

O direito à saúde bucal na *Declaração de Liverpool*

Gabriela Rueda Martínez¹, Aline Albuquerque²

Resumo

Baseado na análise de práticas discursivas, este artigo visa esboçar o liame entre direito à saúde bucal e direito à saúde na *Declaração de Liverpool*, que estabelece áreas de trabalho em saúde bucal que deverão ser fortalecidas pelos Estados até 2020. O exame desse documento permitiu verificar a incorporação dos preceitos do referencial teórico-normativo do direito à saúde, esmiuçado pelo Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. A *Declaração de Liverpool* não comunga completamente com os preceitos do mencionado referencial, apesar de expressar a saúde bucal como direito humano em seu preâmbulo. Considerando que a Declaração assenta deveres dirigidos aos Estados, seria importante que tivesse sido ancorada nesse referencial, pois essa medida lhe conferiria fundamento ético-jurídico mais consistente, além de contribuir para consolidar o reconhecimento global de que o direito à saúde bucal é direito humano.

Palavras-chave: Bioética. Direitos humanos. Saúde bucal. Serviços de saúde bucal.

Resumen

El derecho a la salud bucal en la *Declaración de Liverpool*

Con base en el análisis de prácticas discursivas, este artículo pretende esbozar la relación entre el derecho a la salud bucal y el derecho a la salud, en la *Declaración de Liverpool*, la cual establece áreas de trabajo en salud bucal que deberán ser fortalecidas por los Estados hasta el año 2020. La revisión de dicho documento permitió verificar la incorporación de los preceptos del referencial teórico-normativo del derecho a la salud, tratado minuciosamente por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. La *Declaración de Liverpool* no confluye completamente con los preceptos del referencial mencionado, a pesar de que expresa a la salud bucal como un derecho humano en su preámbulo. Considerando que la Declaración establece deberes dirigidos a los Estados, sería importante que hubiese sido anclada a ese referencial, pues tal medida le conferiría fundamento ético-jurídico más consistente, además de contribuir a la consolidación del reconocimiento global de que el derecho a la salud bucal es un derecho humano.

Palabras clave: Bioética. Derechos humanos. Salud bucal. Servicios de salud dental.

Abstract

The right to oral health in the *Liverpool Declaration*

Based on the analysis of discursive practices, this article aims to outline the link between the right to oral health and the right to health contained in the *Liverpool Declaration*. An examination of this document identified the incorporation of the precepts of the normative-theoretical framework of the right to health, as set out by the Committee on Economic, Social and Cultural Rights. The *Liverpool Declaration* does not agree completely with the precepts of the aforementioned reference, although it expresses oral health as a human right in its preamble. Considering that the *Liverpool Declaration* focuses on the obligations of states, it is important that it is based on this normative-theoretical framework. Such measure would confer a more consistent ethical and legal basis, as well as contributing to the consolidation of global recognition of the fact that the right to oral health is a human right.

Keywords: Bioethics. Human rights. Oral health. Dental health services.

1. **Doutoranda** gruedamartinez@gmail.com – Universidade de Brasília (UnB) 2. **PhD** alineoliveira@hotmail.com – UnB, Brasília/DF, Brasil.

Correspondência

Gabriela Rueda Martínez – Universidade de Brasília. Campus Universitário Darcy Ribeiro. Programa de Pós-Graduação em Bioética, Caixa Postal 04451 CEP 70910-900. Brasília/DF, Brasil.

Declaram não haver conflito de interesse.

A persistência de iniquidades sociais reflete-se no *status* da saúde bucal, que manifesta diferenças em disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade dos cuidados odontológicos para os indivíduos¹. Para Evans², as desigualdades no acesso a esse tipo de cuidados têm impulsionado o debate global porque se reproduzem em vários países e grupos sociais, afetando diretamente a qualidade de vida das populações. Sendo assim, fatores socioeconômicos influenciam o *status* clínico dental e a qualidade de vida das pessoas, especialmente adolescentes¹ e idosos³.

Essa problemática está associada ao orçamento dos sistemas de saúde, pois a provisão de cuidados em saúde bucal é dificultada pela baixa disponibilidade orçamentária para esse tipo de serviço⁴. Deve-se reconhecer que os desafios dos serviços públicos de saúde bucal envolvem o Estado e a alocação de recursos, o que deve ser consentâneo a seus compromissos nacionais e internacionais. A reflexão sobre documentos internacionais que pautam o direito à saúde bucal para superar iniquidades nesse campo é ferramenta para entender a forma como órgãos internacionais orientam os Estados a garantir esse direito.

Ademais, é necessário pontuar que a saúde bucal como componente da saúde geral já foi estabelecida em resolução promulgada pela Assembleia Mundial da Saúde⁵. Portanto, a saúde bucal, de modo similar à saúde geral, não somente está associada a cuidados, mas, também, e intrinsecamente, a determinantes sociais da saúde.

Infere-se, portanto, que o direito à saúde bucal também incorpora os quatro elementos do direito à saúde – disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade –, além de obrigações estatais e

determinantes sociais explicitados no Comentário Geral CDESC 14⁶. Elaborado em 2000 pelo Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CDESC) das Nações Unidas, esse documento objetiva demarcar o conteúdo do direito à saúde previsto no artigo 12 do *Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais* (Pidesc)⁷. Registre-se que o Comentário Geral CDESC 14/2000 é reconhecido como base para a compreensão do conteúdo do artigo 12⁸.

