e indispensável para a efetivação universal da paz entre os povos (BRASIL, 2013).

A Carta das Nações Unidas é reguladora de um sistema normativo que consagra direitos e estabelece conteúdos, critérios de análise quanto à aplicação, proteção, controle, fiscalização e suspensão de suas garantias. Enquanto documento jurídico deve ser encarada como um conjunto de normas que precisam ser seguidas de forma que sua aplicação seja programada gradativamente (BRASIL, 2013).

Já em 1946, a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) vai identificar quais são esses direitos fundamentais aos seres humanos, elencando expressamente o direito à saúde entre os direitos básicos, sem os quais há uma violação da dignidade da vida humana. Em seu artigo XXV expressa:

1. Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle. (NAÇÕES UNIDAS, 1946).

A Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), que foi criada em 22 de julho de 1946, declara os princípios necessários para que haja felicidade dos povos, relações harmoniosas e para a sua segurança. A OMS, por sua vez, caracteriza a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou de

enfermidade. E salienta que ter direito à saúde constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social.

Nesta Constituição, em seu Capítulo II, o qual se refere às funções da OMS, no seu artigo 2º, destaca-se: “j) Promover a cooperação entre os grupos científicos e profissionais que contribuem para o progresso da saúde; o) Promover o melhoramento das normas de ensino e de formação prática do pessoal sanitário, médico e de profissões afins” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946).

Já em seu Capítulo XIV – quanto aos relatórios apresentados pelos Estados, enfatiza-se o artigo 61: “Cada Estado membro apresentará anualmente à Organização OMS um relatório sobre as medidas tomadas e sobre os progressos realizados para melhorar a saúde da sua população” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946).

Faço agora referência ao Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), que foi adotado pela XXI Sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 19 de dezembro de 1966; que entrou em vigor, para o Brasil, em 24 de abril de 1992 (BRASIL, 1992). Ainda que conste expressamente em vários instrumentos de direito internacional, o PIDESC traz um dos mais abrangentes artigos sobre o direito à saúde de que se tem registro no âmbito do direito internacional. Conforme o seu Artigo 12:

Parágrafo 1. Os Estados-partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental.

Parágrafo 2. As medidas que os Estados-partes do presente Pacto deverão adotar com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar:

- a) A diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento e das crianças;
- b) A melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente;
- c) A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças;
- d) A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade. [...] Em conformidade com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, o ideal do ser humano livre, liberto do temor e da miséria, não pode ser realizado a menos que se criem as condições que permitam a cada um gozar de seus direitos econômicos, sociais e culturais, assim como de seus direitos civis e políticos (BRASIL, 1992).

Atualmente, o Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu o chamado Comentário Geral nº 14/2000 (MOREIRA; GOMES, 2012, p. 168-170). Este Comentário Geral demonstra como a realização do direito humano à saúde depende da realização de outros direitos humanos, incluindo os direitos à vida, alimentação, habitação, trabalho, educação, participação, usufruto

dos benefícios do progresso científico e sua aplicação; liberdade de procurar, receber e transmitir informações de todos os tipos; não discriminação, proibição da tortura e liberdade de associação, reunião e circulação. Estabelece como os países deveriam aplicar medidas práticas para garantir o direito à saúde e os critérios para avaliar se tais medidas estão de acordo com o PIDESC. Estes critérios são: Disponibilidade, Acessibilidade, Aceitabilidade e Qualidade.

A **disponibilidade**, que é o funcionamento da saúde pública e dos bens e serviços de saúde, ainda inclui programas que têm de estar disponíveis em quantidade suficiente (MOREIRA; GOMES, 2012).

A **acessibilidade**, quanto às instalações, bens e serviços para a saúde exige a não discriminação, a acessibilidade física, a acessibilidade econômica e a informação adequada.

A **aceitabilidade** exige que todos os serviços de saúde, bens e serviços devam respeitar a ética médica e ser culturalmente apropriados, sensíveis ao gênero e às condições do ciclo da vida; respeitar a confidencialidade e melhorar estado da saúde daqueles a quem se dirige.

A **qualidade** requer que os serviços de saúde, bens e serviços devam ser científica e medicamento apropriados e de boa qualidade (MOREIRA; GOMES, 2012).

Dentre os critérios no Comentário Geral de nº 14/2000 para se avaliar a adequação das medidas adotadas pelos Estados para garantir o direito à saúde, tem especial relevância para esse trabalho a aceitabilidade que enfatiza a ética e o respeito na prestação da assistência à saúde. A Bioética surge assim, como meio para garantir o respeito ao critério da aceitabilidade, pois pode ser um instrumento para fomentar o agir ético dos profissionais da saúde.

Contudo, ao se tratar da efetivação do direito à saúde, para Dallari a municipalização do sistema sanitário é a forma ideal de organização e garantia do direito à saúde no Brasil. Para ela, qualquer esforço para assegurar o direito à saúde deve, “prever mecanismos acessíveis e ágeis de responsabilização formal. [...] Uma estrutura judiciária que possibilite, efetivamente, o acesso da população à justiça, e a rapidez na obtenção da resposta jurídica permite o controle popular relativo ao direito à saúde” (DALLARI, 1988, p. 57).

Ainda segundo Dallari é preciso que a nova Constituição do Brasil, além de tratar a saúde, reconhecendo-a como um dos direitos fundamentais dos brasileiros, é indispensável, que ela preveja mecanismos para que nenhum dos direitos afirmados seja negado na prática constitucional (DALLARI, 1988).

1.2 A SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

O Brasil incorporou lentamente o direito à saúde na Constituição. Os direitos sociais só tiveram seu primeiro texto constitucional voltado à saúde com a promulgação da Carta de 1988. A Primeira República, além de ignorar qualquer direito social, ignorou também a saúde e outros direitos humanos presentes na Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1934. Fatos estes retomados apenas em 1988, com a atual Constituição (BRASIL, 1988), que por sua vez, foi mais prestativa nesse sentido, ao fornecer muitas orientações para a aplicação do conceito jurídico de saúde (DALLARI, 1988, p. 30).

A Constituição da República de 1988 (CF/88) estipulou critérios rompendo com conceitos anteriores, para que a saúde seja determinada em seu contexto, pois adotou um conceito que engloba tanto a ausência de doença, quanto o bem-estar. Segundo Dallari (1988, p. 30) a saúde é um direito reconhecido igualmente a todo o povo. Sendo assim, nenhum legislador ou administrador poderá alegar ausência de norma regulamentadora para justificar a não aplicação imediata da garantia do direito à saúde.

Enfatiza DALLARI (1988, p. 32) que a Constituição de 1988:

Orientou sobremaneira a precisão do conceito de saúde, tendo, em várias hipóteses, elucidado seu conteúdo. Assim, saúde implica a definição de uma política que vise seu cuidado, sua defesa e sua proteção (C.F., art. 23, II e 24, XII), ou seja, reforça-se, como requisito da legalidade, a obrigação de prestar serviços de atendimento à população (C.F., art. 30, VII) que incluam ações para a promoção, proteção e recuperação da saúde. [...] Deve garantir-lhe a assistência sanitária (C.F., art. 208, VII); como também deve ser, igualmente, assegurado à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à saúde, que será promovido por programas de assistência integral à saúde, para o que é exigida a aplicação de um percentual dos recursos públicos destinados à saúde para assistência materno-infantil (C.F., art. 227, §1º, I).

A Constituição Federal de 1988 foi decisiva na garantia à saúde para todos. Considera que “cuidar da saúde” é tarefa de todos os entes do Estado - a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios (art. 23, II). Dessa forma, a União estabelece as normas gerais, cabendo aos Estados e aos municípios assessorar (art. 24, §1º e 2º c/c art. 30, II). Ou seja, em matéria sanitária, a Constituição vigente não isentou nenhuma das esferas do poder político da obrigação de proteger e cuidar da saúde. Portanto, a saúde “é dever do Estado”, a ser realizado por seus entes (DALLARI, 1988, p.42).

A saúde no Brasil é um direito fundamental de segunda dimensão ou direito a prestação, previsto no artigo 6º da Constituição Federal de 1988, o qual classifica a saúde como direito social: “Art. 6º. São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o

trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1988).

A saúde na Constituição Federal, apesar de elencada como direito de todos e dever do Estado, em um contexto universal, igualitário e integral, na realidade e na efetivação dos fatos, é muito mais complexa e vai além do que é previsto na norma, assim, segundo Villas-Bôas (2015, p. 109) aí repousa a dificuldade quanto à concretização do direito.

Villas-Bôas (2015) analisa o direito à saúde, utilizando como “ponto de partida” os princípios constitucionais da saúde: universalidade, igualdade e integralidade. Admite os conflitos existentes entre cada um dos princípios e reafirma a necessidade de ultrapassar a proporcionalidade a fim de centrar os objetivos tanto na dignidade humana quanto na responsabilidade coletiva das decisões de alocação de recursos. Dignidade humana esta que precisa ser fundada no “mínimo existencial”, este por sua vez, é definido pelo Supremo Tribunal Federal (STF), como o “Núcleo intangível consubstanciador de um conjunto irreduzível de condições mínimas necessárias a uma existência digna e essenciais à própria sobrevivência do indivíduo” (VILLAS-BÔAS, 2015).

Pessin e Barchifontaine (2008, p. 198-200) separam em quatro grandes grupos, os quais fazem com que a população brasileira esteja deficitária na questão de saúde: O primeiro são as “causas ligadas às condições naturais de vida e suas variações”; nessa qualidade de vida destaca-se a proteção ao meio ambiente, como o clima, a água, a qualidade da terra. Onde a origem de tudo o que é bem foi um ato de Deus que criou a terra e entregou a todos os seus membros sem excluir nem privilegiar ninguém. Criou também este homem e deu a ele a terra para que a domine com seu trabalho e goze dos seus frutos.

Quanto ao segundo grupo, que são as causas ligadas aos determinantes sociopolíticos e econômicos da produção de bens materiais, por sua vez, residem no grau da exploração da força do trabalho. Exemplo disso são os baixíssimos salários pagos aos trabalhadores e o aumento da jornada de trabalho aceitas como questão de sobrevivência, sem contar nas condições de trabalho perigosas e insalubres. O resultado dessa exploração da força de trabalho são as mais perversas combinações de doenças da miséria, como a desnutrição, infecção e as chamadas doenças do desenvolvimento (acidentes de trabalho, de trânsito, doenças ocupacionais, violência, intoxicações), atingindo especialmente as camadas oprimidas da sociedade.

Em relação ao terceiro, temos as causas ligadas às condições sociais de vida – a alimentação, a moradia, a higiene, o vestuário. O resultado das formas de organização social da produção, as quais geram grandes desigualdades nos níveis de vida.

Por fim, no quarto e último grupo, estão as causas ligadas a outras condições de vida, diretamente associadas aos recursos e serviços de cura – atendimento médico e acesso a medicamentos – onde a preocupação é apenas com o lucro. Não fica difícil imaginar a dificuldade da maioria da população em ter acesso aos serviços médico-hospitalares e compra de remédios.

Resumidamente, as causas ligadas às condições naturais de vida e as causas ligadas às condições sociopolíticas e econômicas da produção de bens materiais, são as que impedem a saúde da população, porém, são as causas associadas aos recursos e serviços de cura que complicam ainda mais tal situação.

O Estado então tem o dever de promover e de fornecer ao indivíduo as prestações materiais necessárias para conservação de sua dignidade. Em relação a tais intervenções estatais, o artigo 196 da Constituição Federal de 1988: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário a ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988), ordena expressamente o que é dever do Estado na garantia do acesso *universal e igualitário* dos cidadãos tanto na sua promoção, proteção e recuperação sanitária.

Seguindo ainda as diretrizes do artigo 196, o texto conceitua “recuperação” como referência à concepção de “saúde curativa”, ou seja, à garantia que o cidadão tem de acesso aos meios da cura da doença, ou ao menos uma sensível melhora na qualidade de vida.

Sarlet e Figueiredo (2008, p. 23), referem-se às expressões “redução do risco de doença” e “proteção”, que segundo eles reproduz a noção de “saúde preventiva”, aquelas que realizam as ações e políticas de saúde de precaução e prevenção de dano à saúde tanto individual quanto coletiva.

Concluem que o termo “promoção” é relacionado à busca da qualidade de vida, por meio de ações que possam contribuir para a melhora das condições de saúde (SARLET; FIGUEIREDO, 2008, p. 24).

Complementa a norma do artigo citado, o artigo 198 da referida Constituição, quando expõe o atendimento integral como direcionamento das políticas neste assunto: “Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: [...] II atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (SARLET; FIGUEIREDO, 2008, p. 24).

Forma-se assim, segundo Villas-Bôas (2015, p. 110), a estrutura constitucional básica do direito à saúde, tendo como base os princípios essenciais já referidos: Universalidade: obrigação do Estado de alcançar os indivíduos em sua totalidade; Igualdade: obrigação estatal de garantir aos indivíduos os mesmos padrões de qualidade e eficiência na promoção da saúde; Integralidade: obrigação deste mesmo Estado de cobrir todos os riscos e agravos à saúde e não apenas simples enfermidade.

E por se tratarem de princípios, consistem em mandados de “*otimização*” que determinam que os resultados que se procura precisam alcançar o máximo de resultados favoráveis na medida do possível, sempre havendo um consenso, ponderação entre eles, e não meios objetivos e concretos de fazer. Estes princípios, por sua vez, não indicam o modo exato de agir, os objetivos que devem buscar na formulação e execução de políticas públicas em saúde (VILLAS-BÔAS, 2015, p. 111).

O fato é que nem sempre é possível realizar por completo estes princípios, a realidade se depara com o Direito, os constantes dilemas do ser e do dever ser. Em relação ao assunto, acrescenta o autor:

Cobrir todos os riscos e curar todos os agravos, em atenção à integralidade, pode ser impossível, se o estado da técnica médico-farmacêutica não houver ainda alcançado resposta eficaz para a enfermidade. Pode, ainda, ser incerto ou inseguro, se os tratamentos ainda forem experimentais ou não-registrados. São os casos em que a integralidade encontra fronteiras na evolução do conhecimento científico. (VILLAS-BÔAS, 2015, p. 111).

Portanto, segundo Villas-Bôas (2015, p. 112), não existe uma resposta efetiva para tamanha complexidade de escolhas a serem feitas nesta área da saúde. Existem critérios científicos, gerais, técnicos e jurídicos que devem ser observados para que se possa ter fundamentação em decisões que observem os direitos humanos. Decidir é “um ato de responsabilidade individual e coletivo”.

Por fim, acrescenta Villas-Bôas (2015, p. 115-116) que para definir a dimensão material do mínimo existencial em saúde, é preciso fazer constantemente ponderação de princípios e concordância prática entre os três preceitos constitucionais: a universalidade e igualdade de um lado – já mencionadas anteriormente no artigo 196 da CF – e de outro lado, a integralidade, no artigo 198, II.

