



Physis - Revista de Saúde Coletiva

ISSN: 0103-7331

publicacoes@ims.uerj.br

Universidade do Estado do Rio de Janeiro  
Brasil

Reis de Andrade, Flávia; Capel Narvai, Paulo; Montagner, Miguel Ângelo  
Implicações éticas de inquéritos populacionais epidemiológicos  
Physis - Revista de Saúde Coletiva, vol. 27, núm. 3, julio-septiembre, 2017, pp. 475-489  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro  
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400853029006>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica  
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# *Implicações éticas de inquéritos populacionais epidemiológicos*

I <sup>1</sup> Flávia Reis de Andrade, <sup>2</sup> Paulo Capel Narvai, <sup>3</sup> Miguel Ângelo Montagner I

**Resumo:** Objetivou-se identificar e analisar possíveis implicações de natureza ética decorrentes de inquéritos populacionais epidemiológicos, com base em depoimentos de gestores da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Utilizou-se estudo de caso como método de pesquisa qualitativa. Foram 14 entrevistados de 11 estados e do Distrito Federal: nove membros do Grupo Gestor; três, do Comitê Técnico Assessor do Ministério da Saúde e dois coordenadores, um estadual, outro, municipal. Empregou-se a técnica do discurso do sujeito coletivo. Foram identificadas seis ideias centrais: gerar ações que beneficiem a população, pois os benefícios de um inquérito são indiretos; ser utilizado na geração de novos conhecimentos; estimular a elaboração de políticas públicas mais equânimes; proporcionar maior aproximação entre a academia e o serviço; contribuir para que os profissionais revejam as suas práticas; gerar memória, ou seja, registrar em termos epidemiológicos as mudanças nas condições de saúde da população. Para os entrevistados, os inquéritos têm algumas atribuições éticas, como contribuir para a superação das situações de iniquidade em saúde.

► **Palavras-chave:** inquéritos epidemiológicos; ética; gestor de saúde; perfil de saúde.

<sup>1</sup> Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília. Ceilândia-DF, Brasil (flaviaandrade@unb.br).

<sup>2</sup> Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo-SP (pcnarvai@usp.br).

<sup>3</sup> Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília. Ceilândia-DF, Brasil (montagner@unb.br).

Recebido em: 18/11/2015  
Aprovado em: 30/05/2017

## Introdução

Sistemas de informação em saúde são fundamentais para a tomada de decisão no processo de gestão da saúde, nas três esferas de governo. No entanto, os dados disponíveis nesses sistemas não são suficientes para atender todas as necessidades da gestão, particularmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (MALTA et al., 2008). Por esse motivo, os inquéritos populacionais estão sendo reconhecidos como item indispensável ao aprimoramento das informações que devem ser proporcionadas aos gestores pelo sistema nacional de informações em saúde. Inquéritos epidemiológicos são realizados periodicamente nos países desenvolvidos desde os anos 1960 e, mais recentemente, nos ditos emergentes, conforme recomendações de organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (BARROS, 2008; MALTA et al., 2008). É nesse contexto que os inquéritos de base populacional vêm sendo paulatinamente valorizados também no Brasil, identificando-se várias iniciativas, que se diferenciam, basicamente, em relação à temática, forma de obtenção dos dados e periodicidade (BARROS, 2008). Elas são responsáveis pela geração de um conjunto substancial de dados em saúde que, conforme mencionado, não se logra produzir a partir apenas dos sistemas de registro contínuo.

Na área de saúde bucal, a identificação no âmbito coletivo das principais doenças e agravos se dá, prioritariamente, pelos inquéritos populacionais. Até o momento, foram realizados quatro levantamentos de saúde bucal de base nacional, sendo que o primeiro deles ocorreu em 1986 e o último, em 2010. Assim como o inquérito que o precedeu, ou seja, o SBBrasil 2003, as equipes de campo da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2010) foram formadas por profissionais do SUS. Ao longo da pesquisa, mais de 37 mil indivíduos foram entrevistados e examinados em seus domicílios (RONCALLI, 2012). Optou-se pela incorporação das unidades do serviço público de saúde no inquérito com o objetivo de incentivar a aquisição do instrumental epidemiológico pelas equipes locais.

