

Ivana Maria Saes Busato

**BIOÉTICA E ANÁLISE DOS CONFLITOS ÉTICOS NO ACESSO À
ÁGUA POTÁVEL FLUORETADA**

**CURITIBA
2006**

Ivana Maria Saes Busato

**BIOÉTICA E ANÁLISE DOS CONFLITOS ÉTICOS NO ACESSO À
ÁGUA POTÁVEL FLUORETADA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Odontologia, Área de Concentração em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof. Dr^a Beatriz Helena Sottile França

**CURITIBA
2006**

Busato, Ivana Maria Saes

B976b Bioética e análise dos conflitos éticos no acesso à água potável
2006 fluoretada / Ivana Maria Saes Busato ; orientadora, Beatriz Helena Sottile
França. – 2006.
114 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica do Paraná,
Curitiba, 2006

Inclui bibliografia

1. Água - Fluoretação. 2. Bioética. 3. Promoção da saúde. 4. Odontologia
preventiva. 5. Saúde pública. I. França, Beatriz Helena Sottile. II. Pontifícia
Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação em
Odontologia. III. Título.

CDD 20. ed. 628.1663

174.9574

617.601

A Deus

Pela minha vida e pela oportunidade de fazer escolhas.

Ao meu marido João Francisco

Por todo amor, compreensão e companheirismo incansável demonstrado em todos os momentos de nossa vida. Sem esse amparo jamais teria conseguido esta etapa e tampouco teria sentido.

Aos meus filhos Otávio e Renata

Pelo amor infinito, inspiração de todos os dias, obrigada por compreenderem as minhas ausências.

Ao meu irmão

Pelo amor fraterno e pela bela família que me deu, Kátia e a pequena Isabela.

Ao meu pai Milton (in memoriam)

Partiste antes deste momento tão especial, mais sinto sua presença espiritual que sempre me acolhe nos momentos difíceis.

A minha mãe Odete

Pelo amor, sacrifícios, dedicação e exemplo que me conduziram em toda minha vida possibilitando alcançar este momento.

Ao mentor profissional Mestre Léo Krieger

Pelo respeito e admiração a quem dignifica o sentido de ser Mestre.

Dedico.

Agradecimentos

A Professora Beatriz Helena Sottile França pela atenção e respeito na orientação desta dissertação, pela oportunidade de trabalho conjunto que sempre confiou na minha capacidade.

A Coordenadora do curso, e eterna professora, Simone Tetu Moysés por permitir que compartilhássemos alegrias, tristezas e principalmente conhecimento nestes 20 anos de convivência.

Ao Professor Samuel Jorge Moysés pela dádiva da transmissão de sonhos e esperanças de um mundo melhor para todos.

Ao Professor Julio Bisinelli e Professor Paulo Couto por permitir que trabalhássemos juntos compartilhando experiências e pelo empenho e atenção na banca de qualificação desse trabalho.

Ao Professor Sergio Vieira pela incansável dedicação com a Pós-graduação de Odontologia

Ao Professor Sérgio Aparecido Ignácio que teve a difícil tarefa de transmitir conhecimentos tão difíceis.

Aos Professores que engrandeceram essa fase da minha vida profissional.

Aos colegas de mestrado pela oportunidade do convívio que oportunizou a construção de uma amizade sólida.

A amiga Neide Borges Reis e equipe pela soltude e presteza.

A equipe da Clínica Odontológica, alunos da Graduação e pacientes por ajudarem na minha formação.

A todas as pessoas que de alguma forma colaboraram com minha formação profissional.

Agradeço também

Aos meus sogros João Busato e Clementina Busato pela alegria e confiança depositada.

A minha cunhada Lisete Busato Pimentel pela amizade e pelos belos momentos que sempre passamos juntas.

A minha amiga especial Marcia Cubas que agradeço pela amizade especial.

Aos meus amigos que sempre me incentivaram e cuidaram da minha família.

Aos amigos da Secretaria Municipal de Saúde pelo aprendizado e apoio.

SUMÁRIO

1. Introdução	1
2. Artigos	20
2.1 Artigo 1 (Submetido ao Journal of Public Health Dentistry)	20
2.1.2 Artigo 1 (inglês).....	38
2.2 Artigo 2 (Submetido à Revista de Saúde Pública).....	57
3. Referências	74
4. Anexos.....	78
4.1 Método.....	78
4.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	82
4.3 Autorização Institucional para Realização da Pesquisa	87
4.4 Instrumento de Coleta de Dados	90
4.5 Parecer do Cômite de ética	93
4.6 Normas das revistas	94
4.6.1 Journal of Public Health Dentistry	94
4.6.2 Revista de Saúde Pública.....	102
4.7 Publicações em forma de Resumo	113
4.7.1 Trabalho apresentado na 23ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica.....	113
4.7.2 Trabalho apresentado no VII Congresso Nacional da Rede Unida .	114

1. INTRODUÇÃO

Um dos grandes desafios da humanidade no século XXI está na utilização e conservação dos recursos hídricos. A publicação da Organização Mundial da Saúde – OMS, *Water for Life: making it happen* relata que o acesso à água potável melhora a saúde, dignificando e transformando a vida de milhões de pessoas no mundo (WHO; UNICEF, 2005) . A Resolução aprovada pela Assembléia das Nações Unidas, que trata do Decênio Internacional para a Ação (2005-15) estabeleceu esta como sendo a Década da Água (WHO; UNICEF, 2005). Depois da fome, a falta de água poderá ser o principal problema de saúde pública mundial neste século.

A iniquidade do acesso à água potável

O abastecimento de água é uma questão essencial para as populações. É fundamental que tal questão seja enfrentada, pelos riscos que sua ausência ou fornecimento inadequado possam causar à saúde pública. Dados da OMS confirmam que mais de um bilhão de pessoas no mundo não têm acesso à água potável (WEHAB, 2002). Nas Américas, há 76,6 milhões de pessoas que não possuem cobertura de abastecimento de água (OPAS; OMS, 2001).

Considerações devem ser feitas com relação à qualidade da água e ao controle/monitoramento desta qualidade. A OMS mostra que a vigilância e o controle da qualidade da água são muito limitados nas áreas urbanas, sendo insignificantes nas áreas rurais. A vigilância é realizada em apenas 52% da população urbana nas Américas, sendo que, especificamente na América Latina e Caribe, não passa de 24% (OPAS; OMS, 2001).

No Brasil, dados do Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, mostram que são profundas as desigualdades na cobertura de água potável domiciliar, entre áreas urbanas (89,8%) e rurais (18,1%), atingindo apenas 77,9% de cobertura de água potável nos domicílios brasileiros (BRASIL; IBGE, 2000).

A OMS, desde 1948, considera que saúde é um direito e, em 1958, relacionou o abastecimento de água potável como fator indispensável para saúde. Para tanto, publicou a *International Standards for Drinking-Water* que, posteriormente, tornou-se *Guidelines for Drinking-Water Quality*. Em 2004, essa publicação está na terceira edição, tendo como prioridade a qualidade da água nos aspectos de contaminação química e microbiológica (WHO, 2004).

Ressalta-se o papel da água potável como instrumento do desenvolvimento humano sustentável nas áreas das capacidades básicas como: saúde, educação, recursos econômicos e direitos básicos. O abastecimento da água potável promove o desenvolvimento da indústria, do comércio e do turismo (OPAS; OMS, 2001).

No Brasil, a Lei Federal nº 6050, de 1974, estabeleceu a obrigatoriedade da implantação da fluoretação na água de abastecimento (BRASIL, 1974). A fluoretação foi pesquisada pelo Projeto Saúde Bucal Brasil e Pesquisa Nacional de Saneamento Básico-2000, confirmando que apenas 46% dos municípios brasileiros dispõem de água fluoretada (BRASIL, 2004; BRASIL; IBGE, 2002).

Ressalta -se que a luta por fluoretação também é a luta pela ampliação dos sistemas públicos de água potável. No Estado do Paraná, localizado na região sul do Brasil, com cerca de 10 milhões de habitantes e 399 municípios, a cobertura de

água potável fluoretada atinge aproximadamente 85% dos paranaenses (PARANÁ; SESA, 2005).

Acesso à água potável fluoretada e saúde humana

Vários estudos visaram demonstrar a relação entre a melhoria da cobertura de água potável e saúde, inclusive saúde bucal. Alguns serão destacados, na seqüência, com destaque final para abordagens no campo da promoção da saúde e da bioética.

Antes disto, vale a pena citar Mendonça e Motta (2005) que, ao relacionarem, pelo modelo econométrico, a mortalidade infantil e a melhoria da cobertura de água potável, encontraram resultados alarmantes. Os autores observaram que o incremento em 1% da cobertura de água poderia reduzir 108 mortes por doenças de veiculação hídrica do total de mortes, em crianças de 0 a 4 anos.

A *Internation Union for Health Promotion and Education European Commission* realizaram avaliação de 20 anos de evidências em saúde e concluíram que a água fluoretada é um método preventivo efetivo para a cárie dental. Com impactos sociais, econômicos e na saúde, a água fluoretada foi considerada uma das principais estratégias de promoção de saúde bucal com evidência científica (IUHP; EEC, 1999). A fluoretação de água de abastecimento também foi considerada pela OMS uma das dez principais medidas de saúde pública no século XX, e a maior responsável pelo declínio da cárie dental (WHO, 1999).

Os dados do Projeto Saúde Bucal Brasil, referentes a populações na faixa etária de 12 anos, apresentam marcantes diferenças no índice CPO-D (cariado, perdido e obturado), para cárie em dentes permanentes, entre municípios com e sem flúor na água de abastecimento. A saber, tais diferenças variaram entre médias de 2,27 e 3,38, respectivamente, revelando o benefício gerado para populações alcançadas por fluoretação. Nos dados percentuais para o CPO-D igual à zero esta diferença também foi marcante. Nos municípios com flúor, o CPO-D igual à zero foi de 37,5% e sem flúor de 23,6% (BRASIL, 2004).

Peres *et al.* (2004), ao realizarem um estudo sobre as iniquidades no acesso à água fluoretada, em 293 municípios do Estado de Santa Catarina, confirmaram a hipótese da atenção inversa, que reflete a iniquidade no acesso a bens e serviços, com impacto na saúde. Os municípios que não têm acesso à água fluoretada possuem menor desenvolvimento, medido pelo Índice de Desenvolvimento Humano.

Em estudo, realizado em municípios do Paraná, foi encontrado correlação significativa entre cárie dentária e os diversos indicadores de desenvolvimento social estudados. Segundo os autores, a importância do benefício da fluoretação não é somente como recurso para a redução média dos níveis de cárie, mas principalmente para atenuar o impacto das desigualdades sócio-econômicas sobre a prevalência de cárie dentária. (BALDANI *et al.*,2004),

Tendo em vista seu impacto, como fator importante de saúde pública, a água fluoretada deve ser abordada, como lembra Berlinguer (1993), sob o enfoque da promoção da saúde e ética em saúde. O estudo de Carvalho (2004), com o objetivo de analisar o modelo teórico-conceitual de promoção da saúde à

brasileira, conclui que esta deve superar as raízes estruturais de iniquidade e garantir o acesso a bens e serviços de qualidade, usando como melhor estratégia a utilização do empoderamento comunitário (produção de sujeitos autônomos e socialmente responsáveis e a democratização do poder público).

A água fluoretada, como demonstrado, vem sendo considerada uma das melhores estratégias de promoção de saúde, promovendo a equidade e exigindo ação intersetorial. Neste sentido, a aproximação da promoção de saúde e da bioética torna-se imprescindível para a análise dos problemas resultantes das desigualdades do acesso à água fluoretada como importante problema de saúde pública.

Em 1978, a OMS defendeu a intersetorialidade como estratégia para que fossem atingidas as metas propostas pelo Programa Saúde para Todos no Ano 2000. Em 1997, a intersetorialidade foi definida como a relação de uma ou várias partes da saúde com uma ou várias partes de outros setores, visando alcançar resultados mais efetivos, eficientes e sustentáveis na saúde (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 2002)

Moysés *et al.* (2004) apontam que a intersetorialidade surge como uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas voltadas à garantia do direito à promoção da saúde e, conseqüentemente, melhoria da qualidade de vida.

As medidas de promoção da saúde podem atingir todas as camadas sociais, com potencialidade para ampliar resultados equitativos que diminuam as desigualdades existentes em nosso meio. Assim, a promoção de saúde se aproxima da bioética na defesa da vida humana ameaçada, pois facilita a

diminuição das desigualdades que restringem as oportunidades para que as pessoas atinjam seu direito ao bem-estar. A bioética e a promoção da saúde, em dimensões convergentes, buscam identificar as causas das desigualdades sociais e das deficientes condições de saúde, atuando para a transformação da dura realidade vivida por grande parte da população, na busca de políticas públicas saudáveis e no impedimento de ações nocivas para o meio ambiente (FORTES; ZOBOLI, 2004).

Os direitos humanos

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, no artigo XXV, afirma que todos têm direito a um nível de vida adequado para sua saúde e bem-estar, bem como de sua família (PIOVESAN, 2002).

A OMS considera como direito humano viver em um ambiente digno e saudável e nisto inclui o acesso à água potável de boa qualidade. As limitações e iniquidades nos serviços de saneamento impedem o exercício deste direito. No Dia Mundial da Água, de 2001, o Secretário Geral das Nações Unidas declarou que o acesso à água potável é uma necessidade humana essencial e por isso um direito humano básico (OPAS; OMS, 2001).

A Constituição Federal brasileira, de 1988, foi um marco jurídico da transição democrática e da institucionalização dos direitos humanos no Brasil. A dignidade humana, os direitos e as garantias fundamentais vêm constituir os princípios constitucionais que incorporam as exigências de justiça e valores éticos (PIOVESAN, 2002). No seu artigo terceiro pontua como objetivos fundamentais: construir uma sociedade livre, justa e solidária; garantir o desenvolvimento

nacional; erradicar a pobreza e a marginalização; reduzir as desigualdades sociais e regionais; promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (BRASIL, 1988).

No mesmo diploma, a saúde é definida no artigo 196 como um direito de todos e dever do Estado. O meio ambiente é tratado especificamente no artigo 225, colocando que todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, considerado como bem de uso comum do povo e essencial ao viver saudável, impondo-se ao poder público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as gerações presentes e futuras (BRASIL, 1988).

A bioética

Há extensa literatura disponível sobre este campo de conhecimento/intervenção, mas aqui serão selecionados alguns aspectos centrais do seu desenvolvimento. Vários acontecimentos contribuíram para o surgimento da bioética. O marco histórico para a genealogia da bioética foi à obra de Van Rensselaer Potter, em 1971, que pensava a bioética como uma ponte entre a ciência biológica e a ética (PESSINI, 2002, GARRAFA *et al.*, 2006). Desde então, a bioética trilhou vários caminhos epistemológicos, em consonância com as formações sociais e sujeitos que a operam em contextos variados (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 1998).

Na bioética anglo-saxônica, as reflexões têm sua origem na ética principialista, particularmente focada na preocupação com o controle da pesquisa com seres humanos, e nos problemas entre profissionais e pacientes. Assim, são estabelecidos os quatro princípios clássicos que nomeiam esta vertente da

bioética: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 1998). Estes princípios profundamente vinculados às raízes culturais anglo-saxônicas que se consolidaram internacionalmente, a epistemologia da bioética principialista tomou como referência estes princípios sendo autonomia, das pessoas, beneficência, fazer o bem, e justiça (coletividade) emanados do Relatório de Belmont (GARRAFA *et al.*, 2006).

Costa *et al.* (1998) relatam que esses princípios, embora não sejam absolutos e devem ser reordenados, foram rapidamente assimilados, constituindo-se a ferramenta mais utilizada na medição e na resolução dos conflitos morais pertinentes à bioética.

A bioética européia tem o enfoque ético fortemente marcado pela idéia da virtude e do caráter. Diego Gracia (GRACIA, 1989; PESSINI; BARCHIFONTAINE, 1998), bioeticista espanhol, representante dessa vertente, divide os quatro princípios em dois níveis, o privado (autonomia e beneficência), e o público (não-maleficência e justiça).

No entanto, deu-se início no surgimento de críticas ao principialismo e à universalização de seus princípios, especialmente nos anos 90, mostrando a necessidade de se respeitar os diferentes contextos sociais e culturais existentes (GARRAFA *et al.*, 2006).

O desafio da bioética latino-americana está em ampliar a reflexão ética do nível da microética (solução de casos clínicos) para o nível da macroética (sociedade) como alternativa à tradição anglo-americana (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 1998). A melhoria das condições de vida nos países pobres passa pelo compromisso da adaptação do conceito de bioética à realidade

sanitária desses países, em especial da região latino-americana, na perspectiva da dimensão da ética prática (GARRAFA, 1995).

Kottow (2000) identifica as raízes socioculturais que fizeram da bioética uma disciplina com ampla presença acadêmica e social. Dessas raízes, o autor identificou que os princípios bioéticos têm paralelismo com os ideais da Revolução Francesa, a saber: Liberdade - autonomia e não maleficência; Fraternidade – beneficência; Igualdade – justiça.

O conceito de Garrafa e Porto (2002), de uma bioética forte de intervenção (*hard bioethics*), torna-se imprescindível na defesa dos direitos históricos das populações excluídas do processo de desenvolvimento mundial. A bioética deve se preocupar, preferencialmente, com as situações persistentes, ou seja, com aqueles problemas que continuam acontecendo e que não deveriam mais acontecer no século XXI.

O VI Congresso Mundial de Bioética, realizado em Brasília, em 2002, teve como tema “Bioética: poder e injustiça”. Solomon Benatar, em uma das conferências, defendeu que a melhoria da saúde da população vai depender menos de novas descobertas do que da promoção de saúde e de uma maior justiça social, cujo instrumento é o progresso moral (BENATAR, 2003).

Schramm (1996), ao abordar a crise na saúde pública, propôs a ética natural que contemplaria a dualidade entre o individual (sacralidade da vida) e o coletivo (qualidade da vida). Para a ética natural, de responsabilidade radical, os direitos e deveres, liberdades e obrigações, revelam-se igualmente necessários.

Garrafa e Porto (2002) afirmam que a utilização indiscriminada da justificativa bioética como ferramenta metodológica neutra e sem considerar as iniquidades pode resultar em profundas distorções sociais.

Uma das propostas da bioética latino-americana está na bioética de proteção apresentando-se com especificidade para analisar os problemas morais na saúde pública, sugerindo a insuficiência da aplicação do modelo principialista da bioética para dirimir os conflitos nesta área. Propõe a efetivação da responsabilidade aberta, assumindo o princípio de responsabilidade de proteção, para que as ações sejam guiadas de um modo mais comprometido e viável (SCHRAMM; KOTTOW, 2001).

Oliveira *et al.* (2006) ao realizarem pesquisa sobre a perspectiva epistemológica da bioética brasileira, apontam a bioética de proteção como uma destas escolas, da qual é apresentado o princípio da proteção, esse fundamentado no papel mais elementar do Estado.

O princípio de proteção decorre da obrigação do Estado em cuidar da integridade física e patrimonial dos cidadãos. Entendendo por proteção a atitude de dar resguardo ou cobertura às necessidades essenciais, ou seja, aquelas que devem ser satisfeitas para que o afetado possa buscar satisfazer outras necessidades e outros interesses. Alguns autores sugerem que este princípio seria mais adequado para os propósitos da saúde pública, permitindo identificar claramente os objetivos e os atores implicados na implementação de políticas públicas moralmente corretas e efetivas. Enfim, a bioética de proteção é definida como sendo uma ética da responsabilidade social, em que o Estado tem que

assumir suas obrigações sanitárias para com as suas populações (SCHRAMM; KOTTOW, 2001).

Os eixos teóricos norteadores da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos fundamentam a análise do problema de saúde pública eleito como objeto no presente estudo, a solidariedade, a equidade, a justiça e a responsabilidade social (GARRAFA *et al.*, 2006). A solidariedade suporta o princípio moral da priorização, e a equidade, suporta o princípio moral das diferenças; a justiça caminha com o princípio moral da legalidade e a responsabilidade social com o princípio moral da proteção.

