



Revista Bioética

ISSN: 1983-8042

ISSN: 1983-8034

Conselho Federal de Medicina

Andrade, Flávia Reis de; Narvai, Paulo Capel; Montagner, Miguel Ângelo
Dificuldades éticas na realização da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010
Revista Bioética, vol. 26, núm. 4, 2018, Outubro-Dezembro, pp. 617-625
Conselho Federal de Medicina

DOI: 10.1590/1983-80422018264280

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361558432016>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

UABM
redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

PESQUISA

Dificuldades éticas na realização da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010

Flávia Reis de Andrade¹, Paulo Capel Narvai², Miguel Ângelo Montagner¹

1. Curso de Saúde Coletiva, Faculdade de Ceilândia (FCE) Universidade de Brasília (UnB), Brasília/DF 2. Departamento de Política, Gestão e Saúde, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo/SP, Brasil.

Resumo

Objetivou-se neste estudo identificar e analisar as dificuldades éticas na realização da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal de 2010. Trata-se de estudo qualitativo, no qual foram entrevistados 12 membros do grupo gestor e do Comitê Técnico Assessor do Ministério da Saúde, além de dois coordenadores, um estadual e outro municipal. Utilizou-se a técnica do discurso do sujeito coletivo na sistematização dos depoimentos. Foram identificadas seis dificuldades centrais, entre as quais: convencer o gestor municipal a liberar o profissional para fazer a pesquisa; e dialogar nos locais em que as gestões do município e do estado são de partidos políticos diferentes. As recusas em participar da pesquisa nacional foram principalmente de cirurgiões-dentistas e gestores municipais de saúde. Em ambos os casos, constata-se grave violação da ética da responsabilidade individual e pública.

Palavras-chave: Inquéritos epidemiológicos. Ética. Gestor de saúde. Autonomia profissional. Saúde Bucal.

Resumen

Dificultades de naturaleza ética en la realización de la Investigación Nacional de Salud Bucal 2010

Este estudio tuvo como objetivo identificar y analizar las dificultades de naturaleza ética presentes en la realización de la Pesquisa Nacional de Saúde Bucal de 2010 (Investigación Nacional de Salud Bucal). Se trata de una investigación cualitativa, en la cual se realizaron entrevistas con 12 miembros del Grupo Gestor y del Comité Técnico Asesor del Ministerio de Salud, y con dos coordinadores, uno estadual y otro municipal. Se utilizó la técnica del discurso del sujeto colectivo. Se identificaron seis ideas centrales, entre ellas: convencer al gestor municipal que no quiere autorizar al profesional para la realización del estudio; dialogar en los lugares en los que la gestión municipal y estadual recae en partidos políticos diferentes. El rechazo a participar se dio en dos niveles: dos cirujanos dentistas y dos gestores municipales de salud. En ambos casos, se evidencia una importante violación de la ética de la responsabilidad, individual y pública.

Palabras clave: Encuestas epidemiológicas. Ética. Gestor de salud. Autonomía profesional. Salud bucal.

Abstract

Difficulties of an ethical nature involved in the National Oral Health Survey 2010

The objective of this study was to identify and analyze the ethical difficulties present in the *Pesquisa Nacional de Saúde Bucal de 2010* (National Oral Health Survey). This is a qualitative research, in which interviews were carried out with 12 members of the Management Group and the Advisory Technical Committee of the Ministry of Health, in addition to two coordinators, one State and the other Municipal. The discourse of the collective subject technique was used. Six central ideas were identified, among which are convince the municipal manager who does not want to release the professional to carry out the research; to negotiate in places where the Municipal and State administrations are from different political parties. The refusals to participate took place at two levels: dental surgeons and municipal health managers. In both cases, there is an important violation of responsibility, both individual and public.

Keywords: Health surveys. Ethics. Health manager. Professional autonomy. Oral health.

A eticidade, em sentido lato¹, é pré-requisito da legitimidade; portanto, algo pode ser a um só tempo legal e ilegítimo. Se uma ação, por exemplo, não tem justificativa ética, sua legitimidade é comprometida e não pode ser assegurada nem mesmo por força da lei. A esse respeito, Pfeiffer¹ argumenta que uma lei pode ser considerada ilegítima se não for fundamentada eticamente. Embora legalidade e legitimidade remetam a dimensões distintas, as práticas de saúde devem buscar obedecer a ambas.

Posto isso, pode-se afirmar que são legítimos os inquéritos populacionais realizados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que contam com amparo legal e fundamento ético. Sua legalidade é garantida pela Lei 8.080/1990, que determina o emprego da epidemiologia para definir prioridades e, por consequência, alocar recursos². Quanto à eticidade, deriva de suas contribuições potenciais para os serviços públicos de saúde, uma vez que geram conhecimentos úteis para identificar e compreender as necessidades da população.