Para Saracci (2007), o epidemiologista que considera a população apenas como um recurso para produzir ciência e que não se envolve, direta ou indiretamente, com as ações e serviços públicos de saúde, vê a população apenas como um meio e, por consequência, distancia-se do mais conhecido imperativo categórico de Kant (2010), que diz: “age de tal maneira que tomes a humanidade, tanto em tua pessoa, quanto na pessoa de qualquer outro, sempre ao mesmo tempo como fim,

nunca meramente como meio.” Ao proceder assim, diz o autor, o epidemiologista reproduz o estereótipo de que, como pesquisador, o único “imperativo moral” que cabe a ele é o da verdade científica (SARACCI, 2007). Nesse contexto, o objetivo deste estudo foi, com base em depoimentos de gestores do SBBrasil 2010, identificar e analisar possíveis implicações de natureza ética decorrentes de inquéritos populacionais epidemiológicos.

## Metodologia

Este estudo<sup>1</sup> faz parte de uma pesquisa sobre problemas e dilemas de cunho ético presentes na pesquisa SBBrasil 2010, realizada com gestores desse inquérito. O trabalho foi desenvolvido com base em um método de pesquisa qualitativa denominado estudo de caso, conforme proposto por Yin (2010). Em 2006, o Ministério da Saúde instituiu o Comitê Técnico Assessor para estruturação e implantação da estratégia de vigilância em saúde bucal (CTA-VSB) para, entre outras funções, monitorar a situação de saúde bucal da população brasileira. O CTA-VSB foi o responsável pela elaboração do projeto técnico e operacional que deu origem ao SBBrasil 2010 cuja execução coube aos oito Centros Colaboradores do Ministério da Saúde em Vigilância da Saúde Bucal (CECOL). Para viabilizar a realização do SBBrasil 2010, cada CECOL elegeu um responsável por apoiar diretamente os estados e municípios. Esses profissionais constituíram o Grupo Gestor (GG).

Os membros do GG do inquérito foram escolhidos como informantes-chave deste estudo, pois participaram do trabalho de campo, que é o momento em que se observa o maior número de situações de natureza ética. Os primeiros a ser entrevistados foram identificados no relatório final do SBBrasil 2010. Empregou-se, ainda, a técnica “bola de neve”. Dessa maneira, ao final de cada entrevista, os participantes da pesquisa indicavam prováveis convidados. Ao todo foram 14 entrevistados de 11 estados e do Distrito Federal, distribuídos da seguinte forma: nove membros do GG, três do CTA-VSB e dois coordenadores, um estadual, outro municipal. Houve uma recusa.

Para coleta dos dados, foram realizadas entrevistas individuais com roteiro semiestruturado em local, data e horário escolhidos pelos entrevistados. As entrevistas, realizadas por apenas uma pesquisadora, foram gravadas e transcritas. A pergunta que resultou neste artigo foi: *“Além de possibilitar a geração de uma*

*importante base de dados, que outras contribuições um inquérito como o SBBrasil 2010, financiado com recursos públicos, deveria prestar para a população?”.* Tendo em vista o universo tanto reduzido quanto particular da pesquisa – a princípio, limitado aos nove integrantes do GG –, optou-se pela realização do pré-teste do instrumento de coleta de dados com os dois primeiros entrevistados, os quais foram incluídos como participantes da pesquisa. Tal opção foi considerada metodologicamente apropriada, uma vez que as questões do roteiro envolviam conteúdo específico, de domínio restrito a esse grupo de especialistas. Além disso, encontra respaldo na determinação de garantir a presença do conjunto de opiniões possíveis a respeito do problema estudado (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2010).

De acordo com Lindseth e Norberg (2004), trabalhadores da saúde vivenciam problemas e dilemas éticos na sua prática profissional cotidiana. Apesar de serem capazes de relatá-los, não o são para esclarecer, nas palavras dos autores, o seu “pensamento ético”. Dessa maneira, percepções de natureza ética ou moral nem sempre são ditas de modo espontâneo e direto em uma entrevista, mas é possível conhecê-las mediante a escuta das experiências das pessoas. Após obtenção dos depoimentos, cabe ao pesquisador analisá-los a partir de uma perspectiva ética, dando visibilidade ao referido “pensamento ético” (CLANCY; SVENSSON, 2007; LINDSETH; NORBERG, 2004). Nesta pesquisa, partiu-se do pressuposto de que a realização de um inquérito como o SBBrasil 2010 dá origem a um conjunto de questões éticas que excede os aspectos usualmente relacionados com a prática de pesquisas envolvendo seres humanos. Dessa forma, a análise do material discursivo obtido não se baseou exclusivamente no referencial da ética em pesquisa, mas compreendeu o uso de valores éticos que têm como especificidade o fato de que se referem ao ser humano, suas ações e seu modo de ser (VALENZUELA, 2008).