A solidariedade, artigo 13 da declaração, (GARRAFA *et al.*, 2006), tem como base conceitual a alteridade do sujeito moral (FORTES, 2003; SELLI; GARRAFA, 2005). Ela corrobora para que o sujeito moral tenha atitudes para além do dever (FORTES, 2003), com reciprocidade e tendo como referência o Estado (SELLI; GARRAFA, 2005), configurando uma ação ativa de relações entre as pessoas que interagem para superar uma realidade desfavorável (CAPONI, 2000). Na perspectiva da saúde pública, o sujeito moral sozinho não é suficiente para resolver os complexos problemas dessa área (SCHRAMM; KOTTOW, 2001), confirmando a importância da intersetorialidade e da ação estatal.

A equidade foi conceituada por Whitehead (1992) como "(...) dar a todos a justa oportunidade de obter seu pleno potencial em saúde". Este conceito foi posteriormente complementado pelo *Center for Health Equity, Training, Research and Evaluation*, conforme citado por Lucchese (2003), "(...) dar acesso e recursos de saúde suficientes para as suas necessidades". Gracia (1989) aponta que o conceito de equidade, na bioética, deve ser: "dar a cada um conforme suas

necessidades". Nas diferentes formulações do conceito de equidade, ativa e propositiva, defende-se a busca de políticas públicas que proporcionem o bem-estar das pessoas, observando suas diferenças, dando-lhes oportunidade de se manifestar (FORTES, 2002). Outro autor que abordou o conceito de equidade foi Berlinguer (2004), afirmando que, no debate bioético, é importante analisar que o aspecto conceitual do direito à saúde está na equidade (justiça distributiva) e não na igualdade, sendo este o caminho a ser percorrido para chegar à igualdade. A equidade apresentada no artigo 10º da declaração que para chegar a igualdade todos devem ser tratados de forma justa e equitativa (GARRAFA *et al.*, 2006).

A justiça, artigo 10º da declaração, é apontada como um dos quesitos imponentes para a igualdade (GARRAFA *et al.*, 2006). O princípio moral da legalidade, exige da sociedade um progresso moral coletivo (JONAS, 1995), traduzido nos valores dos códigos de lei e nos comportamentos públicos (GARRAFA, 2003). De acordo com Habermas (1997), as leis são proposições públicas, que envolvem obrigações recíprocas de direitos e deveres. França Jr. e Ayres (2003), ao abordarem as relações dos direitos humanos e da saúde pública, mostram que, mesmo havendo reciprocidade a responsabilidade continua sendo do Estado, nem que para isso haja derrogabilidade dos direitos de alguns em favor da maioria.

O conceito de responsabilidade social princípio moral da proteção, desenvolvido pela bioética de proteção, pode ser aplicado aos problemas de saúde pública de forma a integrar a responsabilidade moral e a eficácia pragmática retomando o papel do Estado de proteger os cidadãos (SCHRAMM,

2003). O artigo 14 da declaração aponta a responsabilidade social como um de seus princípios (GARRAFA *et al.*, 2006).

Hans Jonas (1995) define a responsabilidade como obrigação direta dos pais para com seus filhos (responsabilidade ôntica), devendo ter abrangência análoga com a responsabilidade do Estado para com os cidadãos, em especial na saúde, constitucionalmente dada como direito e dever do Estado (SCHRAMM; KOTTOW, 2001). Hans Jonas estabelece uma correlação entre a responsabilidade paterna e a responsabilidade política estatal, reiterando a busca do poder para obter responsabilidade verticalizada (SIQUEIRA, 1998). A responsabilidade, pelo princípio moral da proteção, legitima alguma forma de restrição das liberdades individuais, baseando-se na prioridade dos direitos sociais sobre os direitos individuais (SCHRAMM, 2003).

O princípio moral da proteção atende aos princípios da ética em saúde pública, permitindo a análise moral de políticas públicas quando se exige a clara identificação dos atores, dos objetivos, assim como da especificação dos meios adequados para sua execução (SCHRAMM; KOTTOW, 2001).

Pontes e Schramm (2004), ao analisarem o problema de saúde pública representado pelo acesso desigual à água potável, concluíram que o Estado deve reconhecer as situações de desigualdades de acesso e desenvolver políticas públicas para a sua resolução. Foram apontadas como propostas de solução para este problema: manter a opção da gestão pública; o Estado assumir a mesma como obrigação de acesso universal; dar prioridade aos investimentos públicos e desenvolver políticas que focalizem a melhoria do padrão de saneamento urbano

e da moradia das populações especialmente aquelas que estejam em condições precárias de exclusão social.

Algumas pesquisas empíricas na área de bioética tem sido publicadas, essas propõem estudos com metodologias de várias abordagens com predileção às qualitativas , citaremos alguns destes estudos.

Zoboli e Fortes (2004) usaram método qualitativo com entrevista semi-estruturada, com enfermeiros e médicos do Programa de Saúde da Família, município de São Paulo – Brasil, com objetivo de identificar os problemas éticos vivenciados por esses profissionais.

Selleti e Garrafa (2005) ao estudar as raízes cristãs da autonomia propõem empregar a abordagem qualitativa com entrevistas para um grupo de pastores das quatro mais tradicionais vertentes do protestantismo existente no Brasil utilizando questionário com questões abertas.

No estudo que objetivou propor a solidariedade crítica como valor que deve ser incorporado na agenda da bioética foram utilizados dois instrumentos, um questionário para identificar o perfil socioeconômico e a solidariedade como valor que motiva a atividade voluntária, e uma entrevista semi-estruturada para obtenção de dados complementares (SELLI, GARRAFA, 2005).

Kalamantianos e Narvai (2006) em estudo para analisar possíveis dilemas éticos no emprego de produtos fluorados em saúde pública, incluindo a fluoretação da água de abastecimento, através de pesquisa na literatura e entrevista com formuladores de políticas públicas e os tomadores de decisão nessa área.

Em recente publicação foram apresentadas pesquisas com base no método científico e na ética aplicada para a bioética, sob o título de *Pesquisas em Bioética no Brasil de hoje*, apresenta doze trabalhos divididos em três partes distintas, uma referente aos fundamentos teóricos da bioética, outra abordando as situações emergentes e a terceira parte, com maior número de pesquisas, há exemplos das situações persistentes em bioética, que elucidam as várias abordagens para a pesquisa em bioética (GARRAFA, CORDON, 2006).

Oliveira *et al.*(2006) apresentam uma análise das escolas bioéticas brasileiras pelo enfoque kuhniano. Neste sentido o estudo apresenta seis escolas da bioética brasileira: escola da bioética da reflexão autônoma ou bioética autonomista; escola da bioética de intervenção, escola da bioética da proteção; bioética da teologia da libertação; a bioética crítica de inspiração feminista; e a bioética feminista e anti-racista. A bioética enquanto saber apresenta-se de forma pluralista, com diferentes teorias éticas. Embora plural a bioética brasileira possui algumas convergências em proposições centrais e essenciais que não devem ser ignoradas.

Machado *et al.*(2006) analisam a legislação brasileira no uso de animais não-humanos em relação a legislação internacional, sob ponto de vista bioético, conclui que a questão ética na experimentação animal continua a ser um tema difícil no meio didático-científico por não haver preceito legal regulador desta atividade.

Machado *et al.*(2006) utilizando abordagem quantitativa este estudo objetivou estudar a possibilidade do ressurgimento do estigma aos portadores do HIV/AIDS a partir do conhecimento da síndrome da lipodistrofia, a amostra foi de

30 participantes, soropositivos com mais de 18 anos de idade, a coleta de dados se deu por questionário de 20 questões. Concluem, sob o ponto de vista bioético, que o estigma ainda não ocorre pela dificuldade da correlação da lipodistrofia e HIV/AIDS, apontam a necessidade da disponibilização de procedimentos clínicos e cirúrgicos no Sistema Único de Saúde, além das questões psíquicas nessa clientela necessitando de acompanhamento psicológico para diminuir a vulnerabilidade assegurando uma maior autonomia.

Kalume *et al.* (2006) mostram uma pesquisa com o objetivo de verificar a expectativas das pacientes, e se o Estado está assumindo sua responsabilidade de oferecer tratamento de reprodução assistida à população do Sistema Único de Saúde, a luz da bioética. A abordagem quantitativa foi utilizada num desenho de estudo do tipo caso-controle, a amostra foi de 27 pacientes do grupo controle e 24 grupo caso de pacientes mulheres que procuraram serviço de referência para infertilidade. Concluíram que o Estado fomenta a expectativa dessas mulheres em procriar, tornando-as mais vulneráveis, sendo que o serviço não é capaz de suprir esta expectativa.

Mendonça *et al.* (2006) realizaram um estudo que objetivou discutir o uso de autólogo e alogênico de células-tronco de cordão umbilical e suas implicações, utilizando como ferramenta de discussão referencial os princípios bioéticos. Com abordagem qualitativa concluem que é fundamental que a bioética instrumentalize a busca de transparência na definição de políticas públicas com agregação de tecnologia.

Meneses *et al.*(2006) analisam o diagnóstico de morte encefálica e doação de órgãos em um hospital público terciário do Distrito Federal sob os aspectos

bioéticos e o seguimento dos critérios estabelecidos pelo Conselho Federal de Medicina. Com abordagem quali-quantitativa, buscou analisar o serviço e entrevistar 30 médicos com questionário de sete perguntas de múltipla escolha. A pesquisa mostra haver dificuldade na implementação prática das conquistas legais da morte encefálica, com reflexos na insegurança dos familiares na definição de morte encefálica.

Lima *et al.*(2006) apresentam uma pesquisa com abordagem qualitativa, com a técnica de grupo focal, este estudo objetivou considerar o surto de hantavirose pela análise bioética, a amostra de 20 em dois grupos focais, concluindo que a sociedade civil pode ser instrumentalizada através da bioética na tomada de decisões e nas reflexões sobre acontecimentos complexos, como foi o caso de surto de hantavirose em São Sebastião.

A abordagem qualitativa com grupos focais também foi utilizada para alcançar o objetivo de identificar e descrever os dilemas bioéticos vivenciados pelos agentes comunitários de saúde no cotidiano do seu trabalho. A amostra contou de 18 agentes comunitários de saúde divididos em dois grupos focais. O estudo revelou a vulnerabilidade em que vive a comunidade assistida pelos agentes de saúde, evidenciando a reformulação da capacitação destes profissionais (FONTOURA, *et al.*, 2006).

Com objetivo de identificar o motivo que leva crianças de diferentes faixas etárias e classes econômicas a consumir *fast food*, este estudo utilizou abordagem quali-quantitativa, com observação e coleta de dados por questionários estruturados para 24 crianças entre 5 e 12 anos, e 24 pais nas lojas Mc Donald's. O estudo aponta grande desigualdade entre a empresa e seus consumidores,

ressalta-se que a questão alimentar e das estratégias de inução ao consumo configuram como temática aos países periféricos, sendo essencial a promoção e disseminação de valores éticos fundamentais à formação de cidadãos realmente autônomos e responsáveis (SUCUPIRA, *et al.*, 2006).

Daniel *et al.*(2006) utilizaram a abordagem quali-quantitativa, com coleta de dados de informações secundárias junto aos órgãos responsáveis e entrevista com 60 moradores da região, objetivando avaliar o impacto produzido pelas intervenções do saneamento básico na morbidade e mortalidade por algumas doenças tomando como base a bioética principialista. Concluem que as áreas estudadas são vulneráveis do ponto de vista epidemiológico, pois todo cidadão tem o direito a boas condições de higiene física e mental, sendo uma obrigação do Estado promover a justiça distributiva dos benefícios aos cidadãos.

Medeiros *et al.*(2006) realizaram um estudo com o objetivo de identificar dificuldades operacionais e de natureza ética enfrentadas por equipe multidisciplinar, levantar a existência de constrangimentos, discriminação ou outras dificuldades pelos princípios bioéticos e identificar aspectos da legislação atual referente ao benefício do passe livre. Para cumprir estes objetivos foram utilizados as abordagens quali-quantitativas com pesquisa empírica e documental. Com amostra de 32 pessoas entre adolescentes, responsáveis dos jovens e 20 profissionais de nível superior do serviço, com coleta de dados com questionário. Entre as considerações finais estão as dificuldades percebidas e sentidas por usuários do passe livre, bem como a emergência de questões de natureza profissional e ética que parecem afetar as equipes de saúde que lidam cotidianamente com a situação pesquisada.

Freitas *et al.*(2006) abordam o tema do tráfico da fauna silvestre utilizando a abordagem qualitativa para alcançar o objetivo de fazer uma reflexão, a partir da ótica da bioética, sobre o tráfico de animais silvestres e suas implicações sociais, econômicas, culturais e para a biodiversidade. Constatam-se várias dificuldades em solucionar a questão do tratamento dispensado aos animais silvestres, porém é possível buscar soluções éticas viáveis.

Com as considerações anteriores, abrem-se possibilidades investigativas sobre o tema, já que a falta de garantia ao acesso à água potável fluoretada apresenta-se como um problema persistente, do cotidiano, parece ferir os direitos fundamentais, devendo ser considerado sob o prisma da equidade, da solidariedade, do direito e da responsabilidade, em especial nos países em desenvolvimento, marcados por graves problemas de saúde pública.

O presente estudo tem por objetivos: propor uma ferramenta metodológica dentro da abordagem da bioética para analisar os conflitos éticos no acesso à água potável fluoretada no Estado do Paraná, avaliar o relacionamento intersetorial dos atores sociais detentores de recursos relevantes e analisar as representações sociais sobre a fluoretação da água de abastecimento desses atores sociais no acesso à água potável fluoretada no Estado do Paraná.

2. ARTIGOS

2.1 ARTIGO 1 (Submetido ao Journal of Public Health Dentistry)

Título: Análise do acesso à água potável fluoretada, no estado do Paraná, Brasil, sob a perspectiva da bioética.

Autores

Ivana Maria Saes Busato – Programa de Mestrado em Odontologia – Área de Concentração Saúde Coletiva da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Brasil. Mestre

Simone Tetu Moysés - Programa de Mestrado em Odontologia – Área de Concentração Saúde Coletiva da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Brasil. PhD

Samuel Jorge Moysés - Programa de Mestrado em Odontologia – Área de Concentração Saúde Coletiva da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Brasil. PhD

Sérgio Aparecido Ignácio - Programa de Mestrado em Odontologia – Área de Concentração Saúde Coletiva da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Brasil. Doutor

Julio Bisinelli - Programa de Mestrado em Odontologia – Área de Concentração Saúde Coletiva da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Brasil. Doutor

Beatriz Helena Sottile França - Programa de Mestrado em Odontologia – Área de Concentração Saúde Coletiva da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Brasil. Doutora

Resumo

Objetivo: analisar o problema do acesso à água potável fluoretada no Estado do Paraná, Brasil, pela abordagem da bioética. **Método:** estudo transversal utilizando a estratégia da triangulação de métodos, abordando os atores sociais envolvidos com a política ambiental e sanitária do estado do Paraná, com o pressuposto de que tal política exige a intersectorialidade para ser efetiva. Os atores foram agrupados em três segmentos: o mercado, o Estado e a sociedade. Foi utilizada amostra intencional, com a participação de onze instituições relevantes ao objeto da pesquisa. A coleta de dados se deu por entrevista semi-estruturada, sendo estes examinados qualitativamente pela técnica de análise de conteúdo (hermenêutica de profundidade de Thompson), e quantitativamente por meio da correlação das variáveis selecionadas. **Resultados:** os atores sociais demonstraram não praticar a intersectorialidade. A análise revela que os atores não conhecem os dados de cobertura da fluoretação no Estado, embora apontem que a falta de acesso à água potável fluoretada é um problema de saúde pública, relacionando a fluoretação à saúde bucal. Foram identificados conflitos morais relativos aos eixos conceituais analisados, com saliência para a solidariedade, a equidade e a responsabilidade social. A categoria da justiça foi reconhecida consensualmente por todos. **Conclusões:** a fluoretação da água de abastecimento foi considerada como importante para a saúde bucal, sendo uma política pública que deveria ser universalizada. Evidenciou-se que os atores sociais entrevistados não explicitam os conceitos de solidariedade e equidade como necessários para melhorar o acesso à água potável fluoretada. As responsabilidades do Estado são pulverizadas em várias instituições do Paraná,

sem uma relação intersetorial resolutive, embora a intersectorialidade deva ser incorporada como processo integrante das políticas públicas de promoção à saúde.

Palavras-chave: bioética, água fluoretada, saúde pública

Introdução

O grande desafio da humanidade no século XXI está na utilização e conservação dos recursos hídricos. A publicação da Organização Mundial da Saúde (OMS) *Water for Life: making it happen* relata que o acesso à água potável melhora a saúde, dignifica e transforma a vida de milhões de pessoas no mundo (1). A Resolução aprovada pela Assembleia das Nações Unidas, que trata do Decênio Internacional para a Ação (2005-15) estabeleceu esta como a Década da Água (1). Depois da fome, a falta de água poderá ser o principal problema de saúde pública mundial neste século.

O problema do acesso à água potável fluoretada

Dados da OMS confirmam que mais de um bilhão de pessoas no mundo não têm acesso à água potável (2). No Brasil, dados do Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE mostram que ainda são profundas as desigualdades na cobertura de água potável domiciliar, entre áreas urbanas (89,8%) e rurais (18,1%) atingindo apenas 77,9% de cobertura de água potável nos domicílios brasileiros (3).

A fluoretação de água de abastecimento foi apontada pela OMS como uma das dez principais medidas de saúde pública no século XX e a maior responsável pelo declínio da cárie dental (4).

A Lei Federal nº 6050, de 1974, estabeleceu a obrigatoriedade da implantação da fluoretação na água de abastecimento no Brasil (5). No Estado do Paraná, localizado na região sul do Brasil, com cerca de 10 milhões de habitantes e 399 municípios, a medida atinge aproximadamente 85% de cobertura (6).

Peres et al. (7), ao realizarem um estudo sobre as iniquidades no acesso à água fluoretada, no Estado de Santa Catarina, confirmaram a hipótese da atenção inversa: municípios que não têm acesso à água fluoretada apresentam menor desenvolvimento, medido por indicadores de desenvolvimento social e econômico.

A água fluoretada é uma das melhores estratégias de promoção de saúde, promovendo a equidade e exigindo uma ação intersetorial. A aproximação da promoção de saúde e da bioética torna-se imprescindível para a análise dos problemas resultantes das desigualdades do acesso à água fluorada como importante problema de saúde pública.

Moysés et al. (8) apontam que a intersetorialidade surge como uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas voltadas à garantia do direito à promoção de saúde e conseqüentemente melhoraria da qualidade de vida.

A bioética

Um dos desafios da bioética latino-americana consiste em focar a atenção na saúde coletiva e pública. Deve-se incluir nessas discussões o conceito de Garrafa & Porto (9), de uma bioética forte (*hard bioethics*), de intervenção. Assim, a bioética passa a atuar na defesa dos direitos históricos das populações econômica e socialmente excluídas do processo de desenvolvimento mundial. Os autores afirmam que a utilização indiscriminada da justificativa bioética como

ferramenta metodológica neutra, sem considerar as iniquidades, pode resultar em profundas distorções sociais.

O VI Congresso Mundial de Bioética, realizado em Brasília, em 2002, teve como tema Bioética: poder e injustiça. Solomon Benatar, em uma das conferências, defendeu que a melhoria da saúde da população vai depender menos de novas descobertas do que da promoção de saúde e de uma maior justiça social, cujo instrumento é o progresso moral (10).

A falta de garantia de acesso à água potável fluoretada apresenta-se como um problema persistente, fere os direitos fundamentais e deve ser analisada sob o prisma da bioética, em especial nos países em desenvolvimento.

Uma das propostas da bioética latino-americana está na bioética de proteção apresentando-se com especificidade para analisar os problemas morais na saúde pública, criticando as insuficiências do modelo principialista da bioética para dirimir os conflitos desta área, e apontando a necessidade de um princípio de responsabilidade de proteção para guiar as ações de um modo mais comprometido e viável (11).

Oliveira et al. (12) ao realizarem pesquisa sobre a perspectiva epistemológica da bioética brasileira, apontam a bioética de proteção como uma destas escolas, da qual é apresentado o princípio da proteção, esse fundamentado no papel mais elementar do Estado.

