

Política Nacional de Saúde Bucal e bioética da proteção na assistência integral

Simone de Melo Costa ¹, Daniela Alba Nickel ², Carolina Marques Borges ³, Ana Cristina Viana Campos ⁴, Marta Inez Machado Verdi ⁵

Resumo

As políticas públicas são ações organizadas do governo para alterar uma situação dada como problema. Sob este enfoque, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) foi instituída como resposta aos problemas de saúde bucal da população brasileira. O objetivo deste trabalho foi abordar a PNSB sob a perspectiva analítica da bioética da proteção no contexto da atenção integral da saúde. A inclusão da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF), as diretrizes da PNSB e a criação dos centros de especialidades odontológicas refletem o papel protetor do Estado com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Apesar dos avanços nas políticas de saúde bucal no Brasil, ainda há muito o que fazer para que, de fato, o cuidado à saúde seja integral.

Palavras-chave: Bioética. Políticas públicas. Odontologia comunitária.

Resumen

Política Nacional de Salud Bucal y bioética de la protección en la asistencia integral

Las políticas públicas son acciones organizadas del gobierno para alterar una situación presentada como problema. Desde esta perspectiva, la Política Nacional de Salud Bucal fue instituida como respuesta a los problemas de salud bucal de la población brasileña. El objetivo de este trabajo fue abordar la PNSB bajo la perspectiva analítica de la bioética de la protección en el contexto de la atención integral de la salud. La inclusión de la salud bucal en la Estrategia Salud de la Familia (ESF), las Directrices de la Política Nacional de Salud Bucal (PNSB) y la creación de centros de especialidades odontológicas reflejan la función protectora del Estado con acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. A pesar de los avances en las políticas de salud bucal de Brasil, todavía hay mucho que hacer para que, de hecho, el cuidado a la salud se lleve a cabo de manera integral.

Palabras-clave: Bioética. Políticas públicas. Odontología comunitaria.

Abstract

Oral Health National Policy and bioethics of protection by the integral care

Public policies are organized actions the government undertakes to change a situation which is considered a problem; under this perspective, Brazilian National Oral Health Policy (PNSB) was established to take care of oral health problems of the population. The objective of this study is to discuss PNSB and bioethics of protection by the perspective of integrality health care. The inclusion of oral health care on Health Family Strategy (ESF), the guidelines of PNSB and the creation of the Center of Dental Specialties reflect the protective function of the State, which unfolds itself through activities of promotion, prevention, recovery and rehabilitation of health. Despite the enhancement of Brazilian Oral Health Policies, there is more to improve in order to attain integrality.

Key words: Bioethics. Public policies. Community dentistry.

1. **Doutora** smelocosta@gmail.com – Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) 2. **Mestre** dani_porto83@hotmail.com – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) 3. **Doutora** carolmborges@yahoo.com.br – Centro de Gestão Empreendedora (Fead) 4. **Mestre** campos.acv@gmail.com – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) 5. **Doutora** verdi@mbox1.ufsc.br – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis/SC, Brasil.

Correspondência

Simone de Melo Costa – Rua Dr. Walmor de Paula, 27 Vila Regina CEP 39400198. Montes Claros/MG, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

As políticas públicas são ações organizadas de um governo para alterar uma situação dada como problema. Trata-se de projeto pelo qual o Estado direciona as suas prioridades para ações e programas, com padrão de proteção social ^{1,2}.

O processo de formulação de políticas públicas de saúde envolve o exercício do poder e da racionalidade para a escolha de prioridades frente às diversas necessidades de saúde da população. A formulação de políticas está sob a autoridade e responsabilidade do Estado ³.

Apesar de ser ação exclusiva do governo, a formulação das políticas públicas ocorre sob influência de setores da sociedade, externos e internos, que têm participação formal ou informal no processo. A permeabilidade do governo em aceitar ou não as influências de grupos de interesse é variável ² e a formulação da agenda governamental se apresenta como produto político obtido por negociação entre os que demandam e os que resistem à inclusão/exclusão de problemas na agenda política pública ⁴. Independentemente das forças políticas envolvidas na determinação das políticas públicas de saúde, a maior referência para orientar a tomada de decisões é o bem comum da sociedade ³.