Diante disso, verifica-se a crescente valorização dos inquéritos de saúde no Brasil, que se diferenciam quanto à temática, forma de obter dados, população-alvo e periodicidade³. Essas opções metodológicas e operacionais trazem dificuldades específicas para formular e implementar inquéritos. Por exemplo, a extensão territorial brasileira e a diversidade local e regional constituem obstáculos para se fazer levantamento das necessidades nacionais que evidentemente não aparecem nos inquéritos municipais⁴, assim como as dificuldades dos inquéritos telefônicos não são as mesmas dos domiciliares.

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), lançada em março de 2004, preconiza o uso da epidemiologia para subsidiar o planejamento e fortalecer a vigilância à saúde, monitorando constantemente *danos, riscos e determinantes do processo saúde-doença*⁵. Para que esses pressupostos da PNSB se efetivem, é preciso conhecimento epidemiológico e domínio de suas ferramentas, entre elas, os inquéritos populacionais de saúde⁶.

Com base nisso, o Ministério da Saúde instituiu o Comitê Técnico Assessor (CTA) para estruturar e implantar a estratégia de vigilância em saúde bucal (VSB) na PNSB (CTA-VSB), por meio da Portaria 939/2006⁷. Coube ao CTA-VSB, além de outras atribuições, *acompanhar a situação epidemiológica na área de Saúde Bucal*⁷. Em abril de 2009, o CTA-VSB iniciou a elaboração do “Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Projeto SB Brasil 2010”, que deu origem à

pesquisa ora analisada, sendo elemento estratégico na Vigilância à Saúde da PNSB⁶.

O projeto técnico e operacional do SB Brasil 2010 foi submetido à consulta pública e, em seguida, à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep). Sua execução ficou sob responsabilidade dos oito Centros Colaboradores do Ministério da Saúde em Vigilância da Saúde Bucal (Cecol), sediados em instituições de ensino superior das regiões Centro-Oeste, Nordeste, Sudeste e Sul do país. As unidades federativas foram distribuídas entre os Cicol, e cada um ficou com cerca de 22 municípios. Além disso, cada Cicol indicou um representante para compor o grupo gestor da pesquisa, incumbido de manter contato com as secretarias estaduais e municipais de saúde⁸.

O SB Brasil 2010 foi o último dos quatro levantamentos nacionais de saúde bucal realizados no país. Trata-se de estudo multicêntrico que envolveu as três esferas gestoras do SUS (municipal, estadual e federal), além de outros setores, como instituições de ensino superior. Os exames domiciliares foram realizados em 177 municípios de variados portes demográficos, nas cinco regiões do país.

Além disso, os próprios profissionais do SUS integraram as equipes de campo, ou seja, não foram contratados institutos de pesquisa⁴. A intenção era que os trabalhadores da saúde se apropriassem do método epidemiológico e, com isso, aprimorassem suas práticas no nível local⁹. Essa opção foi avaliada positivamente por pessoas que atuaram como coordenadoras no inquérito¹⁰. O SB Brasil 2010 contou com apoio de cerca de mil equipes⁴, treinadas e calibradas antes da coleta de dados. A partir disso, o objetivo deste artigo foi identificar e analisar as dificuldades éticas encontradas na realização do inquérito epidemiológico SB Brasil 2010.

Método

Este estudo faz parte de pesquisa mais ampla realizada com gestores do SB Brasil 2010. Utilizou-se o estudo de caso como método qualitativo, conforme os pressupostos de Yin¹¹. Como informantes-chave foram selecionados membros do grupo gestor do inquérito, tendo em vista que participaram ativamente do trabalho de campo, etapa em que surgem os maiores impasses éticos. Conforme mencionado, esse grupo foi constituído por 10 pessoas indicadas pelos Cicol para apoiar estados e municípios.

Identificaram-se os primeiros entrevistados por meio do relatório final do SB Brasil 2010. Além disso, empregou-se a técnica “bola de neve”, ou seja, após cada entrevista solicitava-se indicação de possíveis participantes da pesquisa. Dois membros do grupo gestor não foram incluídos na primeira relação de prováveis informantes, uma vez que suas atribuições não se assemelhavam às dos demais: por atuarem no Ministério da Saúde, ficaram responsáveis pelo suporte institucional do inquérito e não participaram diretamente do trabalho de campo. No entanto, vários entrevistados indicaram o nome de um deles na técnica “bola de neve”, razão pela qual foi convidado para este estudo. Membros do CTA-VSB que, de acordo com os entrevistados, tiveram atuação mais próxima do grupo gestor, bem como coordenadores locais e regionais, também foram citados na referida técnica.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais com roteiro semiestruturado, conduzidas pela pesquisadora responsável pelo protocolo do estudo, sendo gravadas e transcritas. Os participantes foram contatados pessoalmente ou por e-mail para definir local, data e horário das entrevistas; três delas ocorreram em um encontro acadêmico da área de saúde coletiva, e as demais nos estados de origem dos informantes. A pergunta que deu origem a este artigo foi: “considerando sua experiência no SB Brasil 2010, que dificuldades você destacaria em um inquérito populacional dessa magnitude?” A técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) foi utilizada para organizar e sistematizar os depoimentos, cuja análise seguiu as etapas do DSC descritas por Lefèvre e Lefèvre¹².