Schramm & Kottow (11) apresentam o princípio de proteção como a obrigação do Estado de cuidar da integridade física e patrimonial dos cidadãos. Esse princípio seria mais adequado para os propósitos da saúde pública, permitindo identificar claramente os objetivos e os atores implicados na

implementação de políticas públicas corretas e efetivas moralmente. Enfim, a bioética de proteção é definida como uma ética da responsabilidade social, em que o Estado deve assumir as obrigações sanitárias para com as suas populações.

Os eixos teóricos norteadores da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos suportam a análise do problema de saúde pública eleito como objeto no presente estudo a solidariedade, a equidade, a justiça e a responsabilidade social (13). A solidariedade, por exemplo, passa pelo princípio moral da priorização, e a equidade, pelo princípio moral das diferenças; a justiça caminha com o princípio moral da legalidade e a responsabilidade social com o princípio moral da proteção. Na presente pesquisa, propõe-se analisar o problema do acesso à água potável fluoretada no Estado do Paraná, Brasil, pela abordagem da bioética de proteção.

Método

Esta investigação caracteriza-se como um estudo transversal, utilizando a triangulação de métodos, com abordagens qualitativas e quantitativas. Os seguintes momentos da triangulação foram trabalhados: levantamento de dados secundários de fontes institucionais, coleta primária de dados quantitativos e coleta primária de dados qualitativos (14).

A população do estudo foi composta pelas diferentes instituições envolvidas com a formulação de políticas e tomada de decisão sobre a fluoretação da água de abastecimento do Estado do Paraná, Brasil. Uma amostra intencional (15), selecionou os atores sociais representantes da política ambiental e sanitária no

estado. Os atores foram divididos em três grupos (mercado, estado e sociedade) sendo escolhidas para participar da pesquisa as instituições que possuem maior representatividade em relação ao acesso à água potável fluoretada.

Os representantes dos poderes executivo, legislativo e judiciário caracterizaram o grupo estatal. O mercado foi representado pela empresa (economia mista) com maior cobertura de abastecimento de água no Paraná. A sociedade foi representada por instituições da sociedade civil que participam dos conselhos de saúde e de recursos hídricos. A sociedade também foi representada pela imprensa e por instituição técnico-cooperativa. Compôs o grupo de pesquisa o representante legal de cada instituição, ou pessoa indicada para esta finalidade, totalizando 11 entrevistados.

A abordagem quantitativa se deu com a aplicação de questionário contendo perguntas fechadas, enfocando a importância do relacionamento institucional, a inter-relação das deliberações institucionais, a realização de reuniões ou sessões conjuntas para tomada de decisão e a forma como aconteciam esses relacionamentos. As respostas foram avaliadas por análise de distribuição de frequência e correlações, usando os testes de Qui-quadrado e Spearman, com o programa SPSS versão 13.0.

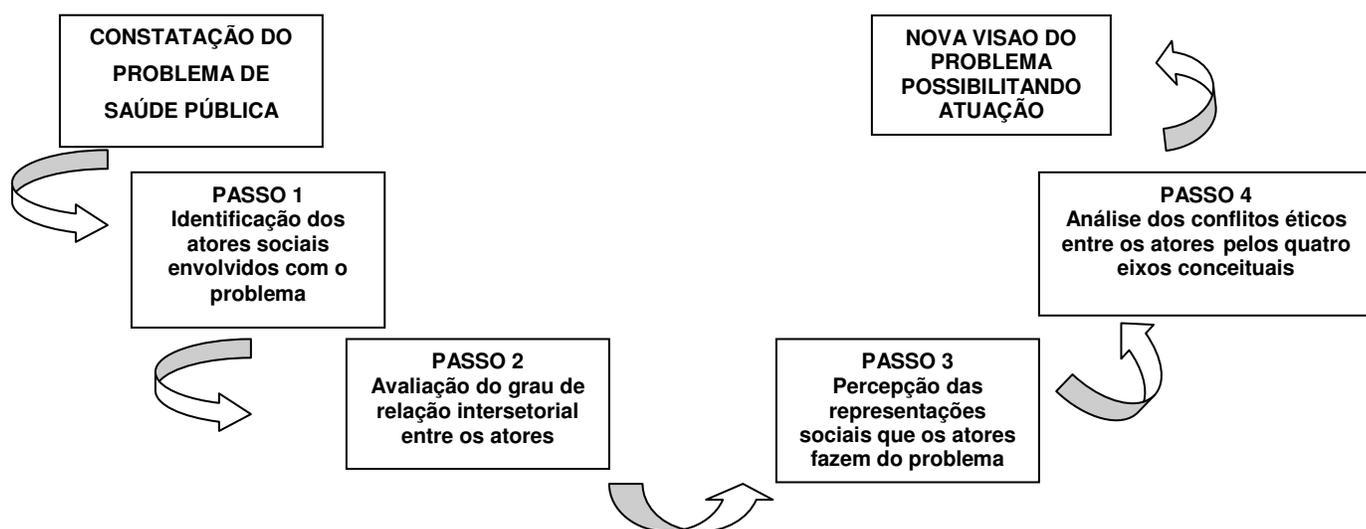
A abordagem qualitativa teve orientação metodológica de Minayo e Turato (14,15). Os dados qualitativos foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada (15), e verificados pela técnica da análise de conteúdo (16), com a utilização da hermenêutica de profundidade de Thompson nas etapas de: contextualização sócio-histórica, análise formal, interpretação e reinterpretação (17).

A análise contextual contemplou os aspectos do relacionamento intersetorial, as representações sociais sobre a fluoretação e os conflitos éticos quanto às categorias: direito, solidariedade, equidade e responsabilidade. Assim, foi possível construir uma ferramenta metodológica para utilização da bioética para análise de problemas de saúde pública.

A ferramenta metodológica proposta foi dividida em quatro passos, conforme apresentado no modelo conceitual da bioética de proteção (figura 1).

FIGURA 1

Diagrama do modelo conceitual da bioética de proteção.



Resultados

Os atores sociais entrevistados foram compostos por oito homens e três mulheres dos quais dez relataram ter formação universitária, sendo que oito têm formação pós-graduada na área específica, e um com formação de nível médio.

Na avaliação das práticas de intersetorialidade, os entrevistados consideraram importante manter sempre o relacionamento intersetorial (59,5%) mostrando existir dependência entre o relacionamento institucional com a

divulgação de deliberações entre as instituições ($p=0,00$) e entre relacionamento institucional e realização de sessões e reuniões conjuntas ($p=0,04$) sendo que o grau de associação foi de $r=0,45$ e $r=0,27$, respectivamente, conforme mostrado na tabela 1. Contudo, a principal forma de relacionamento entre as instituições entrevistadas parece acontecer por meio de documentos formais como ofícios ou processos, conforme apurado posteriormente por análise qualitativa e contextual.

TABELA 1 –
Distribuição de freqüência e associação na avaliação do relacionamento intersetorial entre os atores sociais importantes para o acesso à água potável fluoretada, Paraná, Brasil, 2006.

		n (%)	Deliberações da Instituição *			Sessões e Reuniões Conjuntas **		
			Nunca	Às vezes	Sempre	Nunca	Às vezes	Sempre
Relacionamento Institucional	Nunca	11 (9,09)	5 (4,13)	5 (4,13)	1 (0,83)	4 (3,31)	6 (4,96)	1 (0,83)
	Às vezes	38 (31,40)	5 (4,13)	30 (24,79)	3 (2,48)	15 (12,40)	20 (16,53)	3 (2,48)
	Sempre	72 (59,50)	1 (0,83)	41 (33,88)	30 (24,79)	13 (10,74)	40 (33,06)	19 (15,70)
Total		121 (100)	11 (9,09)	76 (62,81)	34 (28,10)	32 (26,45)	66 (54,55)	23 (19,01)

* Estatisticamente significativa - Teste do Qui-quadrado $p=0,00$ e $r= 0,45$

** Estatisticamente significativa - Teste do Qui-quadrado $p=0,04$ e $r=0,27$

A análise qualitativa mostrou, ainda, que os atores sociais não conheciam os dados de cobertura da fluoretação no Estado do Paraná, conforme representado nas entrevistas citadas: E05 (...) *“não tenho este número agora..(..)”*; E01 (...) *“não sei qual é mas imagino que ela seja bastante boa...(..)”*

Quando informada a cobertura, os entrevistados manifestaram divergência se a mesma deveria melhorar ou se já seria adequada, (...) *“eu acho que 90% de cobertura, bom resultado seria 100 %..(..)”* (E07), *“(..)..é um resultado bom em termos de Brasil.. (..)”* (E09).

A representação social dos entrevistados reforçou a percepção de que a falta de acesso à água potável fluoretada é um problema de saúde pública: “ (...)..é um problema de saúde pública num processo preventivo porque previne a cárie. (...)” (E02), “ (...)com certeza porque gera problemas de saúde quem não tem acesso.. (...)” (E.03).

Ressalta-se que os mesmos foram capazes de relacionar a fluoretação com a saúde bucal, “ (...)..água fluoretada é um dos grandes benefícios ... com certeza traz benefícios.. (...)” (E02), “ (...).. na questão da água fluoretada tem a saúde bucal né.. (...)” (E10).

Em relação à justificativa para o uso do flúor na água de abastecimento, os atores afirmaram ser medida importante. Contudo, perguntados sobre o conhecimento a respeito das divergências e dilemas morais na sociedade quanto à fluoretação, apresentaram diferentes opiniões, conforme exemplificado na entrevista 01 “ (...) eu não conheço as discussões técnicas... se nós tivéssemos métodos alternativos deveríamos usá-los.. (...)”.

A participação da sociedade foi apontada como importante pela maioria dos pesquisados, os quais concordaram também que essa participação ainda não acontece na prática, mas necessita ser efetivada: “ (...)..nos recursos hídricos nós estamos aprendendo a lidar com isto (participação da sociedade).. (...)” (E04).

A análise mostrou que os atores sociais possuem conflitos éticos em relação à solidariedade e divergiram ao apontar os segmentos que demandariam o princípio moral da priorização. Os entrevistados indicaram que a área rural e todos que não tem acesso à água potável fluoretada deveriam ser priorizados nessa política pública. Cinco atores indicaram uma área para aplicar o princípio da

eqüidade: dois para a área rural, um para a área pobre urbana e dois indicaram todos os cidadãos que não tem acesso, independentemente de área de residência.

A categoria do direito foi consenso entre os entrevistados, havendo conflito no efeito da reciprocidade do conceito do direito (direitos e deveres). A categoria da responsabilidade gerou polarização: cinco entrevistados indicaram o poder público como totalmente responsável pelo acesso, e seis apontaram que deveria ser responsabilidade compartilhada entre as instituições e a sociedade.

Discussão

Publicações sobre este tema focam a análise ética pelos princípios clássicos da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Costa, et al. (18), indicam que estes princípios não podem ser absolutos, havendo necessidade de reordenamento do principalismo, para servir como orientação na solução dos dilemas constantemente mutáveis.

Alguns autores abordaram o conflito moral da fluoretação da água de abastecimento. Harris (19) não considera a fluoretação um abuso de poder, uma vez que o Estado deve fazê-lo em nome do interesse coletivo. Considera antiético não fluoretar, sendo sua posição compartilhada por autores como Macnally & Downie (20). Neste estudo houve consenso entre os entrevistados que o Estado tem obrigação legal de efetuar a fluoretação sendo de interesse da coletividade.

Enquanto, Pratt Jr. *et al.* (21) questionam os métodos de pesquisa nesta área e afirmam que a fluoretação fere a individualidade, o que não pode ocorrer em sociedades democráticas. Neste dilema, uma posição que deveria ser

observada é a de Gracia (22), quando afirma que em conflito entre os níveis público e privado, os deveres públicos sempre deveriam ter prioridade sobre os deveres individuais. Resultados apontaram que os entrevistados concordam com esta proposição não havendo menção sobre os direitos individuais sobreporem os coletivos.

Contudo, Diesendorf (23) afirma que a fluoretação fere os princípios éticos por não apresentar segurança científica de controle nos indivíduos, uma vez que considera a fluoretação uma terapêutica medicamentosa. Coggon & Cooper (24) ecoam a afirmação anterior, argumentando que a sociedade não tem condições de avaliar eticamente essa questão, pois seria necessário assegurar que os benefícios da fluoretação suplantam os riscos.

Neste estudo em que a sociedade foi incluída através de representações da imprensa, entidades civis de conselhos e de técnicos foi possível verificar que a sociedade tem possibilidade de avaliar eticamente a fluoretação da água de abastecimento.

Essa posição encontra ressonância em Cohen & Locker (25), quando afirmam que é imoral implementar uma medida de saúde pública que seja baseada em evidências científicas inconsistentes. Cross & Carton (26) abordaram o tema pela violação do Código de Nuremberg, considerando a fluoretação uma terapêutica medicamentosa que exigiria cumprir os artigos dessa convenção internacional. Contrariamente, McNally & Downie (20) afirmam que a medida é inofensiva e benéfica.

Em estudo sobre os produtos fluorados, incluindo a fluoretação da água de abastecimento, Kalamantianos & Narvai (27) ressaltam que há conflitos de ordem

ética em relação à autonomia e à justiça distributiva dos benefícios e danos, contrariando esta afirmação esta questão não foi evidenciada pelos resultados encontrados nesta pesquisa pela maioria dos entrevistados.

Bases científicas justificam a fluoretação da água de abastecimento, como no caso da recente revisão sistemática da literatura realizada por McDonagh et al. (28) mostrando que há importante impacto sobre a cárie dental. Jones et al. (29) concordam, afirmando que a água fluoretada e dentifrícios fluoretados contribuem para reduzir substancialmente a prevalência e a incidência de cárie dental.

Com o presente estudo verificam-se as possibilidades investigativas sobre o tema, já que a falta de garantia ao acesso à água potável fluoretada apresenta-se como um problema persistente, do cotidiano, parece ferir os direitos fundamentais, devendo ser considerado sob o prisma da equidade, da solidariedade, do direito e da responsabilidade, em especial nos países em desenvolvimento, marcados por graves problemas de saúde pública.

Ressalta-se que o Brasil vem procurando democratizar as informações da potabilidade da água de abastecimento público visando o controle social obrigando as empresas de saneamento a divulgar os parâmetros de potabilidade, dentre eles o flúor.

Conclusão

O relacionamento intersetorial entre responsáveis pelo acesso à água potável fluoretada no Estado do Paraná parece acontecer de forma burocrática, sem o comprometimento orgânico dos sujeitos nas instituições. Há a necessidade de comprometimento dos vários atores em projetos intersetoriais, pois quando isso

não ocorre dificulta a sustentabilidade das políticas públicas, especialmente daquelas voltadas à promoção da saúde.

A representação social deve ser considerada para avaliar políticas públicas, uma vez que pode explicitar a falta de conhecimento e divergências que interferem na tomada de decisão. A fluoretação da água de abastecimento é importante para a saúde bucal e deveria ser uma política pública universalizada, e de responsabilidade compartilhada por todos.

Ficou evidenciado que os atores sociais entrevistados não consideram os conceitos de solidariedade e equidade como necessários para melhorar o acesso à água potável fluoretada.

A responsabilidade social do Estado é pulverizada em várias instituições do Paraná, sem a devida relação intersetorial, dificultando o enfrentamento do problema. A importância da universalização de uma política pública está diretamente relacionada com sua capacidade de promover a diminuição das diferenças sócio-econômicas, Burt (30) afirma, em seu estudo, que há evidências que a fluoretação reduz as disparidades na experiência da cárie dental onde há diferenças sócio-econômicas.

Há que se considerar o empoderamento comunitário necessário para democratizar o reconhecimento da importância dessa política pública, para mais atores sociais que fizessem a advocacia por sua universalização..

A bioética de proteção mostrou ter especificidade para a saúde pública, possibilitando a análise do problema que potencializam o desenvolvimento de estratégias de proteção, provocando reflexão para ação.

O estudo buscou apresentar a abordagem bioética na saúde pública pela análise do problema do acesso à água potável fluoretada no Estado do Paraná, Brasil, abrindo a possibilidade de realização de outras pesquisas que busquem analisar conflitos éticos na saúde pública o que facilita a aplicação da bioética de proteção como ética prática.

Referências

1. WHO, UNICEF. Water for life: making it happen. Joint monitoring programme for water supply and sanitation. France, 2005
2. WEHAB. A framework for action on water and sanitation. World Summit on Sustainable Development. Johannesburg: Geneva: WHO, 2002.
3. Brasil, IBGE. Pesquisa Nacional de Censo 2000. IBGE: Rio de Janeiro 2000. ([http:// www.ibge.gov.br/pesquisas](http://www.ibge.gov.br/pesquisas)).
4. WHO. Achievements in public health, 1900-1999: fluoridation of drinking water to prevent dental caries. Morbidity and Mortality Weekly Report. 1999;48:933-40.
5. Brasil. Lei Federal nº6050 1974. (<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/search.php>)
6. Paraná, SESA. Relatório de vigilância da água de abastecimento no Paraná 2005. (<http://www.saude.gov.pr.br>).
7. Peres MA, Fernandes LS, Peres KG. Inequality of water fluoridation in Southern Brazil - the inverse equity hypothesis revisited. Social Science & Medicine 2004;58:1181-9.
8. Moysés SJ, Moysés ST, Krempel MC. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: experiência de Curitiba. Ciência & Saúde Coletiva 2004;9(3):627-41.

9. Garrafa V, Porto D. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção. O mundo da saúde 2002;26(1):6-15.
10. Benatar SR. Bioética: poder e injustiça. In: Bioética: poder e injustiça. Edited by Garrafa V, Pessini LC. São Paulo: Edições Loyola; 2003: 25-33.
11. Schramm FR, Kottow M. Princípios bioéticos em salud pública: limitaciones y propuestas. Cadernos de saúde pública 2001, 17(4):949-56.
12. Oliveira A A S de, Villapouca K C, Barroso W. Perspectiva epistemológica da bioética brasileira a partir da teoria de Thomas Kuhn. In: Pesquisas em bioética no Brasil.de hoje..Edited by Garrafa V, Córdon J São Paulo: Ed. Gaia;2006:19-44.
13. Garrafa V, Kottow M, Saada A, editors. Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano. São Paulo: Gaia, 2006.
14. Minayo MCS. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
15. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Revista de Saúde Pública 2005, 39(3):507-14.
16. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa/Portugal: Edições 70; 1977.
17. Demo P. Pesquisa e informação qualitativa: aportes metodológicos. Campinas: Papiros; 2001.
18. Costa SIF, Garrafa V, Oselka G. Introdução. In: Iniciação à bioética. Edited by Costa SIF, Garrafa V, Oselka G. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1996: 15-36.

19. Harris J. The ethics of fluoridation. The British Fluoridation Society for Evidence-based Information. 1989.
20. MacNally M, Downie J. The ethics of water fluoridation. J Can Dent Assoc 2000;66:592-3.
21. Pratt Jr E, Rawson RD, Rubin M. Fluoridation at fifty: what have we learned? The Journal of Law, Medicine & Ethics 2002;30(3):117-21.
22. Gracia D. Fundamentos da bioética. Madrid: Eudema. 1989.
23. Diesendorf M. How science can illuminate ethical debates: a case study on water fluoridation. Fluoride 1995;28(2):87-104.
24. Coggon D, Cooper J. Fluoridation of water supplies. BMJ 1999;319:269-70.
25. Cohen H, Locker D. The science and ethics of water fluoridation. J Can Dent Assoc 2001;67(10):578-80.
26. Cross DW, Carton RJ. Fluoridation: a violation of medical ethics and human rights. International Journal of Occupational and Environmental Health 2003;9(1):24-9.
27. Kalamantianos PA, Narvai PC. Aspectos éticos do uso de produtos fluorados no Brasil: uma visão dos formuladores de políticas públicas de saúde. Ciência & Saúde Coletiva 2006;11(1):63-9.
28. McDonagh MS, Whiting PF, Sutton AJ, Chestnutt I, Cooper J, Misso K, Bradley M, Treasure E, Kleijnen J. Systematic review of water fluoridation. BMJ 2000;321:855-9.
29. Jones S, Burt BA, Petersen PE, Lennon MA. The effective use of fluorides in public health. Bulletin of World Health Organization 2005;83(9):670-6.