1.3 O SER HUMANO E A DIGNIDADE FACE AOS PRINCÍPIOS UNIVERSAIS DA BIOÉTICA

Os princípios da Bioética também chamados de *princípioalismo bioético* são a tendência mais difundida, sendo de impossível compreensão a recente história da Bioética sem conhecê-los. Tamanha é a sua preponderância que, por vezes, é apelidado de *mantra da bioética*. Seus protagonistas são Tom Beauchamp e James Childress, os quais são orientadores referenciais para a análise dos problemas éticos: a beneficência, a não-maleficência, a autonomia e a justiça (ZOBOLI, 2003).

A abordagem principialista de Beauchamp e Childress segundo Zoboli, (2003), desde a publicação da primeira edição da obra *princípios de ética biomédica*, foi o modelo mais influente nesta área, identificados por eles quatro princípios, os quais resolviam os dilemas dos cuidados de saúde.

A palavra autonomia deriva dos termos gregos *autos* (próprio) e *nomos* (regra, autoridade, lei, norma). Têm significados distintos, como autogoverno, direitos de liberdade, intimidade, eleição individual, livre vontade, eleger o próprio comportamento e ser dono de si mesmo (ZOBOLI, 2003).

Destaca Zoboli, 2003 que o *Princípio da autonomia*, na opinião de Beauchamp e Childress, faziam referência a Immanuel Kant e John Stuart Mill. Kant considera que o respeito à autonomia deriva do reconhecimento de que toda pessoa possui valor intrínseco incondicional e capacidade de determinar seu próprio destino, constituindo um fim em si mesmo e não somente um meio. Mill, por sua vez, refere-se à individualidade como determinante da vida das pessoas. A todo cidadão deve ser permitido desenvolver-se em função de suas convicções pessoais, desde que essas não interfiram na liberdade dos demais, onde tal postura reflete a não interferência e a autonomia (ZOBOLI, 2003).

Seguem Beauchamp e Childress na linha de um raciocínio de autonomia humanista, tendem a ver o homem em sua globalidade e estabelecem a humanização das ações e dos serviços de saúde e a garantia da dignidade humana e dos direitos dos cidadãos enquanto usuários desses serviços. A aceitação da dignidade humana como valor fundamental, num pensamento kantiano, em que deve ser cada indivíduo tratado sempre como um fim em si mesmo, não como mero meio para a satisfação de interesses tanto do Estado, da ciência, de interesses industriais e comerciais, entre outros (ZOBOLI, 2003).

Munoz e Fortes (1998 apud FORTES; ZOBOLI, 2003, p. 17) destacam tal autonomia na seguinte exposição:

Autonomia significa que é o indivíduo que deve escolher, de forma esclarecida e livre, entre as alternativas que lhe são apresentadas. É ele que decide o que é o “bom” para si, de acordo com seus valores, expectativas, necessidades, prioridades e crenças pessoais. A pessoa autônoma deve ter liberdade de manifestar sua vontade, isto é, deve estar livre de coações internas ou externas de monta que a impeçam de exercer suas escolhas. A pessoa ainda deve ter capacidade de monta que a impeçam de exercer suas escolhas. A pessoa ainda deve ter capacidade para decidir de forma racional, optando entre as alternativas que lhe são apresentadas, compreender as consequências de suas escolhas.

Zoboli (2003) se refere ainda à capacidade do ser humano de decidir sobre o que é *bom*, ou que é seu *bem-estar*, de acordo com seus valores, suas expectativas, suas necessidades, suas prioridades e suas crenças. Tais atitudes podem ser consideradas como um esclarecimento de ter liberdade e ainda estabelece o respeito pela liberdade do outro; no caso do referido trabalho, do paciente e de suas decisões quanto ao tratamento. No cotidiano é o Código de Ética que legitima a obrigatoriedade do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), evita-se assim, não só a simples vulnerabilidade do profissional, mas sim, principalmente, o respaldo ao paciente.

Já o *Princípio da beneficência* procura assegurar que o maior bem é o do paciente. Entender o *fazer o bem, cuidar da saúde, favorecer a qualidade de vida*, enfim, majorar os benefícios, evitar ou minorar os danos. De maneira geral, Zoboli (2003, p. 26) destaca que se pode afirmar que uma ação beneficente é toda aquela que pretende beneficiar as pessoas. Conjuntamente, o *Princípio da não-maleficência* emana da ética médica e caracteriza-se pela obrigação de *não causar dano, de não prejudicar* intencionalmente.

Por fim, o *Princípio da Justiça* é a distribuição igualitária de benefícios e obrigações na sociedade (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2008).

Pessini e Barchifontaine (2006) já se referiam à justiça como um dos pilares da Bioética. E enquanto os princípios da autonomia, da beneficência e da não-maleficência relacionados à pessoa, reiteravam que o princípio da justiça tratava do plano social e político a respeito da alocação suficiente de recursos para atender às necessidades da área da saúde, da pesquisa biomédica e das políticas públicas.

Pessini e Barchifontaine (2006) enfatizam que esses princípios foram de grande contribuição na educação e nos debates a respeito de questões na área da saúde, muito embora uma, dentre tantas outras abordagens teóricas. Porém, criticam a situação da saúde no Brasil, quando se referem ao desenvolvimento da Bioética em todos os níveis da vida e para todos os cidadãos, ao ter que basearem-se nesses mesmos princípios. Relatam a enorme dificuldade entre “levar a ideia de autonomia e de integridade, a quem sequer teve oportunidade em sentir-se como um ser autônomo para administrar sua própria fome”.

Referem-se também ao constrangimento em falar no princípio da beneficência ao paciente que sequer pode ter o benefício de acesso a um profissional da saúde. Por fim, salientam a importância de não apenas prestar assistência à população, mas principalmente “transferir informações e educar para a saúde” (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2008, p. 175).

Comprova tal pensamento Zoboli (2003), ao lembrar que em 1988, Albert Jonsen e Stephen Toulmim ao publicarem o livro “The Abuse of Casuistry”, onde defendem que o principialismo de discutir casos concretos a partir de tais princípios – autonomia, beneficência, não-maleficência e da justiça – como sendo imutáveis, precisam ser substituídos por avaliar cada caso. Afirmam Jonsen e Toulmim ainda que tais princípios são relevantes, mas não decisivos para a resolução dos conflitos. Conclui-se, dessa maneira, que a ética pertence à sabedoria prática e não deve partir de princípios, mas de situações concretas vivenciadas.

Parece evidente para Pessini e Barchifontaine (2006), que a Ética é a expressão autêntica de um projeto de homem e de sociedade quando analisado a partir de princípios que se repetirão ao longo da história da humanidade. Mas, se hoje a Bioética repete com frequência seus fundamentos a partir dos princípios da benevolência, da não-maleficência, da autonomia e da justiça, em outras palavras, ambos os autores Zoboli (2003); Pessini e Barchifontaine (2006), compreendem que tais teorias são como guias de ação normativa que estabelecem, permitem, obrigam correção ou incorreção dos atos não são absolutos e dependem do contexto em que ocorre.

1.4 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, CIDADANIA E BIOÉTICA

Para compreender todo o contexto, precisa-se ter como base o conceito do que é cidadão. É aquele indivíduo com plenos direitos civis, políticos e sociais, detentor de direitos, dos quais Pessini e Barchifontaine (2008) definem: Direitos Sociais são aqueles direitos que o Estado tem por função e obrigação assegurar a todo cidadão, com exemplo, moradia, saúde, educação, lazer, trabalho, entre outros; Direitos Civis são os que dizem respeito ao indivíduo, como a liberdade de reunião, de expressão, de escolha profissional, de pensamento, de locomoção, e assim por diante. Por fim, os Direitos Políticos, os quais visam à liberdade de associação sindical, religiosa, partidária, de escolha dos governantes, de participação no poder público e na determinação da política do Estado.

Enfatiza ainda que o bem maior de qualquer cidadão é o direito à vida, e consequentemente, à saúde, sobrepondo-se sobre as disposições políticas e ideológicas. Onde só será possível tal dignidade, fundada no alicerce da cidadania (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2008).

Por falar em cidadania, a assistência médica praticada hoje aponta para a cruel realidade de “atender o paciente em tempo mínimo, prescrever qualquer droga e desfazer-se o mais rápido possível desse incômodo e mal pago compromisso”. Médico e paciente nem se quer se olham e o profissional nem ao menos examina seu paciente. Na verdade, nem se respeitam; fisicamente tão próximos e afetivamente tão distantes. A chamada medicina cega, porque o profissional, ao limitar-se a compreender a doença, não enxerga o ser humano como ele verdadeiramente é. E por que não, surda? Isso, surda porque o paciente, não sendo acolhido como deveria não se permite manifestar-se como pessoa, tornam-se, dessa forma, um modelo “perverso” de relacionamento médico versus paciente (SIQUEIRA, 2003, p 139).

A preocupação com a saúde é tão antiga quanto o homem. Na antiguidade, os povos não-letrados atribuíam a saúde ou as doenças a desejos divinos. Há mais de 30 anos culpamos o capitalismo, o neoliberalismo, a globalização ou a mundialização como explicação para a falta de saúde mundial (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2008).

Pela Constituição Brasileira de 1988, o cidadão tem, formalmente, direito à saúde. Assim, o Estado tem obrigação de implementar políticas econômicas e sociais que viabilizem esse direito, por meio de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. Pode-se afirmar que a lei brasileira acatou o princípio ético da justiça distributiva, o qual pode ser observado quanto à organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dessa maneira, todas as atividades de saúde, preventivas ou curativas, individuais ou coletivas, são de responsabilidade do SUS, nas três esferas de governo, devendo se organizar segundo suas diretrizes e seus princípios (BRASIL, 1988).

Ao constar na legislação brasileira o SUS, criou-se um compromisso formal para o Ministério da Educação, de instrumentalizar as universidades de todo país, com enfoque maior nas instituições públicas, na inclusão dos aspectos a ele inerentes nos programas acadêmicos e conteúdos programáticos de todas carreiras da área de saúde e afins. Contudo, nada disso aconteceu, confirmando, mais uma vez, a completa desordem entre os setores públicos do país. Seguem as universidades formando milhares de novos profissionais de nível superior – médicos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos – que, na sua maioria, desconhecem o que significa SUS e muito menos a reforma sanitária brasileira,

os Conselhos Nacionais, Estaduais e Municipais de saúde. Sem contar na fragilidade das políticas públicas nas relações institucionais saúde-educação (GARRAFA, 2003).

É inadmissível que as universidades brasileiras não estejam – todas elas – comprometidas diretamente com o SUS, distribuindo seus alunos de forma organizada no sistema e responsabilizando-se com os Hospitais Universitários (ou o principal hospital da região) como referência terciária da rede regional. Outro aspecto que poderia começar a ser discutido no Brasil é obrigatoriedade de o aluno que cursou universidade pública cumprir uma espécie de serviço obrigatório de seis meses, no período imediato à sua graduação, na rede sanitária pública (GARRAFA, 2003).

Nesta mesma conjectura, a Organização Mundial da Saúde tem como lema a promoção da saúde, e quanto a isso, estamos muito longe de atingir tal feito. Enquanto estamos na saúde curativa e preventiva, os países de primeiro mundo estão na promoção de saúde. Pessini e Barchifontaine (2008, p. 194) ressaltam o que vem a ser saúde, onde a mesma não pode simplesmente ser definida como ausência de doença, mas sim resultado positivo de condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade e acesso a serviços de saúde. Ou seja, “as políticas de saúde vêm no sentido de implementar estratégias governamentais que visam corrigir os desequilíbrios sociais e propiciar a redução das desigualdades sociais” (p. 195).

Fortes (1998, p. 12) questiona:

[...] Como acreditar na eficácia desse direito quando se estima que no grupo etário de 35 a 44 anos, aproximadamente um em cada dois brasileiros está desdentado e milhões de brasileiros estão com dentes perdidos ou cariados em virtude da falta de uma política pública para a assistência bucal?

Não é de agora que a saúde é vista não como um direito do cidadão, e sim como uma mercadoria igual a tantas outras nas relações de consumos.

E para que se alcance a cidadania desejada em saúde, é indispensável a construção de políticas adequadas, que alcancem a população do país na sua maioria, construindo, assim, um verdadeiro processo de cidadania no seu mais amplo sentido. É preciso também que os programas estabelecidos, as metas definidas e os recursos humanos do setor (universidades, por exemplo), assumam o desafio ético de contribuir na instrumentalização teórica e prática em todo esse processo (GARRAFA, 2003).

Essa análise da realidade sanitária nacional nem sempre tem andado na direção da saúde e cidadania; é espantoso o contraste entre os milhões de desassistidos do país e a

existência de uma medicina tão avançada no sentido técnico, e a responsabilidade bioética da saúde coletiva na insistente manutenção de todo esse processo de subdesenvolvimento físico e mental de tantas pessoas (GARRAFA, 2003).

É um direito civil primordial, a obrigação que tem a pessoa de cuidar da própria saúde, consagrada na visão dos direitos humanos. Neste contexto, se encaixa a “alfabetização” para a saúde, que é uma pré-condição para o cuidado pela própria saúde. Obrigações primordiais também são das comunidades de países e da comunidade de nações, que têm o dever de desenvolver programas de alfabetização e educação para a saúde. Educação esta que os novos conhecimentos de medicina preditiva e preventiva podem ser usados para desenvolver instrumentos que atraiam os cidadãos para aprender sobre riscos para a saúde. Tais programas de alfabetização são instrumentos que diminuem a distância – em termos de assistência à saúde – que separa os ricos dos pobres, os afortunados dos desafortunados (SASS, 2004).

Esta desigualdade econômica social é explicada por Garrafa (2003), que afirma que é natural que um cidadão saudável e escolarizado tenha melhor possibilidade na disputa de um espaço no mercado de trabalho comparado a um indivíduo doente, com nenhuma ou pouca escolaridade e sem profissão definida. Dentro desse contexto, o primeiro terá maiores chances de sobrevivência, sua e da família, em um processo crescente de aprimoramento das condições de sua vida. A saúde humana, como instrumento concreto de cidadania, pode contribuir para que o cidadão torne-se física e mentalmente mais apto na luta por um destino melhor ou menos obscuro.

Um exemplo que se encaixa perfeitamente neste contexto é o de um cidadão desdentado, equiparado a outro de sorriso agradável (saudável). Quais são as chances do primeiro em relação ao segundo, para se enquadrar aos requisitos de dignidade?

Os menos favorecidos economicamente na sociedade sejam eles crianças, adultos ou idosos, estão condenados à vulnerabilidade, onde as múltiplas dimensões da pobreza são identificadas no relatório sobre o desenvolvimento do mundo (World Development Report), o qual dispõe das definições:

Pessoas que vivem sem liberdades fundamentais para ação e escolha [...] não dispõem de alimentos adequados, teto, educação e saúde [...] são extremamente vulneráveis à perda da saúde, à marginalização econômica e a desastres naturais [...]. Estão frequentemente expostos a maus-tratos por instituições públicas e pela sociedade [...] e são completamente sem poderes para influenciar decisões-chave que afetam suas vidas (AZEVEDO, 2004, p. 323).