Sendo assim, sob a perspectiva do direito à saúde, fundamentada no Comentário Geral CDESC 14/2000, o objetivo deste artigo é analisar a ligação entre direito à saúde bucal e direito à saúde, por meio do estudo da *Declaração de Liverpool*⁹. Promulgada em 2005, a Declaração foi elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em parceria com Associação Internacional para a Investigação Dental (IADR), Associação Europeia para a Saúde Pública Dental (EADPH) e Associação Britânica para o Estudo da Odontologia Comunitária (BASCD). Esta análise permitiu verificar se houve incorporação dos preceitos do referencial teórico-normativo do direito à saúde estabelecidos no Comentário Geral CDESC 14/2000.

Percurso metodológico

Este artigo se encontra estruturado em três partes (Quadro 1). A primeira apresenta fundamentação do referencial do direito humano à saúde com base no Comentário Geral CDESC 14/2000, a segunda trata do conteúdo da *Declaração de Liverpool* e a terceira apresenta exercício analítico de comparação sistemática entre os dois documentos. O método empregado, nessa última parte, foi a análise de práticas discursivas proposta por Spink¹⁰, aplicada a documento público.

Quadro 1. Estruturação ilustrativa do artigo: itens desenvolvidos

Fundamentação do referencial teórico-normativo do direito humano à saúde	Exposição do conteúdo desse direito, que envolve determinantes sociais da saúde; descrição de seus elementos; e, por fim, apresentação das obrigações dos Estados-Partes
Conteúdo da <i>Declaração de Liverpool</i>	Apresentação das acepções do documento e das nove áreas de trabalho propostas
Exame analítico do conteúdo da <i>Declaração de Liverpool</i>	Método de análise de práticas discursivas, de Spink ¹⁰ Leitura em profundidade da <i>Declaração de Liverpool</i> e breve apresentação do seu conteúdo; Elaboração de mapas de associação de ideias, que são instrumentos para visualizar repertórios linguísticos, os quais se definem como conceitos, vocábulos e figuras da linguagem que delimitam a construção dos sentidos Conformação de categorias de análise relacionadas ao referencial do direito humano à saúde Inferências e comentários sobre esses mapas

Segundo Spink¹⁰, práticas discursivas têm como elementos repertórios linguísticos que se definem como figuras de linguagem orientadas à construção de sentidos. O levantamento dos repertórios linguísticos da *Declaração de Liverpool* foi realizado mediante elaboração de mapas de associação de ideias que induzem à conformação de categorias gerais relacionadas ao referencial teórico.

Essas classificações englobam conteúdo do direito humano à saúde, incluindo determinantes sociais; elementos desse direito, e obrigações estatais. Os mapas construídos são fragmentos associados à interconexão entre direito à saúde bucal e direito à saúde. O passo seguinte consistiu na elaboração de comentários e inferências sobre os mapas, que aportam sentido à dita relação.

Referencial teórico-normativo do direito à saúde

Definição do direito humano a saúde

Conforme Comentário Geral CDESC 14/2000, o direito à saúde é definido como direito a instalações, bens, serviços e condições necessários para se atingir o mais alto padrão de saúde física e mental. Ou seja, o entendimento desse direito não se restringe aos cuidados em saúde, mas envolve o direito aos determinantes sociais que afetam diretamente o processo saúde-doença. Assim, se enfatiza o direito à saúde como direito inclusivo, que incorpora o direito a fatores sociais subjacentes, como nutrição, moradia, acesso a água potável, segurança, condições sanitárias adequadas e, por fim, condições de trabalho e ambiente saudáveis⁶.

Naquele documento, os determinantes sociais são compreendidos como as condições nas quais as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem, que, por sua vez, determinam a carga de doenças. Sob essa perspectiva, referem-se aos determinantes políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais que afetam a saúde¹¹. Cabe esclarecer que a noção do direito à saúde, segundo o CDESC, envolve condições biológicas, socioeconômicas e a disponibilidade de recursos dos Estados. Não obstante, o controle da saúde das pessoas não recai unicamente sobre o ente estatal, pois há diversos aspectos interferentes, isto é, fatores genéticos, suscetibilidade individual às enfermidades e adoção de estilos de vida não saudáveis que influenciam a saúde individual⁶.

O direito à saúde foi definido como dependente do exercício de outros direitos humanos, sendo ao mesmo passo indispensável para o exercício destes.

Desse modo, vários direitos se interconectam, como o direito ao acesso a serviços de saúde, que deverão prover oportunidades equitativas para que as pessoas desfrutem o mais alto nível de saúde atingível. Além disso, estão envolvidos, entre outros, o direito a gerenciar seu próprio corpo e saúde – ou seja, autodeterminação na tomada de decisões sobre a vida sexual e reprodutiva – e o direito a ser livre de interferências, seja no campo clínico ou no campo da investigação biomédica⁶.

Elementos do direito à saúde

O CDESC postulou quatro elementos inter-relacionados e essenciais do direito à saúde – disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade –, que serão desenvolvidos a seguir⁶. Disponibilidade é entendida como a oferta de quantidade suficiente de instalações, bens e serviços, incluindo pessoal médico e profissionais da saúde⁶. Inclui também determinantes subjacentes, como disponibilização de água potável.