30 Burt BA. Fluoridation and social equity. J Public Health Dent 2002;62(4):195-200.

2.1.2 ARTIGO 1 (INGLÊS)

Title: Analysis of access to fluoridated drinking water in the state of Paraná, Brazil, from the perspective of the bioethics.

Authors

Ivana M. Saes Busato. Master. Master of Dentistry Programme – Collective Health Concentration Track – Pontifical Catholic University of Paraná, Brazil.

Simone T. Moysés. Ph.D. Master of Dentistry Programme – Collective Health Concentration Track – Pontifical Catholic University of Paraná, Brazil.

Samuel J. Moysés. Ph.D. Master of Dentistry Programme – Collective Health Concentration Track – Pontifical Catholic University of Paraná, Brazil.

Sérgio A. Ignácio. Doctor. Master of Dentistry Programme – Collective Health Concentration Track – Pontifical Catholic University of Paraná, Brazil.

Julio Bisinelli. Doctor. Master of Dentistry Programme – Collective Health Concentration Track – Pontifical Catholic University of Paraná, Brazil.

Beatriz H. Sottile França. Doctor. Master of Dentistry Programme – Collective Health Concentration Track – Pontifical Catholic University of Paraná, Brazil.

Abstract

Objective: to analyse the problem of access to fluoridated drinking water in the State of Paraná, Brazil, using the bioethics of protection approach.

Methods: a transverse study using the strategy of triangulation between methods, engaging the stakeholders involved with the environmental and health policies of the state of Paraná, based on the supposition that such policies require intersectoriality to be effective. The stakeholders were grouped into three segments: the market, the State and society. An intentional sample was used involving the participation of eleven institutions of relevance to the objective of the study. Data-gathering took place by means of a semistructured interview and the data was examined qualitatively using the content analysis technique (Thompson depth hermeneutics), and quantitatively by means of the correlation of the selected variables.

Results: the stakeholders demonstrated that they do not practice intersectoriality. Analysis revealed that the stakeholders did not have knowledge of data on fluoridation coverage in the State, although they do affirm that the lack of access to fluoridated water is a public health problem, in that they related fluoridation to oral health. Moral conflicts were identified in relation to the conceptual areas analysed, in particular in the areas of solidarity, equality and social responsibility. The category of justice was consensually recognized by all the stakeholders.

Conclusion: fluoridation of the water supply was recognised as being important for oral health and as a public policy that should be made universal. It was also demonstrated that the stakeholders did not explicitly mention the

concepts of solidarity and equality as being necessary in order to improve access to fluoridated drinking water. The responsibilities of the State are diluted among several institutions which do not have a resolute intersectorial relationship between each other, even though intersectoriality should be incorporated as part of the process of public health promotion policies.

Key words: bioethics, fluoridated water, public health

Introduction

The great challenge facing humankind in the 21st century is found in the use and conservation of water resources. The World Health Organisation (WHO) publication entitled “Water for Life: making it happen” relates that access to drinking water improves health, dignifies and transforms the lives of millions of people all over the world (1). The Resolution approved by the United Nations on the International Decade for Action (2005-15), established this period as the Water Decade (1). After hunger, lack of water may be the world’s main public health problem this century.

The problem of access to fluoridated drinking water

WHO data confirms that more than a billion people in the world do not have access to potable water (2). In Brazil, data from the latest Demographic Census carried out by the Brazilian Institute of Geography and Statistics - *IBGE* shows that there are still profound inequalities in the availability of potable household water, between urban areas (89.8%) and rural areas (18.1%), so that only 77.9% of Brazilian households are supplied with potable water (3).

Fluoridation of the water supply has been indicated by the WHO as one of the ten principal public health measures of the 20th century and the most responsible for the fall in the rates of tooth decay (4).

Federal Law No. 6050, passed in 1974, makes the implantation of fluoridation of the water supply obligatory in Brazil (5). In the State of Paraná, located in Brazil's southern region, with around 10 million inhabitants and 399 municipalities, approximately 85% of the population has access to fluoridated water (6).

The study carried out by Peres *et al.* (7) into inequalities of access to fluoridated water in the State of Santa Catarina confirmed the hypothesis of inverse care: municipalities without access to fluoridated water are less developed according to social and economic development indicators.

Fluoridated water is one of the best health promotion strategies as it promotes equality and demands intersectorial action. Bringing together health promotion and bioethics therefore becomes indispensable in analysing the problems that arise from inequalities of access to fluoridated water as a significant public health issue.

Moysés, et al. (8) indicate that intersectoriality arises as a new way of working, governing and building public policies centred on ensuring the right to health promotion and the consequent improvement in the quality of life.

Bioethics

One of the challenges faced by Latin American bioethics consists in centering attention on collective and public health services. The concept raised by Garrafa and Porto (9) of hard bioethics and intervention must be included in these

discussions. In this way bioethics become active in defending the historic rights of populations economically and socially excluded from the process of world development. The authors affirm that the indiscriminate use of justifications based on bioethics as a neutral methodological tool, without taking inequalities into consideration, may result in profound social distortions.

The VI World Congress on Bioethics, held in Brasília in 2002, had as its theme: Bioethics: power and injustice. Solomon Benatar, during one of the conferences, defended that improving the population's health will depend less on new discoveries and more on health promotion and greater social justice, and that the instrument for this is moral progress (10).

The lack of guaranteed access to fluoridated drinking water is a persistent problem, in addition to breaching fundamental rights, and must be analysed in the light of bioethics, especially in developing countries.

One of the proposals of Latin American bioethics lies in the bioethics of protection having specificity with regard to analysing moral problems in relation to public health. They are critical of the shortcomings of the principlalist model of bioethics in solving conflicts in this area and point to the need for a principle of responsibility for protection to guide actions in a more committed and feasible manner (11).

Oliveira et al. (12) in their research into the epistemological perspective of Brazilian bioethics, indicate the bioethics of protection as being one of these schools of thought and from which the principle of protection, based on the most elementary role of the State, is derived.

Schramm & Kottow (11) present the principal of protection as part of the State's duty in caring for its citizens' physical integrity and property. This principle would be more appropriate to public health matters, by enabling the clear identification of objectives and stakeholders involved in the implementation of public policies that are morally both correct and effective. Bioethics of protection are defined as a form of ethics of social responsibility, whereby the State must fulfil its health obligations towards its populations.

The theoretical axes that guide the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, namely solidarity, equality, justice and social responsibility, support the analysis of the public health problem chosen in this study. (13) For example, solidarity involves the moral principal of prioritisation and equality involves the moral principal of differences. Justice is associated with the moral principal of legality and social responsibility is associated with the moral principal of protection. This study proposes an analysis of the problem of access to fluoridated drinking water in the State of Paraná, Brazil, using a bioethics of protection approach.

Methods

This investigation is characterised as a transverse study, using triangulation of methods, with both qualitative and quantitative approaches. Triangulation was used in the following situations: when obtaining secondary data from institutional sources, the primary gathering of quantitative data and the primary gathering of qualitative data (14).

The population studied was comprised of the various institutions involved in formulating policies and taking decisions on the fluoridation of the water supply in the State of Paraná, Brazil. By means of an intentional sample (15), stakeholders representing the environmental and health policies in the state were selected. The stakeholders were divided into three groups (market, state and society) and the institutions chosen to take part in the study were those with most representativity in relation to access to fluoridated drinking water.

The state group was comprised of representatives of the government, local parliament and the judiciary. The market was represented by the largest water supply company (mixed capital) in Paraná. Society was represented by civil society institutions that are members of local health and water advisory councils. Society was also represented by the press and by an institution that provides technical cooperation. The legal representative, or a specifically indicated person, of each institution comprised the group, with eleven people being interviewed in all.

The qualitative aspect of the study was undertaken by applying a questionnaire containing closed questions, focussing the importance of institutional relations, the interrelation of institutional deliberations, the holding of joint meetings or sessions in order to make decisions and the way in which these relations happened. The replies were assessed using frequency distribution analysis and correlations, using Chi-square and Spearman tests and version 13.0 of the SPSS program.

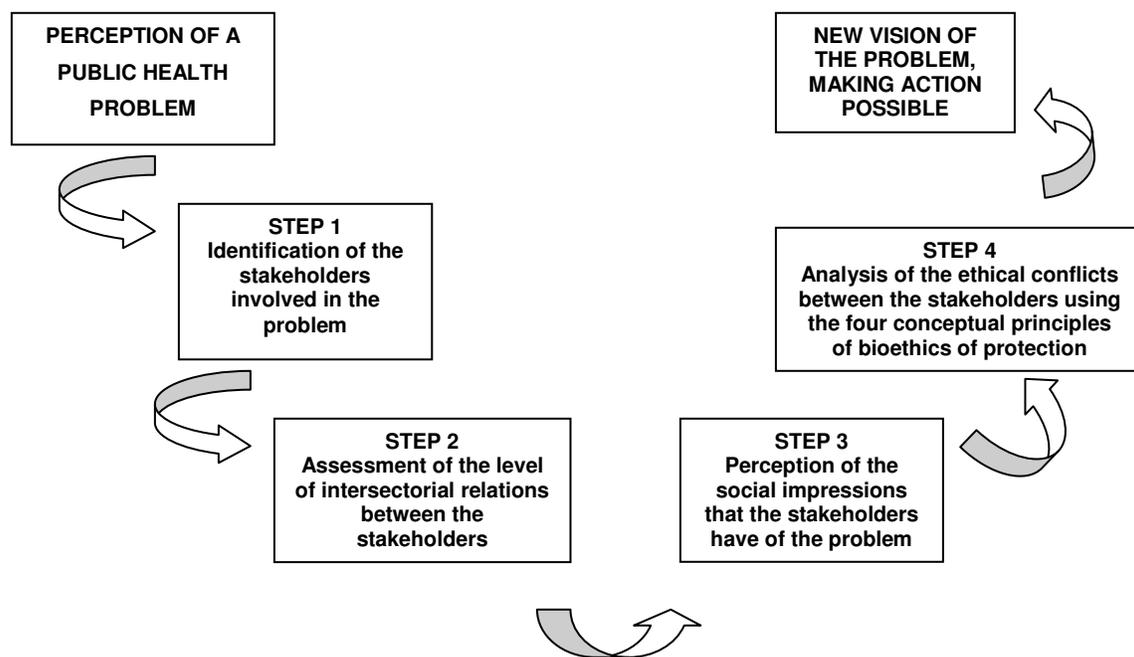
The qualitative approach used was oriented methodologically following Minayo and Turato (14,15). The qualitative data was collected by means of a semistructured interview (15), and checked using the content analysis technique

16), including the use of Thompson depth hermeneutics in the following stages: social and historic contextualisation, formal analysis, interpretation and reinterpretation (17).

The contextual analysis took into consideration the aspects of intersectorial relations, social impressions of fluoridation and the ethical conflicts with regard to the following categories: justice, solidarity, equality and social responsibility. In this way it was possible to build a methodological tool in order to be able to use bioethics of protection to analyse public health problems.

The methodological tool proposed was divided into four steps, as presented below in the conceptual model of bioethics of protection (figure 1).

Figure 1: Diagram of the conceptual model of bioethics of protection.



Results

Eight men and three women comprised the stakeholders interviewed, of whom ten referred having a university degree. Of these, eight have post graduate qualification in the specific area. The eleventh person is qualified to secondary school level.

In their assessment of practices of intersectorality, the interviewees considered it important to always maintain intersectorial relations (59.5%) thereby demonstrating the existence of dependence between institutional relations and the publicising of deliberations between the institutions ($p=0.00$) and between institutional relations and the holding of joint sessions and meetings ($p=0.04$). The degree of association was $r=0.45$ and $r=0.27$, respectively, as shown in Table 1. However, the main form of relations between the institutions interviewed would appear to take place by means of formal documents such as memoranda or files containing documents, as later verified by means of qualitative and contextual analysis.

Table 1 – Frequency and association distribution in the assessment of the intersectorial relations between the stakeholders responsible for fluoridated drinking water in Paraná, Brazil, 2006

	n (%)	Deliberation of the Institution *			Joint Sessions and Meetings †		
		Never	Sometimes	Always	Never	Sometimes	Always
Institutional Relations							
Never	11 (9.09)	5 (4.13)	5 (4.13)	1 (0.83)	4 (3.31)	6 (4.96)	1 (0.83)
Sometimes	38 (31.40)	5 (4.13)	30 (24.79)	3 (2.48)	15 (12.40)	20 (16.53)	3 (2.48)
Always	72 (59.50)	1 (0.83)	41 (33.88)	30 (24.79)	13 (10.74)	40 (33.06)	19 (15.70)
Total	121 (100)	11 (9.09)	76 (62.81)	34 (28.10)	32 (26.45)	66 (54.55)	23 (19.01)

* Statistically significant - Chi-square test $p=0.00$ and $r= 0.45$

† Statistically significant - Chi-square test $p=0.04$ and $r=0.27$

The qualitative analysis also showed that the stakeholders did not have knowledge of data on fluoridation coverage in the State of Paraná, as revealed by the following quotations from the interviews: *I.05 (...) "I don't have these figures right now..(..)", I.01 (...) "I don't know what it is (coverage) but I imagine that it's pretty good...(..)."*

Once they were informed what the coverage was the interviewees diverged on whether it should be improved or whether it was adequate as it was, (...) *"I think coverage of 90%, but a good result would be 100 %..(..)" (I.07), "(..)..it's a good result in terms of Brazil as a whole.. (..)." (I.09).*

The social impressions of the interviewees reinforced the perception that the lack of access to fluoridated drinking water is a public health problem: *"(..)..it is a*

public health problem within a preventive process because it prevents tooth decay. (..).” (I.02), “ (..)of course, because it creates health problems for those who don’t have access.. (..).”(I.03).

Furthermore the interviewees were also able to relate fluoridation to oral health, “ (..)..*water treated with fluoride is one of the big benefits ... there’s no doubt that it brings benefits.. (..).”(I.02), “(..)..*the issue of water treated with fluoride involves oral health, doesn’t it.. (..).”*(I.10).*

With regard to the justification for the use of fluoride in the water supply, the stakeholders affirmed that it is an important measure. However, when asked about their knowledge of the divergences and moral dilemmas within society in relation to fluoridation, they put forward different opinions, as exemplified in interview 01 “ (....) *I don’t know about the technical discussions... If there are alternative methods we should use them. (..).”*

The participation of society was seen as being important by the majority of those interviewed and they also agreed that such participation does not yet happen in practice, but it needs to be put into place: “ (..)..*those of us that work in water resources are learning to deal with this (the participation of society).. (..).”(I.04).*

The analysis showed that the stakeholders had ethical conflicts with regard to solidarity and diverged as to the segments that should be contemplated with the moral principle of prioritisation. The interviewees indicated that both the rural area and all those who do not have access to fluoridated drinking water should be prioritised by this public policy. Five of the stakeholders indicated an area to which the principle of equality could be applied: two indicated the rural area, one

indicated the poor urban areas and two indicated all those who do not have access, regardless of where they live.

There was consensus among the interviewed as to the category of justice, with conflict as to the effect of the reciprocity of the concept of justice (rights and duties). The category of social responsibility caused polarisation: five interviewees indicated the government as being totally responsible for access, whilst six affirmed that responsibility should be shared between the institutions and society.

Discussion

Publications on this theme focus on ethical analysis based on the classic principals of bioethics: autonomy, beneficence, nonmaleficence and justice. Costa, *et al.* (18), indicate that these principals cannot be absolute, and that there is a need to reorder principalism, so that it can serve as a guide for solving constantly changing dilemmas.

There are some authors who have already looked into the moral conflict surrounding the fluoridation of the water supply. Harris (19) does not consider fluoridation to be an abuse of authority, since the State ought to ensure fluoridation in the interest of society as a whole. He considers it to be unethical not to treat drinking water with fluoride and his opinion is shared by authors such as Macnally & Downie (20). In our study there was consensus between the interviewees that the State has a legal obligation to fluoridate the water supply and that it is in the common interest.

On the other hand, Pratt Jr. *et al.* (21) question research methods used in this area and affirm that fluoridation does not respect individuality, which is

something that cannot occur in democratic societies. A position that must be observed in this dilemma is that of Gracia (22), who affirms that when there is conflict between the public and the private spheres, public duties should always have priority over individual duties. Results of our study indicated that the interviewees agreed with this assertion and there was no mention of individual rights being above collective ones.

However, Diesendorf (23) affirms that fluoridation does not respect ethical principles because there is no guaranteed scientific control of its effects on individuals, considering fluoridation to be a form of medicinal therapeutics. Coggon & Cooper (24) repeat the previous affirmation, arguing that society is not in a position to make an ethical evaluation of this issue, since it would be necessary to ensure that the benefits of fluoridation outweigh the risks.

In our study society was included through the representation of the press, and also through civil society organisations that are members of advisory councils, as well as technical professionals, and it was possible to verify that society is in fact able to ethically evaluate the fluoridation of the water supply.

This opinion is reaffirmed by Cohen & Locker (25) when they state that it is immoral to implement a public health measure based on inconclusive scientific evidence. Cross & Carton (26) examined this theme from the point of view of the violation of the Code of Nuremberg, considering fluoridation as a form of medicinal therapeutics that should require the articles of this international convention to be enforced. On the contrary, McNally & Downie (20) affirm that the measure is inoffensive and beneficial.

Kalamantianos & Narvai (27) in their study on fluoridated products, including the fluoridation of water supplies, emphasise that there are conflicts of an ethical nature in relation to autonomy and distributive justice of the benefits and harms thereof. Contrary to this affirmation, this issue was not confirmed by the results revealed in our study of the majority of those interviewed.

Scientific information, such as the recent systematic review of the literature undertaken by McDonagh, *et al.* (28), justifies the fluoridation of the water supply, by showing that there it has an important impact on tooth decay. Jones, *et al.*(29) agree, affirming that fluoridated water and fluoridated toothpastes contribute towards substantially reducing the prevalence and incidence of tooth decay.

This study enables the possibilities of research into the subject to be verified, since the lack of guaranteed access to fluoridated drinking water as a persistent everyday problem appears not to respect fundamental rights and should be considered in the light of equality, solidarity, justice and social responsibility, especially in developing countries affected by serious public health problems.

It should be emphasised that Brazil has sought and continues to seek to democratise information on the potability of State supplied water with the aim of ensuring social monitoring and control and obliging water companies to publicise the parameters of potability, including fluoride levels.

The intersectorial relations between those responsible for ensuring access to fluoridated drinking water in the State of Paraná would appear to take place in a bureaucratic manner, without the organic commitment of those in the institutions. The need exists to ensure to commitment of the different stakeholders in

intersectorial projects, since in the absence of this commitment the sustainability of public policies is made difficult, especially those relating to health promotion.

Social impressions must be taken into consideration in the evaluation of public policies, since they can reveal lack of knowledge and divergences that interfere in decision-making. The fluoridation of the water supply is important for oral health and should be a universal public policy the responsibility for which should be shared by everyone.

It was shown that the stakeholders interviewed do not consider the concepts of solidarity and equality as necessary for improving access to fluoridated drinking water.

The State's responsibilities are diluted among several institutions without the necessary intersectorial relations, thus making it more difficult to respond to the problem. The importance of making a public policy universal is directly related to its ability to promote the reduction of socio-economic differences. Burt (30) states in his study that there is evidence that fluoridation reduces the disparities in the experience of dental decay when socio-economic differences exist.

Consideration needs to be given to community empowerment as a necessary means to democratize the recognition of this problem, among a larger number of stakeholders committed to advocating its universalization.

Bioethics of protection have shown that they can be specifically applied to public health issues, making it possible to analyse the problem in a way that potentiates the development of protection strategies, thereby provoking reflection which in turn leads to action.

The study sought to put forward the bioethical approach within the sphere of public health through the analysis of the problem of the access to fluoridated drinking water in the State of Paraná, Brazil, thereby opening the way for the possibility of additional research seeking to analyse ethical conflicts relating to public health and facilitating the application of bioethics of protection as an ethical practice.

