

Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudedebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Brasil

Reis de Andrade, Flávia; Capel Narvai, Paulo; Montagner, Miguel Ângelo

Conflitos éticos em um inquérito populacional em saúde bucal

Saúde em Debate, vol. 41, núm. 114, julio-septiembre, 2017, pp. 848-859

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406353329015>

Conflitos éticos em um inquérito populacional em saúde bucal

Ethical conflicts in a population survey on oral health

Flávia Reis de Andrade¹, Paulo Capel Narvai², Miguel Ângelo Montagner³

RESUMO O objetivo deste estudo foi identificar e analisar conflitos éticos presentes nas escolhas e decisões no contexto da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SBBRasil 2010). Trata-se de estudo qualitativo, cujos dados foram coletados por meio de entrevista com 12 membros do Grupo Gestor e do Comitê Técnico Assessor do Ministério da Saúde, além de dois coordenadores. Empregou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Foram identificadas cinco ideias centrais. Os conflitos éticos analisados neste estudo se referiram, essencialmente, aos profissionais de saúde incumbidos da coleta de dados, como a divergência do dever laboral versus a autonomia profissional.

PALAVRAS-CHAVE Inquéritos epidemiológicos. Ética. Saúde bucal. Coleta de dados. Gestor de saúde.

ABSTRACT *The purpose of this paper was to identify and analyze ethical conflicts present in the choices and decisions in the context of the National Survey of Oral Health (2010 SBBRasil). This is a qualitative study, whose data were collected through an interview with 12 members from the Managing Group and from the Advisory Technical Committee of the Health Ministry, in addition to two coordinators. The Collective Subject Discourse technique was used. Five main ideas were identified. The ethical conflicts analyzed in this paper referred, essentially, to health professionals in charge of data collection, such as the divergence of work duty versus professional autonomy.*

KEYWORDS *Health surveys. Ethics. Oral health. Data collection. Health manager.*

¹Universidade de Brasília (UnB), Faculdade de Ceilândia (FCE) – Ceilândia (DF), Brasil.
flaviaandrade@unb.br

²Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública (FSP) – São Paulo (SP), Brasil.
pcnarvai@usp.br

³Universidade de Brasília (UnB), Faculdade de Ceilândia (FCE) – Ceilândia (DF), Brasil.
montagner@unb.br

Introdução

A ausência de coerção, ressalvadas as previstas em lei, constitui um pressuposto ético das ações humanas, notadamente nas práticas profissionais, incluindo a saúde. Valls (2013) considera que isso é indispensável para assegurar plena liberdade de pensamento, decisão e ação. Em decorrência, não haveria ética sem liberdade. Contudo, a liberdade necessária à ética não é absoluta, pois há ‘limitantes éticos’ constituídos por valores que devem ser considerados no processo de tomada de decisão, como a prudência e a solidariedade (HOSSNE, 2007). A prerrogativa de poder escolher impõe ao ser humano o ônus de ter de lidar, frequentemente, com conflitos éticos cujas soluções não estão descritas em códigos de conduta. Desse modo, a existência de duas ou mais opções implica assumir posição, isto é, fazer escolhas. A liberdade de escolher dá origem à responsabilidade (VALLS, 2013).

De acordo com Gracia (2001), os conflitos éticos podem ser concebidos como dilemas ou como problemas. Para o autor, o dilema é característico das situações em que é preciso escolher entre dois cursos de ação mutuamente excludentes, ou seja, entre duas alternativas antagônicas. Em contrapartida, o problema é uma ‘questão aberta’ cuja solução não está dada, mas necessita ser construída. Em outras palavras, não se trata de fazer uma escolha entre duas ou mais possibilidades, certas e erradas, mas de elaborar uma resposta que seja considerada correta.

Embora a Lei Federal nº 8.080/90 fixe (Art. 7º, VII) que a “utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática” é “um princípio” que deve reger a execução das “ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS)”, gestores e profissionais do SUS podem considerá-lo ou não frente a alguma situação concreta, tendo

em vista a necessidade de, simultaneamente, considerar as implicações de outros princípios e determinações na referida situação. A ética reside justamente nessa possibilidade de decidir, em que profissionais estão imersos, seja para lidar com situações tidas como simples, seja para enfrentar situações complexas. A análise da situação de saúde é imprescindível para o adequado planejamento de ações de prevenção e controle dos problemas de saúde, uma vez que a identificação do problema é necessariamente o primeiro passo a ser dado (AMARO, 2008). Para tanto, admite-se que utilizar os instrumentos epidemiológicos é essencial, sendo os inquéritos populacionais de saúde um desses instrumentos. Considerando, porém, que não é mandatório fazer uso da epidemiologia em todas as situações, no contexto do planejamento e da gestão da saúde pública, os tomadores de decisão se veem, muitas vezes, frente a duas alternativas, mas apenas uma delas é eticamente aceitável. Assim, utilizar ou não instrumentos e demais recursos da epidemiologia dá origem a um conflito, mais especificamente, a um dilema ético.