O projeto que deu origem a este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Todas as etapas do Processo de Consentimento Livre e Esclarecido foram cumpridas.

Resultados

Participaram deste estudo 14 entrevistados de 11 estados e do Distrito Federal, sendo nove membros do grupo gestor, três do CTA-VSB e dois coordenadores, um estadual, outro municipal. Houve uma recusa. As respostas dos entrevistados sobre as dificuldades inerentes a um inquérito da magnitude do SB Brasil 2010 resultaram nas seguintes ideias centrais: 1) convencer o gestor municipal a liberar o profissional para realizar a pesquisa; 2) dialogar nos locais em que as gestões do município e do estado

são de partidos políticos diferentes; 3) fazer o gestor municipal entender a importância da pesquisa, apesar de os dados não serem aplicáveis em nível local; 4) lidar com a “irresponsabilidade” da macropolítica em indicar pessoas sem perfil para cargos de gestão; 5) convencer os profissionais da importância de inquéritos como o SB Brasil 2010; e 6) acessar setores censitários sorteados em contextos de violência. A seguir, essas ideias são acompanhadas dos respectivos DSC.

Ideia central 1 – Convencer o gestor municipal a liberar o profissional para realizar a pesquisa

“Tivemos dificuldades com a gestão local no sentido de liberar o profissional para realizar a pesquisa. Em uma capital, por exemplo, eu tive que negociar isso com o coordenador municipal: ‘Olha, não é necessário que a equipe fique 40 horas fazendo a pesquisa. A gente pode dividir isso, ele pode ficar 20 horas na pesquisa e 20 horas na assistência’. Só que tinha outro problema: os profissionais tinham contrato de 40 horas, mas não trabalhavam 40 horas. Às vezes, você tem profissionais que querem participar e o gestor não deixa, não quer. Isso ocorreu num município de pequeno porte, no qual um profissional teve problemas com a gestão, que alegava: ‘Não, você vai ficar muito tempo sem estar na sua equipe de saúde bucal, que é da Estratégia’. O município o destituiu do cargo e o impediu de participar do SB Brasil 2010. Salvo engano, esse município contava com apenas uma ou duas equipes. Se já tinha proibido um profissional, qualquer outro seria impossível. Essas dificuldades de entendimento do projeto ocorreram apesar de ele ter sido apresentado e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Teoricamente, pessoas que representam os gestores estaduais e municipais, bem ou mal, estão na CIT para representar. Por não terem esse conhecimento, alguns gestores municipais geravam certa dificuldade na condução do processo no âmbito local. Então, o interesse político é importante para que a coisa aconteça, porque a gente sente uma diferença muito grande de quando o gestor é sensível a iniciativas como o SB Brasil 2010. Depende, portanto, do perfil de quem está fazendo as coisas, pra entender o quanto a epidemiologia é importante para o planejamento e avaliação das políticas.”

Ideia central 2 – Dialogar nos locais em que as gestões do município e do estado são de partidos políticos diferentes

“As questões ideológicas atrapalham um pouco. Se outro tem a ideia, às vezes é mais difícil. Em um

estado, por exemplo, os coordenadores estadual e municipal foram muito receptivos e solícitos comigo para a organização e a execução do levantamento. Só que tinha um problema político interno: as gestões do município e do estado eram de partidos diferentes. Então, às vezes, o estado tinha certa dificuldade de estar coordenando, organizando e operacionalizando na capital. Por vezes, você precisa ter estratégias dialógicas, sentar à mesa, falar: ‘Olha, vamos combinar? Não é para o PT, não é para capitalização política do Lula, do Gilberto Pucca. Nós estamos construindo mais um passo, mais um movimento para o Sistema Único de Saúde, sendo PSDB, DEM, PT, seja lá o que for. Este não é um município que quer construir bem o seu sistema de saúde? Não quer ter uma boa organização do subsistema de saúde bucal? Temos que fazer’. Você constrói imagens que responsabilizam a gestão. As questões políticas são, talvez, as de mais difícil enfrentamento.”

Ideia central 3 – Fazer o gestor municipal entender a importância da pesquisa, apesar de os dados não serem aplicáveis em nível local

“Trabalhamos com a ideia de que quem faz a pesquisa é o dentista do município sorteado para compor a amostra. Aí você tem que chegar lá e dizer para o gestor: ‘Olha, seu município foi sorteado e faremos uma pesquisa de saúde bucal aqui. O senhor não vai gastar quase nada, mas precisa liberar o seu profissional’. Nas capitais era preciso liberar, minimamente, 10 dentistas pra compor 10 equipes. Em alguns municípios, um a dois dentistas, vai variando. O gestor municipal responde: ‘Legal, no final terei dados pra ver como anda a saúde bucal no meu município’. O problema é que a pesquisa não é inferente para o município, ou seja, o dado do SB Brasil 2010 não tem aplicação programática para o nível local porque não tem representatividade. Então esclarecemos: ‘Tem um problema. Essa é uma pesquisa de base nacional que vai dar o perfil de saúde bucal do Brasil, capitais e Distrito Federal. Se quiser, vai ter que entrar com o capital’. Daí ele responde: ‘Mas eu já estou liberando o meu profissional, para quem eu pago salário. Estou participando, é o que eu posso’. Acho que essa foi a primeira dificuldade, de fazer com que os gestores entendessem que é uma pesquisa importante para o país, capitais e macrorregiões; e que o seu município tinha sido sorteado. Depois ele via que não era nenhuma sorte: ‘Mas que sorte é essa? Vou liberar o meu profissional e ter por dois, três meses a população reclamando que tenho menos um dentista na unidade de saúde e não terei resultado para planejar e avaliar os meus serviços.’”