References

1. WHO, UNICEF. Water for life: making it happen. Joint monitoring programme for water supply and sanitation. France, 2005
2. WEHAB. A framework for action on water and sanitation. World Summit on Sustainable Development. Johannesburg: Geneva: WHO, 2002.
3. Brasil, IBGE. Pesquisa Nacional de Censo 2000. IBGE: Rio de Janeiro 2000. (<http://www.ibge.gov.br/pesquisas>).
4. WHO. Achievements in public health, 1900-1999: fluoridation of drinking water to prevent dental caries. Morbidity and Mortality Weekly Report. 1999;48:933-40.
5. Brasil. Lei Federal nº6050 1974. (<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/search.php>)
6. Paraná, SESA. Relatório de vigilância da água de abastecimento no Paraná 2005. (<http://www.saude.gov.pr.br>).
7. Peres MA, Fernandes LS, Peres KG. Inequality of water fluoridation in Southern Brazil - the inverse equity hypothesis revisited. Social Science & Medicine 2004;58:1181-9.
8. Moysés SJ, Moysés ST, Krempel MC. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: experiência de Curitiba. Ciência & Saúde Coletiva 2004;9(3):627-41.
9. Garrafa V, Porto D. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção. O mundo da saúde 2002;26(1):6-15.
10. Benatar SR. Bioética: poder e injustiça. In: Bioética: poder e injustiça. Edited by Garrafa V, Pessini LC. São Paulo: Edições Loyola; 2003: 25-33.
11. Schramm FR, Kottow M. Princípios bioéticos em salud pública: limitaciones y propuestas. Cadernos de saúde pública 2001, 17(4):949-56.
12. Oliveira A A S de, Villapouca K C, Barroso W. Perspectiva epistemológica da bioética brasileira a partir da teoria de Thomas Kuhn. In: Pesquisas em bioética no Brasil.de hoje..Edited by Garrafa V, Córdon J São Paulo: Ed. Gaia;2006:19-44.

13. Garrafa V, Kottow M, Saada A, editors. Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano. São Paulo: Gaia, 2006.
14. Minayo MCS. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
15. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Revista de Saúde Pública 2005, 39(3):507-14.
16. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa/Portugal: Edições 70; 1977.
17. Demo P. Pesquisa e informação qualitativa: aportes metodológicos. Campinas: Papiros; 2001.
18. Costa SIF, Garrafa V, Oselka G. Introdução. In: Iniciação à bioética. Edited by Costa SIF, Garrafa V, Oselka G. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1996: 15-36.
19. Harris J. The ethics of fluoridation. The British Fluoridation Society for Evidence-based Information. 1989.
20. MacNally M, Downie J. The ethics of water fluoridation. J Can Dent Assoc 2000;66:592-3.
21. Pratt Jr E, Rawson RD, Rubin M. Fluoridation at fifty: what have we learned? The Journal of Law, Medicine & Ethics 2002;30(3):117-21.
22. Gracia D. Fundamentos da bioética. Madrid: Eudema. 1989.
23. Diesendorf M. How science can illuminate ethical debates: a case study on water fluoridation. Fluoride 1995;28(2):87-104.
24. Coggon D, Cooper . Fluoridation of water supplies. BMJ 1999;319:269-70.
25. Cohen H, Locker D. The science and ethics of water fluoridation. J Can Dent Assoc 2001;67(10):578-80.
26. Cross DW, Carton RJ. Fluoridation: a violation of medical ethics and human rights. International Journal of Occupational and Environmental Health 2003;9(1):24-9.
27. Kalamantianos PA, Narvai PC. Aspectos éticos do uso de produtos fluorados no Brasil: uma visão dos formuladores de políticas públicas de saúde. Ciência & Saude Coletiva 2006;11(1):63-9.

28. McDonagh MS, Whiting PF, Sutton AJ, Chestnutt I, Cooper J, Misso K, Bradley M, Treasure E, Kleijnen J. Systematic review of water fluoridation. *BMJ* 2000;321:855-9.
29. Jones S, Burt BA, Petersen PE, Lennon MA. The effective use of fluorides in public health. *Bulletin of World Health Organization* 2005;83(9):670-6.
30. Burt BA. Fluoridation and social equity. *J Public Health Dent* 2002;62(4):195-200.

2.2 ARTIGO 2 (Submetido à Revista de Saúde Pública)

Título: Bioética e saúde pública: proposta de ferramenta metodológica para bioética de proteção

Title: Bioethics and public health: a proposed methodological tool for the bioethics of protection

Autores

Ivana Maria Saes Busato – Programa de Mestrado em Odontologia – Área de Concentração Saúde Coletiva da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Brasil.

Simone Tetu Moysés - Programa de Mestrado em Odontologia – Área de Concentração Saúde Coletiva da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Brasil.

Samuel Jorge Moysés - Programa de Mestrado em Odontologia – Área de Concentração Saúde Coletiva da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Brasil.

Julio Bisinelli - Programa de Mestrado em Odontologia – Área de Concentração Saúde Coletiva da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Brasil.

Beatriz Helena Sottile França - Programa de Mestrado em Odontologia – Área de Concentração Saúde Coletiva da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Brasil.

Resumo

A bioética tem sua genealogia em 1971, e desde então seus princípios vem sendo utilizados para analisar conflitos éticos na área da saúde. Um dos desafios da bioética Latino-americana consiste em focar a atenção na análise dos problemas éticos em saúde pública. Neste contexto a bioética de proteção foi proposta para atuar especificamente nessa área. Definida como sendo uma ética da responsabilidade social do Estado, atua como ética prática, sendo elencados quatro eixos conceituais: solidariedade, eqüidade, justiça e responsabilidade social como ctegorias de análise. O presente artigo propõe uma ferramenta metodológica sob a perspectiva da bioética de proteção para analisar os problemas éticos em saúde pública. Apresenta um modelo teórico conceitual com passos consecutivos para avaliação de problemas em saúde pública. A ferramenta metodológica demonstra que a bioética de proteção tem relevância para aplicação na saúde pública. Com abordagens quali-quantitativas, possibilitou-se um processo de avaliação do problema sob uma nova mirada, mais abrangente, sugerindo ser possível reduzir o tempo entre a informação e ação. Explicita os atores sociais diretamente envolvidos com o problema, seus projetos e representações sociais e a viabilidade de atuação, corroborando uma ação melhor informada por parte dos tomadores de decisão.

Palavras-chave: bioética, ferramenta metodológica, saúde pública.

Abstract

The genealogy of bioethics dates back to 1971, and since then its principles have been used to analyse ethical conflicts in health-related issues. One of the

challenges for Latin American bioethics consists in focussing attention on the analysis of ethical problems in public health. Within this context the bioethics of protection was proposed specifically for this area. Defined as being part of the ethics of the State's social responsibility, it is a practical form of ethics which has four conceptual areas: solidarity, equity, justice and social responsibility, which are used as categories of analysis. This article proposes a methodological tool from the perspective of the bioethics of protection for use in the analysis of ethical problems in public health. A conceptual theoretical model is presented with consecutive steps to be taken in the evaluation of public health problems. The methodological tool demonstrates that the bioethics of protection is of relevance for application in public health. The use of qualitative and quantitative approaches has made possible a process of problem evaluation from a new and broader point of view which suggests that it is possible to reduce the time between the receipt of information and the taking of action. It clearly defines the social actors directly involved with the problem, their social projects and impressions and the feasibility of action being taken, thereby corroborating better informed actions on the part of the decision makers.

Keywords: bioethics, methodological tool, public health.

Introdução

Há extensa literatura disponível sobre este campo de conhecimento/intervenção, foram selecionados alguns aspectos centrais do seu desenvolvimento. Vários acontecimentos contribuíram para o surgimento da bioética. O marco histórico para a genealogia da bioética foi à obra de Van Rensselaer Potter, em 1971, que pensava a bioética como uma ponte entre a ciência biológica e a ética ¹. Desde então, a bioética trilhou vários caminhos epistemológicos, em consonância com as formações sociais e sujeitos que a operam em contextos variados.

Na bioética anglo-saxônica a reflexão tem sua origem na ética principialista, focada na preocupação com o controle da pesquisa com seres humanos. Assim, são estabelecidos os quatro princípios da bioética: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça ¹. Costa et al. ², relatam que esses princípios não podem ser absolutos e devem ser reordenados, porém foram rapidamente assimilados, constituindo-se a ferramenta mais utilizada na medição e na resolução dos conflitos morais pertinentes à bioética.

A bioética européia tem o enfoque ético fortemente marcado pela idéia da virtude e do caráter. Gracia ³, bioeticista espanhol, representante dessa bioética, divide os quatro princípios em dois níveis, o privado (autonomia e beneficência), e o público (não-maleficência e justiça). Em caso de conflito entre os dois níveis, os deveres no nível público sempre têm prioridade sobre os deveres privados.

No entanto, deu-se início no surgimento de críticas ao principialismo e à universalização de seus princípios, especialmente nos anos 90, mostrando a necessidade de se respeitar os diferentes contextos sociais e culturais existentes¹.

O conceito de Garrafa & Porto ⁴, de uma bioética forte de intervenção (*hard bioethics*), torna-se imprescindível na defesa dos direitos históricos das populações excluídas do processo de desenvolvimento mundial. A bioética deve se preocupar, preferencialmente, com as situações persistentes, ou seja, com aqueles problemas que continuam acontecendo e que não deveriam mais acontecer no século XXI.

O VI Congresso Mundial de Bioética, realizado em Brasília, em 2002, teve como tema “Bioética: poder e injustiça” trouxe a tona a discussão sobre o papel do princípio da justiça no contexto da promoção da saúde¹. Garrafa & Porto ⁴ afirmam que a utilização indiscriminada da justificativa bioética como ferramenta metodológica neutra e sem considerar as iniquidades pode resultar em profundas distorções sociais.

Neste contexto a bioética de proteção é uma das propostas que se apresenta com especificidade para analisar os problemas morais na saúde pública, sugerindo a insuficiência da aplicação do modelo principialista da bioética para dirimir os conflitos desta área. Propõe a efetivação da responsabilidade aberta, com o princípio de proteção, para que as ações sejam guiadas de um modo mais comprometido e viável ⁵.

O presente artigo propõe uma ferramenta metodológica, sob a perspectiva da bioética de proteção para analisar os conflitos éticos na saúde pública.

Referencial teórico

O princípio de proteção decorre da obrigação do Estado em cuidar da integridade física e patrimonial dos cidadãos. Entendendo por proteção a atitude de dar resguardo ou cobertura às necessidades essenciais, ou seja, aquelas que

devem ser satisfeitas para que o afetado possa buscar satisfazer outras necessidades e outros interesses. Alguns autores sugerem que este princípio seria mais adequado para os propósitos da saúde pública, permitindo identificar claramente os objetivos e os atores implicados na implementação de políticas públicas moralmente corretas e efetivas. Enfim, a bioética de proteção é definida como sendo uma ética da responsabilidade social, em que o Estado tem que assumir suas obrigações sanitárias para com as suas populações ⁵.

Os eixos teóricos norteadores da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos suportam a análise do problema de saúde pública eleito como objeto no presente estudo a solidariedade, a equidade, a justiça e a responsabilidade social ¹. A solidariedade, por exemplo, suporta o princípio moral da priorização, e a equidade, suporta o princípio moral das diferenças; a justiça caminha com o princípio moral da legalidade e a responsabilidade social com o princípio moral da proteção.

A solidariedade, artigo 13 da declaração ¹, tem como base conceitual à alteridade do sujeito moral ^{6,7}. Ela corrobora para que o sujeito moral tenha atitudes para além do dever ⁷ com reciprocidade e tendo como referência o Estado ⁷, configurando uma ação ativa de relações entre as pessoas que interagem para superar uma realidade desfavorável ⁸. Na perspectiva da saúde pública, o sujeito moral sozinho não é suficiente para resolver os complexos problemas dessa área ⁵, confirmando a importância da intersectorialidade e da ação estatal.

A equidade foi conceituada por Whitehead ⁹ como "(...) dar a todos a justa oportunidade de obter seu pleno potencial em saúde". Este conceito foi posteriormente complementado pelo *Center for Health Equity, Training, Research*

and Evaluation, conforme citado por Lucchese ¹⁰, " (...) *dar acesso e recursos de saúde suficientes para as suas necessidades* ".

Gracia ³ aponta que o conceito de equidade, na bioética, deve ser: "dar a cada um conforme suas necessidades". Nas diferentes formulações do conceito de equidade, ativa e propositiva, defende-se a busca de políticas públicas que proporcionem o bem-estar das pessoas, observando suas diferenças, dando-lhes oportunidade de se manifestar ¹¹ Outro autor que abordou o conceito de equidade foi Berlinguer ¹², afirmando que, no debate bioético, é importante analisar que o aspecto conceitual do direito à saúde está na equidade (justiça distributiva) e não na igualdade, sendo este o caminho a ser percorrido para chegar à igualdade. A equidade apresentada no artigo 10º da declaração que para igualdade todos devem ser tratados de forma justa e eqüitativa ¹.

A justiça, artigo 10º, é apontada como um dos quesitos importantes para a igualdade¹. O princípio moral da legalidade, exige da sociedade um progresso moral coletivo ¹³ traduzido nos valores dos códigos de lei e nos comportamentos públicos ¹⁴. De acordo com Habermas ¹⁵, as leis são proposições públicas, que envolvem obrigações recíprocas de direitos e deveres. França Jr. & Ayres ¹⁶, ao abordarem as relações dos direitos humanos e da saúde pública mostram que, mesmo havendo reciprocidade, a responsabilidade continua sendo do Estado, nem que para isso haja derogabilidade dos direitos de alguns em favor da maioria.

O conceito de responsabilidade social, princípio moral da proteção, desenvolvido pela bioética de proteção, pode ser aplicado aos problemas de saúde pública de forma a integrar a responsabilidade moral e a eficácia

pragmática retomando o papel do Estado de proteger os cidadãos ¹⁷. Hans Jonas ¹³ define a responsabilidade como obrigação direta dos pais para com seus filhos (responsabilidade ôntica), devendo ter abrangência análoga com a responsabilidade do Estado para com os cidadãos, em especial na saúde, constitucionalmente dada como direito e dever do Estado ¹⁷.

Segundo Siqueira ¹⁸, Hans Jonas estabelece uma correlação entre a responsabilidade paterna e a responsabilidade política estatal, reiterando a busca do poder para obter responsabilidade verticalizada. A responsabilidade, pelo princípio moral da proteção, legitima alguma forma de restrição das liberdades individuais, baseando-se na prioridade dos direitos sociais sobre os direitos individuais¹⁷. O artigo 14 da declaração aponta a responsabilidade social como um de seus princípios ¹.

O princípio moral da proteção atende aos princípios da ética em saúde pública, permitindo a análise moral de políticas públicas quando se exige a clara identificação dos atores, dos objetivos, assim como da especificação dos meios adequados para sua execução ⁵.

A ferramenta metodológica proposta é produto de uma pesquisa empírica que foi desenvolvida sob os princípios da triangulação de métodos, realizada para analisar conflitos éticos no acesso à água potável fluoretada no Estado do Paraná, Brasil.

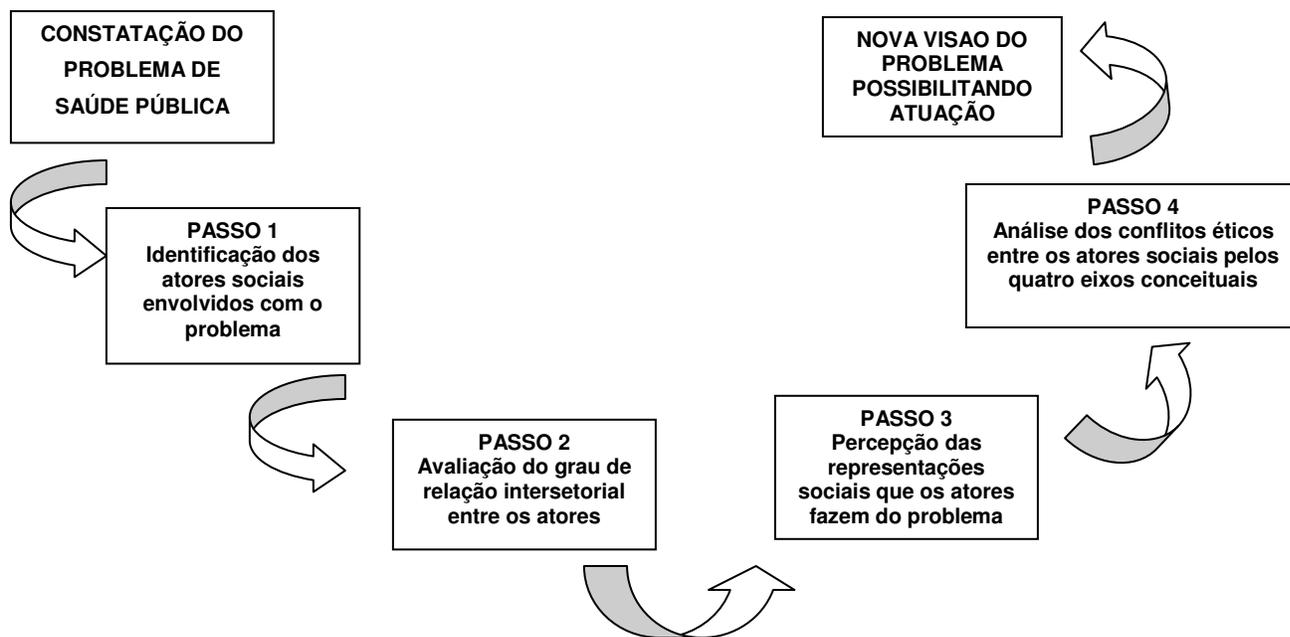
Minayo ¹⁹ mostra que o bom método é aquele capaz de conduzir o investigador a alcançar respostas para suas perguntas, desenvolver seu objeto, explicá-lo ou compreendê-lo, dependendo da proposta.

Neste trabalho, parte-se da perspectiva que a avaliação de conflitos morais na sociedade, por meio de uma ferramenta metodológica adequada, poderá contribuir na redução do tempo entre a produção da evidência científica e sua adoção em políticas de saúde, sendo uma resposta técnica para um fim político.

Resultados

A ferramenta metodológica desenvolvida no presente trabalho resultou da triangulação de métodos, sendo uma estratégia de investigação com fundamentos interdisciplinares, utilizando abordagens qualitativas e quantitativas, conforme proposto por Minayo ¹⁹. A proposta contempla quatro passos, conforme demonstrado na figura 1.

Figura 1: Diagrama do modelo conceitual da bioética de proteção.



O primeiro passo consistiu na identificação dos atores sociais envolvidos com o problema, levando em consideração que ator social é uma pessoa (ou coletivo de pessoas), inserida no problema de saúde estudado que tem a

capacidade de transformar esta realidade, sendo detentor de algum recurso de relevância. Nesta etapa são realizados levantamentos de dados e a coleta de informações secundárias sobre o problema elencado para contemplar a terceira parte da triangulação. Os atores sociais devem ser listados por ordem de aproximação com o problema e dos recursos de relevância que detém sobre o problema estudado. Os recursos podem ser econômicos, técnicos, políticos, cognitivos, dentre outros (quadro 1).

Quadro 1: Passo 1 da ferramenta metodológica .

PASSO 1 – Identificação dos atores sociais envolvidos com o problema	
LISTAGEM DOS ATORES SOCIAIS, DE ACORDO COM RECURSOS QUE CONTROLA FRENTE AO PROBLEMA ESTUDADO: _____	
ator	
1	
2	
3	
4	
5	
n.....	

O passo seguinte é importante para a avaliação do grau de relação intersetorial entre os atores sociais listados. A pesquisa transversal com abordagem quantitativa sinalizou a importância de cada ator faz do relacionamento intersetorial, avaliando o relacionamento deste com cada um dos outros atores envolvidos, bem como a frequência de reuniões conjuntas para a tomada de decisão e a forma de relacionamento entre os atores. Essas variáveis podem ser coletadas por meio de questionário com perguntas fechadas em escala ordinal, de três, cinco ou mais pontos. Esse método possibilita gerar um banco de dados que pode ser analisado pelas frequências e correlações entre as variáveis por meio de *software* estatísticos.

Outra possibilidade aqui apresentada para esta avaliação consiste em realizá-la por meio do quadro de avaliação da relação intersetorial apresentada no quadro 2, cada relação é marcada com um número que pode ser analisado individualmente, após esta análise, o contexto geral pode ser visualizado possibilitando avaliação deste passo da ferramenta.