Acessibilidade implica que todas as pessoas podem se beneficiar de instalações, bens e serviços. Para tanto, a acessibilidade deve abranger quatro dimensões: não discriminação; acessibilidade física, disponibilizando construções apropriadas para o deslocamento de pessoas com necessidades especiais; acessibilidade econômica; e acessibilidade às informações, que engloba o direito a procurar, receber e divulgar informações e ideias relacionadas a temas de saúde⁶.

Aceitabilidade é compreendida como o elemento do direito à saúde que se interconecta diretamente à ética, como o estabelecido na sua definição: serviços de saúde devem respeitar a ética médica, assim como as especificidades culturais. Instalações, bens e serviços devem considerar a perspectiva de gênero e os requerimentos dos diferentes estágios do ciclo de vida, bem como respeitar a confidencialidade e melhorar o estado de saúde daqueles a quem se dirige⁶. Finalmente, a qualidade consiste na adequação das instalações, bens e serviços sob o ponto de vista científico e médico. Essa definição implica capacitação adequada de profissionais de saúde e equipes hospitalares, uso de medicamentos cientificamente aprovados e condições sanitárias apropriadas e seguras⁶.

Obrigações dos estados-partes sobre o direito à saúde

O Comentário Geral CDESC 14/2000 enfatiza obrigações estatais classificadas em gerais, específicas, internacionais e essenciais⁶.

Obrigações gerais

Neste tipo de deveres se explicita a realização progressiva do direito à saúde. Isto é, a legislação em direitos humanos reconhece o fato de que a efetivação imediata desse tipo de direito nem sempre é possível, especialmente em países de baixa renda. Nesse sentido, se impõe aos Estados obrigações de caráter imediato, como garantir que o direito à saúde seja exercido sem discriminação alguma e o dever de iniciar gestões concretas orientadas à completa proteção e realização do artigo 12 do Pidesc⁶.

Obrigações específicas

Cabe salientar que o direito à saúde, como todos os direitos humanos, impõe três tipos de obrigações: respeitar, proteger e realizar. O respeito, no campo do direito à saúde, se refere à obrigação dos Estados de não prejudicar direta ou indiretamente o desfrute do direito. Isso abrange, por exemplo, evitar a imposição de restrições à acessibilidade aos serviços, bens e instalações de saúde, os quais devem ser providos de forma igualitária a todos, incluindo detentos, pessoas privadas da liberdade, minorias e imigrantes ilegais. Além disso, abstém-se de impor práticas, tratamentos e políticas discriminatórias relacionadas à saúde desses grupos⁶.

A obrigação de proteger exige mecanismos que impeçam que terceiros ou instâncias privadas violem o direito à saúde. Logo, é imperativa a promulgação de leis e regulamentos que supervisionem a privatização dos serviços de saúde de modo que não se tornem indisponíveis ou inacessíveis. Acrescenta-se que o dever de proteger torna indispensável o controle estatal sobre a comercialização de medicamentos por parte de terceiros. Requer também que profissionais da saúde disponham de padrões apropriados de educação que garantam suas habilidades e o cumprimento dos códigos de ética profissionais⁶.

Finalmente, o dever de realizar refere-se à promulgação de normativas e medidas administrativas, orçamentárias e judiciais que visem a efetivação do direito à saúde. Nessa linha, a realização compreende ações dirigidas a facilitar, proporcionar e promover esse direito. Entende-se que a obrigação de facilitar inclui a criação e implementação de medidas que permitam aos indivíduos e comunidades usufruir o direito à saúde.

O dever de proporcionar considera casos nos quais pessoas ou grupos são incapazes de atingir, por si mesmos, a satisfação do direito à saúde. Por fim, a obrigação de promover compreende a execução de ações para criar, manter e restaurar a saúde

da população. Um exemplo dessa obrigação é a adoção de políticas nacionais de saúde que garantam a provisão dos cuidados em saúde e o acesso equitativo a determinantes como água potável, nutrição e condições sanitárias adequadas⁶.

Obrigações internacionais

O respeito ao direito à saúde implica o reconhecimento da cooperação internacional, isto é, os Estados e a comunidade internacional têm responsabilidade na assistência humanitária a refugiados. Adicionalmente, a cooperação internacional envolve a adoção de medidas preventivas com o intuito de evitar que terceiros violem esse direito em outros países⁶.

Obrigações essenciais

Consistem em deveres imprescindíveis para alcançar o nível mínimo aceitável de saúde e, portanto, condições dignas de vida. Esse tipo de obrigação não deve depender dos recursos financeiros dos Estados⁶. Obrigações essenciais são instrumentos insubstituíveis para orientar o debate sobre a alocação de recursos escassos, serviços e instalações que o Estado deveria priorizar para garantir o direito à saúde de forma imediata. Diante dessa normatividade é possível constatar aproximações com princípios bioéticos estabelecidos na *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos* (DUBDH)¹², entendida como instrumento internacional sobre bioética que respalda o vínculo desse campo do conhecimento com os direitos humanos.