Voltamos então para foco bioético, em que o contexto de desigualdade social, que marca a saúde e a necessidade de transformação dessa realidade e não como meio de justificá-la. Aqui reside o desafio para os que trabalham com Bioética e saúde pública, de ampliar seu foco para a dimensão do coletivo, e para dar conta das novas demandas, não mais a medicina e os avanços biotecnológicos, mas sim os “determinantes e condicionantes” do processo saúde-doença e as desigualdades de sua expressão (ZOBOLI, 2003, p. 34).

Certamente que o sistema público de saúde brasileiro não apresenta condições para dar conta das necessidades de todas as pessoas, como reconhece a Organização Mundial da Saúde (OMS). Não é possível ofertar a todas as pessoas a totalidade de intervenções na saúde; existe a necessidade de serem estabelecidas prioridades na distribuição e de recursos. Neste contexto, Fortes (2003, p. 41) concorda com o bioeticista espanhol Diego Gracia; este, por sua vez, considera que deva ser reformulada a máxima: “a cada pessoa, conforme suas necessidades”, transformando-o em “a cada pessoa, conforme suas necessidades, até o limite que permitam os bens disponíveis”. Mesmo assim, em um sistema universalista, caberia limitar, por falta de recursos, determinados procedimentos e ações de saúde para todos, o que na prática já é feito, pois o Sistema de Saúde Brasileiro (SUS), por exemplo, não se responsabiliza por todas as supostas necessidades de saúde de todos os indivíduos – como técnicas de reprodução assistida, cirurgias estéticas, algumas terapias experimentais, entre outros – os quais não fazem parte da relação daqueles que são custeados pelo SUS.

1.5 A SAÚDE PÚBLICA E A BIOÉTICA

Para França Junior e Ayres (2003, p. 63):

Há cerca de 200 anos surgia a saúde pública, na medida em que processos coletivos e sociais começaram a ser esquadrihados como alvo de conhecimento e intervenção relevantes por mentalidades sanitárias, segundo Ayres (1999) e Rosen (1958). No mesmo momento histórico, o direito passava por revoluções dramáticas, que redundaram em concepções e práticas sociais, políticas e jurídicas, que emanciparam os sujeitos privados como detentores de certas prerrogativas publicamente reivindicáveis e asseguráveis.

De acordo com Reich (1995), Neves (1996) e Schramm (1997) (apud FORTES; ZOBOLI, 2003, p. 13), já em 1990, com a difusão da Bioética em direção aos países do hemisfério sul, especialmente na América Latina, região com excelência tecnológica em saúde, (contrapondo com o lado da extrema pobreza da maioria das populações), torna-se imprescindível a inclusão dos problemas da coletividade nas discussões sanitárias. Começa

então a se desenvolver uma Bioética orientada: “fase pública da Bioética”, voltada à dimensão social do ser humano, preocupada com questões mais relacionadas ao coletivo, que abrangem temas como políticas salutaras, alocação de recursos de saúde, meio ambiente, saúde animal e saúde pública.

Schramm (2003, p. 73) define as três tarefas da Bioética: descritiva, normativa e protetora. É com esta concepção que se pode enfrentar os principais desafios éticos da saúde pública, entre os quais se destaca a alocação justa e equitativa de recursos, preocupação esta definida na própria Constituição Brasileira de 1988 e nas diretrizes de assistência do Sistema Único de Saúde – “universalidade, integralidade e equidade”. Em ambos os casos, a Bioética tem uma relação que poderíamos chamar de tipo estrutural, no sentido da palavra proteção, a qual significa cuidado com algo ou alguém mais fraco.

Dessa maneira, firma-se a importância de ampliação da discussão e reflexão da Bioética para áreas relacionadas com a coletividade. Enquanto a Bioética Clínica foca no relacionamento entre profissionais, instituições de saúde e paciente, e a abordagem individualista; a Bioética Social é voltada à Saúde Pública, à coletividade e a compreender valores éticos e sociais. Entende-se ainda que a Bioética em saúde pública tem como objetivo: sensibilizar o aluno para questões de valores éticos diferenciados; a compreensão da importância de tomar decisões justificáveis do ponto de vista ético; mostrar a inexistência de solução única para cada caso em uma sociedade de valores pluralistas; corrigir a noção de que o direito e a legislação resolvem todos os problemas de natureza ética e, por fim, mostrar a diversidade de valores existentes em nossa sociedade. Aqui é preciso repetir a premissa de que o ensino da Bioética deve acontecer em espaços diferenciados, mediante a inserção tanto em curso de graduação, como de Pós-graduação *Lato Sensu e Stricto Sensu*, tirando proveito dos diversos modelos de análise Bioética que vêm sendo proporcionados pela literatura (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2006).

Para Garrafa (2003), por outro lado, há que se registrar ainda o descompromisso de muitas entidades especializadas de classe (médicas, odontológicas e outras) para com a saúde pública no país. Apesar do tradicional discurso de “preocupação”, os famosos congressos e as principais revistas e jornais de divulgação nacional e internacional, geralmente recebem fortes patrocínios de tentadores laboratórios farmacêuticos e empresas, que ocupam os espaços de discussão e reflexão quase que exclusivamente com demonstrações sobre os milagres de novos medicamentos, técnicas e aparelhos que possam render mais lucros. Tal prática reforça apenas a distorcida impressão de que a saúde é mais um objeto de

consumo colocado à disposição daqueles indivíduos com condições econômicas favoráveis para sua aquisição.

A saúde pública, enquanto campo de saber científico, atuação normalizadora, é aplicada por via de medidas regulatórias. As executadas com exclusividade por órgãos estatais, por exemplo, são as ações de vigilância sanitária, controle de zoonoses, saúde do trabalhador e controle de doenças epidêmicas. Outras ações, como as relacionadas à promoção da saúde, não são de execuções privativas de órgãos governamentais, ou seja, não se restringem aos órgãos estatais, podendo ser executadas pelas Organizações Não Governamentais (ONGs). Dessa forma, o trabalho de saúde pública é “intersetorial”, não se limita ao setor saúde, nem aos órgãos e instituições que se dedicam à assistência à saúde nas esferas de governo Municipal, Estadual ou Federal, sejam públicos ou privados. Ao contrário, a saúde é compreendida como resultado das condições de vida e de trabalho da coletividade. Pode-se entender que a assistência à saúde é apenas um dos componentes sociais que influencia os diversos fatores das condições de saúde da coletividade (FORTES; ZOBOLI, 2003).

Os indivíduos não necessariamente querem seu próprio bem, no sentido em que os especialistas de saúde pública o querem, pois podem ter outra noção do que significa seu bem-estar. Desse modo, a saúde pública poderia considerar o “bem do outro” do ponto de vista dele e nem sempre se basear em critérios de supostas normalidades ou índices estatísticos ou ainda de prevalência. Assim, surge a necessidade de harmonizar-se com a Bioética, evitando a discriminação e condenação das pessoas em virtude de suas escolhas (FORTES; ZOBOLI, 2003).

Nesse contexto, é possível compreender as palavras de Pessini e Barchifontaine (2008) quando se referem à saúde pública como a arte e a ciência de promover, proteger e restaurar a saúde dos indivíduos e da coletividade, com o objetivo de obter um ambiente saudável por meio de ações e serviços resultantes de esforços organizados e sistematizados da sociedade. Com objetivo de um processo saúde-doença da coletividade, observados em suas dimensões “biológicas, psíquicas e socioculturais”.

Este conceito de proteção com bases sólidas na Bioética, quando aplicado aos problemas da saúde pública, pretende integrar a responsabilidade moral e a eficácia programática, podendo ser considerado uma ferramenta da ética aplicada, indispensável para legitimar políticas sanitárias universalistas do ponto de vista dos valores, como é o caso da política sanitária inspirada na Constituição Brasileira de 1988 e nos princípios do SUS, que

reafirma, assim, uma Bioética da saúde pública com base no princípio de proteção (SCHRAMM, 2003).

Defende-se a ideia de saúde pública de maneira ampla, como o conjunto de disciplinas em seus contextos naturais, sociais e culturais. Nesse sentido, podemos reformular a dupla tarefa de proteção à saúde, por um lado, e de promoção de estilos de vida consideráveis, por outro, como os dois aspectos inseparáveis da proteção: uma proteção “defensiva”, entendida como proteção *contra* o adoecimento; uma proteção “proativa”, entendida como proteção em prol de estilos de vida considerados saudáveis ou não prejudiciais à qualidade de vida de uma população. Assim sendo, a proteção se torna a característica universal da prevenção e da promoção, as quais poderiam ser reformuladas como sendo os dois aspectos complementares da proteção (SCHRAMM, 2003).

Salientam Fortes e Zoboli (2003), da necessidade de observar as ações de saúde pública, quando orientadas unicamente para os custos/benefícios, podendo resultar em discriminação de grupos humanos minoritários, resultando em práticas injustas contra determinadas comunidades já submetidas a condições de profundas desigualdades sociais. Para que isso não ocorra, podemos contar com o pluralismo moral característico de nossa época, que se responsabiliza pela diversidade de concepções sobre justiça que podem ser aplicadas no campo da saúde. “É necessário entender que, mesmo com recursos limitados, desigualdades podem ser minimizadas por meio de políticas e medidas práticas fundamentadas na equidade e na responsabilidade social” (p. 44).

Fortes e Zoboli (2003) concordam com a ideia de Caponi (2000 apud FORTES; ZOBOLI, 2003, p. 45-46), que é favorável ao princípio de equidade nas políticas públicas. “Políticas que devem ser ativas, propositivas, buscando o bem-estar das pessoas, observando as diferenças entre pessoas e/ou grupos humanos, dando-lhes oportunidade de se manifestar e participar das decisões” em que, através do diálogo e da comunicação poderão garantir a compreensão e o esclarecimento necessários para superar a realidade desfavorável das condições de saúde.

Ao darmos continuidade na temática, não é satisfatória apenas a presença quantitativa da população em eventos democráticos como as Conferências Estaduais, Municipais de Saúde ou em Conselhos de Saúde, exige-se ao menos que os indivíduos sejam alfabetizados conscientemente, para só assim, prevenir o mau entendimento e as manipulações. A participação popular, em qualquer processo político requer informação, conhecimento, preparo e educação, pré-requisitos estes inacessíveis à grande parte da população brasileira (GARRAFA, 2003).

Em uma nação com tantas distorções sociais, além dessa necessidade, acrescenta-se, ainda, a da conquista desses direitos por meio da participação popular consciente, para qual, como foi dito, o pré-requisito “educação” é indispensável, tarefa esta direcionada aos pesquisadores e profissionais em saúde pública, os quais devem redobrar seus cuidados para que os direitos humanos sejam respeitados e promovidos (FRANÇA JUNIOR; AYRES, 2003).

Desse modo, as políticas públicas para a transformação do quadro sanitário brasileiro devem ser vistas por um novo ângulo, por seus responsáveis para a execução, uma visão ética e social, tornando-se o nosso maior instrumento da luta rumo à cidadania. Esta importante etapa será cumprida quando a sociedade brasileira estiver capacitada para gerenciar responsávelmente seu próprio destino, e os profissionais de saúde terão contribuído para a construção de uma *democracia social* que substituirá esta democracia política que tantas distorções vêm causando ao longo da história nacional (FRANÇA JUNIOR; AYRES, 2003).

Benatar (2004, p. 27) acrescenta que a melhoria do equilíbrio entre as necessidades e os direitos dos indivíduos e os requisitos do aprimoramento da saúde pública, vão exigir “uma mudança de mentalidade do individualismo exclusivista” e ainda complementa: “muitas vezes egoísta”. Um verdadeiro respeito à individualidade combinado com o sentido de dever de comunidade. É preciso em um primeiro passo, reconhecer a necessidade de um novo equilíbrio; em seguida, desenvolver a vontade de política para empreender projetos ambiciosos (formas de reduzir a pobreza e a dependência); e, por último, atribuir um alto valor à justiça econômica e social de longo prazo, essencial ao progresso sustentável.

É primordial o reconhecimento da interdependência e a necessidade de respeitar a diversidade cultural; isso requer liderança política, capital moral e o desenvolvimento de alianças estratégicas internacionais com o emprego de variados conhecimentos especializados e múltiplas esferas de influência, no setor público e privado. Afirma-se que: “aqui reside a Bioética no século XXI” (BENATAR, 2004, p. 27).

Benatar (2004) sugere que a melhoria da saúde, em nível de população, vai depender de uma maior justiça social, cujo instrumento é o progresso moral, e menos de avanços e novas descobertas tecnológicas.

Pessini e Barchifontaine (2006, p. 99) completam que o controle sobre o Estado, pela sociedade organizada em todos os segmentos sociais, é o que se entende por “controle social” que deve beneficiar o conjunto da sociedade permanentemente. “Desse modo, quanto

mais os segmentos da sociedade se mobilizarem e se organizarem, maior será a pressão e o resultado para que seja efetivado o estado democrático”.

Encerra-se com as palavras de Garrafa (2003, p. 56), que a existência de mecanismos de controle social das políticas públicas brasileiras é indispensável para uma análise mais aprofundada dessas questões “à luz da bioética”, onde uma sociedade coletivamente considerada é o sujeito inequívoco de todo esse processo.

2 A BIOÉTICA E O TRABALHO DO PROFISSIONAL DE ODONTOLOGIA

2.1 A HISTÓRIA DA ODONTOLOGIA NO BRASIL

As atividades odontológicas surgiram no século XVI e XVII de maneira muito rudimentar (FIGUEIREDO, 2002). Além das *fórmulas secretas*, utilizadas no tratamento de patologias em geral, a extração dentária era a forma mais comum e definitiva para resolução dos problemas.

Carvalho (2003) ressalta que, nessa época, os problemas dentários eram pouco comuns e o aumento significativo da demanda passou a ocorrer somente a partir século XIX, com a consolidação do mercado mundial de consumo de açúcar. Ao longo desse período, a área da saúde passou por várias transformações, em especial, a medicina, que se deparou com a necessidade de reorganizar e subdividir a profissão. Deste processo evolutivo da medicina, deu-se origem à Odontologia.

O termo *dentista*, segundo o dicionário de Bluteau, só apareceu nos documentos oficiais brasileiros a partir de 1800, especialmente na vigência da “Real Junta do Protomedicato”¹. Nessa época, os médicos que, além de exercer uma função de ensinar e de servir, eram encarregados de monitorar os cirurgiões e farmacêuticos (CUNHA, 1952). Uma peculiaridade desse período era o desprestígio da profissão, hoje tão elitizada. Segundo Cunha (1952) e Figueiredo (2002), grande parte dos candidatos a uma Carta de Licença² para exercer os ofícios de barbeiro, de sangrador e de dentista, era composta por escravos e alforriados, de forma especial, por homens pardos e negros.

Para Cunha (1952), até o ano de 1840, tanto o ensino quanto a atuação odontológica foram basicamente práticos, ou seja, uma atividade que não era exclusividade do dentista diplomado e, somente após esse período, foi que a profissão humanizou-se, voltando à formação de indivíduos aptos para atender a sociedade. O marco dessa época foi a criação da primeira escola dentária do mundo ocidental, em que a atividade passou a ser exercida como atividade privativa do cirurgião-dentista.