Para organização e sistematização dos depoimentos, optou-se pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). As etapas do DSC especificadas por Lefèvre e Lefèvre (2003) foram cumpridas na seguinte ordem: 1) Análise isolada das questões constituintes do roteiro. Para tanto, elaborou-se um Instrumento de Análise de Discurso para cada pergunta; 2) Identificação das expressões-chave, que são trechos dos depoimentos que contêm o fundamental do conteúdo discursivo; 3) Formação de conjuntos semanticamente similares ou complementares de expressões-chave, nomeando-os com Ideias Centrais; e 4) Elaboração do DSC,

que é um discurso-síntese escrito na primeira pessoa do singular e constituído pelas expressões-chave que possuem a mesma ideia central. A técnica do DSC é fundamentada na Teoria das Representações Sociais. Lane (1995) compreende representação social (RS) como “a verbalização das concepções que o indivíduo tem do mundo que o cerca”. Tanto as RS quanto a ética têm origem nas relações sociais. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

## Resultados

As respostas dos entrevistados relativas às contribuições de um inquérito como o SBBrazil 2010 deram origem a seis ideias centrais, a saber: A) Gerar ações que beneficiem a população, pois os benefícios de um inquérito são indiretos; B) Ser utilizado na geração de novos conhecimentos; C) Estimular a elaboração de políticas públicas mais equânimes; D) Proporcionar maior aproximação entre a academia e o serviço; E) Contribuir para que os profissionais revejam as suas práticas; F) Gerar memória, ou seja, registrar em termos epidemiológicos as mudanças nas condições de saúde da população.

**Ideia Central A** – Gerar ações que beneficiem a população, pois os benefícios de um inquérito são indiretos.

**DSC:** *É fundamental pensarmos o sistema de saúde, pensarmos o SUS, a organização da Política Nacional de Saúde Bucal, a partir de um referencial epidemiológico. Gerar a base de dados não é um fim em si, mas é sim uma oportunidade de o próprio SUS se apropriar dessas informações pra melhor organizar os serviços, melhor planejar os seus recursos financeiros, distribuí-los de maneira mais adequada, priorizar questões que se destacaram ou grupos populacionais que concentraram mais agravos. A partir do momento em que se sabe como andam os problemas de saúde bucal, é possível investir mais ou menos em determinadas áreas em detrimento de outras. Eu acho que esse é o reflexo imediato, avaliar políticas públicas. Teoricamente, toda avaliação tem que levar a uma tomada de decisão. Pode até ser que a tomada de decisão seja a de não fazer nada, mas tem que dizer isso. A informação epidemiológica gera ação. Se não tem gerado, perde-se. “O SB acabou! Que bom!”; entrega o relatório e está tudo certo. Está e não está. Até eticamente não estaria. Afinal, o ganho pra população é indireto, pois ela não faz nada com esse*

*dado. Ela recebe benefícios indiretos quando a política se debruça sobre isso e define o que é prioridade. Apesar da sua importância, a gente sabe que a questão do dado não é o principal componente de formulação de políticas. Enfim, o SBBrasil é um levantamento grande e muito importante, pois descreve a saúde bucal do brasileiro. Os dados obtidos devem resultar em políticas e recursos. Afinal, não se faz muita coisa sem a parte do financiamento.*