Observa-se o valor desse documento, proclamado na 33ª sessão da Conferência Geral da Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e a Cultura, em 2005, desde o seu preâmbulo. Importa salientar dois aspectos. É reconhecido que a saúde depende da integração de múltiplos fatores, como resultados dos desenvolvimentos científicos e tecnológicos e fatores psicossociais e culturais. O segundo aspecto é o reconhecimento do impacto das questões éticas em medicina, ciências da vida e tecnologias associadas em diferentes níveis que englobam desde o indivíduo até a humanidade como um todo¹².

A partir dessas premissas adota-se a concepção de bioética assentada no universalismo do referencial dos direitos humanos. Dessa forma, deve-se invocar a consideração da saúde integral, consoante com a visão ampliada da bioética, que se preocupa principalmente com as necessidades específicas das populações vulneráveis, dado que a

interpretação dos princípios éticos é imanente aos direitos humanos. Considerando as interfaces entre bioética e direitos humanos acolhidas na DUBDH, importa destacar pontos de convergência entre esses campos do saber, que ineludivelmente relacionam o direito à saúde.

A dignidade humana é fundamento axiológico central tanto da bioética como dos direitos humanos¹³. Direitos humanos são de natureza ética, justificada no seu alicerce em princípios morais. Esse caráter ético dos direitos humanos se materializa no acolhimento da dignidade na DUBDH, em seu artigo 3º, que enuncia o dever de respeitar esse valor em conjunto com direitos humanos e liberdades fundamentais. A dignidade é ainda referida no parágrafo 1º do Comentário Geral CDESC 14/2000: *cada ser humano tem direito ao desfrute do mais alto nível de saúde, que conduz a viver uma vida com dignidade*⁶.

A inserção desse valor nessas diretrizes se justifica pela sua associação com a saúde humana. Ou seja, viver dignamente está representado na garantia da disponibilidade de bens, instalações e serviços de saúde de qualidade, ética e culturalmente aceitáveis. Outro ponto de convergência entre bioética e direitos humanos que tange ao direito à saúde é a alusão a bens éticos, definidos como aspectos concretos do bem-estar dos seres humanos vinculados à vida e às condições que a tornam digna, e cujo alcance está determinado pela cooperação entre pessoas¹⁴.

A bioética está configurada por esses bens a serem preservados e efetivados, que dispõem de caráter inviolável e propiciam vida digna. Em virtude dessas assertivas, tanto bioética quanto direitos humanos têm como escopo a proteção de bens éticos. A saúde é bem ético não instrumental, propósito essencial da ação humana, indispensável para sobreviver e viver dignamente¹⁴. A alusão a bens éticos se manifesta na DUBDH por princípios éticos aclamados em seu conteúdo, especialmente no artigo 14, que trata da responsabilidade social e saúde, caracterizando saúde como *bem social e humano*¹⁵.

Declaração de Liverpool: constituição e conteúdo

A *Declaração de Liverpool* foi aclamada no 8º Congresso Mundial de Odontologia Preventiva, organizado pela OMS em conjunto com a IADR, a EADPH, e a BASCD. Participaram desse evento 43 países com vistas a enfatizar a prevenção de enfermidades bucais em crianças e adultos em âmbito mundial⁹. A IADR é a instância máxima mundial que estimula a pesquisa odontológica em todas suas especialidades¹⁶. A EADPH é associação independente dirigida

a profissionais interessados na saúde pública dental e organiza encontros e troca de informações entre gestores e profissionais da odontologia¹⁷.

Por sua vez, a BASCD é responsável por coordenar ensaios clínicos realizados no Reino Unido sobre saúde dental de crianças, e tem como objetivo discutir seus resultados e demarcar padrões de qualidade no Programa de Epidemiologia Dental dessa região¹⁸. A OMS é órgão internacional que tem como meta garantir futuro mais saudável para pessoas em todo o mundo. Esse órgão trabalha em parceria com governos e outros sócios para assegurar o mais alto nível possível de saúde para todos¹⁹. A IADR, EADPH e BASCD são organizações que impulsionam a pesquisa odontológica em âmbito mundial e regional, orientada para o aprimorar a prevenção e os tratamentos das enfermidades dentais e orais. Ademais, essas são instâncias que facilitam a cooperação científica entre pesquisadores e profissionais, razão suficiente para o acolhimento de suas publicações relacionadas ao direito à saúde bucal.

A seleção da *Declaração de Liverpool* se justifica por ser o único documento adotado pela OMS e órgãos de pesquisa odontológica mundiais que reconhece a saúde bucal como direito humano. Embora reconheça o vínculo intrínseco entre saúde bucal, saúde geral e qualidade de vida, a Resolução WHA 60.17, da Assembleia Mundial da Saúde, intitulada *Saúde bucal: plano de ação para a promoção e a prevenção integrada a morbidade*⁵, não declara explicitamente esse direito.

Cabe apontar que essa diretriz estimula Estados-Membros a adotar e implementar estratégias que visem otimizar os serviços odontológicos, prevenir enfermidades da boca e integrar saúde bucal às políticas de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e às políticas de saúde materna e infantil.

A *The Liverpool Declaration: promoting oral health in the 21st century*⁹ consiste em chamado à ação em nove áreas prioritárias de trabalho da saúde bucal, as quais devem ser fortalecidas pelos países até 2020. Os signatários dessa Declaração firmaram o compromisso de apoiar ações empreendidas por autoridades nacionais e internacionais, instituições de pesquisa, organizações não governamentais e sociedade civil para promover a saúde e prevenir doenças bucais. A Declaração apoia iniciativas da OMS como o Programa de Saúde Bucal Global, que visa coordenar e apoiar o compartilhamento das experiências entre países no tocante à promoção e prevenção da saúde bucal⁹.