As artes de cura, no período do Brasil Colônia, seguiam os critérios estabelecidos pela Coroa Portuguesa, os quais determinaram nosso desenvolvimento em tal período

¹ Junta do Protomedicato: junta médica, composta por setes membros: deputados, médicos e cirurgiões aprovados, com mandato de três anos.

² A carta de licença, obtida mediante exame de habilitação, após o candidato comprovar dois anos de prática, era expedida em Lisboa. Isso resultava em um processo bastante demorado e caro, já que eram cobradas diversas taxas durante a sua tramitação (CUNHA, 1952).

histórico (CUNHA, 1952). As práticas odontológicas eram realizadas - quando absolutamente necessárias - por curandeiros, religiosos ou pessoas da família, sendo o conhecimento e as técnicas, passadas de pessoa para pessoa (SILVA, 2003).

No século XVI, a prática odontológica era exercida tanto no ambiente público (mercados e barbearias), quanto no ambiente privado (residências da nobreza) e, somente a partir do século XVIII, a odontologia assume característica de profissão independente (SILVA, 2003). Juntamente com a profissionalização, surgiu a primeira legislação que restringia a prática da atividade odontológica por indivíduos não formados pelos cursos de odontologia (SILVA, 2003).

Segundo Figueiredo (2002), em 1808, com a vinda de Dom João VI ao Brasil, duas principais medidas foram tomadas: a criação das Academias de Cirurgia da Bahia e do Rio de Janeiro e a extinção da Real Junta do Protomedicato, a qual esclarecia: “cirurgião, herniários, dentistas e sangradores, precedendo a Portaria da Real Junta, que não expedirá [a licença], sem ser requerida com certidões de mestres, ou cartas de aprovação de cirurgia”(FIGUEIREDO, 2002).

Figueiredo (2002) acrescenta que, nesse período, muitos dos que se dedicavam à odontologia eram formados em escolas estrangeiras de cirurgia ou medicina e, de posse do diploma de médicos ou de cirurgião, iam aprender o ofício com dentistas estrangeiros reconhecidos e famosos, vindo posteriormente, a exercer a arte dentária no Brasil.

A regulamentação da atividade odontológica em nosso país veio através de José Martins da Cruz Jobin, que promoveu a alteração dos estatutos das faculdades de medicina existentes e implantou novos estatutos que dispunham de condições para o exercício da odontologia (SILVA, 2003). Fato esse que pode ser observado através do artigo 26 do Decreto 1.387, de 28 de abril de 1854:

Art. 26. Para os exames dos dentistas e dos sangradores, que se quizerem [sic] habilitar a fim de exercerem a sua profissão, as Congregações farão hum [sic] Regimento especial, que sujeitarão á aprovação [sic] do Governo. Estes exames serão feitos sem dependência de pagamento de taxa (BRASIL, 1854).

Completa-se ainda que o exercício profissional da odontologia no Brasil teve início em 14 de maio de 1856, através da publicação Decreto 1.764 (BRASIL, 1856), como se verifica nos artigos 79 a 82:

CAPÍTULO VII. Dos Sangradores e Dentistas:

Art. 79. As disposições dos Artigos antecedentes aplicar-se-hão [sic], tanto quanto for possível, aos exames dos Sangradores e Dentistas.

Art. 80. O que pretender exame para obter o título de Dentista ou Sangrador, juntará a seu requerimento documentos que provem a sua moralidade.

Art. 81. O exame dos dentistas versará sobre: 1º Anatomia, Physiologia [sic], Pathologia [sic] e anomalias dos dentes, gengivas e arcadas alveolares. 2º Hygiene [sic] e therapeutica [sic] dos dentes: 3º Descrição [sic] dos instrumentos que compõem o arsenal cirúrgico do dentista: 4º Theoria [sic] e prática da sua aplicação: [sic] 5º Meios de confeccionar as peças da prothese [sic] e orthopediamentaria [sic].

Art. 82. O que assim se habilitar perante a Faculdade terá o título de - Dentista aprovado [sic].

No ano de 1879 foram incorporados os cursos de Odontologia às faculdades de Medicina e, entre os anos de 1919 e 1933, já com autonomia, passa a ser reconhecida como faculdade de odontologia. No ano de 1931, a reforma do Regimento do cirurgião-mor, que regulamentava e disciplinava o exercício da profissão, estabeleceu multa de dois mil réis às pessoas que “tirassem dentes” sem licença (SILVA, 2003).

Até o início do século XX, apesar de já existir definição legal sobre os critérios de licenciamento do exercício da atividade do dentista no Brasil, ainda havia uma forte associação com os barbeiros, em face da necessidade da obtenção de título por escola estrangeira ou por exame em faculdade de medicina oficial e ainda, o registro do diploma na Junta de Higiene³ (CUNHA, 1952).

De acordo com Teixeira (et al, 1995, p. 184):

Poderíamos dizer que a odontologia experimentou, num curto espaço de tempo, uma excepcional ascensão, consolidando assim seu processo de profissionalização, configurando como uma profissão com saber próprio e prática profissional específica. Uma profissão com mercado de trabalho exclusivo, legalmente preservado e uma clientela assegurada e dependente de seus serviços profissionais.

Para Silva (2003), após o advento da Proclamação da República, mudanças indicaram transformações sobre o ensino superior no Brasil e a regulação da profissão. O estado passou a assumir um papel central na condução das políticas públicas nacionais. Nesse período, as escolas superiores eram divididas em: a) escolas oficiais - mantidas e administradas pela União (título válido em todo o território nacional); b) escolas Estaduais - mantidas e administradas pelos governos estaduais; c) escolas livres – essas, por sua vez, mantidas e administradas pelo setor privado.

³ A questão do registro na “Junta de Higiene” tinha importância relativa para os profissionais e não era praticada nem mesmo por aqueles profissionais da elite da sociedade que tinham diploma, é o caso do Barão de Maceió, que tendo se diplomado na Faculdade de Medicina da Bahia, em 1846, e exercendo a cátedra da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro de 1858, só providenciou seu registro na junta em 1863 (CUNHA, 1952).

Silva (2003) acrescenta que é possível dividir as etapas de regulamentação profissional da odontologia no Brasil em três períodos históricos de importante conquista para a autonomia da profissão: período Colonial e Primeira República, que se prolongou por grande parte do período Imperial, quando de maneira integral foram adotadas as leis portuguesas, o início do processo de regulamentação, a partir de 1930, que teve como marco referencial a obrigatoriedade de registro no Departamento Nacional de Saúde Pública e, a delegação de poderes pelo estado, para fiscalização do exercício profissional, que se deu a partir de 1960, característica do atual modelo de profissão.

Segundo Teixeira (et al, 1995), em 1964 foram instituídos os Conselhos Federais e Regionais de Odontologia, que, além de adquirir direito exclusivo de prática sobre o campo da saúde bucal, passou a ter poderes para agir em relação à regulamentação, normatização e fiscalização dos seus membros com bases em um sistema de educação formal.

De acordo com Ramos (2003), só no início da década de 1980 o mercado de serviços odontológicos começa a mostrar os primeiros sinais de saturação, decorrente da grande oferta de profissionais no mercado, resultado do aumento do número de faculdades de odontologia. Os dados a serem comparados podem ser encontrados na Organização Mundial da Saúde (OMS), preconiza que a distribuição ideal é de 1(um) profissional da odontologia para 1.500 habitantes; o referido autor constata que, em 2000, havia 173 mil dentistas atuando no Brasil, para uma população estimada em 167 milhões de brasileiros, isto é, uma relação próxima de 1 (um) para 1.000 (mil). Dezesesseis anos depois o total é muito maior. Além disso, a distribuição desses profissionais é excedente em algumas regiões e escassa em outras. Um paradoxo, pois há maior oferta de profissionais em algumas regiões, em detrimento de outras carentes de cirurgiões-dentistas, o que também afirma o Conselho Federal de Odontologia (CFO).

2.2 A ÉTICA E A MORAL NA ODONTOLOGIA

Segundo Fortes (1998), o termo “ética” equivale etimologicamente a “moral”, pois provém do grego “ethos”, que tem como significação “caráter”, “modo de ser”, conduta de vida, “costume”. Existem vários entendimentos para a palavra; quanto a sua origem semântica, equivale-se a “moral”, que derivado latim “mos” ou “mores”, que significa “costumes”, “conduta de vida”, ou seja, as regras de conduta humana no cotidiano.

Apesar de se identificarem quanto à origem e seu conteúdo, adquiriram diferentes significados e compreensão, porquanto a moral é um conjunto de princípios, valores e normas

que regulam a conduta humana em suas relações sociais; já a ética requer atenção íntima à pessoa de valores, princípios e normas morais com autonomia individual, cada pessoa é responsável por definir a sua ética (FORTES, 1998).

Nas perspectivas de Marco Segre; Claudio Cohen (2002, p. 17), “uma pessoa não nasce ética, vai ocorrendo juntamente com o seu desenvolvimento. De outra forma, a humanização traz a ética no seu bojo”. Para que a moral tenha eficácia, ela deve ser imposta, já para a ética, deve ser atuante, ser apreendida pelo indivíduo, vir de seu interior. Para estes autores, a moral é imposta, a ética é percebida, e ainda:

Logo, para pensarmos em ética, temos que considerá-la subjetiva. O que é ética se não uma hierarquia de valores, uma tentativa de delineamento do “certo” ou “errado”, do bem ou do mal? Venha ela de um Deus externo, de um estatuto jurídico, de tradições, de observações científicas. Mas, certamente, cada subjetividade (cada indivíduo) poderá estabelecer, se quiser (condição de autonomia), sua escala hierárquica de valores. (SEGRE; COHEN, 2002, p. 38)

A ética teve sua origem na Grécia, apresentada como a análise do comportamento humano ou como ciência normativa, trabalhando no estudo do ser humano e na origem do universo. Hipócrates, o pai da ideia já descrevia: “nasceu como princípio universal da conduta humana para a prática em saúde” (MORANO, 2003, p. 29).

Nos ensinamentos de Siqueira (2005), apesar de muitas vezes a ética ser confundida com conduta moral, muito embora, a moral diga respeito aos usos, costumes ou deveres das pessoas para com o outro, sendo a moral, para o autor, um conjunto de normas que devem ser obedecidas na direção das ações dos indivíduos para o bem do todo. Quanto a ética, o autor define como um conjunto de normas que devem ser observadas para o desempenho das atividades pessoais e, já em relação à ética profissional, seria um conjunto dos deveres que devem ser observados para o correto desempenho da profissão.

A conduta ética visa imprimir no profissional da saúde a necessidade de desenvolver o respeito incondicional dos direitos fundamentais e, objetiva, moldar seu caráter, propor valores e condutas adequadas e conscientes para garantir a igualdade preconizada na própria Constituição Federal da República de 1988 (BRASIL, 1988).

Para Amorim e Souza (2008), Aristóteles interpretava a ética como a reflexão filosófica do agir humano e suas finalidades. Foi através de tal interpretação que a ética passou a ser referida como uma espécie de “ciência da moral”, representada por um conjunto de normas que regulamentam o comportamento de um grupo particular de pessoas, no caso do estudo, do cirurgião-dentista, normatizando suas ações específicas.

Acrescenta Siqueira (2005) que o conceito de ética foi reformulado por Weber, que a denominou “ética de responsabilidade”, que pretendia fazer renascer a tradição kantiana, no que diz respeito à eliminação da dependência da moral em relação à religião. Ainda segundo ele, os princípios de ética de responsabilidade poderiam ser assim enunciados (2005, p. 74-75):

A vida humana comporta muitas esferas que escapam à moralidade em seu sentido próprio. [...] É necessária uma atitude compreensiva e tolerante em relação a valores morais em que o outro faça repousar suas convicções. Não devemos nos valer de circunstâncias que nos colocam numa posição de superioridade para impor nossas convicções. Devemos responder pelas consequências previsíveis de nossos atos.

Voltando a falar na questão profissional, Amorim e Souza (2008) somam que a tão falada ética deve circular todas as atividades dos profissionais da saúde, todavia, na prática Odontológica, os problemas éticos são recorrentes, e envolvem tanto aspectos referentes ao paciente quanto ao profissional. Esse último, por sua vez, deve orientar sua prática amparada em fundamentos éticos, que quando se tratam de saúde, referem-se à promoção do bem-estar dos pacientes diante do restabelecimento da saúde. Ao cirurgião-dentista cabe agir em benefício do paciente, tanto individual quanto coletivamente, assumindo, assim, um verdadeiro compromisso ético.

Amorim e Souza (2008, p. 5) enfatizam o papel no ensino da odontologia, da ética profissional, e descrevem:

Geralmente, o cuidado com o ser humano é negligenciado ao invés de ser o centro das ações. A escola, além de educar para a inteligência e a razão, deveria também educar para a cidadania e a emoção. Da mesma forma que o aluno precisa ser preparado para realizar as técnicas, também deve ser preparado para lidar com pessoas, levando em consideração sentimentos, o ser completo de um indivíduo.

Nesse contexto, o odontólogo precisa aprender a conviver com a ampliação das possibilidades, olhando e tratando cada problema de forma particular, buscando a realidade em suas diversas facetas, em suas contradições, pois, geralmente, existe mais de um modo para resolver as necessidades (AMORIM; SOUZA, 2008).

A odontologia, assim como outras categorias, criou seu próprio código de ética, fundamental para a imposição de normas a serem respeitadas por todos os profissionais da categoria. Para ser um profissional ético, não basta ter conhecimento do Código, seria esta uma atuação apenas moralista. Faz-se necessário amadurecimento e assimilação de certos conceitos, do que é ser um “ser humano”, para que a pessoa evolua e humanize-se. Seus

princípios, sobretudo, são mutáveis, devendo sempre passar por análise crítica e uma revisão periódica. Completamos tal conduta nas palavras de Fortes (1998, p. 25): “ética é um dos mecanismos de regulação das relações sociais do homem que visa garantir a coesão social e harmonizar interesses individuais e coletivos”.

2.3 A RELAÇÃO DA BIOÉTICA COM A ODONTOLOGIA

Ramos (2003) afirma que pode parecer que a Bioética nada tem a ver com a odontologia, de fato tal reconhecimento requer certo aprofundamento. A dificuldade de entendimento reside, onde, para muitos, é entendida apenas como uma atividade artesanal e mecânica com foco tão somente na realização de procedimentos restauradores ou práticos. Na verdade, a odontologia lida com a saúde e doença e, para que possa desempenhar adequadamente suas funções, os profissionais da área devem ter uma visão geral do paciente, visto em um contexto *biopsicossocial*. Afinal, assim como em outras atividades biomédicas, a odontologia convive – em menor ou maior grau, com maior ou menor frequência – com os mesmos dilemas éticos vivenciados pela medicina, pela enfermagem e pela psicologia, como as questões que envolvem a vida e a morte, os desafios das pesquisas que envolvem novas tecnologias, a constante busca de humanização nas relações assistenciais e os dilemas entre políticas públicas de saúde e de justiça social, entre outros. Acrescenta-se que a odontologia lida com pacientes com Câncer, AIDS, idosos e suas angústias, gestantes e seus dilemas, culturas de células e bactérias, pesquisas com tecidos bucais (relatos de dente clonado), os quais têm interligação com a bioética.