**Ideia Central B** – Ser utilizado na geração de novos conhecimentos.

**DSC:** *Eu acho importante a forma como o Ministério da Saúde fez a disponibilização do banco de dados. Basicamente, você tem que encaminhar um formulário. Alguns pesquisadores estão falando que isso é burocratizar o processo porque antes bastava clicar e ter acesso. Só que eu acho importante para o Ministério saber que tipo de pesquisa está sendo feito, pra ter esse controle do uso dos dados. Então, a disponibilização é uma coisa bem positiva, até porque o próprio município, os técnicos, as equipes técnicas podem estar investigando determinados aspectos, utilizando esse banco. Daí, é possível ter não apenas o resultado geral, mas também outros estudos de pesquisadores gerados a partir do banco de dados. Afinal, do ponto de vista acadêmico, o SBBrasil deve contribuir para a geração de novos conhecimentos. A utilização, de fato, dessas informações pra gerar novos conhecimentos, agregar valor a esse banco de dados, envolver um número de pesquisadores maior, crescer em termos de pesquisa nacionalmente. É tanto que já temos vários estudos sendo feitos por causa dessa disponibilização do banco.*

**Ideia Central C** – Estimular a elaboração de políticas públicas mais equânimes.

**DSC:** *O resultado da região Norte, a rigor, não mudou nada. É a única região que não mudou o CPO [Dentes permanentes cariados, perdidos e restaurados]. Na verdade, dá até um aumento, mas de casa decimal que não é estatisticamente significativa. Podemos dizer que o CPO é o mesmo do de 2003. Então, é preciso que a gente tenha um olhar diferenciado para essa região porque os seus indicadores não melhoraram. O acesso a serviços lá é ainda muito problemático, a oferta de serviços é pequena. A centralidade em políticas mais equânimes por parte da bucal é relativamente recente. Aliás, é muito frágil ainda. Você não tem uma política de equidade do ponto de vista da bucal, do ponto de vista da distribuição de recursos. Até hoje a gente ainda tem o menor número de CEO [Centros de Especialidades*

Odontológicas], a menor cobertura de Estratégia Saúde da Família, uma menor cobertura de fluoretação de águas, menos tudo na região Norte. E aí tem que botar o dedo na ferida, fazer um mea culpa de que na verdade não se investiu em políticas equitativas de 2004 a 2009. Acho que isso tem que ser visto mais como um diagnóstico mesmo. É um pouco aquela lei da atenção inversa. Acabou que quem é, por exemplo, que expandiu a rede de CEO? Quem tinha capacidade técnica de mandar o projeto, de organizar uma rede, quem tem inteligência local, quem tem governabilidade. E onde é que está isso? Nas regiões que menos precisam deles. Mesmo no Nordeste, que teve queda, a queda é menor que no Sudeste. Isso pra mim é um problema, talvez o pior deles. A gente deu conta de reduzir, uma redução sensivelmente maior, mas ela foi absurdamente desigual. É uma queda que foi puxada pelas regiões mais ricas, ou seja, Sul e Sudeste. Lógico, não dá pra creditar tudo isso à Política [à Política Nacional de Saúde Bucal], mas admitindo que haja um efeito da Política nisso, ela está aparecendo mais em quem menos precisa dela. Enfim, enquanto as regiões Sul e a Sudeste continuam diminuindo seus índices epidemiológicos, outras estagnaram ou pioraram. No caso da região Norte, piorou.

**Ideia Central D** – Proporcionar maior aproximação entre a academia e o serviço.

**DSC:** O ponto mais significativo é a importância que um inquérito dessa magnitude tem ao envolver atores com diferentes inserções no SUS, bem como de proporcionar uma aproximação entre academia e serviço. Esse é um ponto, em minha opinião, extremamente frágil no Brasil ainda. São dois mundos, são duas culturas, a academia e o serviço. Mas particularmente da academia, do mundo da pós-graduação, há uma visão muito utilitarista de rede pública, de sistemas públicos de saúde. É aquela coisa, então, do pesquisador que vê esse mundo como um mundo pra sua pesquisa, pra consecução dos seus objetivos acadêmicos. A gente tem uma distância enorme entre academia, ensino e os serviços de saúde. Então, eu acho que em algumas regiões deveria ter uma maior aproximação da academia com o serviço, pra que o serviço pudesse ser mais qualificado, pra que a universidade pudesse contribuir mais.