A política pública é uma ação intencional com objetivos a serem alcançados, não se limita a regras e leis e envolve processos de implantação, execução e avaliação. A agenda governamental não é estática e depende do conjunto de atores sociais que demandam a inclusão ou exclusão de problemas novos ou antigos. No caso do Brasil, é constitucionalmente posto o papel do Estado como o responsável pela formulação de políticas públicas em saúde que respondam às reais necessidades da população.

Além de formular políticas, o Estado tem o papel de provedor e regulador dos serviços de saúde. Sendo assim, as ações de saúde bucal no âmbito da atenção básica e da média e alta complexidade são deveres a serem cumpridos. Nesse sentido, o Estado implantou a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), em vigor desde 2004, como tentativa de resposta aos problemas de saúde bucal da população brasileira ⁵ – por exemplo, cáries e perdas dentárias.

Apesar dos esforços do Estado no sentido de legislar políticas de saúde coerentes com a realidade social, a articulação insuficiente ou limitada entre as ações de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) compromete a qualidade de vida da população e dificulta a atenção integralizada à saúde. A avaliação da política pública adotada permite identificar o que o Estado pretende fazer e o que realmente faz ².

Entende-se *saúde pública* como o conjunto de disciplinas e práticas cuja finalidade é proteger a saúde das populações em seus contextos naturais, sociais e culturais. O estudo das políticas públicas de saúde é função da saúde pública, que deve ter o papel protetor ⁶.

Nesse sentido, a saúde pública avalia as políticas de saúde visando garantir a proteção dos cidadãos em situação de vulneração. No contexto da saúde bucal, as políticas públicas de saúde devem garantir, aos sujeitos vulnerados, o acesso à assistência odontológica integral.

O princípio da proteção possibilita a avaliação ética de tais políticas. A bioética da proteção reflete e discute a responsabilidade do Estado em prover o bem-estar de seus cidadãos, visando à coletividade e não às individualidades, ante os diversos conflitos morais.

Assim, considerando o papel protetor do Estado (coletividade) e a prerrogativa de que a saúde é direito da população garantido por lei, a bioética de proteção mostra-se importante para abordar o caráter dinâmico de uma política pública que ofereça atenção integral à população.

O objetivo do presente trabalho foi discutir a Política Nacional de Saúde Bucal por meio dos pressupostos da bioética da proteção, na perspectiva da atenção integral da saúde.

Bioética da proteção

A bioética é descrita como o conjunto de conceitos, argumentos e normas que valorizam e legitimam eticamente os atos humanos, cujos efeitos têm influências significativas, irreversíveis, reais ou potenciais sobre os processos vitais. A etimologia da palavra *bios* remete à vida,

ou à maneira humana de viver. A bioética teria a função de proteger a qualidade da vida humana, sendo a saúde um dos fatores dessa qualidade de vida ⁶. A proteção é então entendida como a atitude de dar resguardo ou de suprir as necessidades essenciais do ser humano.

No contexto etimológico acima especificado, entendem-se por necessidades essenciais aquelas que, quando satisfeitas, permitem que o indivíduo atenda outras necessidades ou interesses próprios. É preciso também registrar que o princípio de proteção possui algumas características, como a gratuidade, ou seja, não deve existir um interesse assegurado anteriormente para desenvolver as atitudes protetoras; a proteção que uma vez assumida se torna compromisso irrenunciável, vinculando-se à cobertura das necessidades do indivíduo envolvido ⁷.

O princípio da proteção não permite que o agente protetor – aqui, o Estado – assumindo suas obrigações éticas de responsabilidade social, atue sem o consentimento da população ⁷. Assim, a bioética da proteção seria parte do campo da justiça sanitária e se propõe a cuidar da cidadania por meio da prevenção de enfermidades e promoção de ambiente saudável. Também deve ser entendida como um compromisso prático, submetido à vontade social ⁶.

São condições para que o princípio da proteção seja cumprido no momento de avaliação moral das ações em saúde: considerar a proteção sempre que os objetivos sanitários forem publicamente aceitos como indispensáveis; aceitar programas ou políticas de saúde pública implica a certeza – ou alta probabilidade – de que as medidas propostas são necessárias e suficientemente razoáveis para prevenir os problemas sanitários abordados; uma vez aceito como pertinente, o princípio de proteção deve cumprir seu papel plenamente, não podendo ser menosprezado por razões secundárias, pois existe uma necessidade social de exercer a proteção por meio de ações programadas ⁷.