Saliento agora os pensamentos de Ramos (2003), a respeito de uma odontologia bioeticamente social:

O ensino e a reflexão bioética nos cursos de odontologia com certeza favorecem que os paradigmas financeiro, científico e jurídico – cada um deles verdadeiro, porém com relativa e parcial importância – não prevaleçam sobre o paradigma humanitário. A vocação da odontologia, como de resto a de todas as outras profissões da área da saúde, exige o correto equilíbrio entre os interesses da pessoa, concebida em sua individualidade e em sua dignidade - quer ela se encontre na situação de paciente ou na de profissional da saúde -, e os interesses da sociedade.

Diante de tais reflexões sobre a odontologia e Bioética, existem aspectos de relevância, um exemplo é o advento dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) nas instituições de ensino e pesquisa odontológica, a partir da resolução nº196/96. Esses comitês nos ambientes odontológicos têm levantado o debate acerca das relações pesquisador/sujeito

da pesquisa sob uma ótica de referenciais bioéticos. Leva em conta que existe certa dificuldade de delimitar a fronteira entre ensino e pesquisa, porém, pode-se facilmente superar “o debate bioético sobre a pesquisa envolvendo seres humanos para a eticidade do ensino odontológico e das relações assistenciais” (RAMOS, 2003, p. 161).

Voltamo-nos agora à colocação feita por Berlinguer e Garrafa (2001 apud FORTES; ZOBOLI, 2003, p. 52) quando os mesmos se referem ao mundo globalizado de nossos atuais dias, em que nos deparamos com realidades, onde “a saúde passou a ser mais um objeto de consumo no supermercado capitalista, o qual, quem tem recursos compra boa mercadoria (transplantes, medicamentos de última geração, entre outros), e já quem não tem, ‘reza’ para que a solidariedade lhes alcance”. Salientam ainda que este crescente processo de compra e venda, em que a saúde não mais significa cidadania e libertação de pessoas, e sim este processo de “mercantilização do corpo e da saúde humana” (BERLINGUER; GARRAFA, 2001 apud FORTES; ZOBOLI, 2003, p. 52), é uma realidade de origem muito complexa, em que enfatiza: “Em termos morais, ele deriva da tendência típica do século XX, de mercantilizar qualquer coisa: não somente os produtos, mas também a natureza, os sentimentos e até mesmo o próprio corpo das pessoas” (BERLINGUER; GARRAFA, 2001 apud FORTES; ZOBOLI, 2003, p. 52).

Cabe agora destacar o breve e profundo comentário feito por Berlinguer e Garrafa (2001 apud FORTES; ZOBOLI, 2003, p. 52):

O homem de hoje faz parte de um planeta onde para dar um exemplo conhecido e prosaico, muitos de seus semelhantes desdentados e famintos convivem ao lado de sofisticados animais e alimentos criados pela engenharia genética. Por coincidência ou não, enquanto mais de dois terços da população brasileira não tem acesso a qualquer tipo de atendimento odontológico, a imprensa dos países noticia delicadas restaurações plásticas feitas por cirurgiões dentistas com resinas especiais no bico de tucanos que habitam confortáveis zoológicos (Fauna Alternativa: 1993) ou tratamentos de canais de dentes (endodontia) executados em cachorros com auxílio de técnicas especiais de acupuntura (O Melhor Amigo do Comércio: 1993).

Segue-se o raciocínio de reflexão exposto durante todo trabalho, Garrafa (2003, p. 52-53), cita a reportagem (no caso dos cães), que levava em seu subtítulo: “Lucrativos negócios que envolvem produtos e serviços para cachorros”. Esclarece o autor, que não é necessário aprofundar no exemplo recém citado para entender que o atendimento dispensado a esses animais somente foi possível porque existem recursos financeiros para a execução das tarefas. Deixa bem claro o autor que não deseja polemizar “sobre prioridades sanitárias com os animalistas mais convictos” que, apesar dos tucanos dos zôos serem mantidos com verbas públicas, e nesse caso os cães atendidos com recursos privados, ambos caracterizam a

existência de um mercado e conseqüentemente uma estrutura de consumo, a qual sustenta tais ações, em que muitas situações práticas de saúde se apresentam à sociedade como mercadorias, ao invés de se mostrarem mais comprometidos socialmente.

Assim, a odontologia vai se adaptando aos acontecimentos na área da saúde. Ramos (2003, p. 163-164) relembra esses fatos de grande significância para a odontologia, como o surgimento da AIDS, no início da década de 1980, que determinou mudanças significativas nos ambientes odontológicos. Levou mais atenção aos profissionais, em especial nas normas de biossegurança, e vigorosa avaliação clínica dos pacientes, nos quais os problemas médicos desses passaram a fazer parte do cotidiano do cirurgião-dentista.

A prática odontológica deixa de ser “autônoma”, para ser “dependente”, muito embora, inúmeros foram os relatos de abandono de paciente portadores da síndrome, sem contar também o grande número de profissionais contaminados; em ambos os casos, demonstrando o despreparo nessa questão.

2.4 AS NORMAS DEONTOLÓGICAS

A palavra “Deontos”, derivada do grego, significa “dever”, unida a “logus”, que quer dizer “estudo”, formando o termo Deontologia. Portanto, a Deontologia é um estudo dos deveres profissionais, em que, diante dos conceitos de Ética e de Moral, poderíamos tratar a deontologia como as obrigações de cada categoria profissional (SEGRE; COHEN, 2002, p. 31).

No Brasil, as diversas categorias atuantes na área da saúde estão submetidas às normas deontológicas, inscritas em seus “códigos de ética”. Normas estas que servem como padrão de conduta para os profissionais em suas relações, tanto com membros da própria categoria, com profissionais de outras categorias, com pacientes, clientes, familiares de pacientes, autoridades, Poder Judiciário, Administração, etc (FORTES, 1998).

Colaborando com tal definição, Fortes (1998, p. 13) diz:

O respeito à pessoa humana é um dos valores básicos da sociedade moderna, fundamentando-se no princípio de que cada pessoa deve ser vista como um fim em si mesma e não somente como um meio, princípio frequentemente infringido nas instituições de assistência à saúde.

Fortes (1998), quando se refere às normas de conduta dos profissionais na área da saúde, onde as reclamações não se restringem às faltas técnicas – diagnóstico, determinação

do tratamento, na execução, supervisão e controle do tratamento, erros administrativos – mas também são referentes às habilidades, aos conhecimentos específicos necessários para o desenvolvimento da atividade de assistência à saúde. Contudo, ocorrem também os processos judiciais, estes, por sua vez, que, além de movidos por faltas técnicas podem ser decorrentes de omissão de socorro, agressão ao direito de liberdade de locomoção, de segurança, de informação, de emissão do livre consentimento e de privacidade. Os sempre mencionados casos de ação negligente, imprudente, ou condutas imperitas dos profissionais de saúde nas relações com os pacientes.

Contudo, a ética contemporânea não se posiciona contrária ao desenvolvimento técnico-científico, mas admite a necessidade de estabelecer limites a serem dados como garantia do respeito à dignidade humana, em que todo ser humano, quando na posição de paciente, deve ser tratado em virtude de suas necessidades de saúde e não como um meio para a satisfação de interesses de terceiros – da ciência – e menos ainda de interesses industriais e comerciais. Portanto, é necessário orientar as ações e os serviços de saúde, no sentido de humanizar suas atividades, tanto no sistema público quanto nas instituições privadas (FORTES, 1998).

2.5 O CÓDIGO DE ÉTICA ODONTOLÓGICA

O primeiro Código de Ética na Odontologia (CEO) foi adotado em 1957, quando ainda não existiam os conselhos, tanto o Conselho Federal de Odontologia (CFO) quanto os Conselhos Regionais de Odontologia (CROs). Este código, por sua vez, vigorou por sete anos, era considerado “um acordo de Cavalheiros” e só então, em 1964, surgiram os Conselhos Odontológicos. Sendo assim, faz-se necessária uma compreensão maior do que vem a ser ética e as normas que envolvem o Código de Ética Odontológica (GARDIN; BORGHI, 2013, p. 49).

O CFO e os CROs são dotados de personalidade jurídica de Direito Público, tendo autonomia administrativa e financeira. Em conjunto, constituem uma Autarquia Federal, supervisionam e mantêm a ética da odontologia em todo território nacional (CFO, 2013).

O Código de Ética Odontológica disciplina e orienta a classe odontológica, regula os direitos e deveres dos profissionais também de suas entidades e operadoras de planos de saúde inscritas nos respectivos conselhos.

A proposta dos códigos de ética não é guiar a consciência ética dos profissionais, mas sim, apresentar indicadores de comportamentos adequados – e os que devem ser evitados

– para que não haja um comprometimento profissional. Diferenciando-se dos códigos anteriores, aqueles elaborados nas últimas décadas no Brasil e no exterior, começam a dar maior importância à vontade autônoma dos pacientes e aos direitos humanos, em que anteriormente prevalecia o lado mais autoritário e paternalista (FORTES, 1998).

Nas décadas de 1960 e 1990, os debates éticos profissionais, restritos aos conselhos de classe e a alguns setores universitários, tiveram sua base em um modelo deontológico preocupado com a imagem do cirurgião-dentista, em especial com a legislação penal e civil. Preservando uma imagem ética, que não tivesse qualquer associação às posturas “mercantilistas”. Para tanto, nesse mesmo período os códigos de ética odontológica condenavam qualquer postura do profissional a uma imagem comercial, assim, esses códigos trazem grandes restrições às publicidades odontológicas, regulamentando inclusive o tamanho máximo das placas dos consultórios e clínicas (RAMOS, 2003).

Segundo o CFO (2013), desde 1964 até o momento, o Código de Ética Odontológica passou por muitas alterações, as quais são criadas e alteradas a partir de resoluções. Em especial destaque, ao 1º, que foi o Código de Ética Profissional da União Odontológica Brasileira, criado pela Lei 4.324, de 14 de abril de 1964 (BRASIL, 1964), antes mesmo da formação dos conselhos. O atual Código de Ética Odontológica, elaborado pelo Conselho Federal de Odontologia, aprovado pela Resolução CFO - 118/2012, entrou em vigor a partir de 1º de janeiro de 2013 (CFO, 2013).

Os Conselhos Regionais de Odontologia, por sua vez, consistem em pessoas de Direito Público, instituídas mediante diploma legal, sendo obrigatória, pela legislação brasileira, a inscrição de todo o profissional da área no órgão regional da categoria, para só então desempenhar a função profissional. Deve desenvolver a prática de atividades éticas, atualizar-se constantemente, tendo como consequência um bom relacionamento com seus pacientes, tendo como guia os dispositivos do Código de Ética Odontológica (FORTES, 1998).

De acordo com o Código de Ética Odontológica, o cirurgião-dentista está vinculado ao seu paciente por uma obrigação de meio. Sendo assim, se faz necessário que nos contratos de prestação de serviços, firmados entre os envolvidos, sejam analisadas todas as possibilidades específicas de cada caso (GARDIN; BORGHI, 2013).

Com grande enfoque, o mais novo Código de Ética Odontológica (CFO, 2013) teve grande preocupação com a Documentação Odontológica, atualmente com um capítulo especial. Em seus dois únicos artigos, estabelece as obrigatoriedades a serem seguidas:

CAPÍTULO VII: DOS DOCUMENTOS ODONTOLÓGICOS

Art. 17. É obrigatória a elaboração e a manutenção de forma legível e atualizada de prontuário e a sua conservação em arquivo próprio seja de forma física ou digital.

Parágrafo Único. Os profissionais da Odontologia deverão manter no prontuário os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, nome, assinatura e número de registro do cirurgião-dentista no Conselho Regional de Odontologia.

Art. 18. Constitui infração ética:

I - negar, ao paciente ou periciado, acesso ao seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionem riscos ao próprio paciente ou a terceiros;

II - deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou por seu representante legal;

III - expedir documentos odontológicos: atestados, declarações, relatórios, pareceres técnicos, laudos periciais, auditorias ou de verificação odontolegal, sem ter praticado ato profissional que o justifique, que seja tendencioso ou que não corresponda à verdade;

IV - comercializar atestados odontológicos, recibos, notas fiscais, ou prescrições de especialidades farmacêuticas;

V - usar formulários de instituições públicas para prescrever, encaminhar ou atestar fatos verificados na clínica privada;

VI - deixar de emitir laudo dos exames por imagens realizados em clínicas de radiologia; e,

VII - receitar, atestar, declarar ou emitir laudos, relatórios e pareceres técnicos de forma secreta ou ilegível, sem a devida identificação, inclusive com o número de registro no Conselho Regional de Odontologia na sua jurisdição, bem como assinar em branco, folhas de receituários, atestados, laudos ou quaisquer outros documentos odontológicos.

É relevante que o Código Ética Odontológica disponha sobre infrações éticas, podendo-se destacar, entre outros, quando o cirurgião-dentista deixa de esclarecer propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, e não pode se negar em prestar esclarecimentos ou cópias de relatórios quando solicitado pelo paciente ou o seu representante legal, e jamais iniciar procedimento sem o consentimento prévio do paciente, com exceção de urgência e emergência (GARDIN; BORGHI, 2013).

É de extrema importância que o odontólogo tenha o hábito de consultar o Código de Ética Odontológica como instrumento de orientação, prática esta que deve ser constante, evitando assim, que, na cobiça por lucro, tal atitude possa prejudicar o profissional e, em especial, o paciente. Ao cometer infração ética, o profissional não poderá alegar que é inocente, pois este jamais deve desconhecer a obrigação de obediência àquele dever. Alegar inocência não abstém o profissional das penalidades, que serão avaliadas pela extensão e consequências do dano (GARDIN; BORGHI, 2013).

O Código de Processo Ético, por sua vez, elenca as normas processuais que disciplinam a tramitação dos processos éticos disciplinares no âmbito interno dos Conselhos Regionais de Odontologia (CROs) de cada Estado e com possibilidade de recurso ao Conselho Federal de Odontologia (CFO).

Existe um condicionamento legal ao Código de Processo Ético Odontológico, regulamentado pelo Conselho Federal de Odontologia, e pode-se destacar, em especial, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, em seu art. 5º, LV: “Aos litigantes, em processo judicial ou administrativo, e aos acusados em geral são assegurados o contraditório e a ampla defesa, com os meios e recursos a ela inerentes” (BRASIL, 1988).

Já a Lei 9.784/99 (BRASIL, 1999) regula o processo administrativo no âmbito da Administração Pública Federal. Assim sendo, o processo ético encontra respaldo nos princípios da legalidade, moralidade e inviolabilidade do direito das partes. É importante ressaltar que durante toda a tramitação, embora o processo deva tramitar em sigilo, as partes têm livre acesso aos autos do processo, garantindo assim a credibilidade e transparência a todo e qualquer processo ético disciplinar movido pelos Conselhos de Odontologia.