**Ideia Central E** – Contribuir para que os profissionais revejam as suas práticas.

**DSC:** Eu acho que a grande contribuição é a gente colocar os profissionais, principalmente da Saúde da Família, espalhados no Brasil, pra que eles possam estar revendo intervenções e práticas. Curiosamente, a maior dificuldade é o



*maior ganho do SBBrasil porque você implica as pessoas ali, com a pesquisa. Não dá pra dizer que 177 municípios acordaram pra questão da epidemiologia depois do inquérito. Não dá pra dizer isso, claro que não. Mas, minimamente, pra 177 municípios você envolveu a equipe local. Durante os vários processos de avaliação, nos vários locais em que as pessoas apresentaram as experiências, ouvi narrativas interessantíssimas sobre isso. De dentistas que, por exemplo, nunca tinham botado o pé fora do consultório. Tiveram experiência de andar no campo pela primeira vez com o SBBrasil. O cara bateu na porta do usuário dele a primeira vez na vida. Além disso, seja como for, também no plano simbólico da construção do SUS, é uma presença capilarizada de equipes nos domicílios das pessoas. Claro que ali nós estamos com objetivos bem claros, bem traçados, mas, de certo modo, eu acredito numa leitura social. A população que recebe o pesquisador diz assim: “Puxa, olha aqui o Estado brasileiro se apresentando na minha casa pra saber o que eu penso dos meus dentes, se eu estou bem, se eu estou mal, se eu fui ao dentista no último ano, se eu tenho cárie, não tenho cárie.” Então, no plano simbólico, essa capilarização também traz ganhos numa luta política muito difícil, que é a nossa luta contra-hegemônica, com batalhas diárias que são perdidas pra mídia, porque a mídia trabalha contra o tempo todo.*

**Ideia Central F** – Gerar memória, ou seja, registrar em termos epidemiológicos as mudanças nas condições de saúde da população.

**DSC:** *O SBBrasil é uma ferramenta tanto para a política nacional quanto para a local. Para as capitais, a gente produziu dados com representatividade, o que cria uma memória também. É fundamental nos responsabilizarmos pela análise de tendências macroestruturais que afetam a saúde bucal. A situação de hoje vai ser muito diferente da situação daqui a 30 anos. Então, é importante materializar isso. Fazer essa vigilância com a possibilidade de materializar isso em dado epidemiológico. Acho que o SBBrasil tem uma contribuição para o pensamento da epidemiologia na saúde bucal, tem uma contribuição pra gestão das ações em saúde bucal, enfim. E obviamente que um sistema melhor planejado, melhor referido por referências fortes como são os referenciais epidemiológicos, é um sistema que vai trazer mais benefício pra população. O duro é produzir serviços pra população, ações e serviços, baseados no ‘achismo’.*

## Discussão

Os entrevistados ressaltam que, ética e politicamente, é necessário devolver à sociedade o conhecimento gerado por inquéritos de saúde custeados por ela. Essa devolutiva precisa se efetivar na forma de contribuições à gestão de serviços de saúde e, também, para que a população, seja por suas lideranças comunitárias, seja cada cidadão, possa dispor de dados e informações que ampliem suas possibilidades de exercer o direito constitucional à saúde. Para Portela e Teixeira (2011), a epidemiologia se legitima eticamente conforme dá subsídios ao estabelecimento de medidas capazes de aprimorar a situação de saúde das populações. No SBBrasil 2010, a experiência de inquérito sob análise neste estudo, os entrevistados destacaram a necessidade de usá-lo como ferramenta para avaliação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) em relação à equidade, cobertura e acessibilidade. Nesse sentido, cabe menção ao DSC, que aborda as desigualdades regionais na prevalência e gravidade da cárie dentária, com destaque para a região Norte, que foi a única que não apresentou redução no índice CPO aos 12 anos. O CPO dessa região apresentou uma média de 3,16, praticamente o mesmo valor de 3,13 registrado no SBBrasil 2003 (BRASIL, 2011).

Para os entrevistados, a identificação dessas diferenças regionais com o intuito de produzir práticas de saúde mais equânimes é, também, uma função de inquéritos nacionais como o SBBrasil 2010. A esse respeito, Barata (1999) afirma que a epidemiologia tem o dever de estudar objetos relacionados com a desigualdade social e às iniquidades em saúde dela decorrentes. Segundo a autora, esse é o maior desafio da epidemiologia no campo da ética. Nesse sentido, Barros (1997) acrescenta que as ferramentas epidemiológicas permitem apontar as diferenças na distribuição de doenças e agravos e as suas causas e, por isso, a epidemiologia tem uma vocação, nem sempre exercida, de ajudar a superar desigualdades e iniquidades em saúde.