A *Declaração de Liverpool*⁹ determina a melhoria de nove aspectos do gerenciamento da saúde em seus Estados-Partes. Deve-se assegurar à população acesso a água limpa, condições sanitárias adequadas e nutrição saudável; garantir programas de fluoracção economicamente acessíveis para a prevenção da cárie. Além disso, os países devem adotar programas de promoção da saúde e de estilos de vida saudáveis, visando reduzir fatores de risco modificáveis compartilhados entre saúde bucal e saúde geral; considerar escolas como plataforma para promover a saúde, qualidade de vida e prevenir doenças em crianças e jovens.

Além disso, é obrigação do Estado assegurar acesso a cuidados primários em saúde bucal, enfatizando promoção e prevenção da saúde; fortalecer a promoção da saúde bucal de pessoas idosas, visando melhorar sua qualidade de vida; formular políticas sobre saúde bucal como parte integral dos programas nacionais de saúde.

Compreende também apoio estatal à investigação em saúde pública e, por fim, estabelece sistemas de informação de saúde que avaliem a saúde bucal e a execução de programas baseados em evidência científica, dirigidos à prevenção da doença, promoção da saúde e divulgação internacional dos resultados das pesquisas⁹.

Exercício analítico documental

Direito à saúde bucal e deveres estatais

Com base no exposto, os Estados são responsáveis, à luz dos direitos humanos, por assegurar o direito à saúde bucal⁹, como preconiza o Comentário Geral CDESC 14/2000 ao se referir às obrigações estatais gerais, específicas, internacionais e essenciais⁶. A *Declaração* endossa em seu preâmbulo que a saúde bucal é *direito humano básico*⁹ e, portanto, manifesta a noção ampliada da saúde bucal que configura elemento a ser alcançado no desfrute do mais alto nível possível de saúde.

Observa-se que, apesar da referência ao direito à saúde bucal, a *Declaração* examinada não desenvolve definição ou conteúdo específico sobre esse direito, o que pode acarretar obstáculos para implementá-lo e monitorar seu cumprimento por parte da OMS. É imprescindível esmiuçar as obrigações estatais no contexto da saúde bucal e a forma como os elementos do direito à saúde se expressam no contexto dos serviços, bens e instalações odontológicas, a fim de orientar os atores envolvidos na materialização e aplicação concreta desse direito.

Constatou-se que a única área de ação assentada na *Declaração de Liverpool* que não se refere diretamente ao ente estatal estabelece que *a escola deve ser utilizada como plataforma para a promoção da saúde, da qualidade de vida e prevenção da doença em crianças e jovens, envolvendo famílias e comunidades*²⁰. Ainda assim, o dever de utilizar escolas para atingir objetivos específicos de saúde bucal inevitavelmente incorpora a adoção de estratégias por parte do ente estatal, convergindo especificamente para a obrigação de realizar o direito à saúde. Portanto, interpreta-se que essa estratégia também encerra o Estado como principal responsável.

Assim, constata-se o entendimento na *Declaração de Liverpool* de fortalecer o papel da educação a fim de cumprir o direito à saúde bucal. A realização do mencionado direito também foi identificada no conteúdo da terceira e sétima áreas de ação propostas, transcritas a seguir: *Os países devem proporcionar programas baseados em evidência para promoção de estilos de vida saudáveis e redução de fatores de risco comuns para doenças orais e gerais crônicas. (...) Os países devem formular políticas de saúde bucal como parte integral dos programas nacionais de saúde*²¹.

Portanto, fica claro o chamado da *Declaração de Liverpool* para que os Estados implementem programas de prevenção de doenças bucais e crônicas. Além disso, convoca a inclusão de políticas de saúde bucal nos programas de saúde geral, porquanto a saúde da boca seja concebida como componente imprescindível para se ter qualidade de vida e bem-estar. Acrescente-se que outras prescrições da *Declaração de Liverpool* que realçam a realização do direito à saúde bucal são apresentadas em seus dois últimos enunciados, que enfatizam:

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

*Os países devem estabelecer sistemas de informação que avaliem a saúde bucal a partir do desenvolvimento de evidência em torno da promoção da saúde e da prevenção da doença, por meio de pesquisas cujos resultados devem ser divulgados internacionalmente*²².

Nesse sentido, as prescrições estabelecidas pela *Declaração* se coadunam com a realização do direito à saúde bucal, particularmente com ações sobre promoção, uma vez que aludem à execução

de ações estatais para instituir, manter e restaurar a saúde bucodental da população. De acordo com o Comentário Geral CDESC 14/2000⁶, a promoção do direito à saúde também abrange o dever de garantir que os serviços de saúde sejam culturalmente apropriados. Engloba ainda a adequada qualificação dos profissionais para responder às necessidades específicas de grupos marginalizados, orientando-os a tomar decisões informadas sobre sua saúde⁶.