Sendo o princípio moral da proteção irrevogável, os agentes envolvidos, as ações e suas consequências devem ser definidos com cautela em fase anterior à implantação das ações.

As determinações devem ser contempladas pelo controle social, visando legitimar as ações frente às necessidades e interesses comuns da população ⁷. Os problemas de saúde bucal da população refletem iniquidades em saúde. As desigualdades exigem da bioética de proteção propostas de serviços integrais, em adição aos serviços necessários, direcionados de forma a atuar sobre as vulnerabilidades identificadas e promoverem maior equidade.

A bioética da proteção é um subconjunto da bioética, constituída por ferramentas teóricas e práticas, que pretende refletir sobre a problemática da *práxis humana* e conflitos na saúde pública, bem como os relativos aos aspectos sociais ^{8,9}.

A gratuidade, vinculação e cobertura são características que o princípio da bioética da proteção deveria apresentar ¹⁰. A bioética da proteção apresenta-se como boa maneira de abordar adequadamente os problemas morais relacionados à saúde pública ⁷, pois requer clara identificação dos objetivos e atores envolvidos em sua implantação, bem como a especificação dos meios adequados para sua produção ¹⁰.

Dessa maneira, para que o princípio da proteção seja aplicado na saúde pública de forma adequada, deve ser claramente explicitado quem serão os protegidos ou o que será protegido para possibilitar a operacionalização do processo. Para que tal objetivo seja alcançado, a população deverá ser esclarecida sobre quais atividades serão realizadas, pois, caso contrário, toda e qualquer ação se tornará arbitrária, com caráter paternalista e ineficaz ¹⁰.

As ações paternalistas se caracterizam pela definição de quais atos serão beneficentes para o indivíduo envolvido, mesmo se por ele repudiados, ou seja, as ações segundo o paternalismo independem da vontade do sujeito envolvido. Assim, o princípio da proteção oferece a possibilidade de avaliação ética das políticas públicas ou ações em saúde que se destinam a suprir as necessidades sanitárias sentidas pela população, haja vista que não necessita de um grupo legitimado e identificado para agir ⁷.

Política Nacional de Saúde Bucal

Desde o início do século XX até a era desenvolvimentista, a política de saúde no Brasil esteve voltada para a prevenção em massa de epidemias e endemias, visando não prejudicar as exportações agrícolas – base da economia do país. A assistência individual foi caracterizada, nesse período, pela atuação liberal privada dos profissionais de saúde. A organização do serviço de saúde bucal, bem como a organização dos outros serviços de assistência à saúde, de forma individual, foram questões secundárias no âmbito da saúde pública ¹¹.

O Estado passou a atuar no campo da saúde bucal no ano de 1950, por meio da Fundação do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), cujos programas de saúde bucal tinham como característica o atendimento e o acompanhamento a escolares de 6 a 14 anos de idade. Após a Segunda Guerra, entrou em evidência mundial o conceito de “estado do bem-estar social”. Diante disso, políticas públicas foram desenvolvidas em diversos países, inclusive no Brasil, para a proteção social da população. Nessa época, a assistência à saúde individual médica e odontológica era ofertada aos contribuintes e dependentes do Instituto Nacional da Previdência Social ¹¹.

No período pós-reforma sanitária e instauração do SUS ^{12,13} a assistência odontológica foi ampliada no país. Destacaram-se como fatores para a valorização da saúde bucal no campo das políticas públicas de saúde a realização de conferências nacionais de saúde bucal, levantamentos epidemiológicos e inclusão das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF).

A inclusão da saúde bucal na ESF ocorreu em 2001, após publicações de duas portarias. A Portaria GM/MS 1.444, de 28 de dezembro de 2000 ¹⁴, estabeleceu incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio da Estratégia Saúde da Família. No ano seguinte, a Portaria GM/MS 267 ¹⁵, de 6 de março de 2001, aprovou as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na ESF, mediante o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica – que definitivamente apresentou a saúde bucal como parte integrante das ações desenvolvidas no SUS.