Os entrevistados alertam para o que Hart (2004) denominou de “lei do cuidado inverso”, ou seja, maior acesso a serviços de saúde em locais com menor necessidade. Desde a implantação da PNSB, em 2004, é possível identificar o estabelecimento de iniciativas para avançar na questão da equidade em saúde bucal. Constitui exemplo o Programa Territórios da Cidadania criado pelo Governo Federal, em 2008, com o objetivo de estimular a universalização de “programas básicos de cidadania” nos chamados Territórios da Cidadania – áreas

formadas por municípios com “baixo dinamismo econômico” localizadas, em sua maioria, nas regiões Norte e Nordeste (BRASIL, 2009b). Foram alocados, no âmbito desse programa, recursos financeiros para a ampliação do acesso e resolutividade em saúde bucal. Cabe mencionar, ainda, a implantação de Unidades Odontológicas Móveis, a partir de 2009, em municípios do referido programa e do Plano Brasil Sem Miséria (BRASIL, 2009a). Essas estratégias eram recentes no momento em que se deu a coleta de dados do SBBrasil 2010, mas os seus resultados epidemiológicos poderão ser mais bem analisados em um próximo inquérito.

O acesso ao cuidado odontológico deve ser garantido a todos os brasileiros “por justiça, por direito reconhecido a todo cidadão”. Entretanto, “a justiça sem equidade” é injusta, pois não considera as diferenças (PLASENCIA, 2008). Malta et al. (2008) afirmam que os inquéritos nacionais são ferramentas de avaliação de políticas públicas dado que permitem apontar grupos populacionais excluídos, totalmente ou parcialmente. Com base nisso, pode-se afirmar que a PNSB representa uma conquista que assegura há mais de uma década a saúde bucal como direito de cidadania. Isso é justo, mas não suficiente, pois é preciso atentar para a diversidade das necessidades sociais. É nesse sentido que os entrevistados alertam para a menor redução do CPO na região Norte.

Os entrevistados também destacaram, como ponto positivo, a disponibilização do banco de dados do SBBrasil 2010. Para eles, trata-se de uma maneira de contribuir para a geração de novos conhecimentos. A esse respeito, Barros (2008) afirma que, eticamente, é preciso discutir o modo como os bancos de dados gerados a partir de inquéritos realizados com recursos financeiros públicos são disponibilizados a pessoas interessadas, como gestores e pesquisadores, assegurando-se a manutenção do sigilo e a privacidade dos participantes. Para a autora, “a disponibilização de manuais e capacitações para o acesso efetivo aos dados” é também uma questão ética. Nesse sentido, cabe salientar a postura ética do grupo que coordenou o SBBrasil 2010, uma vez que, além do banco de dados, todo o material produzido para a pesquisa, como manuais e formulários de coleta, foi disponibilizado no sítio eletrônico do projeto. De acordo com Pereira (2007), a não publicação de achados de uma pesquisa, principalmente as com fomento público, corresponde a não colaborar com o repertório científico, decisão que implica um componente ético. Conforme assinalado pelos entrevistados, no SBBrasil 2010 o avanço do conhecimento é obtido, também, por meio dos vários estudos feitos a partir do seu banco de dados.

Verifica-se em um dos DSC uma crítica ao que Roncalli (2006) chama de “tradicional visão utilitarista dos serviços”, que ainda são vistos por algumas instituições de ensino superior como locais passíveis de serem apropriados e investigados. Os avanços na integração ensino-serviço-comunidade são inegáveis, mas ainda há excessiva valorização da produtividade científica. Com isso, muitas pesquisas continuam sendo realizadas no Sistema Único de Saúde sem levar em conta as necessidades dos profissionais que nele atuam. Esse reducionismo utilitarista produz perdas importantes, visto que são empregados recursos em estudos cujos resultados não ajudam no enfrentamento de problemas concretos dos participantes da pesquisa. A eticidade de uma pesquisa inclui, também, o seu valor social. Dessa forma, os entrevistados enxergam nos inquéritos um meio de promover ou estreitar as relações entre a academia e os serviços de saúde.