Devido a inúmeras mudanças de ordem no campo da ética - no nosso caso, relacionadas com o campo da saúde – passou-se a exigir uma nova abordagem, pois durante muito tempo, as questões éticas eram tratadas de forma restrita, onde o paciente e a comunidade eram vistos de forma irrelevante na discussão ética em saúde. E o principal foco era voltado aos códigos de ética das diferentes profissões do setor de saúde, com uma distorcida visão unilateral, paternalista da relação profissional-paciente. Esta nova abordagem seria o que se pode chamar de progresso moral coletivo (GARRAFA, 2003).

Para acrescentarmos o tal progresso moral coletivo, Garrafa (2003) relata a mais importante obra de Hans Jonas, intitulada *O princípio da responsabilidade*, em que o autor fala da importância da ética e da filosofia contemporâneas diante do homem tecnológico, em que este homem possui tantos poderes, não só para desorganizar, mas para mudar radicalmente os fundamentos da vida, “para criar e destruir a si mesmo”. Segundo Jonas (apud GARRAFA, 2003, p. 57-58), o progresso moral coletivo pode ser evidenciado das seguintes formas: “a) através da legislação dos Estados modernos; b) em certos valores que são incorporados nos códigos das leis; c) nos comportamentos públicos”.

Relacionado aos dois primeiros pontos mencionados por Jonas, Garrafa (2003) conclui que o Brasil conheceu avanços significativos depois da Constituição Federal de 1988. Isso fica claro nos aspectos legislativos do setor de saúde, nem comparado com a evolução das práticas coletivas, estas por sua vez, longe de acompanhar os progressos proporcionados pela lei.

Nossa Constituição tornou-se uma das mais avançadas do mundo em relação às questões médico-sanitárias e “nossa Lei Orgânica de Saúde está firmada sobre os modernos princípios teóricos da descentralização administrativa, da universalização do acesso dos

usuários ao sistema prestador de serviços, da equidade e outros” (GARRAFA, 2003, p. 57). Porém, a maior dificuldade está na implementação dessas conquistas legais, sendo preciso passar da Teoria Constitucional à prática do “fazer” para que voltemos a ter esperança de um quadro mais digno no que se refere à saúde da população nacional. Trata-se de “adicionar o progresso moral já verificado na legislação, um comportamento público comprometido com a população” (apud GARRAFA, 2003, p. 57-58).

A questão ética então adquiriu uma identidade pública, sobre a qual Garrafa (2003) afirma:

Não pode mais ser considerada apenas uma questão de consciência a ser resolvida na esfera privada ou particular, de foro individual e exclusivamente íntimo. Hoje ela ganha importância no que diz respeito à análise das responsabilidades sanitárias e à interpretação histórico-social mais precisa dos quadros epidemiológicos, como também é essencial na determinação das formas de intervenção a serem programadas, na formação de pessoal, na responsabilidade do estado em relação aos cidadãos, principalmente àqueles mais necessitados.

É preciso discutir e refletir sobre os valores, as normas e as decisões morais que presidem as políticas de saúde pública. É também necessária a organização dos sistemas de saúde, nas ações de saúde dirigidas à coletividade. Tais atitudes são essenciais no contexto em que predominam valores individualistas e uma fragilidade nos esforços solidários para enfrentar os problemas de saúde coletiva (ALMEIDA FILHO, 2000 apud FORTES; ZOBOLI, 2003).

O grande desafio moral do século XXI é não permitir que o poder da ciência e tecnologia supere o respeito à dignidade das pessoas, afinal, “a ciência é para servir às pessoas e não as pessoas para servir à ciência” (AZEVEDO, 2004, p. 328-329). A problemática está no desenvolvimento científico e tecnológico para melhorar as condições de vida da humanidade sem corrompê-la em sua dignidade.

Faço uso das palavras de Pessini e Barchifontaine (2006, p. 92) sobre a contribuição tecnológica:

A partir desta compreensão, vê-se que os grandes problemas da humanidade de hoje, mesmo sem rejeitar a grande contribuição que a ciência e a tecnologia podem dar para superar as condições de miséria e de deficiências dos diferentes gêneros, só podem ser resolvidos mediante a reconstrução da comunhão humana em todos os níveis por meio da solidariedade, que deve ser entendida como a determinação firme e perseverante de empenhar-se para o bem comum, isto é, para o bem de todos e de cada um, para que todos sejam verdadeiramente responsáveis por todos: a primazia da pessoa sobre o econômico.

Para tanto, é preciso por em prática as argumentações de Fortes (2003), para quem as escolhas podem basear-se em alternativas teóricas que procuram interpretar o princípio ético de justiça distributiva. Assim, é possível orientar a organização dos sistemas de saúde públicos e a distribuição de recursos e se discutir a responsabilidade do Estado na implementação de políticas públicas.

3 O ENSINO DA BIOÉTICA E A HUMANIZAÇÃO DA RELAÇÃO ODONTÓLOGO E PACIENTE PARA A REALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

3.1 A IMPORTÂNCIA DO ENSINO HUMANIZADO

De acordo com Fortes e Zoboli (2003), a humanidade passa por constantes transformações mundiais e o novo contexto em que nos encontramos, como por exemplo, nos aspectos éticos, passaram a exigir participação direta nas discussões, inclusive em saúde pública, e na construção de propostas de trabalho com uma visão ao bem-estar futuro das pessoas e comunidades.

Damos especial direcionamento, no caso brasileiro, sobre o que é imprescindível para que essa discussão ética passe a ser incorporada ao próprio funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), no que diz respeito à responsabilidade social do Estado, na definição de prioridades (alocação e distribuição de recursos), ao gerenciamento do sistema, ao envolvimento organizado e responsável da população em todo o processo, à revisão e atualização dos códigos de ética de diferentes categorias profissionais envolvidas, e, em especial, às indispensáveis e profundas transformações curriculares nas nossas universidades, contribuindo diretamente para a melhoria do funcionamento da saúde pública (FORTES; ZOBOLI, 2003).

Neste mesmo sentido, acrescentam Pessini e Barchifontaine (2006) que a educação para a cidadania só terá sentido quando a ética for a sua condição, pois a ética efetiva é aquela adquirida e conquistada pelo homem de maneira que seus reflexos devam se dar no indivíduo e, por extensão, na coletividade. Onde o educador, ao se apropriar da tarefa de educar, tenha a responsabilidade de pensar ações que possam responder a uma realidade fundamental: Que tipo de homem e de sociedade queremos?

Os novos desafios que a ciência e a tecnologia apresentam, resultam aos educadores mudanças de comportamento e valores, em que seus reflexos serão os objetos de atenção desses educadores (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2006).

Zoboli (2003) nos diz:

Neste enfoque, os profissionais de saúde devem dominar conhecimentos, saberes, técnicas e habilidades, entretanto, também devem ter compaixão para compreender como a pessoa e/ou a coletividade de quem cuidam sente a experiência do processo saúde-doença e quais são seus valores e crenças.

Sendo que o ser humano não nasce competente para o exercício de suas funções psicossociais, e tais funções serão incorporadas no processo de humanização que cada indivíduo deverá percorrer, aprimorando sua “eticidade”, que é a possibilidade de pensar a ética. Este tipo de pensamento surge da percepção dos desejos e da nossa razão, ao interagir com as nossas experiências de vida (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2006).

Enquadram-se aqui as palavras de Pessini e Barchifontaine (2006, p. 170): “A ética [...] é *Conditio sine qua non* para a cidadania. Em outras palavras, a responsabilidade indica que nossas ações necessitam tornarem-se políticas públicas. Só assim a ação pedagógica passa a ser um ato político por excelência”; enfatizam ainda, que a essência da educação está ao educar o presente, pois estamos cuidando do futuro.

Zoboli (2003) fala da importância do educador, em que converter-se em virtuoso requer o aprendizado junto a um mestre; nesse sentido, as virtudes devem ser adquiridas por meio de um treinamento suficientemente intenso para assegurar que não serão facilmente perdidas.

Segundo o Ministério da Educação (MEC), no Brasil, o poder de autorregulação profissional é limitado, em especial no que diz respeito ao ingresso dos profissionais para o exercício no seu campo de trabalho. O Estado, por meio do MEC, mantém a prerrogativa de poder definir as condições de formação profissional, tanto na quantidade (cursos e vagas), como na qualidade (normas de funcionamento de escolas, diretrizes curriculares, carga horária, conteúdo).

Quando nos referimos às profissões na área da saúde, de acordo com Freitas (2007, p.26):

A definição de uma profissão tem passado historicamente pela obtenção de uma autonomia legitimada e organizada, ou pelo controle do seu próprio trabalho, o que significa o direito exclusivo de determinar como e quem pode exercê-la legitimamente. Algumas profissões, entre elas a Medicina e Odontologia, conseguiram garantir o direito de ser o árbitro de seu próprio desempenho, sob a justificativa de que são as únicas capazes de avaliá-lo adequadamente e que estão comprometidas em garantir padrões básicos de trabalho.

O Conselho Federal de Odontologia (CFO) e os Conselhos Regionais de Odontologia (CROs) têm a prerrogativa de controlar a oferta de cirurgiões-dentistas no país, sendo obrigado a inscrever todos os profissionais diplomados por escolas credenciadas pelo sistema de educação superior do Brasil e, assegura direitos exclusivos sobre seu território, incluindo seus profissionais subordinados – técnicos em saúde bucal, técnico em prótese dentária, auxiliar de saúde bucal e auxiliar de prótese dentária.

Enquanto tudo isso vai acontecendo, o Brasil, apesar de ter aumentado um pouco seu orçamento público destinado à saúde nos últimos anos, ainda se depara com mais de uma centena de faculdades de medicina e outras tantas de odontologia – além de milhares de outras instituições acadêmicas relacionadas às profissões de saúde – que continuam colocando no mercado, ano após ano, uma multidão de profissionais despreparados para enfrentar a situação sanitária brasileira. Sem contar a baixa qualidade do ensino e os inadequados currículos universitários; a real dificuldade histórica do país de proporcionar uma saúde globalizada e de qualidade às populações que mais precisam (GARRAFA, 2003).

Quando se trata dos escassos recursos destinados à saúde, a Bioética pode contribuir efetivamente nas discussões sobre as prioridades nas quais esses recursos serão aplicados, incluindo uma distribuição mais justa e controlada. Dessa maneira, quanto mais organizada a população estiver para reivindicar seus interesses, maiores serão as possibilidades de participação e decisão neste processo distributivo. É injusto certos setores da sociedade civil se organizarem e pressionarem o Estado no sentido de obter maior atenção às suas necessidades, como por exemplo, o câncer de mama; enquanto outros, como o caso do câncer de próstata, permanecem completamente sufocados pelo preconceito dos seus maiores interessados, os homens. E “preconceito” é algo que se relaciona com ignorância e falta de cidadania (GARRAFA, 2003).

As mudanças curriculares na área da saúde, segundo Siqueira (2003, p. 137-138) são extremamente necessárias, mas enfrentam o mesmo nível de dificuldade a serem superadas. Reafirma esta ideia Morin (apud SIQUEIRA, 2003), quanto ao currículo de medicina:

Dividiu-se o território representado pelo corpo humano em inúmeros pequenos lotes de conhecimentos, e seus donos, no dizer de Morin (2001), passaram a ser “como lobos que urinam para marcar seu território e mordem os que nele penetram”. Quaisquer pequenas propostas de mudanças na grade curricular do curso de medicina encontram enormes resistências por parte dos donos dos lotes, professores de especialidades que transformam a educação médica numa complexa empreitada de difícil administração, que não mais atende a questões impostas pela acelerada acumulação de conhecimentos científicos.

As dificuldades de mudanças curriculares desse modelo acadêmico podem ser explicadas quando, “acolhe o objeto, e não o sujeito, o corpo, e não o espírito, a quantidade, e não a qualidade, a causalidade, e não a finalidade, a razão, e não a existência humana” (SIQUEIRA, 2005, p. 138). Essa estrutura fragmentada de aprendizagem, impregnada no clássico modelo das disciplinas, impede a percepção do ser humano por inteiro, “que sempre

será a um só tempo biológico, cultural e social” (SIQUEIRA, 2005, p. 138). De maneira errônea, se divide o indivisível e a formação acadêmica acaba por considerar a disciplina como uma unidade de medida, não levando em conta a complexidade de tal divisão (SIQUEIRA, 2005).

Por ocasião do III CONEO (Conferência Nacional de Ética Odontológica), realizado em dezembro de 2002, em Florianópolis, em que os palestrantes tiveram a oportunidade de falar aos congressistas, enfatizando que o perfil do profissional de odontologia a ser formado com base nas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Odontologia na Secretaria de Educação Superior, unidade do Ministério da Educação (SESu/MEC – Portaria nº146/98) é o de “profissional generalista, com sólida formação técnico-científica, humanista e ética”, com conhecimentos, habilidades e comportamentos que lhe permitam decidir e atuar com segurança e propriedade na promoção da saúde e na prevenção das necessidades sociais, que não seja um simples operário da odontologia, com mentalidade puramente tecnicista (RAMOS, 2003, p. 166).

3.2 A BIOÉTICA NO RELACIONAMENTO PROFISSIONAL PACIENTE

Na relação médico-paciente, segundo Pessini e Barchifontaine (2008, p. 174), a Bioética sai de uma linguagem “intraprofissional”, e passa para um diálogo aberto entre médicos, outros profissionais e os demais interessados em questões voltadas à saúde, e salienta:

[...] A bioética hoje tem um caráter multidisciplinar, e é uma disciplina crítica antes que um conjunto de regras de arte ou comércio que são passados dos velhos práticos aos iniciantes. Contudo, os desafios que os pacientes enfrentam tornaram-se tão importantes, se não mais, quanto os dilemas dos médicos, e o contexto global da questão mudou da “sagrada” relação médico-paciente para o contexto sociopolítico no qual a saúde ou a doença são promovidas. Então a ética médica se transformou em bioética (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2008, p. 174).

Podemos também identificar, no ensino odontológico, exagerada ênfase nos aspectos técnicos, em relação aos aspectos humanos. O paciente deixa de ser visto como pessoa, com identidade e dignidade própria, para ser considerada uma patologia, que, dependendo das suas características, pode ter maior ou menor valor científico. Neste sentido, não está em jogo o correto atendimento para restabelecimento da saúde e a prevenção da integridade do paciente, e sim para garantir o sucesso da técnica como êxito da ciência, diante do qual não se há de afirmar erro profissional (RAMOS, 2003).

Para que haja grande mudança neste sentido, o processo ensino-aprendizagem precisa ter os olhos voltados para a experiência e não só no discurso. O aluno, ao olhar para o professor, assimila a sua conduta, exemplo disso é o ensino odontológico, que em parte, está baseado nas atividades práticas desenvolvidas pelos alunos de graduação nos ambulatórios de atendimento clínico das faculdades. Portanto, o ambulatório é o lugar privilegiado não só para o aprendizado dos procedimentos técnicos, mas também para o contato direto com o paciente, um verdadeiro exercício ético. Mas o que se vê na grande maioria das Instituições de Ensino Superior (IES) que contemplam cursos de odontologia é a mentalidade individualista, típica da cultura do homem contemporâneo. Carregam consigo a postura e a mensagem trágica que os professores passam a seus alunos sobre “solidão”. Sentimento este ensinado através dos diversos discursos de que o aluno tem que ser independente, tem que decidir; em outras palavras, “seja solitário!”. É de extrema crueldade para o profissional viver segundo a lógica: “Porque depois, quando você sair da Faculdade estará sozinho” (RAMOS, 2003, p. 166).