Em 2004, o documento *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal* apresentou as ações do Ministério da Saúde para a reorganização da atenção à saúde bucal no âmbito do sistema – e constituiu o eixo político básico para a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal ⁵.

A PNSB resultou de discussões com os coordenadores estaduais de saúde bucal, teoricamente fundamentadas nas proposições geradas em encontros de odontologia e saúde coletiva, bem como nas deliberações das conferências nacionais de saúde e conferências nacionais de saúde bucal ⁵. A publicação das *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal* reiterou o compromisso do Estado em prover as ações em saúde bucal.

Perspectiva da integralidade

A integralidade está entre os princípios do SUS e significa assistir ao usuário em suas necessidades, ou seja, ter seus problemas resolvidos. Neste artigo, o termo integralidade está vinculado ao conceito de integrar ações no setor público de saúde bucal. Nesse sentido, integralidade seria garantir o acesso a toda tecnologia de cuidado odontológico, por fluxos contínuos entre os serviços, na resolução dos problemas de saúde bucal. A integralidade dos serviços de saúde bucal, principalmente para aqueles em estado de vulneração, é aqui compreendida como medida protetora do Estado.

No Brasil, o dever protetor do Estado é definido constitucionalmente como a garantia do direito universal à saúde – incluída nesta a saúde bucal ^{12,13}. De acordo com o princípio da proteção, os serviços disponibilizados pelo Estado devem suprir as necessidades essenciais dos indivíduos, mais especificamente o direito à saúde bucal e a proteção dos determinantes de saúde, nas ações de promoção da saúde, prevenção das doenças, recuperação da saúde e reabilitação.

Nessa vertente, a atenção integral sob o ponto de vista do atendimento às necessidades diversas do ser humano será garantida pela atuação da equipe de saúde por meio das linhas de cuidado (da criança, do adolescente, do adulto e do ido-

so) ou por meio das condições de vida (saúde da mulher, saúde do trabalhador, hipertensos, diabéticos, portadores de necessidades especiais). Os profissionais de saúde devem oferecer ações resolutivas no universo diverso dos usuários do sistema de saúde público. Ações resolutivas implicam em acolher, informar, atender e, se necessário, encaminhar o usuário para outro serviço por meio de uma rede completa de referência e contrarreferência⁵.

A atenção integral é refletida em ações intersetoriais, como a fluoretação da água de abastecimento, e ações de educação em saúde externas às unidades básicas de saúde. No Brasil, estima-se que cerca de seis milhões de pessoas serão beneficiadas com a fluoretação das águas de abastecimento público. Essa medida reflete o reconhecimento de a fluoretação da água ser uma das condições fundamentais para promover a saúde bucal da população. Dessa forma, a viabilidade de políticas públicas de fluoretação das águas de consumo, de forma abrangente e socialmente justa, é uma atitude eticamente correta por garantir o acesso dos indivíduos ao íon flúor¹⁶ como método de prevenção da doença cárie dentária.

Conforme a PNSB, as ações de recuperação da saúde e reabilitação são oferecidas pelas equipes de saúde bucal nas unidades de saúde, conforme a complexidade. É desejável a inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica, como a reabilitação dos indivíduos por próteses odontológicas, consideradas necessárias devido à alta prevalência da perda dentária no país⁵. Uma vez instituído o dever do Estado em prover as ações de saúde bucal no âmbito da atenção básica, as ações de média e alta complexidade em saúde bucal também são deveres a ser cumpridos pelo Estado, de acordo com os princípios constitucionais da atenção integral.

No que se refere à oferta de serviços odontológicos especializados, a PNSB conta com centros de referência de especialidades odontológicas (CEO), referência para as equipes de saúde bucal da atenção básica. Integrados ao processo de planejamento loco regional, os CEO oferecem procedimentos diversos como tratamentos cirúr-

gicos periodontais, endodontias, dentística de maior complexidade e procedimentos cirúrgicos compatíveis a seu nível de atenção. Sua finalidade é ampliar e qualificar a rede de atenção de média e alta complexidade⁵.

É válido ressaltar que as ações de média e alta complexidade na odontologia possibilitam a atenção integralizada à saúde, evitando as extrações dentárias como último recurso terapêutico para a cárie dentária, que ainda é a doença mais prevalente dentre os agravos bucais. Adota-se a idade índice de 12 anos para a comparação da cárie dentária entre as diferentes regiões.