De acordo com os entrevistados, o SBBrasil 2010 tem um potencial de formar e transformar. Entende-se que não é suficiente entregar a um profissional o relatório com os valores dos índices de condições bucais do seu estado ou município. Com base nisso, proporciona-se às equipes de campo uma experiência, que vai além da informação. Como explica Bondía (2002), “o saber da experiência é um saber particular, subjetivo, relativo, contingente, pessoal”. O SBBrasil 2010 foi um acontecimento para profissionais de 177 municípios brasileiros, mas a experiência foi única para cada um deles. Logo, não há como mensurar o quanto inquéritos dessa natureza contribuem para a mudança de práticas. De qualquer forma, admite-se que a integração de profissionais provenientes tanto da academia quanto dos serviços, envolvidos em uma iniciativa como o SBBrasil 2010, um projeto coletivo desenvolvido por dentro e para o SUS, pode contribuir para a consolidação de valores éticos, como comprometimento e tolerância, essenciais na vida e, por extensão, no processo de trabalho em saúde, aprimorando-o e qualificando-o.

Em um dos DSC, os entrevistados reconhecem a importância dos inquéritos de saúde na geração de memória. Este é um aspecto importante na medida em que a elaboração de políticas públicas não deve estar fundamentada em conclusões decorrentes de apenas um inquérito, mas em tendências (BURT, 1997). Disso decorrem dois aspectos fundamentais: o conhecimento e o instrumental da epidemiologia devem servir à gestão em saúde e seus fins éticos; e a responsabilidade de um gestor público é tanto com o presente quanto com o futuro.

## Considerações finais

Os inquéritos populacionais epidemiológicos têm a atribuição ética de apontar e dimensionar e, com isso, contribuir para a superação das situações de iniquidade em saúde. No caso específico da saúde bucal, os dados do SBBrasil 2010, em particular os que se referem à Região Norte, chamam a atenção para o fato de que o esforço político de implementação da PNSB deve vir, necessariamente, acompanhado do esforço ético de cuidar da equidade. O SBBrasil 2010, planejado, organizado e executado no interior do SUS, abriu-se positivamente à participação da universidade, possibilitando a aproximação do sistema de saúde com a academia, para realizar um trabalho coletivo compartilhado, e não o oposto. Esta característica confere um significado ético à pesquisa, com implicações relevantes tanto para o SUS quanto para a Universidade, pois a investigação assim conduzida orienta-se pelo interesse público em saúde, ao mesmo tempo em que se insere nas missões tanto dos serviços quanto da academia, viabilizando a produção de dados que devem atender às necessidades em saúde de toda a população. Além disso, inquéritos como o SBBrasil 2010 alertam para um aspecto também importante: o de que as atribuições dos que atuam nos serviços públicos de saúde não devem se restringir ao atendimento clínico, mas abrir-se às possibilidades de práticas profissionais que ampliem eticamente o escopo dessas atividades, referidas não apenas por doenças e enfermidades, mas pelo conjunto das necessidades sociais em saúde.<sup>2</sup>

## Referências

- BARATA, R.B. Epidemiologia no século XXI: perspectivas para o Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 2, n. 1-2, p. 6-18, 1999.
- BARROS, M.B.A. Epidemiologia e superação das iniquidades em saúde. In: BARATA, R.B; BARRETO, M.L.; ALMEIDA-FILHO, N.; VERAS, R.N. (Org.). *Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 1997, p. 161-176.
- BARROS, M.B.A. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 11, supl. 1, p. 6-19, 2008.
- \_\_\_\_\_. Introdução. In: BARROS, M.B.A; CÉSAR, C.L.G; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M. (Org.). *As dimensões da saúde: inquérito populacional em Campinas*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008, p. 19-33.
- BONDÍA, J.L. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. *Revista Brasileira de Educação*, n. 19, p. 20-28, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2371, de 7 de outubro de 2009*. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal – Unidade Odontológica Móvel – UOM. Brasília, DF: Diário Oficial [da] União, 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Territórios da cidadania: integração de políticas públicas para reduzir desigualdades*. Brasília, DF, 2009b. Disponível em: <[http://www.territoriosdacidadania.gov.br/dotlrn/clubs/territoriosrurais/pageflip/pageflip-view?pageflip\\_id=2221713](http://www.territoriosdacidadania.gov.br/dotlrn/clubs/territoriosrurais/pageflip/pageflip-view?pageflip_id=2221713)>. Acesso em: 5 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Bucal. Projeto SBBrasil 2010: *Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados principais*. Brasília, DF, 2011.