Existe também outro aspecto desta maneira de ensino, que são enfatizadas as responsabilidades profissionais com um enfoque estritamente jurídico, em que tudo deve ser feito para evitar os famosos processos movidos pelos pacientes contra os profissionais. Transmite-se aos alunos que o consentimento para a realização de tratamentos, consentimento este que deve ser obtido dos pacientes, os quais deveriam ser pautados nos valores das pessoas envolvidas; respeitara capacidade de autodeterminação, o direito de informação, a liberdade da pessoa, entre outros, resumiu-se simplesmente como um instrumento jurídico para evitar processos éticos e judiciais (RAMOS, 2003).

Para que tais mudanças aconteçam não basta introduzir na grade curricular a disciplina da Bioética, é preciso que o aluno, ao direcionar o olhar para o educador, efetivamente tenha aprendido como um todo. Todo o corpo docente de uma instituição de ensino tem sua parcela de responsabilidade nesse aprendizado, e as Comissões de Bioética e as Comissões de Ética em Pesquisa existentes nas instituições de ensino odontológico têm também um importante papel no ensino e na reflexão Bioética e não somente o professor, a quem cabe, além de apresentar aos alunos as bases teóricas, incentivar neles o gosto por tais reflexões. É preciso, ainda, ampliar o compromisso de médicos, cientistas e todos os profissionais de saúde para incluir ideias profissionais globalizadas, com a preocupação voltada à saúde tanto de populações atuais como de gerações futuras (BENATAR, 2004).

Cabe enfatizar que, nos atuais dias, o inesperado desenvolvimento na Bioética caminha em direção à redução do poder dos médicos e ao aumento do poder dos pacientes, dos enfermeiros e de outros profissionais de saúde, afetando de maneira favorável a vida de

muitas pessoas. Porém, não ficou de lado a distribuição do poder dos cuidados médicos quanto aos pacientes, onde alguns profissionais continuam a dar a algumas pessoas vantagens com a relação a outras. Com o surgimento de novos tratamentos, que se tornam possíveis por meio da biotecnologia genética, são grandes potencializadores desse desequilíbrio de poder. Cabe à Bioética descobrir formas de partilhar o poder de maneira que venha garantir as vantagens para os pacientes, sem distinção econômica e ainda, apoiando a integridade profissional (BENATAR, 2004).

Marco Segre e Claudio Cohen (2002, p. 124) afirmam que compete ao médico – consequentemente ao odontólogo - na sua responsabilidade para com a sociedade, considerando-se parte dela, a tomada de consciência de que a “Medicina não é mais tão-somente ciência, arte e meio de vida (profissão)”, e sim, este profissional da saúde é um agente gerador ou modificador de valores sociais e tem influência política decisiva na vida da comunidade a que pertence. Não é presunção nem arrogância, mas a constatação de um tipo a mais de responsabilidade, em que o papel, é de certa forma, o compromisso do médico para com a sociedade, além, é claro, da responsabilidade que ele já possui em termos sociais, para com a saúde individual e coletiva.

Marco Segre e Claudio Cohen (2002) prosseguem dizendo que a responsabilidade para consigo mesmo é o compromisso do indivíduo para com a sua realização pessoal, e para com os seus princípios; baseia-se na dependência da imagem que tem do que é ser um profissional realizado.

A responsabilidade para com o paciente são os deveres que o profissional se impõe com relação a este paciente. Dentre os múltiplos problemas morais da medicina e da odontologia atual, existe uma categoria, em particular, que surge a partir do conflito entre o desejo de fazer o que se considera ser o melhor para o paciente e o de fazer o que o paciente diz querer. O profissional, por sua vez, deve sempre priorizar o princípio de que se deve fazer o bem (beneficência) sem deixar de lado o princípio de que se deve respeitar o desejo da pessoa (autonomia) (SEGRE; COHEN, 2002).

3.3 O ENSINO DA BIOÉTICA PARA FOMENTAR A CIDADANIA E A HUMANIZAÇÃO DA ODONTOLOGIA

As relações humanas se tornaram “menores” entre os cidadãos e profissionais da saúde. Nunca a inversão de valores esteve tão em moda quanto na atualidade, onde as pessoas valem mais pelo que têm do que pelo o que de fato são. São sinais indicadores que a

sociedade vive um verdadeiro processo de adoecimento, não apenas no sentido físico, mas afetivo, o que reforça atitudes desumanas também no setor da saúde (GIORDANI, 2008). Portanto, todas as empresas públicas e privadas também precisam refletir urgentemente sobre a prática humanizada de suas atividades cotidianas envolvendo todos que nela trabalham (GIORDANI, 2008).

Uma breve contextualização vem com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990. Através da Lei Orgânica 8080, a saúde passa a ser vista não só como ausência de doenças, mas também avaliada de uma maneira social. Dessa forma, os serviços de saúde se organizam não só de maneira regionalizada e hierarquizada, mas também priorizam a participação da comunidade (GONÇALVES, 2009).

No caso específico do modelo de assistência odontológica, inúmeras críticas iniciaram em 1980, na VII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília. Críticas como: “ineficiência, ineficácia, descoordenação, má-distribuição, baixa cobertura, alta complexidade, enfoque curativo e mercantilista, caráter monopolista e inadequação no preparo dos recursos humanos” (GONÇALVES, 2009, p. 30).

Outro exemplo a ser citado na área odontológica é que em 17 de março de 2004, o Governo Federal lançou a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) “Brasil Sorridente”, com a função de resgatar o direito do cidadão brasileiro à atenção odontológica, por meio de ações governamentais, na tentativa de superar o abandono e a falta de compromisso com a saúde bucal da população ao longo da história da saúde no Brasil (GONÇALVES, 2009, p. 26).

Para garantir a seguridade da PNSB era necessário seguir os princípios constitucionais do SUS, os quais teriam o poder de universalização do acesso, na sua integralidade, na equidade e no controle social. Neste mesmo período, o Ministério da Saúde lançou um documento denominado “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”, com foco principal na apresentação das diretrizes na área da saúde bucal no âmbito do SUS (GONÇALVES, 2009).

Diretrizes estas resultantes de diálogos do órgão federal com os coordenadores estaduais de saúde bucal embasados no conhecimento gerado nos diversos congressos e eventos de Odontologia e de saúde coletiva, associadas às discussões das Conferências Nacionais de Saúde e da I e II Conferências Nacionais de Saúde Bucal.

É nesse contexto que a Bioética de Intervenção é construída, discute justiça sanitária, inclusão social e cidadania, baseada na realidade brasileira com todos os seus contrastes e necessidades, nas suas questões éticas impostas pelo desenvolvimento

“biotecnocientífico”, nas diferenças da relação profissional-paciente e as situações relacionadas às políticas de saúde (GONÇALVES, 2009, p. 113).

A Bioética, aliada ao resgate da dignidade da pessoa humana e à proteção da vida e seu ambiente, pelas vias da tolerância e da solidariedade, com foco nas políticas de saúde, a alocação de recursos e a humanização da Odontologia, onde, além de seus princípios éticos da autonomia, também devem ser levados em conta novamente os princípios da beneficência, da não maleficência e da justiça. O respeito ao outro como cidadão digno de autonomia é condição indispensável para a construção de um cuidado baseado no comportamento com o outro, com sua vida e saúde (GIORDANI, 2008).

Surge a necessidade de que aconteça a efetivação da Bioética Social, com muita persistência e preparo acadêmico. Voltado nesse pensamento, após a consagração da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos, em 2005, e juntamente com ela, a conquista de grandes avanços na área social e a imperatividade de passar a incorporar a Bioética da Intervenção definitivamente à Bioética Social, e dessa maneira, segundo Gonçalves (2009, p. 114), “criará condições para que as sociedades humanas alcancem uma qualidade de vida mais justa, e, em âmbito maior, legitimará a ação efetiva de intervenção da Bioética, para conformar a realidade por parâmetros de equidade, justiça e inclusão social”.

Acredita-se que a ideia que permeia os conceitos que estão na essência da Bioética de Intervenção é que saúde é sinônimo de cidadania. Uma pessoa saudável, escolarizada, inserida no seu contexto social, tem maiores possibilidades de, por exemplo, disputar um lugar digno no mercado de trabalho e assim melhorar a sua sobrevivência e de sua família. A saúde humana, portanto, é um instrumento concreto de cidadania quando contribui para que as pessoas tornem-se, física e mentalmente mais aptas na luta por um destino melhor (GONÇALVES, 2009, p. 19).

A abordagem Bioética que foi escolhida como referência principal da tese da autora, foi da Bioética de Intervenção, aquela voltada para “a necessidade da construção de uma ética coletiva, atenta à justiça social em saúde, à inclusão social e à equidade”. Gonçalves (2009) enfatiza que a Bioética surgiu como base referencial e inspirou todas as ideias de luta, já a “Bioética de Intervenção, por sua vez, traz consigo uma proposta de intervenção na realidade que assume o caráter político da discussão ética em saúde”, o que, segundo a autora é um caminho sem volta (GONÇALVES, 2009, p. 151).

GONÇALVES (2009) enfatiza ao longo de suas propostas – Estratégia de Saúde da Família – a responsabilidade dos profissionais sanitários, ao assumirem a responsabilidade

pela saúde bucal da população, além do comprometimento com a redução das desigualdades, em que adotam também um compromisso com a inclusão social dos seus cidadãos.

Outro problema que parece cada vez mais atual é a influência da dificuldade de inserção dos novos profissionais no mercado de trabalho. A inclusão da saúde bucal na estratégia de saúde da família criou novos postos de trabalho em um momento de dificuldade para os cirurgiões-dentistas que enfrentam um mercado saturado nos grandes centros urbanos. É possível, portanto, que profissionais que não estão preparados, do ponto de vista dos princípios da estratégia e do comprometimento com a saúde bucal coletiva, estejam ocupando esses postos apenas por razões relacionadas a essas dificuldades (GONÇALVES, 2009, p. 33).

Ao se falar em humanização na saúde, a atenção deve estar voltada com maior enfoque aos estudantes e profissionais atuantes na área; é preciso maior incentivo na conscientização quanto ao exercício da ética e da moral na profissão, conjuntamente com o uso de valores humanitários. Dessa maneira, pode-se contribuir para uma cultura humanizada que possa aperfeiçoar o profissional (GIORDANI, 2008).

Para Giordani (2008, p. 71), é preciso “*humanizar a saúde*”, que seria a união de uma série de fatores, que vão desde o conserto de equipamentos, passando pela estrutura física do ambiente de trabalho até a contratação, capacitação e técnica emocional de profissionais. Na prática, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender a necessidade do paciente e sua expectativa são fatores que chegam a superar as reclamações por parte dos pacientes da falta de profissionais, espaço e carência de medicamentos.

Já para Gonçalves (2009, p. 30), o fator de grande relevância para que a assistência odontológica destas políticas públicas funcione reside na necessidade de se formar um “novo” profissional, o qual ela descreve como “*socialmente sensível*” e enfatiza:

Fica claro, portanto, que o sucesso de uma nova proposta destinada a elevar o nível de saúde bucal da população – além de combater a exclusão e as desigualdades sociais – por melhor que seja seu planejamento, por mais eficientes que sejam os métodos propostos, por mais favorável que seja a definição dos seus objetivos, depende fundamentalmente de recursos humanos preparados adequadamente e com condições dignas de trabalho (GONÇALVES, 2009, p. 29).

Na busca por este profissional *socialmente sensível*, Gonçalves (2009, p. 152), em sua expressão artística e utópica, refere-se à parte idealista de sua pesquisa, em que traça um paralelo entre o sistema e os profissionais: “uma vez que, se o sistema de saúde pública do

país se organiza em níveis de atenção, e a atenção básica tem como eixo organizador uma estratégia que é socialmente sensível, nada mais coerente do que sejam também socialmente sensíveis os profissionais que a fazem funcionar”.

Portanto, o respeito à vida humana tem tudo a ver com o valor maior embutido, numa possível conceituação sobre humanização da assistência em saúde. Falar em humanização é quebrar paradigmas, como forma de intervenções mais éticas e solidárias e de um cuidado sensível. Para uma intervenção de maneira solidária, jamais se deve reprimir a sensibilidade “e sim trabalhar com as diferenças, estimular o potencial criativo de cada pessoa, colocar-se disponível e respeitar valores individuais” (GIORDANI, 2008, p. 77).

Para a melhora da qualidade das relações humanas, a sensibilidade, solidariedade e criatividade devem ser despertadas. Só haverá mudança no sentido da humanização e é preciso que cada profissional de Saúde e equipes trabalhem esses atributos, pois, dessa forma, as mudanças acontecerão naturalmente.

Não se trata de transformar a atividade hospitalar em “hotelaria”. Pensar em humanização no serviço de saúde também requer construção de respeito nas devidas limitações e diferenças entre paciente, proporcionando qualidade e melhoria a todos os setores e serviços.

Assim como ocorre nos cursos de graduação em Medicina, a Odontologia tende a fragmentar o ensino-aprendizagem, não apenas ao transmitir o conhecimento, mas também fragmenta a pessoa para a qual presta assistência, sem aproximar-se de fato da realidade do paciente. Valoriza os procedimentos técnicos e pormenoriza a realidade social e promoção de saúde coletiva (GONÇALVES, 2009).

A realidade é a busca frustrante de uma Odontologia voltada aos interesses da coletividade. Para que isso aconteça, faz-se necessária a “formação de recursos humanos adequados e dispostos a se comprometer com essa missão” (GONÇALVES, 2009, p. 30).

Portanto, um conceito do âmbito da justiça social, que inclui a liberdade e os direitos individuais e coletivos, a cidadania jamais será alcançada sem que haja humanização dos profissionais nela envolvidos. Conquistas assim não podem ser decorrentes de medidas técnicas ou programáticas (GONÇALVES, 2009, p. 30).

Provas disso que chamam atenção são os dados que GONÇALVES (2009, p. 25) traz no decorrer do seu trabalho, ela mostra que o Brasil, em 2003:

Além dos mais de 30 milhões de brasileiros que nunca tiveram assistência odontológica na vida, apenas 55% dos jovens com 18 anos de idade têm todos os dentes na boca. Entre os adultos de 35-44 anos a situação não é melhor, sendo que

apenas 55% deles têm 20 ou mais dentes. [Um ser humano possui, em condições normais, no máximo 32 dentes].

Apesar do descaso dos governantes, entre tantos outros fatores, “cabe a toda a sociedade cultivar uma nova forma de cuidar do ser humano por meio do investimento na criação de uma cultura de humanização que venha a ser preservada e aprimorada por meio da comunicação e cooperação de todos” (GIORDANI, 2008, p. 88).

Portanto, na Odontologia constata-se que, enquanto profissão, ela tem caracterizado sua prática por um exercício que promove mais injustiça do que inclusão social. No entanto, ela poderia transformar-se em instrumento de cidadania se fosse acessível a todos que dela precisassem (GONÇALVES, 2009, p. 125).