Quadro 2: Passo 2 da ferramenta metodológica.

PASSO 02 - Avaliação do grau de relação intersetorial entre os atores pelo quadro de avaliação					
Ator	Ator 01	Ator 02	Ator 03	Ator 04	Ator 05
Ator 01	-	01	02	03	04
Ator 02	05	-	06	07	08
Ator 03	09	10	-	11	12
Ator 04	13	14	15	-	16
Ator 05	17	18	19	20	-

A abordagem qualitativa foi usada para os passos seguintes (3 e 4). A pesquisa foi realizada com amostra intencional (atores sociais selecionados) conforme proposto por Turato ²⁰. A coleta de dados foi feita por entrevista semi-estruturada ¹⁹. Recomenda-se que esse roteiro contenha perguntas abertas com poucas questões. Que sejam gravadas, transcritas e avaliadas pela análise de conteúdo ²¹.

O passo 3 objetivou realizar a avaliação da percepção das representações sociais que os atores fazem do problema. A análise histórico-contextual visa conhecer como cada ator social está inserido no problema trabalhado; depois é realizada a verificação dos termos e visões mais freqüentes na entrevista; a análise do discurso agrupa as argumentações em categorias de contexto, quantas forem identificadas nas falas dos sujeitos de pesquisa. Nesta etapa acontece

avaliação de cada entrevista, destacando elementos de discurso mais presentes entre os atores sociais estudados.

O último passo (4) caracterizou-se pela análise dos conflitos éticos entre os atores, pelos quatro eixos conceituais: solidariedade, equidade, justiça e responsabilidade social. Devem-se observar nas entrevistas as estruturas profundas de posicionamento, ancoradas nos eixos conceituais, percebendo a valoração, em escala ordinal (alta, média e baixo), conforme mostrado no quadro 3. Nesse quadro é especificada, também, a indicação que cada ator faz ou não de algum segmento específico na bioética de proteção, percebido nas falas da entrevista.

O quadro 4 é um resumo analítico da ferramenta metodológica proposta, que mostra as características de cada passo, a abordagem, objetivo e característica da análise.

Quadro 4: Quadro analítico da ferramenta metodológica da bioética de proteção.

Passo	características	abordagem	objetivo	Característica da análise
1	Identificação dos atores sociais envolvidos com o problema de saúde pública	Quantitativo	Estudar a diversidade de atores sociais envolvidos com o problema	Analisar atores sociais com recursos de relevância para o problema
2	Avaliação do grau de relação intersetorial entre atores sociais	Quantitativo	Mensurar aspectos da intersetorialidade	Analisar o grau de relacionamento intersetorial entre os atores sociais
3	Percepção das representações sociais que esses atores fazem do problema estudado	Qualitativo	Estudar elementos da realidade por meio das representações expressas pelos entrevistados	Analisar o discurso coletivo expresso pelos atores sociais
4	Analisar os conflitos éticos entre os atores pelos quatro eixos conceituais	Qualitativo	Estudar a significação e valoração de cada ator social sobre os eixos conceituais	Analisar conflitos pelas diferenças constatados entre os atores sociais

Quadro 3: Passo 4 da ferramenta metodológica da bioética de proteção para analisar conflitos éticos pelos eixos conceituais.

Passo 04 - Analisar os conflitos éticos entre os atores pelos quatro eixos conceituais						
01. Análise da valoração dos conflitos éticos nas categorias da solidariedade, equidade, direito e responsabilidade.						
categoria	Sub-categoria	Ator 01	Ator 02	Ator 03	Ator 04	Ator n..
solidariedade	Avaliação do ator social sobre a reciprocidade (doar e receber)					
	Observância de atitudes além do dever do ator					
	Percepção que o ator tem a capacidade da alteridade (capacidade de se colocar no lugar do outro)					
	Integração do ator com outros para juntos agir para superar realidade desfavorável					
equidade	Percepção do ator que se deve promover o bem-estar, observada as diferenças					
	Percepção do ator que o anterior é uma etapa para chegar na igualdade					
	Avaliação do ator que cada um deve receber conforme suas necessidades					
	Avaliação do ator que cada um deve receber justa oportunidade para alcançar seu potencial					
	Percepção do ator que é possível dar acesso e recursos conforme as necessidades de cada um					
justiça	Ator aponta a legislação sobre o problema					
	Ator apresenta argumentos sobre a legislação como uma proposição pública					
	Ator aponta que a presença de legislação foi conseqüência do progresso moral coletivo					
	Ator percebe que há efeitos recíprocos (direitos e deveres)					
	Argumentação sobre a possibilidade de provocar a derogabilidade de alguns para benefício da maioria					
Responsabilidade social	Ator argumenta sobre o dever da eficácia nas medidas que irão solucionar o problema					
	Ator aponta que há necessidade do controle dos resultados das ações para solução do problema					
	Percepção do ator social que há obrigação direta do Estado					
	Ator se coloca como partícipe da resolução do problema					

Escala ordinal: A – alta, M – média, B – baixa

Discussão

Em recente publicação ²² foram apresentadas pesquisas com base no método científico e na ética aplicada para a bioética, sob o título de *Pesquisas em Bioética no Brasil de hoje*, apresenta doze trabalhos que exemplificam as várias abordagens para a pesquisa em bioética. Ressalta-se que seis destas pesquisas utilizaram a abordagem qualitativa, sendo três com aplicação de entrevistas com amostra intencional. Quatro estudos empregaram a abordagem quali-quantitativas e duas usaram apenas a abordagem quantitativa.

Outros estudos empíricos têm sido utilizados na bioética com abordagens qualitativas, utilizando entrevistas e amostra intencional ^{6,23,24,25}.

A utilização da ferramenta metodológica proposta, inova em apresentar a triangulação de métodos com a interação das abordagens qualitativas, quantitativas. No estudo de caso aplicado a conflitos éticos no acesso à água potável fluoretada no Estado do Paraná, Brasil, mostrou que a bioética de proteção permite a análise de problemas de saúde pública com novas possibilidades interpretativas. Explicita os atores sociais diretamente envolvidos no problema, seus objetivos e a viabilidade de atuação sobre o problema. As várias dimensões analisadas permitem vislumbrar uma possível interação de atores, provocando a reflexão para ação por parte dos interlocutores.

Ressalta-se a importância do mapeamento dos atores sociais com relevância para o problema estudado (Passo 01) porque deste procedimento é lastreada todo o estudo e desencadeadas as outras avaliações.

O estudo apresentou uma proposta de ferramenta metodológica com abordagens quanti-qualitativas para analisar os conflitos éticos em saúde pública,

utilizando os quatro eixos conceituais elencados, baseado nos conceitos da solidariedade, do direito, da equidade e da responsabilidade social. Amplia, assim, o repertório metodológico para a realização de outras pesquisas que objetivem analisar os problemas de saúde pública, de situações persistentes ou emergentes, pela abordagem da bioética de proteção como ética aplicada.

Referências

1. Garrafa V; Kottow, M; Saada, A, editors. Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano. São Paulo: Gaia, 2006.
2. Costa SIF, Garrafa V, Oselka G. Introdução. In: Costa SIF, Garrafa V, Oselka G, editors. Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 15-36.
3. Gracia D. Fundamentos da bioética. Madrid: Eudema; 1989.
4. Garrafa V, Porto D. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção. O mundo da saúde 2002;26(1):6-15.
5. Schramm FR, Kottow M. Princípios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. Cadernos de Saúde Pública 2001;17(4).
6. Selli L, Garrafa V. Bioética, solidariedade crítica e voluntariado orgânico. Revista de Saúde Pública 2005;39(3):473-8.
7. Fortes AdC. Reflexões sobre o princípio ético da justiça distributiva. In: Fortes AdC, Zoboli ELCP, editors. Bioética e saúde pública. São Paulo: Centro Universitário São Camilo & Edições Loyola; 2003.
8. Caponi S. Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.
9. Whitehead M. The concepts and principles of equity in health. International Journal of Health Service 1992;22:429-45.
10. Lucchese PTR. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. Ciência & Saúde Coletiva 2003;8(2):439-48.
11. Fortes PAdC. Bioética, equidade e políticas públicas. O mundo da saúde 2002;26(1):143-7.

12. Berlinguer G. Bioética cotidiana. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2004.
13. Jonas H. El principio de responsabilidad: ensayo de una ética para la civilización tecnológica. Barcelona: Herder; 1995.
14. Garrafa V. Reflexão sobre políticas públicas brasileiras de saúde à luz da bioética. In: Fortes AdC, Zoboli ELCP, editors. Bioética e saúde pública. São Paulo: Centro Universitário São Camilo & Edições Loyola; 2003.
15. Habermas J. Direito e democracia: entre a facticidade e validade. Rio de Janeiro: Biblioteca Tempo Universitário; 1997.
16. França Jr I, Ayres JRdCM. Saúde pública e direitos humanos. In: Fortes AdC, Zoboli ELCP, editors. Bioética e saúde pública. São Paulo: Centro Universitário São Camilo & Edições Loyola; 2003.
17. Schramm FR. A bioética da proteção em saúde pública. In: Fortes AdC, Zoboli ELCP, editors. Bioética e saúde pública. São Paulo: Centro Universitário São Camilo 7 Edições Loyola; 2003.
18. Siqueira JE. Ética e Tecnociência: uma abordagem segundo o princípio de responsabilidade de Hans Jonas. Londrina: UEL; 1998.
19. Minayo MCS. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
20. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Revista de Saúde Pública 2005;39(3):507-514.
21. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa/Portugal: Edições 70; 1977.
22. Garrafa V, Córdon J. Pesquisas em bioética no Brasil de hoje. São Paulo: Gaia, 2006.
23. Zoboli ELCP, Fortes PAC. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa de Saúde da Família, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública 2004; 20(5):1690-9.
24. Selletti JC, Garrafa V. As raízes cristãs da autonomia. Petrópolis: Editora Vozes, 2005.

25. Kalamantianos PA, Narvai PC. Aspectos éticos do uso de produtos fluorados no Brasil: uma visão dos formuladores de políticas públicas de saúde. *Ciência & Saude Coletiva* 2006, 11 (1): 63-69.

3. REFERÊNCIAS

BALDANI, M. H.; VASCONCELOS, A. G. G.; ANTUNES, J. L. F. Associação do índice CPO-D com indicadores sócio-econômicos e de provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.01, p.143-152, jan-fev, 2004.

BERLINGUER, G. **Questões de Vida (ética, ciência, saúde)**. Salvador; São Paulo; Londrina: APCE; HUCITEC; CEBES, 1993, 218 p.

BRASIL. **Lei Federal nº 6050 (1974)**. Disponível em: <http://e-legis.bvs.br/leisref/public/search.php>. Acesso em: 29 ago. 2005.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. Disponível em: <http://www.gov.br/legislação>. Acesso em: 06 abr. 2005.

_____. **Projeto SB Brasil**. MS: Brasília 2004. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/dab/saudebucal>. Acesso em: 05 abr. 2005.

BRASIL, IBGE. **Pesquisa nacional de saneamento básico 2000**. IBGE: Rio de Janeiro 2002. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/pesquisas>. Acesso em: 05 abr. 2005.

BRASIL; MS. **Portaria nº 518 (2004)**. Disponível em: <http://e-legis.bvs.br/leisref/public/search.php>. Acesso em: 29 ago. 2005.

BRASIL; OPAS. **IDB 2004 Brasil - Indicadores e dados básicos para saúde**. RIPSAs: Brasília, 2005, 04 p.

BREDARIOL, C.; VIEIRA, L. **Cidadania e política ambiental**. Rio de Janeiro: Record, 1998, 171 p.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.3, p.669-678. 2004.

DANIEL, M. H. B.; SANMARTIN, J. A.; PIRES, E. M.; BUGARIN JR, J. G. Saneamento básico e ocorrência de doença de transmissão hídrica em população de baixa renda no Paranoá/ Distrito Federal: uma análise bioética. In: GARRAFA, V; CORDÓN, J. (org.). **Pesquisas em bioética no Brasil de hoje**. São Paulo:Gaia, p. 193-209, 2006.

FONTOURA, M. D.; ALMEIDA, A. P de; MARQUES, C. M. S.; PRADO, M. M do; CORDÓN, J. Dilemas bioéticos no cotidiano do trabalho do agente comunitário de

saúde. In: GARRAFA, V; CORDÓN, J. (org.). **Pesquisas em bioética no Brasil de hoje**. São Paulo:Gaia, p. 157-170, 2006.

FORTES, A. D. C.; ZOBOLI, E. L. C. P. Bioética e saúde pública: entre o individual e o coletivo. In: FORTES, A. D. C.; ZOBOLI, E. L. C. P. (Ed.). **Bioética e saúde pública**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo & Edições Loyola, p. 11-24, 2003.

FORTES, P. A. D. C.; ZOBOLI, E. L. C. P. Bioética e Promoção de saúde. In: LEFEVRE, A. M. C.; LEFEVRE, F. **Promoção de saúde, ou, a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, p. 147-163, 2004.

FREITAS, A. P. A. de; GOMES, J. R. A. A.; MIRANDA, L. T. G. S. ; SÁ, N. M. de. Tráfico da fauna silvestre brasileira: vulnerabilidade dos animais *versus* responsabilidade social. In: GARRAFA, V; CORDÓN, J. (org.). **Pesquisas em bioética no Brasil de hoje**. São Paulo:Gaia, p. 231-255, 2006.

GARRAFA, V. **Dimensão da ética em saúde pública**. São Paulo: Faculdade de Saúde pública/ USP, 1995, p.72.

IUHP; EEC. **The Evidence of Health Promotion Effectiveness**. Luxembourg: ECSC-EC-EAEC, Brussels, 145-151 p., 1999.

JAPIASSU, H. **O mito da neutralidade científica**. Rio de Janeiro: Imago, 1981, p.187.

KALUME, C.; NUNES, J. C.; SAMRSLA, M.; CUNHA, A. C. R. da. A expectativa de mulheres que aguardam tratamento de reprodução assistida no hospital público de referência do Distrito Federal. In: GARRAFA, V; CORDÓN, J. (org.). **Pesquisas em bioética no Brasil de hoje**. São Paulo:Gaia, p. 85-100, 2006.

KOTOW, M. Evolucion del concepto de Bioetica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.24, n.1, 10-13 p., jan/abr, 2000.

LIMA, R. T. S.; GALLINDO FILHO, C. A. C.; CARVALHO JR, E. D.; GARRAFA, V. In: GARRAFA, V; CORDÓN, J. (org.). **Pesquisas em bioética no Brasil de hoje**. São Paulo:Gaia, p. 137-156, 2006.

MACHADO, A.C.A.; RAGGIO, A. M. B.; CARVALHO, L. C.; GARRAFA, V. Estigma, lipodistrofia e HIV/AIDS: estudo bioético. In: GARRAFA, V; CORDÓN, J. (org.). **Pesquisas em bioética no Brasil de hoje**. São Paulo:Gaia, p. 63-84, 2006.

MACHADO, J. G. S.; PINHEIRO, M. S.; MARÇAL, S. H.; ALCÂNTARA, P. F. P. de. Análise bioética da legislação brasileira aplicável ao uso de animais não-humanos em experimentos científicos. In: GARRAFA, V; CORDÓN, J. (org.). **Pesquisas em bioética no Brasil de hoje**. São Paulo:Gaia, p. 45-62, 2006.

MATTAR, N. F. **Pesquisa de marketing**. São Paulo: Atlas, 2001, 275 p.

MEDEIROS, D. R. de; FERRAZ, M. C.; ROCHA, S. P. da; SEIDL, E. M. F. Reflexões bioéticas sobre o benefício do passe livre concedido a adolescentes portadores de deficiência mental no Distrito Federal. In: GARRAFA, V; CORDÓN, J. (org.). **Pesquisas em bioética no Brasil de hoje**. São Paulo:Gaia, p. 211-230, 2006.

MENESES, E. A.; SOUZA, M. F. B. de; BARUZZI, R. M.; PRADO, M. M. do; GARRAFA, V. Análise bioética do diagnóstico de morte encefálica e doação de órgãos em um hospital público terciário do Distrito Federal. In: GARRAFA, V; CORDÓN, J. (org.). **Pesquisas em bioética no Brasil de hoje**. São Paulo:Gaia, p. 123-124, 2006.

MENDONÇA, M. J. C. D.; MOTTA, R. S. D. Saúde e saneamento no Brasil: texto para discussão nº 1081. **IPEA**. 2005.

MENDONÇA, C. E. A. X. de; FERREIRA, C. R.; CARVALHO JR, E. D.; OLIVEIRA, S. F. de. O uso autólogo e alogênico de células de cordão umbilical e suas implicações bioéticas. In: GARRAFA, V; CORDÓN, J. (org.). **Pesquisas em bioética no Brasil de hoje**. São Paulo:Gaia, p. 101-121, 2006.

MINAYO, M. C. S.; MINAYO-GÓMES, C. Difíceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. In: CZERESNIA, D. (Ed.). **Do contágio à transmissão: ciência na gênese do conhecimento epidemiológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.117-142, 1997.

OLIVEIRA, A. A. S. de; VILLOPOUCA, K. C.; BARROSO, W. Perspectivas epistemológicas da bioética brasileira a partir da teoria de Thomas Kuhn. In: GARRAFA, V; CORDÓN, J. (org.). **Pesquisas em bioética no Brasil de hoje**. São Paulo:Gaia, p. 19-44, 2006.

OPAS; OMS. **Salud, água potable y saneamiento en el desarrollo humano sostenible**. Washington: OPAS; OMS, 2001, 16 p.

PESSINI, L. Um tributo a Potter: no nascedouro da bioética. **O mundo da saúde**, v.26, n.1, p.188-190, jan-mar, 2002.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. D. P. D. Bioética: do princípalismo à busca de uma perspectiva latino-americana. In: COSTA, S. I. F.; GARRAFA, V.; OSELKA, G. (Ed.). **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, p.81-98, 1998.

PIOVESAN, F. **Direitos Humanos e o direito constitucional internacional**. São Paulo: Max Limond, 2002, 516 p.

PONTES, C. A. A.; SCHRAMM, F. R. Bioética da proteção e papel do Estado: problemas morais no acesso desigual à água potável. **Cadernos de saúde pública**, v.20, n.5, p. 1319-1327, set-out. 2004.

RICHADSON, R. J. **Pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999, 334 p.

SUCUPIRA, C. V.; CORDEIRO, K. C.; AGUIAR JR, H. G. de; PORTO, D. o olhar bioético sobre o *fast food*: um estudo de caso no Distrito Federal. In: GARRAFA, V; CORDÓN, J. (org.).**Pesquisas em bioética no Brasil de hoje**. São Paulo:Gaia, p. 171-192, 2006.

SCHRAMM, F. R. **A terceira margem da saúde: ética natural, complexidade, crise e responsabilidade no saber-fazer sanitário**. Brasília: editora Universidade de Brasília, 1996, 265 p.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. In: TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. (Ed.). **Promoção e vigilância da saúde**. Salvador: CEPES-ISC, 2002, 125p.

WHO. **Achievements in public health, 1900-1999: fluoridation of drinking water to prevent dental caries**. Morbidity and Mortality Weekly Report: Genebra. 48: 933-940 p., 1999.

_____. **Guidelines for Drinking-Water Quality**. Genebra: WHO, 2004.

Disponível em:

http://www.who.int/water_sanitation_health/321/en/dwq/guidelines/en/index.

Acesso em: 11 mai. 2005.

4. ANEXOS

4.1 MÉTODO

Japiassu (1981) afirma que os métodos devem ser rigorosos, comprovados e objetivos; contudo, toda produção científica se faz numa sociedade historicamente determinada, por meio de sujeitos contextualmente situados, condicionando o modo como tais métodos são empregados. O conhecimento deve passar do saber sobre o homem para o saber-querer do homem, sendo esta atividade científica resultado de um produto humano e por isso reproduzindo a realidade sócio-histórica.

O conceito de ciência está imbricado com o conceito de método científico, como caminho ou maneira para chegar a determinado fim (RICHADSON, 1999). Minayo e Minayo-Gomes (1997) mostram que o “bom” método é aquele capaz de conduzir o investigador a alcançar respostas para suas perguntas, desenvolver seu objeto, explicá-lo ou compreendê-lo, dependendo da proposta original.