BURT, B. How useful are cross-sectional data from surveys of dental caries? *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, v. 25, n. 1, p. 36-41, 1997.

CLANCY, A.; SVENSSON, T. ‘Faced’ with responsibility: Levinasian ethics and the challenges of responsibility in Norwegian public health nursing. *Nursing Philosophy*, v. 8, n. 3, p. 158-166, 2007.

HART, J.T. The inverse care law. *The Lancet*, v. 1, n. 7696, p. 405-12, 2004.

KANT, I. *Fundamentação da metafísica dos costumes*. São Paulo: Discurso Editorial: Barcarolla, 2010.

LANE, S.T. M. Usos e abusos do conceito de Representação Social. In: SPINK, M.J.P. *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 1995, p. 58-72.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. *O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)*. Caxias do Sul (RS): EDUCS, 2003.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. *Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo*. Brasília: Liber Livro, 2010.

LINDSETH, A.; NORBERG, A. A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, v. 18, n. 2, p. 146-153, 2004.

MALTA, D. C.; LEAL, M.C.; COSTA, M.F.L; MORAIS-NETO, O.L. Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 11, p. 159-167, 2008. Suplemento.

PEREIRA, M.G. Ética em pesquisa e estudos epidemiológicos. In: GUILHEM, D.; ZICKER, F. (Org.). *Ética na pesquisa em saúde: avanços e desafios*. Brasília: Letras Livres/ Ed. UnB, 2007, p. 163-192.

PLASENCIA, D.G. Equidad en salud. In: TEALDI, J.C. (Org.). *Diccionario latino-americano de bioética*. Bogotá: Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia, 2008, p. 391-392.

PORTELA, L.E.; TEIXEIRA, C.F. Epidemiologia e gestão de serviços de saúde. In: ALMEIDA-FILHO, N.; BARRETO, M.L. (Org.). *Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos e aplicações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p. 622-630.

RONCALLI, A.G. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 1, p. 105-114, 2006.

RONCALLI, A.G., SILVA, N.N.; NASCIMENTO, A.C.; FREITAS, C.H.S.M.; CASOTTI, E.; PERES, K.G. et al. Aspectos metodológicos do Projeto SBBrasil 2010 de interesse para inquéritos nacionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 28, p. 40-57, 2012. Suplemento.

SARACCI, R. Epidemiology: a science for justice in health. *International Journal of Epidemiology*, v. 36, n. 2, p. 265-268, 2007.

VALENZUELA, J.G. Valores éticos. In: TEALDI, J.C. (Org.). *Diccionario latino-americano de bioética*. Bogotá: Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia, 2008, p. 129-130.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2010.

## Notas

<sup>1</sup> Artigo baseado em tese de doutorado defendida no Programa de Pós-graduação em Bioética da Universidade de Brasília, em 2014.

<sup>2</sup> F.R. de Andrade realizou coleta e análise dos dados, bem como a redação da primeira versão do manuscrito. P.C. Narvai e M.A. Montagner participaram da redação e revisão do manuscrito.

## Abstract

### *Ethical implications of population-based health surveys*

This study aimed to identify and analyze the possible implications of an ethical nature arising from epidemiological population surveys based on the testimony of managers of the National Oral Health Survey. Case study was used as a qualitative research method. There were 14 respondents from 11 states and the Federal District: nine from the Steering Group, three from the Technical Advisory Committee of the Ministry of Health and two coordinators, one State, the other Municipal. The collective subject discourse technique was used. Six central ideas were identified: generate actions that benefit the people, as the benefits of a survey are indirect; use it to generate new knowledge; promote the drafting of more equitable public policies; provide closer ties between academia and the service; help towards having professionals review their practices; and generate memory, that is, register changes in the health status of the population in epidemiological terms. For the respondents, these investigations have certain ethical attributes, such as contributing towards overcoming iniquitous health situations.

► **Keywords:** health surveys; ethics; health manager; health profile.