Ideia central 4 – Lidar com a “irresponsabilidade” da macropolítica em indicar pessoas sem perfil para cargos de gestão

“Tem estado que não tem a figura do coordenador de saúde bucal. Não se sabia a quem recorrer, saía procurando. Além disso, tem a irresponsabilidade da macropolítica em indicar pessoas sem perfil. Teve um estado que indicou uma graduanda em direito. Então, ela era a minha interlocutora. Não que ela tenha sido um problema, muito pelo contrário. Ela fez um esforço pessoal enorme. Não foi ruim trabalhar com ela, mas é uma irresponsabilidade da macrogestão e macropolítica. Na primeira oficina de um estado que nos deu muito trabalho, as pessoas mais tradicionalmente ligadas à saúde bucal coletiva e as entidades odontológicas não conheciam a coordenadora de saúde bucal do estado porque tinha sido uma indicação das bases aliadas. Uma pessoa completamente neófito. As pessoas simplesmente a desconheciam. Uma pessoa que tinha se formado seis, três meses antes. Não conhecia o organograma da Secretaria Estadual de Saúde. Imagina o que é colocar um projeto dessa envergadura para uma pessoa com essa formação administrar.”

Ideia central 5 – Convencer os profissionais da importância de inquéritos como o SB Brasil 2010

“A primeira tarefa é convencer os profissionais da importância de inquéritos como o SB Brasil 2010 porque alguns acham que as suas atribuições são mais clínicas mesmo. A primeira coisa que os profissionais de uma capital disseram foi: ‘Não, esquece meu nome. Eu não quero fazer porque é muito cansativo. Eu prefiro ficar atendendo’. Muitos querem reproduzir no SUS a prática do consultório particular. Em outro município, os dentistas vieram para uma oficina regional e falaram: ‘Não quero, não vou fazer’. Nem todos os profissionais têm perfil, alguns vêm meio que forçados ou interessados em algum ganho financeiro que não existe, é praticamente nulo. Mas o fato é que na normatização do papel da Equipe de Saúde da Família, principalmente do PSF, está posta a questão da coordenação e da compreensão do diagnóstico local, dos inquéritos. Inclusive o objetivo da inclusão da Equipe de Saúde Bucal na Saúde da Família foi reduzir os indicadores de saúde bucal e melhorar o acesso da população às ações em saúde bucal. Então é óbvio que pra reduzir indicadores eu preciso conhecer a realidade; e o inquérito epidemiológico é uma das ferramentas pra isso. Acho que isso tem que ser trabalhado, tanto nos serviços quanto nas instituições formadoras. Precisamos qualificar melhor os nossos recursos humanos enquanto estão na graduação ou logo que entram para o Sistema

Único de Saúde, para eles saberem o que compete a um profissional do SUS.”

Ideia Central 6 – Acessar setores censitários sorteados em contextos de violência

“Tivemos profissionais que chegaram a pagar do bolso o passe para o traficante, para o líder da comunidade, para fazer o inquérito. Num município relativamente pequeno fomos impedidos absolutamente de acessar um dos setores sorteados porque estava tomado pelo tráfico. Já numa capital, os profissionais fizeram um acordo com o centro de saúde, pois eles não podiam entrar em qualquer horário. Tinham que sair às 4h da tarde porque era muito violento. Teve ainda outra situação em que a coordenadora municipal escolheu um local para fazer a calibração que era muito perigoso na cidade, área de risco de tráfico de drogas. Inclusive os instrutores já tinham conversado com ela que não era um bom local por causa dessas questões. Ela disse que era tranquilo, que a equipe de saúde da família funcionava bem. Aconteceu um problema sério na área durante o processo de calibração. Teve um tiroteio e os instrutores saíram escoltados pela polícia. Além disso, algumas equipes de campo foram assaltadas durante a coleta de dados. Então, não sei se os profissionais cumpriram as normas que falavam para examinar só quem estava indicado na folha e seguir pelo lado correto da quadra, porque eram momentos de tensão.”

Discussão

Os municípios que integraram a amostra do SB Brasil 2010 foram selecionados de modo aleatório. De acordo com os entrevistados, alguns gestores municipais se recusaram a participar do inquérito, principalmente após estarem cientes das dificuldades oriundas das atividades de campo. A realização dos exames domiciliares pelas equipes de saúde diminuía ou interrompia atendimentos em unidades e serviços do SUS. Essas modificações, ainda que provisórias, no cotidiano dos serviços de saúde não são aceitas pelo gestor que fundamenta suas ações em medidas quantitativas de produtividade, e não em indicadores epidemiológicos.