No Brasil, a média do índice de dentes cariados, perdidos e obturados – CPO-D – dos indivíduos de 12 anos de idade é 2,78, que significou o alcance da meta 3,00 estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para o ano de 2000. Em contrapartida, 3/5 dos dentes acometidos pela doença cárie estão sem tratamento. Verificam-se diferenças entre os valores do índice CPO-D nas cinco macrorregiões brasileiras. O CPO-D registrado aos 12 anos de idade na região Norte foi de 3,13; na Nordeste, 3,19; na Centro-Oeste, 3,16; na Sul, 2,31 e na Sudeste, 2,30.

Os adolescentes pertencentes à faixa etária compreendida entre 15 e 19 anos possuem CPO-D igual a 6,18; entre os adultos, o índice é de 20,12¹⁷. Quando comparados os dados do inquérito populacional brasileiro realizado em 1986¹⁶ com os do inquérito de 2002/2003, verifica-se queda de 52% na prevalência da cárie dentária nos adolescentes e de 10% nos adultos. No entanto, nos adultos, a proporção de dentes perdidos do índice CPO-D se manteve praticamente a mesma nos dois inquéritos epidemiológicos.

Tais resultados demonstram a persistência, no país, de um modelo assistencial odontológico mutilador, com ações curativas predominantemente radicais, como as exodontias. Não é difícil compreender que somente pouco mais da metade da população adulta possui mais do que vinte dentes na boca. No que se refere aos idosos, esse número chega a menos de 10%, conforme apresentado no levantamento nacional realizado em 2002/2003. Contudo, a OMS havia estabelecido

como meta para o ano 2000 que 75% dos adultos e 50% dos idosos possuíssem, pelo menos, vinte dentes na boca. No Brasil, o número de idosos que não possuem nenhum dente funcional ultrapassa 56% e, quanto ao uso de prótese dentária, a maioria dos idosos (57,9%) utiliza a prótese total superior¹⁷. A perda de dentes e o uso de próteses dentárias inadequadas podem interferir na qualidade de vida das pessoas, na realização das atividades diárias e nas relações sociais, além de produzir desconforto na mastigação e na dicção.

A integralidade da atenção à saúde deve estar inserida no cotidiano do serviço público porque o princípio da proteção é caracterizado por seu compromisso prático. Ofertar a tecnologia certa, no espaço certo e na ocasião mais adequada para concretizar o sentido de atenção integral no SUS¹⁸. A integralidade deve incorporar a finalização do cuidado, com máxima resolubilidade, considerando o conhecimento atualmente disponível para o problema de saúde que o indivíduo está vivendo. Tal ação não deve ser resultado de uma batalha individual do usuário pelo recebimento do serviço, mas decorrer da responsabilidade inerente ao sistema de saúde^{19,20}. Dessa maneira, as políticas públicas de saúde devem possuir uma visão abrangente das pessoas que serão os seus alvos⁴.

Não se pode compreender a integralidade apenas como uma diretriz do sistema ou um de seus princípios, restringindo-se a sua apresentação formal. Esse princípio deve ser visto como “bandeira de luta” parte de uma “imagem-objetivo”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e práticas consideradas como desejáveis. A integralidade tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam ao ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária²¹.

A integralidade pode ser vista como “ideal regulador”, algo plenamente inatingível, mas que busca a aproximação constante, um agregado de tendências cognitivas e políticas com alguma imbricação entre si, porém não completamente articuladas²². Em busca deste ideal, coaduna-se a bioética da proteção, que preconiza

a responsabilidade do Estado no provimento da saúde e qualidade de vida – considerando-se que os problemas de saúde bucal ainda persistem no Brasil, exigindo do Estado efetivação das medidas protetoras de saúde pública.

Considerações finais

A PNSB apresenta coerência teórica com os princípios do SUS. O compromisso do Estado em prover atenção integral em saúde bucal à população, uma vez assumido, não poderá ser renunciado segundo a vinculação do princípio protetor. A atenção em saúde bucal foi oferecida universalmente, concordando com a cobertura das necessidades do envolvido. Entretanto, no contexto brasileiro, o Estado precisa equacionar as desigualdades sociais, efetivamente garantindo a integralidade da atenção em saúde bucal para os sujeitos em estado de vulneração.