Convém salientar que as obrigações de respeitar e proteger esse direito não foram constatadas nas áreas de ação estabelecidas na *Declaração de Liverpool*, que realçam prioritariamente o cumprimento do direito à saúde bucal. O documento não traz enunciados que apontem o dever estatal de não prejudicar direta ou indiretamente o desfrute do direito à saúde bucal. Igualmente, não foi traçado o dever de pôr em prática estratégias que impeçam terceiros de violar o referido direito. No tocante às obrigações essenciais demarcadas na Declaração, que implicam sua efetivação imediata, importa frisar a primeira área de ação, que determina que *os países devem assegurar à população o acesso a água potável, condições apropriadas de saneamento, dieta saudável e boa nutrição*²³.

Constata-se que a alusão a esses deveres conflua com condições dignas de existência. Porém, no documento não foram encontradas menções a outros deveres essenciais, como a garantia do direito ao acesso a bens, instalações e serviços de saúde bucodental sem discriminação, a vigilância da sua distribuição equitativa e a obrigação de proporcionar medicamentos de acordo com o disposto pela OMS.

Segundo esse órgão, a lista dos medicamentos essenciais inclui diversos fármacos utilizados no tratamento de problemas de saúde prioritários para a população. Sua seleção se embasa na prevalência de doenças, segurança, eficácia e comparação entre custo e eficácia²⁴.

Ressalte-se que medicamentos como anestésicos locais, sedantes pré-operatórios, desinfetantes/antissépticos, analgésicos, antibióticos, anti-herpéticos e antifúngicos utilizados em odontologia constam na lista-modelo de medicamentos essenciais adotada por esse órgão em 2007²⁵. Portanto, justifica-se o desenvolvimento desse tópico na *Declaração de Liverpool*.

Direito à saúde bucal e seus determinantes sociais

O conteúdo da *Declaração de Liverpool* expressa os determinantes sociais em sua primeira área de trabalho, como explanado no item anterior. Assim,

observa-se que a menção pontual a esses determinantes manifesta confluência entre direito à saúde bucal e direito à saúde. No entanto, a Declaração em exame não remete a outros determinantes sociais de enfermidades bucais. Por exemplo, a escassa renda do paciente e sua família é fortemente associada à ocorrência de cárie e outras doenças da boca, visto que carências econômicas influenciam negativamente a qualidade da alimentação e o acesso a serviços, bens e instalações odontológicas.

Acrescente-se que situação econômica desfavorável também influencia a adoção de comportamentos negativos para a adequada saúde da boca, como tabagismo e má alimentação²⁶. Em relação à água potável, importa destacar a questão da sua fluoração, estabelecida na *Declaração de Liverpool* na segunda área de trabalho: *os países devem assegurar programas de fluoração apropriados e economicamente acessíveis para a prevenção da cárie*²⁷. O flúor é o mecanismo mais efetivo para prevenir a cárie dental, e a exposição permanente a ele concorre para a diminuir níveis de deterioração dos dentes tanto em crianças como em adultos.

Por isso, programas de saúde pública devem implementar meios apropriados para manter o nível desse elemento na cavidade bucal, considerando que o flúor pode ser obtido em fontes de água de abastecimento público, sal, leite, enxagues e cremes bucais, e mediante aplicação profissional²⁸. Não obstante, reconhece-se que o teor de flúor abaixo ou acima de concentração entre 0,6 e 0,8 mg/L é inaceitável para a prevenção da cárie e da fluorose²⁸. Fluorose é condição produzida pelo efeito tóxico do flúor, que produz defeitos de mineralização do esmalte na dentição permanente. Nesse sentido, a Declaração não chama a atenção de gestores da saúde bucal nem de Estados sobre a imperiosidade de controle rigoroso e permanente da fluoração das águas de abastecimento público a fim de não exceder o limite do teor desse elemento químico. Limita-se à simples menção da obrigação de garantir esses programas.

Direito à saúde bucal e seus elementos

Em virtude da interface entre direito à saúde bucal e direito à saúde manifesta na *Declaração de Liverpool*, avaliou-se a alusão a cada elemento. O primeiro deles, acessibilidade, é nomeado na área de trabalho sobre água limpa e nutrição adequada e na quinta área, que enuncia que *os países devem assegurar acesso aos cuidados primários em saúde bucal com ênfase na prevenção e na promoção da saúde*²⁹. O enunciado sobre programas de fluoração,

já referido neste texto, coloca em destaque a dimensão econômica da acessibilidade, sendo que assenta o dever do Estado de garantir que esses programas sejam economicamente acessíveis.

Por sua vez, a acessibilidade às informações foi traçada na última prescrição da Declaração, ao se referir ao apoio estatal na divulgação internacional dos resultados de pesquisas sobre saúde bucodental⁹. Constatou-se, no entanto, que outras dimensões que constituem esse elemento, como a não discriminação e a acessibilidade física, não são tratadas na *Declaração de Liverpool*. Verifica-se ainda que a falta de desenvolvimento do conceito do direito à saúde bucal no instrumento analisado se reflete na precária alusão aos elementos que o conformam, fato que confirma fragilidades na orientação aos Estados. Com efeito, os elementos da aceitabilidade, disponibilidade e qualidade não são referidos nos enunciados adotados pela *Declaração de Liverpool*.