Os gestores do SUS têm responsabilidades éticas inerentes à posição que ocupam no sistema. Conhecer o perfil epidemiológico é uma delas, pois os municípios que ignoram a situação de saúde de sua população são incapazes de conciliar decisões políticas e realidade local de modo responsável. Porém, o inquérito não permite gerar dados

representativos para cada local, o que em parte explica a percepção de gestores que não viam utilidade para seu município em participar desse esforço nacional.

Por outro lado, essa visão opera no plano imediato das ações, sendo difícil para muitos desses gestores compreender que a colaboração com o SB Brasil 2010 proporcionaria às equipes de saúde aprendizado e experiências que, em momento posterior, permitiriam produzir inquérito similar abrangendo apenas indicadores municipais. No SB Brasil havia treinamento e aprimoramento das equipes de saúde, que, se bem aproveitados, poderiam integrar política municipal de educação permanente em saúde, como aconteceu em vários municípios.

Além disso, conforme relatado em um dos DSC, alguns gestores optaram por partidarizar a decisão sobre o SB Brasil 2010, tomando-o como moeda política. Com isso, recusaram-se a apoiar inquérito nacional de irrefutável interesse público e com o qual todos deveriam se comprometer, independentemente do partido político do prefeito ou do governador. O que era uma iniciativa efetivamente nacional foi percebido de modo restrito, como algo de interesse apenas do governo federal. Portanto, esses gestores tomaram decisões como se o futuro dos serviços de saúde bucal não estivesse no escopo de sua função.

Ambas as situações remetem ao conceito da ética da responsabilidade pública¹³. Segundo Kuiava, *sob o ponto de vista da gestão pública, a responsabilidade pode ser entendida como capacidade que o gestor público tem de sentir-se comprometido a responder ou cumprir uma tarefa que é sua sem qualquer pressão externa à sua consciência ética*¹⁴.

De acordo com Barata¹⁵, os dados produzidos pelos inquéritos de base populacional geralmente não são *desagregáveis para o uso no nível local*. Estudos menos abrangentes e, por consequência, mais viáveis no que se refere ao tempo e custo são mais apropriados para dar conta das demandas da gestão local do SUS¹⁶. No entanto, inquéritos de base populacional, de abrangência nacional ou mesmo estadual, são oportunidades inestimáveis para as equipes municipais desenvolverem, ampliarem ou aprimorarem suas qualificações. Segundo os entrevistados deste estudo, porém, a não representatividade do SB Brasil 2010 para o município dificultou o envolvimento de alguns gestores, que viam suposta colisão entre os interesses do município e da coletividade mais ampla, objeto da investigação.

Este aspecto, que surgiu de modo bastante claro neste estudo, remete a uma dimensão pouco analisada das restrições e impasses contemporâneos no processo de municipalização da saúde no Brasil: o papel do município como ente federativo em iniciativas da Vigilância em Saúde. Os escopos e objetos dessas iniciativas nem sempre são passíveis de “recortes” nos limites jurídico-administrativos do município, mas, ao contrário, dizem respeito aos interesses sanitários de regiões, macrorregiões e do país.

A municipalização da saúde foi crucial para efetivar a descentralização como princípio organizativo do SUS, notadamente nas duas primeiras décadas de construção do sistema. Entretanto, Campos e Campos alertam que *apesar de termos certas regras gerais para regular o SUS, há uma autonomia quase absoluta para cada secretário municipal decidir em função de quais princípios ou lógica organizará o sistema local*¹⁷. Na perspectiva da saúde pública, é preciso indagar se é eticamente adequado que um gestor determine a relevância de o município sob sua autoridade administrativa participar ou não de um inquérito nacional.

O exercício responsável da autonomia do município deve incluir a colaboração em projetos coletivos e de utilidade pública que interessam a todo o país, e não apenas à esfera federal, ainda que essa colaboração não resulte em benefícios imediatos para o local, como é o caso do SB Brasil 2010. Não se pretende com isso discutir motivações político-administrativas, mas indagar o significado ético das decisões de autoridades municipais.

Um inquérito nacional é influenciado por fatores não apenas políticos, mas também técnicos e institucionais. A natureza e intensidade desses fatores determinam diferenças entre municípios e estados no ritmo das etapas previstas. Na avaliação dos entrevistados, alguns problemas interferiram de modo substancial na execução do projeto, como *falta de profissionalização de gestores, reprodução de práticas clientelistas e corporativas na indicação de ocupantes dos cargos de direção e interferência político-partidária no funcionamento dos serviços*, itens elencados por Paim e Teixeira¹⁸ como entraves para o pleno desenvolvimento do SUS. Práticas consideradas antidemocráticas, a exemplo do clientelismo, e o despreparo de parte das pessoas que ocupam cargos de coordenação e chefia nas três esferas de governo do SUS dificultam, e às vezes inviabilizam, ações cujos requisitos são competência gerencial e compromisso ético-político.