Esta investigação caracteriza-se como um estudo transversal, com unidades de estudo no nível agregado (institucional) e individual, utilizando abordagens complementares sob o princípio da triangulação de métodos. Esta é uma estratégia voltada para a combinação operacional de fundamentos interdisciplinares, com técnicas qualitativas e quantitativas (MINAYO, 2005). O estudo utilizou os seguintes momentos da triangulação: (a) levantamento de dados secundários, junto a instituições relevantes para o objeto da pesquisa; (b) coleta e análise de dados quantitativos, com aplicação de instrumento de pesquisa para atores sociais selecionados; (c) coleta e apreciação de dados qualitativos, com estes mesmos atores sociais.

No nível agregado, a população do estudo foi composta pelas diferentes instituições com implicações na formulação de políticas e tomada de decisão sobre a fluoretação da água de abastecimento do Estado do Paraná. Então, uma amostra intencional (TURATO, 2005) buscou selecionar alguns dos atores sociais representantes da política ambiental e sanitária do Estado, conforme modelo operacional utilizado por Bredariol e Vieira (1998). Os atores foram divididos em três grupos, escolhendo-se para participar da pesquisa as seguintes instituições:

1. Mercado (economia mista): representado pela Companhia de Saneamento do Paraná.
2. Estado:
 - Poder Executivo: representado pela Secretaria de Estado do Meio Ambiente, Secretaria de Estado da Saúde, Instituto Ambiental do Paraná e pela Superintendência de Desenvolvimento de Recursos Hídricos e Saneamento;
 - Poder Legislativo: representado pela Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa do Paraná;
 - Poder Judiciário: representado pelo Ministério Público - Centro de Apoio Operacional às Promotorias de Proteção ao Meio Ambiente.
3. Sociedade:
 - Associação Brasileira de Águas Subterrâneas - entidade da sociedade civil, indicada pelo Conselho Estadual de Recursos Hídricos;
 - Ecoforça - entidade da sociedade civil, indicada pelo Conselho Estadual de Saúde;

- Movimento corporativo e técnico representado pelo Instituto de Engenharia do Paraná;
- Meios de Comunicação: um profissional da imprensa escrita, indicado pelo Sindicato dos Jornalistas Profissionais do Paraná.

Assim, o grupo de pesquisa foi constituído pelo representante legal, ou pessoa indicada para esta finalidade, de cada instituição, totalizando 11 entrevistados.

A abordagem quantitativa se deu por meio de instrumento de coleta estruturado, com a aplicação de questionário contendo quatro perguntas fechadas em escala ordinal (MATTAR, 2001), enfocando: a importância do relacionamento interinstitucional; a inter-relação das deliberações institucionais; a realização de reuniões ou sessões conjuntas para tomada de decisão; e a forma como aconteciam esses relacionamentos. As respostas foram avaliadas por análise de distribuição de frequência e correlações, usando os testes de Qui-quadrado e Spearman com o programa SPSS versão 13.0.

A abordagem qualitativa teve orientação metodológica de Richardson (1999), Minayo (2005) e Turato (2005). Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada (RICHADSON, 1999), e verificados pela técnica da análise de conteúdo (BARDIN, 1977), com a utilização da hermenêutica de profundidade de Thompson nas etapas de: contextualização sócio-histórica, análise formal, interpretação e reinterpretação (DEMO, 2001).

A análise contextual contemplou os aspectos do relacionamento intersetorial, as representações sociais sobre a fluoretação e os conflitos éticos

implicadas nas categorias: justiça, solidariedade, equidade e responsabilidade social.

Instrumento

O instrumento para coleta de dados foi composto de roteiro com perguntas abertas e fechadas para as abordagens qualitativas e quantitativas, respectivamente que foram aplicadas aos atores sociais selecionados que estão envolvidos com a responsabilidade social no acesso à água potável fluoretada.

O roteiro para coleta de dados permitiu desenvolver dois momentos: o primeiro objetivou levantar questões gerais do entrevistado e da instituição com perguntas diretas, bem como do relacionamento intersetorial, avaliando esse relacionamento entre cada uma das instituições em relação a cada uma das demais instituições pesquisadas; o segundo objetivou identificar as questões relacionadas com as representações sociais dos atores sobre a água fluoretada e dos conflitos éticos pelas categorias de análise escolhidas.

O presente estudo segue as normativas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e foi cadastrado no Sistema Nacional de Informações sobre Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – SISNEP, sendo aprovado no Comitê da Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade do Paraná – PUCPR (anexo 4.5).

4.2TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa. As informações existentes neste documento são para que você entenda perfeitamente os objetivos da pesquisa, e saiba que a sua participação é espontânea. Se durante a leitura deste documento houver alguma dúvida você deve fazer perguntas para que possa entender perfeitamente do que se trata. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final este documento, que está em duas vias, sendo uma via sua e a outra do pesquisador responsável.

Este Termo de Consentimento segue as normativas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e foi cadastrado no Sistema Nacional de Informações sobre Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – SISNEP.

Informações sobre a Pesquisa:

Título do Projeto de Pesquisa: Bioética e saúde pública: proposta de ferramenta metodológica no acesso à água potável fluoretada.

Pesquisador Responsável: Ivana Maria Saes Busato.

- **Orientadora:** Professora Beatriz Helena Sottile França.
- **Instituição:** Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Mestrado em Odontologia, Área de Concentração Saúde Coletiva.

Introdução: a bioética de proteção caracteriza-se como especificidade para analisar os problemas morais na saúde pública, é definida como sendo uma ética da responsabilidade social, em que o Estado têm que assumir suas obrigações sanitárias para com as populações humanas (SCHRAMM; KOTTOW, 2001). A bioética de proteção como bioética prática deve estabelecer uma metodologia para analisar os conflitos éticos resultantes dos problemas em saúde pública capazes de serem largamente utilizadas e que permita comparações.

- **Finalidade da pesquisa:** esta pesquisa tem como objetivo propor uma ferramenta metodológica para a bioética de proteção analisar os conflitos éticos em saúde pública, estabelecendo como problema de saúde pública, neste projeto de estudo, a falta de acesso à água potável fluoretada.
- **Procedimento:** é necessária a obtenção de dados amostrais. Isto se dará através de questionários com perguntas abertas em contato pessoal com os atores sociais envolvidos com o acesso à água potável fluoretada no estado do Paraná.
- **Riscos e benefício:** não haverá nenhum risco para a sua integridade, uma vez que o material coletado será analisado somente pelo pesquisador/entrevistador. Participando da pesquisa você terá a oportunidade de contribuir para o desenvolvimento desta ferramenta metodológica para analisar conflitos éticos em saúde pública.
- **Desconforto:** será mínimo ou inexistente, pois a entrevista se realizará em no máximo uma hora com hora marcada.

- **Custos:** você não terá nenhum gasto com a pesquisa, porque elas serão custeadas pelo pesquisador.
- **Participação:** caso você queira desistir de participar da pesquisa, poderá fazê-lo em qualquer tempo e no momento em que desejar. Todos os participantes da pesquisa serão entrevistados pelo mesmo pesquisador, durante o decorrer da pesquisa, caso você venha a ter alguma dúvida ou precise de alguma orientação a mais, use o telefone abaixo.
- **Pesquisador:** Ivana Maria Saes Busato, cirurgiã dentista, formada pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná em 1987, CRO nº 5870, residente à Avenida Três Marias, 1175, bairro Orleans, casa 14, cep. 82310-000.
Telefones: residencial 33725854, celular 91829431.
- **Privacidade e confiabilidade:** você tem o compromisso dos pesquisadores de que a sua identidade será mantida em absoluto sigilo.
- **Responsabilidade:** o presente projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética da PUCPR.
- No caso de novas informações no decorrer da pesquisa, estas serão submetidas à avaliação da Comissão de Ética para um novo parecer.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____,
portador(a) do RG: _____, abaixo assinado,
concordo em participar do estudo descrito como sujeito. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora, Ivana Maria Saes Busato sobre

a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Curitiba, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Sujeito ou Responsável

Assinatura do Pesquisador Responsável

4.3 AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA



Consentimento institucional para realização da pesquisa

Ex. Senhor(a)

A presente pesquisa de mestrado realizado pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná tem como objetivo geral propor uma ferramenta metodológica dentro da abordagem da bioética de proteção para analisar os conflitos éticos em saúde pública. Os objetivos específicos são: analisar a situação do acesso à água potável, no Estado do Paraná, como direito fundamental evidenciando: a solidariedade, a equidade, e a responsabilidade do Estado em garantir o acesso e a vigilância da qualidade da água potável; testar a ferramenta metodológica para analisar o problema de saúde pública no acesso à água potável fluoretada; analisar os conflitos éticos no acesso à água potável fluoretada e sua qualidade pelos atores sociais do Estado do Paraná e a inter-relação entre os atores.

Para o desenvolvimento do projeto pretende-se entrevistar os principais atores da política ambiental do Estado do Paraná, solicitando-lhes que respondam um roteiro semi-estruturado de perguntas abertas e fechadas. Os representantes institucionais, após esclarecimentos sobre a pesquisa, serão livres para consentir em participar.

Manteremos o anonimato dos entrevistados e das instituições representadas, pois além de não ser necessário esta nomenclatura, na transcrição

das fitas será apagada qualquer particularidade eventualmente citada e que, porventura, possibilitem identificações.

Os dados obtidos serão guardados em segredo profissional e somente serão usados pelas pesquisadoras para os propósitos desta pesquisa.

As entrevistas serão agendadas de modo a não prejudicar o andamento da instituição. Se quiser quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa, pode contatar a pesquisadora pelos telefones: 33725854, 91829431

Agradecemos sua cooperação.

Ivana Maria Saes Busato

Mestranda

Beatriz Helena Sottile França

Orientadora

Consinto com a realização da pesquisa:

Instituição:

Responsável:

Data:

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

MOMENTO 01

Questões gerais do entrevistado e da instituição, e inter-relacionamento institucional.

OBJETIVO: realizar a contextualização sócio-histórica da abordagem qualitativa e coleta dos dados da relação intersetorial para a abordagem quantitativa.

- Formação do entrevistado:
- Posição na instituição (em relação à água potável fluoretada):
- Quanto tempo o entrevistado trabalha/ participa?

Relacionamento intersetorial:

1. Você acha importante manter relacionamento constante com a instituição.....?

Critérios: NUNCA, ÀS VEZES, SEMPRE.

2. As deliberações de sua instituição são repassadas em que periodicidade à instituição.....?

Critérios: NUNCA, ÀS VEZES, SEMPRE.

3. São realizadas sessões/ reuniões conjuntas para tomada de decisão sobre este assunto com a instituição.....?

Critérios: NUNCA, ÀS VEZES, SEMPRE.

4. Diga de que forma acontece o relacionamento com a instituição.....?

Critérios:

FORMAL DIRETO – documento formal (processo, ofício) encaminhado diretamente de sua instituição para instituição.....

FORMAL INDIRETO – documento formal (processo, ofício) não é repassado diretamente de sua instituição para a instituição.....

INFORMAL PESSOAL – contato direto via: telefone, email, intranet, memorando etc

MOMENTO 02

Questões específicas do acesso à água potável fluoretada

OBJETIVO: realizar a análise formal, interpretação e reinterpretação e a percepção da representação social da abordagem qualitativa.

Questões:

1. Você acha que água potável fluoretada traz benefícios a saúde humana?
2. Na sua opinião não ter acesso à água potável fluoretada é um problema de saúde pública? Explique.
3. Você sabe qual é a cobertura de água potável fluoretada no Estado do Paraná?
4. Sabendo que XX% das pessoas recebem água potável fluoretada, como você considera este resultado?
5. Você sabe onde se encontra esta população sem acesso?
6. Quais as providências necessárias, e que ainda não foram tomadas, para que o Estado do Paraná atinja 100% de cobertura de água potável fluoretada?
7. Como a saúde humana através do acesso à água potável fluoretada pode ser usada como instrumento de cidadania?
8. Quais estratégias são necessárias para garantir a universalização do acesso? E quem deve efetivá-las?

9. A inclusão de produtos químicos à água de consumo público, como o flúor gera divergências, qual a justificativa para seu uso?
10. Qual o papel do cidadão neste processo?
11. Qual o papel de sua instituição?

4.5 PARECER DO CÔMITE DE ÉTICA



Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Curitiba, 10 de novembro de 2005.

Of. 512/05/CEP-PUCPR

Ref. "**Bioética e saúde pública: proposta de ferramenta metodológica no acesso à água potável fluretada**"

Prezado (a) Pesquisador

Venho por meio deste, informar a Vossa Senhoria que o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR, no dia 09 de novembro do corrente ano aprovou o Projeto Intitulado "**Bioética e saúde pública: proposta de ferramenta metodológica no acesso à água potável fluretada**" pertencente ao Grupo III, sob o registro no CEP n° 833 e será encaminhado a CONEP para o devido cadastro. Lembro ao senhor (a) pesquisador (a) que é obrigatório encaminhar relatório anual parcial e relatório final a este CEP.

Atenciosamente,


Profª M. Sc. Ana Cristina Miguez Ribeiro
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - PUCPR

Ilma Sra.
Ivana Maria Saes Busato



4.6 NORMAS DAS REVISTAS

4.6.1 JOURNAL OF PUBLIC HEALTH DENTISTRY

Instructions for Contributors

The JPHD is devoted to the advancement of public health dentistry through the exploration of related research, practice, and policy developments. We publish original research articles, brief reports, review articles, research methods articles, community action reports, special issues, guest editorials and commentaries, letters to the editor, and book reviews. Regular-length scientific articles should be between 2,500 and 3,500 words in length, with no more than six tables or figures and fewer than 30 references (estimated to be a total of 21 or fewer double-space pages). Review articles are similar in length but with different expectations regarding references and tables. Brief Communications are 1,000–1,500 words, no more than two tables or figures, an abstract of 150 words or less, and 10 or fewer references. Brief Communications, commentaries, and review articles undergo peer review similar to regular scientific manuscripts. Community Action Reports, highlighting practice-based programs or policy initiatives, commentaries, and guest editorials of widespread interest to the dental public health community are 1,000–1,500 words. Special Issues and Supplements to regular issues may be published, the full cost being paid by the authors or sponsoring agency. Contact the editor for further information.

Preparation of Manuscripts

Submissions must be in English and conform to the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals. The complete document appears in *Ann Intern Med* 1997;126(1):36-47; or online at

<http://www.acponline.org/journals/resource/unifregr.htm>. Type the manuscript on one side of white, regular-sized paper with margins of at least 25 mm (1 in). Use double-spacing throughout, including title pages, abstract, text, acknowledgments, references, tables, and legends for illustrations. Begin each of the following sections on separate pages: first title page, second title page, abstract and key words, text, acknowledgments, references, individual tables, and legends. Number pages consecutively in the upper right-hand corner of each page, beginning with the title page. Our reference book is Webster's Ninth New Collegiate Dictionary (Springfield, MA: Merriam-Webster, 1983).

Format and Style of Scientific Articles

Title Page. This page includes: the title of the article; first name, middle initial, and last name of each author, with highest academic degrees(s); name of department(s) and institution(s) to which the work should be attributed; disclaimers, if any; name and postal, e-mail, organization's homepage addresses of author responsible for correspondence; name and address of author to whom requests for reprints should be addressed, or statement that reprints will not be available; source(s) of support in the form of grants, equipment, drugs, or all of these; name of group and date and place of presentation, if paper was previously presented orally or as a poster; word count, including abstract, text, and references; and number of tables or figures.

Second Title Page. To facilitate the masked review process, include a second title page giving only the title of the manuscript and not identifying authorship. Authors' names should not appear on any manuscript page other than the first title page.

Abstract. The second page should carry an abstract of no more than 250 words consisting of four paragraphs, labeled Objectives, Methods, Results, and Conclusions. These sections should describe the problem being addressed in the study, how the study was performed, the salient results (without statistical tests), and what the authors conclude from the results. Review papers should include a summary, rather than an abstract.

Key Words. Below the abstract, provide, and identify as such, three to 10 key words or short phrases that will assist indexers in cross-indexing your article. Use terms from the Medical Subject Headings in Index Medicus and Dental Descriptors in Index to Dental Literature when possible.

Text. Divide text of scientific articles into sections labeled Introduction, Methods, Results, and Discussion. For other types of articles, consult recent issues of the JPHD for further guidance. Avoid the use of acronyms that are not widely accepted in the field.

Introduction. Clearly state the purpose of the article and summarize the rationale for the study. Give only strictly pertinent references, and do not review the subject extensively.

Methods. Describe your methods clearly and in sufficient detail to allow other workers to reproduce the results. Give references to established methods, including statistical methods; provide references and brief descriptions for methods that have been published but are not well known; describe new or substantially modified methods, give reasons for using them, and evaluate their limitations. When reporting investigations involving human subjects, indicate whether the

procedures followed were in accordance with the ethical standards of the responsible committee on human experimentation.

Results. Present results in logical sequence in the text, tables, and illustrations. Do not repeat in the text all the data in the tables or illustrations; emphasize or summarize only important observations. Results, not in table, should be so noted.

Discussion. Emphasize the new and important aspects of the study and conclusions that follow from them, particularly as these relate to public health. Do not repeat in detail data given in the Results section. Include in the Discussion the implications of the findings and their limitations, and relate the observations to other relevant studies. Avoid unqualified statements and conclusions not completely supported by your data. State new hypotheses when warranted, but clearly label them as such. Include recommendations when appropriate.

Acknowledgments. Acknowledge only persons who have made substantive contributions to the study. Obtain written permission from persons acknowledged by name, because readers may infer their endorsement of the data and conclusions.

Footnotes and Appendices. Except in tables and figures, footnotes should not be used. Appendices usually are not needed because the author, upon request, can furnish additional material.

References. The author(s) must verify cited references against the original documents. Identify references in text, tables, and legends by Arabic numerals in parentheses; number consecutively in the order in which they are first mentioned in the text. Avoid using abstracts as references. Abstracts not published in the

periodical literature (e.g., printed only in an annual meeting program) may be cited only as written communications in parentheses in the text. "Unpublished observations" and "personal communications" may not be used as references, although references to written, not oral, communications may be inserted (in parentheses) in the text. For papers accepted but not yet published; designate the journal and add "In press." Information from manuscripts submitted but not yet accepted should be cited in the text as "unpublished observations" (in parentheses). Acceptable forms of references are based on an ANSI standard style adapted by the National Library of Medicine for its databases, the Index Medicus and in the Index to Dental Literature. Authors are encouraged to refer to the examples of reference styles provided in the Uniform Requirements. References for research manuscripts are limited to <30; for brief communications to ten or fewer. Review articles do not have a specific limitation on number of references.

Tables. Type each table on a separate page. Number tables with an Arabic numeral consecutively and supply a brief title for each. Explain in footnotes all nonstandard abbreviations used in each table. For footnotes, use the following symbols, in this sequence: *, †, ‡, ¶, §, •, □, and #. Do not use horizontal or vertical rules. Cite each table in the text in consecutive order. (Due to the variety of display fonts, these characters may not display correctly. Please refer to the JPHD, Volume 60, No. 4, page 347-8 to confirm these characters if you plan to use these symbols.) Readability of tables is important, so rounding off numbers to an appropriate level and selective presentation of n's are important.

Illustrations and Legends. Submit the required number of complete sets of figures. Figures should be professionally drawn and photographed, although original high-quality, laser-printed illustrations also are acceptable. Label each figure indicating the number of the figure, the names of the authors, and the top of the figure. Cite each figure in the text in consecutive order. Type legend for illustrations double-spaced, starting on a separate page, with Arabic numerals corresponding to the illustrations. Report measurements in metric units or their decimal multiples. Figures should be saved in the most efficient form possible so the electronic files do not exceed standards of transmission of many educational institutions.

Publication

Prior and Duplicate Publication. Manuscripts are not accepted for consideration if they are based on work that has been or will be published or submitted elsewhere before appearing in the JPHD. Exceptions are consistent with the policy on duplicate or redundant publication developed by the International Committee of Medical Journal Editors [JAMA 1993;270:2495]. Copies of any closely related manuscripts should be submitted to the editor along with the manuscript that is to be considered by the JPHD.