Direito à saúde bucal e grupos populacionais

Conforme referido anteriormente nesta seção, crianças e jovens são incorporados nas áreas de trabalho em saúde bucal a serem fortalecidas a partir da educação. As questões que concernem à pessoa idosa são apresentadas da seguinte forma: *os países devem fortalecer a promoção da saúde bucal para o crescente número de pessoas idosas, visando a melhora de sua qualidade de vida*³⁰. Não obstante, a prescrição não considerou a necessidade de implementar abordagem integral da saúde bucal nessa população que reúna também aspectos como programas preventivos, curativos e de reabilitação dentária orientados à preservação da funcionalidade da boca.

A interconexão entre saúde bucal e saúde geral se manifesta especialmente na pessoa idosa, em razão das características progressivas e acumulativas das doenças bucais e da suscetibilidade às enfermidades crônicas, que aumenta com o passar dos anos. Portanto, a melhoria da saúde bucal da pessoa idosa deve ser um compromisso alcançado em contexto de maior abrangência. Por outro lado, verificou-se que outros grupos populacionais, como mulheres, pessoas com necessidades especiais, detentos, pessoas com privação da liberdade e grupos indígenas, não são mencionados na Declaração.

Essa ausência denota distanciamento das prescrições sobre o direito à saúde, especialmente de duas obrigações essenciais abordadas pelo Comentário Geral CDESC 14/2000: *garantir o direito ao acesso às instalações, bens e serviços de saúde*

*sob base não discriminatória, particularmente para os grupos vulneráveis ou marginalizados*³¹ e *assegurar distribuição equitativa de todos os bens, serviços e instalações de saúde*³².

Considerações finais

O exame das práticas discursivas da *Declaração de Liverpool* permitiu identificar que essa diretriz não comunga completamente com os preceitos do referencial teórico-normativo do Comentário Geral CDESC 14/2000, apesar de definir saúde bucal como direito humano básico em seu preâmbulo. Permitiu também verificar que se fundamenta no referencial dos direitos humanos, uma vez que estabelece obrigações para os Estados. Ademais, demonstrou-se que o conteúdo da Declaração confere maior visibilidade ao elemento da acessibilidade, desconsiderando outros aspectos do direito à saúde, os quais são recíprocos e interconectados.

Observou-se completa omissão sobre populações vulneráveis que também sofrem sérias alterações bucodentais agravadas pela exclusão social³³⁻³⁶. O Comentário Geral CDESC 14/2000 recomenda aos Estados a integração particularizada dessas populações em programas e políticas que visem atingir o mais alto nível possível de saúde. Do mesmo modo, proíbe qualquer discriminação, seja nos cuidados em saúde, seja em seus determinantes sociais subjacentes, enfatizando essa prescrição como obrigação essencial do ente estatal.

Essas acepções repercutem na implementação do direito à saúde, pois a compreensão da saúde como bem ético a ser realizado pelos Estados impõe o cumprimento de deveres ao ente estatal, que é reforçado pelas instâncias internacionais em saúde. Uma orientação internacional incompleta, do ponto de vista dos direitos humanos, pode levar à não efetivação dessas obrigações, fato que perpetua as iniquidades sociais que se manifestam na condição bucal desfavorável e reforça o ciclo de estigma e discriminação de determinados grupos, mantendo sua exclusão social.

Nesse sentido, cabe assinalar que a garantia do direito ao acesso de bens, instalações e serviços de saúde bucodental sem qualquer discriminação e vigilância de sua distribuição equitativa não são preconizadas na *Declaração de Liverpool*, o que fragiliza o documento.

Constatou-se que essa Declaração se limita a se referir ao dever de assegurar programas de saúde bucal, mas não considera a obrigação de monitorar

sua implementação e execução, como acontece com políticas públicas sobre fluoração das águas de abastecimento público. Por essas razões, afirma-se que o liame entre direito e saúde bucal e direito à saúde na *Declaração de Liverpool* não foi desenvolvido adequadamente.

Conclui-se que esta comparação sistemática aponta a importância de se incentivar a conexão entre os campos da saúde e os direitos humanos, tendo em conta que os últimos consistem em

ferramentas internacionalmente consolidadas, instituidoras de obrigações ético-jurídicas para os Estados. Considerando, por fim, que a *Declaração de Liverpool* fundamenta deveres dirigidos aos Estados na área da saúde bucal, seria importante que tivesse sido ancorada no referencial teórico-normativo dos direitos humanos. Essa medida daria fundamento ético-jurídico mais consistente ao documento, e contribuiria para consolidar o reconhecimento global de que o direito à saúde bucal é direito humano.

Este artigo baseia-se em tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília.