De acordo com os entrevistados, alguns servidores do SUS – muitos deles titulares de cargos públicos (“efetivos”) – não aceitaram participar do SB Brasil 2010. Tal recusa era especialmente problemática nos municípios de até 20 mil habitantes, que não raro contavam com apenas um cirurgião-dentista. Nesses casos, para garantir a permanência do município na amostra, as coordenações estaduais tiveram de assumir prerrogativas locais.

A maioria dessas recusas estava relacionada à percepção dos profissionais de saúde bucal sobre o próprio trabalho, muitas vezes reduzido à assistência aos indivíduos. No entanto, as atribuições de um trabalhador do SUS têm dupla natureza – técnico-assistencial e político-social – e são complementares. Portanto, um titular de cargo público em instituição que compõe o SUS não deve restringir seu campo de atuação profissional à esfera assistencial, mas considerar todas as ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e, em sentido amplo, a vigilância em saúde, incluindo inquéritos populacionais.

Apesar disso, alguns profissionais, como os que se negaram a participar do SB Brasil 2010, optaram por restringir suas atividades à natureza técnico-assistencial, não reconhecendo o compromisso de seu cargo com o inquérito populacional. Agem como se fossem profissionais do setor privado, cujas ações respondem mais à lógica da saúde como mercadoria do que como direito social. Em outras palavras, não se trata de indivíduos vinculados à iniciativa privada, mas de responsáveis por cargos públicos, o que faz deles agentes do Estado. É a recusa em assumir esse papel que está em foco nesta discussão.

Cabe também enfatizar que os inquéritos epidemiológicos não podem ser compreendidos como ação esporádica ou opcional, principalmente pelas equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família, uma vez que a epidemiologia é primordial para planejar atividades na atenção básica¹⁹. Trata-se, portanto, de responsabilidade inerente ao cargo do profissional de saúde. Para Campos, *ao recortarem radicalmente seu próprio objeto de trabalho, ao excluírem dele as outras dimensões da realidade sob pretextos variados*, [os profissionais que assim procedem] *sempre reduzirão, por decorrência, o compromisso ético com a reprodução da vida*²⁰.

Não está em questão a necessidade de reconhecer e garantir a autonomia dos profissionais do SUS. No entanto, vale ponderar que a autonomia é um conceito *por si só incompleto. Ele completa-se com, pela e na alteridade*²¹. Portanto, deve vir acompanhada da responsabilização pelos problemas dos

outros. Não há como exercer autonomia sem dispor de liberdade.

Por sua vez, a responsabilidade pelo outro deve preceder a liberdade, ou seja, a existência da liberdade individual não deve ser vista como dano ao outro, mas como responsabilidade em relação a ele²². Com base no pensamento de Levinas²³, espera-se que os profissionais do SUS, diante de projetos coletivos como o SB Brasil 2010, procurem enxergar o rosto do outro como de fato o é, ou seja, inevitavelmente diferente do seu, mas merecedor de sua responsabilidade. Não importa exatamente qual seja esse “rosto” do outro, seja ele o habitante da cidade beneficiado com ações decorrentes do inquérito, o colega de trabalho que participou da coleta de dados, o instrutor de calibração ou mesmo o membro da equipe de coordenação.

Para Barros²⁴, os inquéritos populacionais com coleta de dados em domicílios levantam algumas questões éticas que requerem discussão, como *o risco que envolve o trabalho dos entrevistadores, especialmente em situação de intensa violência urbana*, dificuldade esta relatada pelos entrevistados.

Os acúmulos empírico e teórico aumentaram a complexidade do plano de amostragem do SB Brasil 2010 em relação ao inquérito precedente, concluído em 2003. No levantamento de 2010, as equipes de campo precisavam percorrer muitos quarteirões, e o acesso aos domicílios foi particularmente problemático nos municípios cujos setores censitários sorteados compreendiam duas formas diametralmente opostas de organização do ambiente urbano: 1) condomínios e loteamentos fechados; 2) aglomerados subnormais (favelas e similares)²⁵. Grande parte dessa dificuldade pode ser atribuída à violência urbana, apontada como um dos fatores que aumentam a proporção de não resposta em inquéritos^{24,26}.

A realização do SB Brasil 2010 em locais com alto índice de violência dependeu da articulação entre poder público e lideranças comunitárias. De acordo com os entrevistados, as equipes de campo lançaram mão de estratégias como restrição da coleta de dados a horários considerados seguros. Cabe destacar o papel dos agentes comunitários de saúde (ACS) como mobilizadores da população nos municípios com alta cobertura da Estratégia Saúde da Família. A proximidade desses profissionais com a população viabilizou a presença de examinadores e anotadores em conglomerados de risco, principalmente nas capitais. Em iniciativas como o SB Brasil 2010, valores éticos de solidariedade e cooperação são essenciais para alcançar os objetivos.

Solidariedade é a “necessidade moral” de dar apoio ao outro²⁷ que serve de substrato para construir vínculos de cooperação, como se observa na prática dos ACS.