Melhores condições de saúde bucal para a população brasileira não serão alcançadas com medidas técnicas isoladas, mas no bojo dos avanços políticos que a sociedade conquistar. Dessa forma, fica clara a importância das políticas públicas de saúde para a construção de uma democracia participativa que busca formas sociais mais justas e inclusivas (GONÇALVES, 2009, p. 126).

A obtenção de resultados positivos nessa humanização vai depender muito dos próprios cirurgiões-dentistas, que devem mudar sua postura profissional, e passar de isolados e “enclausurados”, para participativos e envolvidos com o papel social da Odontologia. É através da inclusão social, da emancipação e da autonomização da população, que pode-se contribuir com a concretização de uma proposta que busca melhorar a atenção à saúde na construção da consciência sanitária. “A luta pela conquista cotidiana da saúde é ao mesmo tempo, a luta pela afirmação do cidadão e dos seus direitos” (GONÇALVES, 2009, p. 148).

4 CONCLUSÃO

Nesta minha busca pelo entendimento do direito à saúde, tendo como ponto de partida a CONSTITUIÇÃO FEDERAL de 1988 e como ponto de chegada a necessidade de humanização na área da saúde, em especial na Odontologia, a Bioética foi o fato norteador para concretizar o tão enfatizado respeito ao ser humano em sua necessidade fundamental de sobrevivência, que é a saúde.

A Odontologia, por sua vez, seja como curso independente ou como especialidade médica, se constitui em importante segmento das profissões sanitárias, pois tem como objetivo a promoção da saúde e se relaciona intimamente com a Bioética.

Durante toda a pesquisa, realizada para que pudesse consolidar este trabalho, deparei-me com a necessidade do ensino da Bioética nos cursos de graduação na área sanitária, como fator determinante de alcance de uma saúde humanizada, a qual o dever de educar deve inspirar-se nos fundamentos da Bioética, que são os grandes desafios que historicamente a humanidade sempre almejou: a dignidade humana, a qualidade de vida, a justiça e a autonomia. Educar para a autonomia é ensinar a buscar a saúde como direito fundamental previsto na Constituição.

O que, no entanto, não ocorre é a concretização desse direito, tendo em vista que o “direito à Saúde, dever do Estado” tornou-se apenas um repetido clichê, ao passo que fica extremamente difícil adaptá-la à realidade sanitária atual do país. É necessário ir além de uma bela expressão para efetivar-se por meio de propostas a serem implantadas no bojo de um processo político verdadeiramente democrático e que, exatamente por essa razão, devem ser consistentes na defesa da vida e dos reais interesses da população.

Ao analisar a visão da Bioética humanizada, enfatizo o ensino da Bioética como a mais importante ferramenta a promover e defender a vida no cuidado da saúde humana. A Bioética é uma causa comum a todos, independentemente da cultura, raça, credo, ideologia, condição social. É, sem dúvida, um sinal de esperança para as regiões e situações em que a dignidade humana e a qualidade de vida ainda são ilusões. Precisamos incorporar um “mínimo moral” e fazer com que ele se torne políticas públicas nas ações dentro da família, da política e da ciência.

O Direito à saúde deve ficar absolutamente claro para as pessoas envolvidas. A saúde bucal, além de constituir um direito básico do indivíduo, não deve ser vista como um vulgar objeto de consumo a ser adquirido apenas por quem tenha condições econômicas, como desejam os setores conservadores da sociedade.

Constatou-se que a Ética e a Moral nas profissões da área da saúde, devem, além de se preocupar com o extraordinário avanço do saber tecnológico, propor um novo tipo de educação universitária em torno do aprender: a conhecer, a fazer, a ser. Nesse sentido, o papel fundamental da Bioética está em dar a possibilidade de pensar nas relações humanas e em suas consequências. É preciso refletir sobre os conflitos que tais relações tão complexas nos propõem, por meio de discussões amplas e desprovidas de preconceitos. Desse modo, poderemos desenvolver a Ética na saúde coletiva.

Para isso, ao analisar o desenvolvimento histórico da atividade odontológica no Brasil, em uma visão da Bioética, conclui-se que é preciso olhar a odontologia muito além da boca. Torna-se, portanto, imperativa a humanização e interdisciplinaridade com as demais áreas da saúde.

Se nos primórdios a odontologia era considerada uma profissão extremamente rudimentar e exercida por pessoas com pouco prestígio social, na atualidade é uma atividade com grande relevância social e considerada uma profissão da elite.

Faz-se necessário um terceiro passo: é preciso que o odontólogo seja humanamente sensível. Não basta simplesmente interpretar o código de ética, pois esse código mostra, apenas, os valores que a cultura de uma determinada sociedade considera necessária para um bom desempenho do trabalho da classe. Tal instrumento normativo tem grande importância, mas sua simples criação não é suficiente para tornar as instituições éticas.

É preciso que o profissional seja efetivo socialmente, sendo que isso só será possível quando ele puder transpor a compreensão, indo além dos princípios do código imposto.

Enfatiza-se que o maior desafio da Bioética está na importância do ensino humanizado nas instituições da saúde, especialmente, a odontológica. As escolas de ensino superior vêm formando um grande número de profissionais nessa área, no entanto, uma formação acadêmica deve ser baseada na conscientização ética nas relações sociais. Há a necessidade de formar profissionais éticos e cidadãos responsáveis por suas ações. Profissionais que, além de ter uma visão crítica da realidade, tenham competência para agir de forma comprometida com o ser humano.

As escolhas sociais para melhorar as condições de saúde de uma população passam pela aceitação da saúde enquanto um valor ético-social que precisa ser preservado, defendido e priorizado diante de outros valores e bens.

O profissional da área da saúde tem responsabilidades para consigo mesmo, para com o paciente e para com terceiros (a sociedade, a profissão e o meio ambiente), muito

embora profissionais busquem seu próprio interesse e deixam de lado as relações pessoais e, ainda, preocupam-se mais com a tecnologia e menos com o sentimento e o social. O que deveria prevalecer dentre toda essa concorrência desleal é a Ética nos relacionamentos entre paciente e profissional, não como uma simples maneira de evitar a grande quantidade de processos éticos, mas com a pretensão de aplicar a Bioética no relacionamento.

É preciso visualizar a Bioética como a ética da vida, com caráter multidisciplinar e, dessa maneira, não se trata de encontrar novas ideias para a Bioética e sim adaptar as já existentes, conseqüentemente, decidir sobre o maior benefício para o maior número de pessoas.

A educação não pode mais ser entendida como aquele espaço restrito à sala de aula. É fundamental a construção de uma nova sociedade, com nova consciência odontológica a partir de um trabalho intersetorial da saúde pública na busca pela democracia social. O odontólogo precisa sair do casulo de seu consultório frio e solitário e enxergar uma nova realidade. Renascer para a humanização profissional! Necessitamos urgentemente de profissionais, não apenas técnicos e sim sensivelmente humanizados.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, Adriana Gomes; SOUZA, Elizabete Cristina Fagundes. Problemas éticos vivenciados por dentistas: dialogando com a bioética para ampliar o olhar sobre o cotidiano da prática profissional. **Revista Ciência e Saúde**. Vol. 15, n°. 3. Rio de Janeiro, maio de 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300030>. Acesso em: 22 jun. 2016.
- AZEVEDO, ES. Ética na pesquisa em genética humana em países em desenvolvimento. In: GARRAFA, V; PESSINI, L. (orgs.). **Bioética: poder e injustiça**. São Paulo: Loyola; 2004.
- BENATAR, Solomon R. Bioética: poder e injustiça. In: GARRAFA, Volnei; PESSINI, Leo. **Bioética: poder e injustiça**. 2ª. Ed. – São Paulo. Edições Loyola. 2004.
- BRASIL. **Decreto 1.387, de 28 de abril de 1854**. Dá novos Estatutos às Escolas de Medicina. Rio de Janeiro, 1854. Coleção de Leis do Império do Brasil – 1854. Vol I. Parte I. Disponível em <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-1387-28-abril-1854-590272-publicacaooriginal-115439-pe.html>>. Acesso em 30 de maio de 2016.
- _____. **Decreto 1.764, de 14 de maio de 1856**. Approva o Regulamento complementar dos Estatutos das Faculdades de Medicina, a que se refere o Art. 29 do Decreto n.º 1.387 de 28 de Abril de 1854. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-1764-14-maio-1856-571247-publicacaooriginal-94339-pe.html>>. Acesso em 30 mai. de 2016.
- _____. **Lei Nº 4.324, de 14 de abril de 1964**. Institui o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Odontologia, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L4324.htm>. Acesso em 24 jun. 2016.
- _____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 5 de outubro de 1988. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em 22 jun. 2016
- _____. Presidência da República. **Decreto nº 591, de 6 de julho de 1992**. Atos internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos econômicos, sociais e culturais. Promulgação. Brasília, 6 de julho de 1992. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm>. Acesso em 01 jul. 2016
- _____. Ministério da saúde. Conselho nacional de saúde. Comissão nacional de ética em pesquisa. **Resolução nº 196/96 versão 2012**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_ENCEP2012.pdf>. Acesso em 15 de jun. 2016.

_____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Direito ao mais alto patamar de saúde física e mental.** – Brasília: Coordenação Geral de Educação em SDH/PR, Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2013.

CARVALHO, C. L. **Dentistas Práticos no Brasil:** histórias de exclusão e resistência na profissionalização da odontologia brasileira. Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ [tese]. Rio de Janeiro: 2003.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Código de Ética Odontológica.** Aprovado pela Resolução CFO-118/2012. Publicado em 2013. Disponível em: <http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/09/codigo_etica.pdf>. Acesso em 22 jun. 2016.

CUNHA, E.S. **História da Odontologia no Brasil (1500 – 1900).** 2ª. ed. Rio de Janeiro: Editora Científica; 1952.

DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 57-63, Feb. 1988. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101988000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 jun. 2016.

FIGUEIREDO, B. G. **A arte de curar:** cirurgiões, médicos, boticários ou curandeiros no século XIX em Minas Gerais. Rio de Janeiro: Vício de Leitura; 2002.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. **Ética e saúde:** questões éticas, deontológicas e legais. Tomada de decisões. Autonomia e direitos do paciente. Estudo de casos. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária LTDA - EPU, 1998.

_____. Reflexões sobre o Princípio Ético da Justiça Distributiva Aplicado aos Sistemas de Saúde. In: FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. [orgs] **Bioética e Saúde Pública.** São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola, 2003.

_____. Como priorizar recursos escassos em países em desenvolvimento, pp. 103 -114. In: GARRAFA, Volnei; PESSINI, Leo. **Bioética: poder e injustiça.** 2ª. Ed. – São Paulo. Edições Loyola, 2004.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Bioética e Saúde Pública: Entre o Individual e o Coletivo. In: FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. **Bioética e Saúde Pública.** São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola, 2003.

FRANÇA JÚNIOR, Ivan; AYRES, José Ricardo de Carvalho. Saúde Pública e Direitos Humanos. In: FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. [orgs] **Bioética e Saúde Pública**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola, 2003.

FREITAS, C.H.S.M. Dilemas no exercício profissional da Odontologia: a autonomia em questão. **Interface**, Vol. 11, nº. 21, p.25-38, jan/abr 2007.

GARDIN, Cléa Adas Saliba; BORGHI, Wanilda Maria Meira Costa. O novo código de ética profissional. In: ROVIDA, Tânia Adas Saliba; GARBIN, Cléia Adas Saliba. **Noções de Odontologia Legal e Bioética**: Série Abeno – Odontologia Essencial. Porto Alegre - Rs: Artes Medicas, 2013.

GARRAFA, Volnei. Reflexão sobre Políticas Públicas Brasileiras de Saúde à Luz da Bioética. In: FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. [orgs] **Bioética e Saúde Pública**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola, 2003.

GIORDANI, Anecy Tojeiro. **Humanização da saúde e do cuidado**. São Caetano do Sul/SP: Editora Difusão, 2008.

GONÇALVES, Evelise Ribeiro. **Em busca do profissional socialmente sensível**: um estudo sobre o trabalho do cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família sob o olhar da bioética de intervenção [tese] / Evelise Ribeiro Gonçalves – Florianópolis (SC), 2009.

MORANO, M. T. A. P. Ensino da ética para os profissionais de saúde e efeitos sociais. **Rev. Humanidades**, Fortaleza, v.18, n. 1, p. 28-32, jan/jun. 2003.

MOREIRA, Vital; GOMES, Carla de Marcelino. **Compreender os Direitos Humanos**: Manual de Educação para os Direitos Humanos. Coimbra, Portugal: Ius Gentium Conimbrigae/Centro de Direitos Humanos, 2012.

NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Assembleia Geral das Nações Unidas, de 10 de dezembro de 1948. Disponível em: <www.dudh.org.br/wp-content/uploads/2014/12/dudh.pdf>. Acesso em 22 jun. 2016

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da OMS de 1946**. Nova Iorque, 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em 01 jul. 2016.

PESSINI, Leocir; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. [orgs]. **Bioética e longevidade humana**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola, 2006.

_____. **Problemas atuais de Bioética**. 8ª. Ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edição Loyola, 2008.

RAMOS, Dalton Luiz de Paula. Perspectivas Bioéticas na Atenção da Saúde Bucal. In: FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. [orgs] **Bioética e Saúde Pública**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola, 2003.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtner. Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988, in: **Revista de Direito do Consumidor**, n°. 67, 2008, p. 125-172. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/O_direito_a_saude_nos_20_anos_da_CF_coletanea_TAnia_10_04_09.pdf>. Acesso em 28 jun. 2016.

SASS, Hans-Martin. Promover a educação em saúde para enfrentar a doença e a vulnerabilidade. In: PESSINI, Leo; GARRAFA, Volnei. **Bioética: poder e injustiça**. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

SCHRAMM, Fermin. A Bioética da Proteção em Saúde Pública. In: FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. [orgs] **Bioética e Saúde Pública**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola, 2003.

SEGRE, Marco; COHEN, Claudio (orgs). **Bioética**. 3ª. Ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002.

SILVA, Benedicto Alves de Castro. **Nótulas para uma história da odontologia**. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2003.

SIQUEIRA, José Eduardo de. Bioética, Tecnociência e Impacto nos Serviços de Saúde. In: FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. [orgs] **Bioética e Saúde Pública**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola, 2003.

SIQUEIRA, José Eduardo de. (org). **Ética, ciência e responsabilidade**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2005. p. 74-197.

TEIXEIRA, Machado. et al. Notas sobre a profissionalização da odontologia. In: MACHADO, Maria Helena (org). **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

VILLAS-BÔAS, Eduardo da Silva. Princípios constitucionais em saúde, mínimo existencial e proporcionalidade. In: VITORELLI, Edilsom (Org.). **Temas atuais do Ministério Público Federal**. 3ª ed. Editora JusPodivm, 2015.

ZOBOLI, Elma. Referenciais de Análise em Bioética: O Desafio de Traçar sua Interface com a Saúde Pública. In: FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. [orgs] **Bioética e Saúde Pública**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola, 2003.