Authorship

All persons designated as authors should qualify for authorship. Each author should have participated sufficiently in the work to take public responsibility for the content. Authorship credit should be based only on substantial contributions to: conception and design, or analysis and interpretation of the data; and to drafting

the article or revising it critically for important intellectual content; and on final approval of the version to be published.

Conditions 1, 2, and 3 must all be met. The editor may ask authors to describe what each contributed; this information may be published.

Copyright Issues

JPHD encourages the posting of manuscripts resulting from NIH-funded research to PubMed Central (<http://www.pubmedcentral.nih.gov>) in order to promote public access to critical research findings. Authors whose manuscripts are accepted for publication in JPHD may post the final, edited version of the manuscript as soon as the printed journal version is distributed.

Submission of Manuscripts and Correspondence

Manuscripts should be Word or WordPerfect formats. Manuscripts, figures, and tables should not exceed 2KB, or it will be difficult to transmit to reviewers. Submissions should be via e-mail to: betty@assn-srvs.com or copied to disk and mailed to:

Editor
Journal of Public Health Dentistry:
c/o AAPHD National Office
P.O. Box 7536
Springfield, IL 62791-7536

For Overnight Delivery:
1224 Centre West, Suite 400B
Springfield, IL 62704

A covering letter, signed by all authors, should be mailed or FAXED (217-793-0041) to be received at the same time as the manuscript. A scanned copy of a signed letter, sent electronically as a PDF, is also acceptable. It should include: information on prior or duplicate publication or submission elsewhere of any part of

the work as defined in the Uniform Requirements; a statement of financial or other relationships that might lead to a conflict of interest; a statement that the manuscript has been read and approved by all the authors, that the requirements for authorship have been met, and that each author believes that the manuscript represents honest work; and the name, address, and telephone number of the corresponding author who is responsible for communicating with the other authors about revisions and final approval of the proofs. A scanned copy of the signed letter may be sent electronically or mailed to the above address.

Review and Action

Manuscripts are acknowledged upon receipt, reviewed by the editorial staff, and sent to at least two outside referees. Feedback from the referees is provided by the editor to the corresponding author. Accepted manuscripts are examined and editorial revisions likely will be made to add clarity and to conform to the JPHD style. Authors will be sent proofs prior to printing. Upon acceptance, papers become the permanent property of the JPHD and may not be reproduced by any means, in whole or in part, without the written consent of the editor. The exception to this policy is when all authors are employees of the US government, in which case copyright cannot be assigned.

Page charges: Current page charges are US\$150.00 for each page in excess of 7 printed journal pages (approximately 21 pages double-spaced typescript) inclusive of figures, tables and references.

WWW.AAPHD.ORG : Optimal Oral Health for All
© 2004 **American Association of Public Health Dentistry**
P.O. Box 7536 | Springfield, IL 62791-7536

4.6.2 REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA

A **Revista de Saúde Pública** é inter e multidisciplinar e arbitrada. Publica prioritariamente pesquisas originais sobre temas relevantes e inéditos sobre o campo da saúde pública, que possam ser replicadas e generalizadas, e também outras contribuições de caráter descritivo e interpretativo, baseadas na literatura recente, bem como artigos sobre temas atuais ou emergentes, comunicações breves e cartas ao editor.

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à **Revista de Saúde Pública**, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, tanto no que se refere ao texto como figuras ou tabelas, quer na íntegra ou parcialmente, excetuando-se resumos ou relatórios preliminares publicados em anais de reuniões científicas. Os autores devem assinar e encaminhar uma declaração de responsabilidade cujo modelo está disponível no [site da Revista](#).

Os manuscritos submetidos à Revista devem atender à política à sua editorial e às "instruções aos autores", que seguem os "Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos" ([RSP, 1999; 33\(1\): 6-15](#)). No que couber e para efeito de complementação das informações, recomenda-se consultar esse citado documento. Os manuscritos que não atenderem a essas instruções serão devolvidos.

Atendidas as condições acima e liberados na fase preliminar de análise, os manuscritos são encaminhados para avaliação de até três relatores. O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento.

A objetividade é o princípio básico para a aceitação dos manuscritos, resultando em artigos mais curtos de acordo com os limites estabelecidos pela Revista.

Os manuscritos podem ser submetidos nos idiomas português, inglês ou espanhol. Os artigos publicados em português são traduzidos para o inglês e divulgados somente no formato eletrônico.

Relações que podem estabelecer **conflito de interesse**, ou mesmo nos casos em que não ocorra, devem ser esclarecidas pelos autores na página de rosto do manuscrito

Os **critérios éticos da pesquisa** devem ser respeitados. Para tanto os autores devem explicitar em Métodos que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsink e aprovada pela comissão de ética da instituição onde a pesquisa foi realizada.

Manuscritos não aceitos não serão devolvidos, a menos que sejam solicitados pelos respectivos autores no prazo de até seis meses.

Os manuscritos publicados são de propriedade da Revista, vedada tanto a reprodução, mesmo que parcial em outros periódicos, como a tradução para outro idioma sem a autorização do Conselho de Editores. Desta forma, os manuscritos submetidos deverão ser acompanhados de documento de transferência de direitos autorais, cujo modelo encontra-se disponível no [site da Revista](#).

Categorias de Artigos

Além dos artigos originais, os quais têm prioridade, a **Revista de Saúde Pública** publica revisões, atualizações, notas e informações, cartas ao editor, editoriais, além de outras categorias de artigos.

Artigos originais - São contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados. Devem ter a objetividade como princípio básico. O autor deve deixar claro quais as questões que pretende responder

- Devem ter de *2.000 a 4.000 palavras*, excluindo tabelas, figuras e referências.

- *As tabelas e figuras devem ser limitadas a 5 no conjunto*, recomendando incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas, com dados dispersos e de *valor não representativo*. Quanto às *figuras, não são aceitas aquelas que repetem dados de tabelas*.

- *As referências bibliográficas estão limitadas ao número máximo de 25*, devendo incluir aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação.

A estrutura dos artigos é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A **Introdução** deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento ("estado da arte") que serão abordadas no artigo. Os **Métodos** empregados, a população estudada, a fonte de dados e critérios de seleção, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção de **Resultados** deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. *Devem ser separados da Discussão*. A **Discussão** deve começar apreciando as limitações do

estudo, seguida da comparação com a literatura e da interpretação dos autores, extraindo as conclusões e indicando os caminhos para novas pesquisas.

Revisões - Avaliação crítica sistematizada da literatura sobre determinado assunto, devendo conter conclusões. Devem ser descritos os procedimentos adotados, esclarecendo a delimitação e limites do tema. Sua extensão é de *5.000 palavras*.

Atualizações - São trabalhos descritivos e interpretativos baseados na literatura recente sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo. Sua extensão deve ser de *3.000 palavras*.

Comunicações Breves - São artigos curtos destinados a divulgação de resultados preliminares de pesquisa; de resultados de estudos que envolvem metodologia de pequena complexidade; hipóteses inéditas de relevância para a área de saúde pública.

- Devem ter no máximo *1.600* palavras, uma tabela/figura e 5 referências.
- Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais exceto para resumos que não são estruturados e devem ter até 100 palavras.

Cartas ao Editor - Inclui cartas que visam a discutir artigos recentes publicados na Revista ou a relatar pesquisas originais ou achados científicos significativos. Não devem exceder a 600 palavras e a 5 referências.

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão

crítica. Manuscritos com mais de 6 autores devem ser acompanhados por declaração certificando explicitamente a contribuição de cada um dos autores elencados (ver [modelo anexo](#)). Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, neste caso, figurar na seção "Agradecimentos". A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é *limitada a 12; acima deste número, os autores são listados no rodapé da página.*

Cada manuscrito deve indicar o nome de um autor responsável pela correspondência com a Revista, e seu respectivo endereço, incluindo telefone, fax e e-mail.

Processo de julgamento dos manuscritos

Os manuscritos submetidos à Revista, que atenderem às "instruções aos autores" e que se coadunem com a sua política editorial, são encaminhados aos Editores Associados que considerarão o mérito científico da contribuição. Aprovados nesta fase, os manuscritos são encaminhados aos relatores previamente selecionados pelo Editores Associados.

Cada manuscrito é enviado para três relatores de reconhecida competência na temática abordada.

O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento. A decisão sobre aceitação é tomada pelo Conselho de Editores. Cópias dos pareceres são encaminhados aos autores e relatores, estes por sistema de troca entre eles.

Manuscritos recusados - Manuscritos não aceitos não serão devolvidos, a menos que sejam solicitados pelos respectivos autores no prazo de até seis

meses. Manuscritos recusados, mas com a possibilidade de reformulação, poderão retornar como novo trabalho, iniciando outro processo de julgamento.

Manuscritos aceitos - Manuscritos aceitos ou aceitos sob condição poderão retornar aos autores para aprovação de eventuais alterações no processo de editoração e normalização de acordo com o estilo da Revista.

Preparo dos manuscritos

Os manuscritos devem ser preparados de acordo com as "Instruções aos Autores" da Revista.

- Os manuscritos devem ser digitados em uma só face, com **letras arial, corpo 12**, em folha de papel branco, tamanho A4 (210x297 mm), mantendo margens laterais de 3 cm, espaço duplo em todo o texto, incluindo página de identificação, resumos, agradecimentos, referências e tabelas.

- Cada manuscrito deve ser enviado em 4 vias. Quando aceito para publicação, deve ser encaminhada uma cópia impressa do manuscrito e uma em disquete 3/2, programa Word 95/97.

- Todas as páginas devem ser numeradas a partir da página de identificação.

Página de identificação - Deve conter: **a)** Título do artigo, que deve ser conciso e completo, evitando palavras supérfluas. Recomenda-se começar pelo termo que represente o aspecto mais importante do trabalho, com os demais termos em ordem decrescente de importância. Deve conter no máximo 84 caracteres. Deve ser apresentada a versão do título para o **idioma inglês**. **b)** Indicar no rodapé da página o título abreviado, com até 40 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas. **c)** Nome e sobrenome de cada autor pelo qual é

conhecido na literatura. **d)** Instituição a que cada autor está afiliado, acompanhado do respectivo endereço. **e)** Nome do departamento e da instituição no qual o trabalho foi realizado. **f)** Nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência, incluso e-mail, fone e fax. **g)** Se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo. **h)** Se foi baseado em tese, indicar o título, ano e instituição onde foi apresentada. **i)** Se foi apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e data da realização.

Resumos e Descritores - Os manuscritos para as seções Artigos Originais, Revisões, Atualização e similares devem ser apresentados contendo dois resumos, sendo um em português e outro em inglês. Quando o manuscrito foi escrito em espanhol, deve ser acrescentado resumo nesse idioma. Para os **artigos originais** os resumos devem ser apresentados no *formato estruturado*, com até 250 palavras, destacando o principal objetivo e os métodos básicos adotados, informando sinteticamente local, população e amostragem da pesquisa; apresentando os resultados mais relevantes, quantificando-os e destacando sua importância estatística; apontando as conclusões mais importantes, apoiadas nas evidências relatadas, recomendando estudos adicionais quando for o caso. Para as demais seções, o formato dos resumos deve ser o **narrativo**, com até 150 palavras. Basicamente deve ser destacado o objetivo, os métodos usados para levantamento das fontes de dados, os critérios de seleção dos trabalhos incluídos, os aspectos mais importantes discutidos e as conclusões mais importantes e suas aplicações. Abreviaturas e siglas devem ser evitadas; citações bibliográficas não devem ser incluídas em qualquer um dos dois tipos. **Descritores** devem ser

indicados entre 3 a 10, extraídos do vocabulário "Descritores em Ciências da Saúde" ([DeCS](#)), quando acompanharem os resumos em português, e do Medical Subject Headings ([Mesh](#)), quando acompanharem os "Abstracts". Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

AGRADECIMENTOS

Contribuições de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho como assessoria científica, revisão crítica da pesquisa, coleta de dados entre outras, mas que não preencham os requisitos para participar de autoria, devem constar dos "Agradecimentos" desde que haja permissão expressa dos nomeados. Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições pelo apoio econômico, material ou outros.

REFERÊNCIAS

As referências devem ser *ordenadas alfabeticamente, numeradas e normalizadas* de acordo com o estilo Vancouver ([RSP, 1999; 33\(1\):6-15](#)) . Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Index Medicus, e grifados. Publicações com 2 autores até o limite de 6 citam-se todos; acima de 6 autores, cita-se o primeiro seguido da expressão latina et al.

Exemplos:

Simões MJS, Farache Filho A. Consumo de medicamentos em região do Estado de São Paulo (Brasil), 1988. *Rev Saúde Pública* 1988;32:79-83.

Forattini OP. Ecologia, epidemiologia e sociedade. São Paulo: EDUSP; 1992.

Laurenti R. A medida das doenças. In: Forattini OP. Epidemiologia geral. São Paulo: Artes Médicas; 1996. p. 64-85.

Martins IS. A dimensão biológica e social da doença [Tese de Livre Docência]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1985.

Rocha JSY, Simões BJG, Guedes GLM. Assistência hospitalar como indicador da desi-gualdade social. *Rev Saúde Pública* [periódico on-line] 1997;31(5). Disponível em URL:<http://www.fsp.usp.br/rsp> [1998 mar 23].

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento "Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos", [RSP 1999;33\(1\):6-15](#).

Referências a comunicação pessoal, trabalhos inéditos ou em andamento e artigos submetidos a publicação não devem constar da listagem de Referências. Quando essenciais, essas citações podem ser feitas no rodapé da página do texto onde foram indicadas.

Referências a documento de difícil acesso, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição, a um evento e a outros similares, não devem ser citado; quando imprescindível, pode figurar no rodapé da página que o cita. Da mesma forma, informações citadas no texto, extraídas de monografias ou de artigos eletrônicos, não mantidos permanentemente em sites, não devem fazer parte da lista de referências, mas podem ser citadas no rodapé das páginas que as citam.

A identificação das referências no texto, nas tabelas e figuras deve ser feita por número arábico, correspondendo à respectiva numeração na lista de referências. Esse número deve ser colocado em expoente, podendo ser acrescido

do nome(s) do(s) do(s) autor(es) e ano da publicação. Se forem dois autores, citam-se ambos ligados pela conjunção "e"; se forem mais de três, cita-se o primeiro autor seguida da expressão "et al".

Exemplo:

Terris et al⁸ (1992) atualiza a clássica definição de saúde pública elaborada por Winslow. O fracasso do movimento de saúde comunitária, artificial e distanciado do sistema de saúde predominante parece evidente.^{9,12,15}

A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito.

Tabelas - Devem ser apresentadas em folhas separadas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabelas extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos submetidos à publicação. Tabelas consideradas adicionais pelo Editor não serão publicadas, mas poderão ser colocadas à disposição dos leitores, pelos respectivos autores, mediante nota explicativa. Quadros são identificados como Tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

Figuras - As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos etc.), citadas como figuras, devem estar desenhadas e fotografadas por profissionais. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram

citadas no texto; devem ser identificadas fora do texto, por número e título abreviado do trabalho; as legendas devem ser apresentadas em folha à parte; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução em 9,5 cm (largura da coluna do texto) ou 15 cm (largura da página). Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Figuras coloridas não são publicadas. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Se houver figuras extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Essas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Abreviaturas e Siglas - Deve ser utilizada a forma padrão. Quando não o forem, devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez; quando aparecem nas tabelas e nas figuras devem ser acompanhadas de explicação quando seu significado não for conhecido. Não devem ser usadas no título e no resumo e seu uso no texto deve ser limitado.

Envio dos manuscritos

Os manuscritos devem ser endereçados ao Editor Científico da Revista, em quatro vias em papel (uma original e três cópias) para o seguinte endereço:

Editor Científico da Revista de Saúde Pública
Faculdade de Saúde Pública da USP
Av. Dr. Arnaldo, 715
01246-904 São Paulo, SP - Brasil
Fone/Fax 3068-0539
E-mail: revsp@edu.usp.br

4.7 PUBLICAÇÕES EM FORMA DE RESUMO

4.7.1 TRABALHO APRESENTADO NA 23ª REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PESQUISA ODONTOLÓGICA

PO005 Avaliação intersetorial entre os atores sociais responsáveis pelo acesso à água potável fluoretada no estado do Paraná

Busato IMS, França BHS, Moysés ST, Moysés SJ, Ignácio SA*

Mestrado - PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ.

E-mail: ivanabusato@ibest.com.br

O acesso à água potável melhora a saúde de milhões de pessoas no mundo. A fluoretação da água de abastecimento é obrigatória por lei no Brasil desde 1974. O objetivo do estudo foi avaliar o relacionamento intersetorial pelo atores sociais responsáveis pelo acesso à água potável fluoretada do Paraná. Este é um estudo transversal com os atores da política ambiental, divididos em três grupos, o mercado, o Estado e a sociedade; participaram onze instituições. A entrevista semi-estruturada foi usada para coleta de dados pesquisando: formação dos atores sociais; função exercida na instituição e em que período; e perguntas fechadas com uma escala ordinal, enfocando o relacionamento institucional, o encaminhamento das deliberações institucionais às demais, a realização de reuniões ou sessões conjuntas e a forma do relacionamento. Os dados foram analisados no SPSS 13.0. Os resultados revelam que o relacionamento foi considerado importante por 60% das respostas. As sessões ou reuniões conjuntas acontecem às vezes (55%) e nunca (26%). Encaminhar deliberações não foi importante. O relacionamento institucional ocorre com documentos formais para 74% dos resultados. Associando o relacionamento intersetorial com realização de sessões ou reuniões conjuntas e ao encaminhamento das deliberações institucionais foram estatisticamente significativas pelo Teste do Qui-quadrado ($p = 0,04$ e $p = 0,00$).

Conclui-se que o relacionamento intersetorial para o acesso à água potável fluoretada no Estado do Paraná mostrou-se acontecer de forma burocrática, sem o comprometimento das instituições, não havendo uma ação intersetorial.

4.7.2 TRABALHO APRESENTADO NO VII CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA

Anais do VII Congresso Nacional da Rede UNIDA
Curitiba, 15 a 18 de julho 2006
Revista Olho Mágico, v.13, n.2 - Abril/Junho de 2006
ISSN 1678-8680



01.59 (1071)

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA FLUORETAÇÃO ENTRE OS ATORES SOCIAIS RESPONSÁVEIS PELO ACESSO À ÁGUA POTÁVEL FLUORETADA NO ESTADO DO PARANÁ

IVANA MARIA SAES BUSATO; BEATRIZ HELENA SOTTILE FRANÇA; SIMONE TETU MOYSÉS; SAMUEL JORGE MOYSÉS
ivanabusato@ibest.com.br

Introdução: o acesso à água potável melhora a saúde, dignifica e transforma a vida de milhões de pessoas no mundo (WHO; UNICEF, 2005). A fluoretação da água de abastecimento é obrigatória no Brasil desde 1974, sendo uma das dez principais medidas de saúde pública no século XX, e a maior responsável pelo declínio da cárie dental (WHO, 1999). **Objetivos:** identificar e analisar as representações sociais da fluoretação entre os atores sociais responsáveis pelo acesso à água potável fluoretada no estado do Paraná. **Método:** estudo qualitativo realizado com os atores da política ambiental, divididos em três grandes grupos, o mercado, o estado e a sociedade, sendo escolhidas para participarem da pesquisa onze instituições. A coleta de dados se deu por um roteiro semi-estruturado pesquisando: formação dos atores sociais; função exercida na instituição em que período; e perguntas abertas enfocando o conhecimento da importância do acesso à água potável fluoretada. As entrevistas foram gravadas, transcritas e a análise de conteúdo foi desenvolvida. **Resultados:** a análise mostrou que os atores sociais não conhecem os dados de cobertura da fluoretação no estado do Paraná, quando a cobertura é informada têm divergência sobre se deveria melhorar ou se já é adequada. Compreendem que a falta de acesso à água potável fluoretada é um problema de saúde pública, relacionam a fluoretação com a saúde bucal. Em relação à justificativa para o uso do flúor na água de abastecimento afirmam que é importante, contudo apontam diferenças de opinião quanto à divergência na sociedade para a fluoretação. **Considerações finais:** a representação social deve ser considerada para avaliar uma política pública, mostrando que a fluoretação da água de abastecimento é importante para saúde bucal e uma política pública que deveria ser universalizada.