Sem o propósito de adentrar a seara sociológica, cabe salientar que a violência é *objeto da intersectorialidade*²⁸ e, portanto, deve ser incluída na reflexão bioética, bem como *o impacto da violência na organização, no funcionamento dos serviços e nos custos do sistema de saúde*²⁹. Verifica-se na fala dos entrevistados a preocupação ética com a integridade física e psíquica dos indivíduos que faziam parte das equipes de campo, uma vez que o trabalho com populações em situação de violência expõe os profissionais a riscos adicionais.

Em um inquérito como o SB Brasil 2010, tal constatação deveria levar os poderes públicos e a sociedade a assumirem compromisso ético com a proteção desses trabalhadores, agindo com transparência e reciprocidade. Em outras palavras, é preciso garantir a essas equipes que serão adequadamente informadas sobre possibilidades de dano e que haverá suporte institucional para prepará-las a identificar e agir em situações emergenciais³⁰.

Considerações finais

As recusas em participar do SB Brasil 2010 ocorrem em dois níveis. No primeiro deles, a negativa de cirurgiões-dentistas – por vezes os únicos de seus municípios – prejudicou a realização do inquérito em alguns locais, evidenciando a imprescindibilidade e, ao mesmo tempo, a insuficiência da autonomia.

É ético assegurar a autonomia dos profissionais de serviços públicos de saúde, mas em contrapartida esses profissionais devem assumir sua responsabilidade pelo outro. Portanto, os argumentos sobre a decisão de participar ou não das equipes de campo deveriam se fundamentar na responsabilidade por todos os envolvidos no inquérito.

Em contextos específicos, a violência foi apontada como um dos desencadeadores de certa apreensão ética quanto a possíveis danos às equipes, o que comprometeria a qualidade do trabalho de campo. No entanto, não foram registradas recusas de profissionais em participar do inquérito sob alegação de vulnerabilidade em ambientes urbanos violentos. Vale reiterar que a base de todas as recusas nesse nível foi a falta de percepção sobre o compromisso do cargo com esse tipo de pesquisa.

O outro nível de recusa compreende gestores municipais de saúde. Assim como o SUS, o SB Brasil requer articulação entre as três esferas de governo, o que foi feito no caso analisado. Ainda durante o planejamento, o inquérito foi objeto de negociação na Comissão Intergestores Tripartite, envolvendo representantes de governos municipais, estaduais e federal. Mas isso não foi suficiente, pois em vários contextos essa importante investigação das condições de saúde bucal da população brasileira foi reduzida a mera ação partidária, desconsiderando-se que os resultados de inquéritos nacionais interessam a governos, mas também à sociedade civil.

Quando se recusaram a participar do SB Brasil 2010, tanto cirurgiões-dentistas quanto gestores municipais negaram a relevância pública de

inquéritos nacionais. Essa reação, além de expressar significativa limitação para o exercício de funções públicas no setor, expõe a fragilidade da formação desses profissionais quanto à dimensão ética do trabalho que realizam. De um lado, tem-se a restrita execução de funções assistenciais atribuídas a um profissional de odontologia; de outro, as consequências nocivas de decisões tomadas por alguém investido da máxima autoridade sanitária local.

Ambas as situações mostram que a participação em iniciativas como o SB Brasil não pode ser compreendida como opção baseada em conceito equivocado de autonomia profissional, nem ser influenciada por este ou aquele governo em razão de interesses partidários. Evidencia-se, sobretudo, grave violação da ética da responsabilidade, individual e pública.

Referências

1. Pfeiffer ML. Legitimidad In: Tealdi JC, coordenador. Diccionario latinoamericano de bioética. Bogotá: Unesco; 2008. p. 125-6.
2. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial União. Brasília, p. 18055, 20 set 1990. [acesso 6 jan 2012]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/1UVpr2U>
3. Barros MBA. Introdução. In: Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, coordenadores. As dimensões da saúde: inquérito populacional em Campinas. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 19-33.
4. Roncalli AG, Silva NN, Nascimento AC, Freitas CHSM, Casotti E, Peres KG *et al.* Aspectos metodológicos do Projeto SB Brasil 2010 de interesse para inquéritos nacionais de saúde. Cad Saúde Pública [Internet]. 2012 [acesso 9 out 2013];28(Supl):S40-57. Disponível: <https://bit.ly/2OBhhN8>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 4.
6. Roncalli AG. Projeto SB Brasil 2010: elemento estratégico na construção de um modelo de vigilância em saúde bucal. Cad Saúde Pública [Internet]. 2010 [acesso 27 jun 2012];26(3):428-9. Disponível: <https://bit.ly/2JSFr4Z>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SAS nº 939, de 21 de dezembro de 2006. Institui o Comitê Técnico Assessor para estruturação e implantação da estratégia de vigilância em saúde bucal dentro da Política Nacional de Saúde Bucal – CTA-VSB [Internet]. Diário Oficial União. Brasília; 22 dez 2006 [acesso 27 jun 2012]. Seção 1. p. 151. Disponível: <https://bit.ly/2Pm3BuW>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: manual do coordenador municipal [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [acesso 9 nov 2018]. Disponível: <https://bit.ly/217Hlhr>
9. Narvai PC, Antunes JLF, Moysés SJ, Frazão P, Peres MA, Peres KG *et al.* Validade científica de conhecimento epidemiológico gerado com base no estudo Saúde Bucal Brasil 2003. Cad Saúde Pública [Internet]. 2010 [acesso 4 mar 2012];26(4):647-70. Disponível: <https://bit.ly/2FevtMV>
10. Soares FF, Freire MCM, Reis SCGB. O processo de trabalho da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (Projeto SB Brasil 2010) na perspectiva dos coordenadores do inquérito. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2017 [acesso 2 abr 2018];20(1):176-88. Disponível: <https://bit.ly/2FaW6lB>
11. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.
12. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa: desdobramentos. Porto Alegre: Educ; 2003.
13. Garrafa V. Bioética. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 853-70.
14. Kuiava EA. A responsabilidade como princípio ético em H. Jonas e E. Levinas: uma aproximação. Veritas [Internet]. 2006 [acesso 23 out 2013];51(2):55-60. p. 57. Disponível: <https://bit.ly/2PJCNEh>
15. Barata RB. Inquérito nacional de saúde: uma necessidade? Ciên Saúde Coletiva [Internet]. 2006 [acesso 25 jan 2012];11(4):870-1. p. 871 Disponível: <https://bit.ly/2DwuiXm>
16. Cesar CLG, Tanaka OY. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. Cad Saúde Pública [Internet]. 1996 [acesso 12 fev 2012];12(Supl 2):59-70. Disponível: <https://bit.ly/2RKWd8X>