A bioética da proteção é uma proposta interessante no que se refere à análise ética de políticas públicas e às diretrizes da PNSB, pois ambas estão em consonância com as expectativas de cumprimento do dever protetor do Estado em suprir as necessidades essenciais da população. As ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde bucal são consideradas necessidades essenciais, pois integram o direito à saúde e não podem ser concretizadas individualmente, haja vista dependerem de um conjunto institucional para sua obtenção.

Apesar dos grandes avanços e conquistas no âmbito da saúde bucal no Brasil, ainda há muito o que fazer para que, de fato, o cuidado seja integral. É desejável que as atividades pertencentes ao primeiro nível de assistência sejam ampliadas, conforme o texto da Política Nacional de Saúde Bucal, visando qualificar a oferta dos serviços prestados, aumentando o impacto e a cobertura do serviço público de saúde bucal, adotando como base o princípio da equidade.

Espera-se que a análise apresentada neste artigo tenha contribuído para reflexões teóricas em busca de soluções para uma prática odontológica integral cujo foco se pautar na melhora da qualidade de vida da população brasileira.

Referências

1. Hofling HM. Estado e políticas (públicas) sociais. Cadernos Cedes. [internet]. 2001 [acesso mar. 2012];21(55):31-41. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v21n55/5539.pdf>
2. Souza C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. Sociologias. [internet]. 2006 [acesso mar. 2012]; 8(16):20-45. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16.pdf>
3. Cohn A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec/Fiocruz; 2006. p. 231-58.
4. Mattos RAD. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 4ª ed. Rio de Janeiro: Uerj/Abrasco; 2007. p. 47-62.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da política nacional de saúde bucal [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [acesso 5 mar. 2012]. Disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf
6. Schramm FR. A bioética da proteção em saúde pública. In: Fortes PAC, Zoboli ELCP, organizadores. Bioética e saúde pública. 2ª ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola; 2004. p.71-84.
7. Schramm FR, Kottow M. Principios bioéticos en salud pública limitaciones y propuestas Cad Saúde Pública. 2001;17(4):949-56.
8. Schramm FR. Bioética da proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. Rev Bioét (Impr). 2011;19(3):713-24.
9. Schramm FR. A bioética de proteção é pertinente e legítima? Rev Bioét (Impr). 2008;16(1):11-23.
10. Pontes CAA, Schramm FR. Bioética da proteção e papel do Estado: problemas morais no acesso desigual à água potável. Cad Saúde Pública. 2004; 20(5):1319-27.
11. Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM, organizadores. A política nacional de saúde bucal: registro de uma conquista histórica. Brasília: Opas; 2006.
12. Brasil. Constituição Federal. Título VIII, capítulo II, seção II, artigos 196 a 200. Brasília: Presidência da República;1988.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 [internet]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 28 maio 2002 [acesso mar. 2012]. Disponível: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. DOU de 29 dez. 2000; Seção 1:85.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 267, de 6 de março de 2001. Aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa Saúde da Família. DOU de 7 mar. 2001; Seção 1:67.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986. Brasília: Ministério da Saúde; 1988. (Série C. Estudos e Projetos, 4).
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil. Condições de saúde bucal da população brasileira: 2002-2003. Resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Brasil Sorridente [internet]. [acesso 15 fev. 2012]. Disponível: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=406
19. Moysés SJ. Integralidade e ação prática: desafios para a força de trabalho em saúde bucal no Brasil. In: Garcia DV, organizador. Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Odontologia do Rio de Janeiro; 2005. p. 49-64.
20. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RAD, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: Uerj/IMS/Abrasco; 2006. p. 113-26.
21. Mattos RAD. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R; Mattos RAD, organizadores. Op. cit. p. 39-64.
22. Camargo Jr. KR. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RAD, organizadores. Op. cit. p. 37-46.

Participação dos autores

Costa SM, Nickel DA, Borges CM, Campos ACV, Verdi MIM participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Recebido: 17.4.2012

Revisado: 8.6.2012

Aprovado: 4.7.2012