Referências

1. Fonseca LLV, Mota JAC, Gonçalves PF. Public primary oral health care: a bioethical reflection. *Rev Odonto Cienc.* 2011;26(2):165-71.
2. Evans CA. Eliminating oral health disparities: ethics workshop reactor comments. *J Dent Educ.* 2006;70(11):1180-3.
3. Rebelo MA, Cardoso EM, Robinson PG, Vettore MV. Demographics, social position, dental status and oral health-related quality of life in community-dwelling older adults. *Qual Life Res.* 2016;25(7):1735-42.
4. Moimaz SAS, Garbin CAS, Garbin AJI, Ferreira NF, Gonçalves PE. Desafios e dificuldades do financiamento em saúde bucal: uma análise qualitativa. *Rev Adm Pública.* 2008;42(6):1121-35.
5. Organización Mundial de la Salud. 60ª Asamblea Mundial de la Salud. Salud bucodental: plan de acción para la promoción y la prevención integrada de la morbilidad [Internet]. 23 maio 2007 [acesso 15 jun 2016]. Disponível: <http://bit.ly/2oyucaH>
6. United Nations Economic and Social Council. General comment nº 14: the right to the highest attainable standard of health [Internet]. Geneva: WHO; 2000 [acesso 15 mar 2016]. Disponível: <http://bit.ly/1Rs5H5m>
7. United Nations. General Assembly. International covenant on economic, social and cultural rights [Internet]. 3 jan 1976 [acesso 10 jan 2016]. Disponível: <http://bit.ly/2oyl84D>
8. Albuquerque A. Direito à saúde: conteúdo, essencialidade e monitoramento. *Revista CEJ.* 2010;14(48):92-100.
9. World Health Organization. International Association for Dental Research. European Association of Dental Public Health. The Liverpool Declaration: promoting oral health in the 21st century [Internet]. 2005 [acesso 25 mar 2016]. Disponível: <http://bit.ly/2qgPxSm>
10. Spink MJ. Linguagem e produção de sentidos no cotidiano [Internet]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; 2010 [acesso 25 mar 2016]. Disponível: <http://bit.ly/2qh2bkh>
11. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health [Internet]. Geneva: WHO; 2010 [acesso 20 maio 2016]. Disponível: <http://bit.ly/2axMe4a>
12. Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e a Cultura. Declaração universal sobre bioética e direitos humanos [Internet]. Genebra: Unesco; 2005 [acesso 1 jul 2013]. Disponível: <http://bit.ly/2kgv9lt>
13. Albuquerque A. Interface entre bioética e direitos humanos: o conceito ontológico de dignidade humana e seus desdobramentos. *Rev. Bioética.* 2007;15(2):170-85.
14. Albuquerque A. Interface entre bioética e direitos humanos: perspectiva teórica, institucional e normativa [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2010.
15. Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e a Cultura. Op. cit. Artigo 14, alínea “b”, inciso “i”.
16. International Association for Dental Research. About us [Internet]. Alexandria: IADR; [acesso 15 jun 2016]. Disponível: <http://www.iadr.org/About-Us>
17. European Association of Dental Public Health. About the EADPH [Internet]. Waiblingen: EADPH; [acesso 15 jun 2016]. Disponível: <http://bit.ly/2oONnce>
18. Pine CM, Pitts NB, Nugent ZJ. British Association for the Study of Community Dentistry (BASCD) guidance on sampling for surveys of child dental health: a BASCD coordinated dental epidemiology programme quality standard [Internet]. *Community Dent Health.* 1997 [acesso 15 jun 2016];14(1 Suppl):10-7. Disponível: <http://bit.ly/2q9ekJO>
19. World Health Organization. About WHO [Internet]. Geneva: WHO; [acesso 25 mar 2016]. Disponível: <http://bit.ly/1aigf45>

20. World Health Organization. International Association for Dental Research. European Association of Dental Public Health. Op. cit. Item 4.
21. World Health Organization. International Association for Dental Research. European Association of Dental Public Health. Op. cit. Itens 3 e 7.
22. World Health Organization. International Association for Dental Research. European Association of Dental Public Health. Op. cit. Itens 8 e 9.
23. World Health Organization. International Association for Dental Research. European Association of Dental Public Health. Op. cit. Item 1.
24. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre los medicamentos esenciales [Internet]. 2010 [acesso 3 ago 2016]. Disponível: <http://bit.ly/2oOQ9hy>
25. Organización Mundial de la Salud. Lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS [Internet]. 2007 [acesso 3 ago 2016]. Disponível: <http://bit.ly/1Gtf53t>
26. Moreira TP, Nations MK, Alves MSCF. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(6):1383-92.
27. World Health Organization. International Association for Dental Research. European Association of Dental Public Health. Op. cit. Item 2.
28. Ramires I, Buzalaf MAR. A fluoretação da água de abastecimento público e seus benefícios no controle da cárie dentária: cinquenta anos no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(4):1057-65.
29. World Health Organization, International Association for Dental Research, European Association of Dental Public Health. Op. cit. Item 5.
30. World Health Organization. International Association for Dental Research. European Association of Dental Public Health. Op. cit. Item 6.
31. United Nations Economic and Social Council. Op. cit. Item 43, alínea “a”.
32. United Nations Economic and Social Council. Op. cit. Item 43, alínea “e”.
33. Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer [Internet]. 18 dez 1979 [acesso 3 ago 2016]. Disponível: <http://bit.ly/VJkZlY>
34. Anders PL, Davis EL. Oral health of patients with intellectual disabilities: a systematic review. *Spec Care Dentist*. 2010;30(3):110-7.
35. Rocha A, Patiño AA. Salud bucal de las personas privadas de la libertad: un planteamiento justo. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2011;28(3):294-300.
36. Lozano EJO, Ortiz CB. Autoatención en salud oral en el pueblo Yanacona de los Andes del sur de Colombia. *Acta Odontol Colomb*. 2011;1(2):85-101.

Participação das autoras

As autoras participaram igualmente de todas as fases da produção do artigo, Gabriela Rueda Martínez na qualidade de doutoranda e Aline Albuquerque como orientadora.

Recebido: 10.10.2016

Revisado: 15. 2.2017

Aprovado: 22. 2.2017