17. Campos RTO, Campos GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 669-88. p. 681.
18. Paim JS, Teixeira CF. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciê Saúde Coletiva* [Internet]. 2007 [acesso 14 set 2013];12(Supl 1):1819-29. p. 1820. Disponível: <https://bit.ly/2DvSmK0>
19. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica, nº 17: saúde bucal [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [acesso 9 nov 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2o4xPVs>
20. Campos GWS. A ética e os trabalhadores de saúde. *Saúde Debate*. 1994;(43):60-3. p. 62.
21. Correia FA. A alteridade como critério fundamental e englobante da bioética [tese] [Internet]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1993 [acesso 23 out 2013]. p. 47. Disponível: <https://bit.ly/2z0qb21>
22. Ruiz CMMB. Ética, biopolítica e alteridade no capitalismo líquido. In: Vieira AR, organizador. Ética e filosofia crítica na construção do socialismo no século XXI. Nova Petrópolis: Nova Harmonia; 2011. p. 82-110.
23. Levinas E. Totalidade e infinito. Lisboa: Edições 70; 2011.
24. Barros MBA. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2008 [acesso 27 set 2013];11(Supl 1):6-19. p. 16. Disponível: <https://bit.ly/2qCjQVN>
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de Comunicação Social. Guia do Censo 2010 para jornalistas [Internet]. Brasília: IBGE; 2010 [acesso 27 jun 2012]. Disponível: <https://bit.ly/2QvwMs8>
26. Waldman EA, Novaes HMD, Albuquerque MFM, Latorre MRDO, Ribeiro MCSA, Vasconcellos M *et al*. Inquéritos populacionais: aspectos metodológicos, operacionais e éticos. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2008 [acesso 11 out 2013];11(Supl 1):168-79. Disponível: <https://bit.ly/2z1jZXL>
27. Vergès C. Injerencia-asistencia-solidaridad. In: Tealdi JC, coordenador. *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: Unesco; 2008. p. 123-4.
28. Rivas F. La violencia como problema de salud pública en Colombia: otro campo para la bioética. *Acta Bioeth* [Internet]. 2000 [acesso 9 set 2013];6(2):337-46. p. 337. Disponível: <https://bit.ly/2qENvh0>
29. Fortes PAC. As condições de vida, de trabalho e de saúde como “caldo de cultura” para a violência. *Bioética* [Internet]. 2004 [acesso 16 set 2013];12(2):113-9. p. 117. Disponível: <https://bit.ly/2qG1t25>
30. Singer PA, Benatar SR, Bernstein M, Daar AS, Dickens BM, MacRae SK *et al*. Ethics and SARS: lessons from Toronto. *BMJ* [Internet]. 2003 [acesso 23 set 2013];327(7427):1342-4. Disponível: <https://bit.ly/2yYT8Lt>

Correspondência

Flávia Reis de Andrade – Centro Metropolitano, conjunto A, lote 1 CEP 72220-275. Ceilândia/DF, Brasil.

Flávia Reis de Andrade – Doutora – flaviaandrade@unb.br

Paulo Capel Narvai – Doutor – pcnarvai@usp.br

Miguel Ângelo Montagner – Doutor – montagner@unb.br

Participação dos autores

Flávia Reis de Andrade elaborou o projeto, analisou e interpretou dados e redigiu o artigo. Paulo Capel Narvai e Miguel Ângelo Montagner contribuíram com revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão a ser publicada.

Recebido: 23.10.2017

Revisado: 2. 3.2018

Aprovado: 18. 4.2018