Por quatro vezes, o Ministério da Saúde (MS) optou pela alternativa ética de utilizar inquéritos de base populacional para conhecer as condições de saúde bucal da população brasileira, sendo a primeira em 1986, e a última em 2010. O projeto técnico do inquérito nacional de saúde bucal mais recente, denominado Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SBBRASIL 2010), começou a ser elaborado em 2009 pelo Comitê Técnico Assessor para estruturação e implantação da estratégia de Vigilância em Saúde Bucal (CTA-VSB), do MS. Naquela ocasião, os membros do CTA-VSB tiveram de escolher uma das seguintes opções: a) contratar um instituto de pesquisa para realizar a coleta dos dados; ou b) incorporar as unidades do serviço público de saúde, ou seja, as unidades do SUS, no inquérito. Não havia objeção ética a uma ou outra dessas alternativas, sendo ambas igualmente admissíveis.

Mediante esse problema ético, no sentido acima estabelecido, decidiu-se que as equipes de campo seriam formadas pelos próprios profissionais do SUS, uma vez que essa experiência poderia contribuir para a formação em epidemiologia das equipes locais que viessem a participar da pesquisa. Como consequência dessa decisão, centenas de trabalhadores do SUS realizaram exames domiciliares em 177 municípios, de diferentes portes demográficos, em todas as macrorregiões brasileiras (RONCALLI *ET AL.*, 2012). O SBBRasil 2010 se constituiu, então, em um estudo multicêntrico coordenado pelo MS, com participação substantiva de secretarias estaduais e municipais de saúde. Em todas as etapas do SBBRasil 2010, desde a decisão por sua realização até a publicação dos dados, os envolvidos tiveram de fazer escolhas. Com base nas características do SBBRasil 2010, o objetivo deste estudo foi identificar e analisar conflitos éticos presentes nas escolhas e decisões no contexto dessa investigação científica multicêntrica, tendo em vista possíveis implicações para inquéritos populacionais de saúde com características similares.

Material e métodos

Este estudo faz parte de uma pesquisa sobre problemas e dilemas éticos que surgiram no SBBRasil 2010, realizada com gestores desse inquérito. Trata-se de pesquisa do tipo qualitativa, em que os dados foram coletados por meio de entrevista individual, com roteiro semiestruturado, com integrantes do Grupo Gestor (GG) do inquérito. Cabe esclarecer que, no SBBRasil 2010, cada unidade federativa ficou a cargo de um dos oito Centros Colaboradores do Ministério da Saúde em Vigilância da Saúde Bucal (Cecol), existentes à época. Os Cecol designaram responsáveis pela execução da pesquisa, os quais constituíram o GG.

Os integrantes do GG, composto por dez

pessoas, foram escolhidos como informantes-chave neste estudo por terem atuado no trabalho de campo, que é, por sua própria natureza, a etapa do inquérito mais favorável à ocorrência de eventos de cunho ético. Os primeiros entrevistados foram identificados no relatório final do SBBRasil 2010, pois contém nomes e instituições dos participantes do GG. Utilizou-se, ainda, a técnica 'bola de neve'. Dessa forma, solicitava-se a indicação de possíveis participantes da pesquisa ao final de cada entrevista com os membros do GG.

Do total de integrantes do GG, dois não haviam sido incluídos na relação inicial de entrevistados devido às características de suas atribuições. Por serem, na ocasião, representantes da Coordenação Geral de Saúde Bucal e da Coordenação Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis do MS, deram um suporte mais institucional e não participaram diretamente do trabalho de campo. No entanto, o nome de um deles foi bastante citado na técnica 'bola de neve' e, por isso, foi incluído neste estudo. Membros do CTA-VSB e coordenadores estaduais e municipais do inquérito também foram mencionados.

Entrevistaram-se 14 indivíduos de 11 estados e do Distrito Federal – Goiás, Mato Grosso, Minas Gerais, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Santa Catarina e São Paulo. Nove deles fizeram parte do GG e três do CTA-VSB. Além disso, participaram do estudo dois coordenadores, um estadual e outro municipal. Houve uma recusa. As entrevistas, que foram gravadas e transcritas, ocorreram em local, data e horário escolhidos pelos entrevistados. O roteiro foi composto por cinco perguntas abertas. Este estudo analisa uma delas, formulada nos seguintes termos: 'Ao longo da sua participação no Projeto SBBRasil 2010, você vivenciou ou ouviu falar de alguma situação que, na sua concepção, pode ser considerada um dilema ético?'. As demais questões do roteiro foram objeto de análise em outros artigos.

Lefèvre e Lefèvre (2003) assinalam a necessidade de que todo roteiro seja primeiramente testado em uma população similar à que será entrevistada. Conforme mencionado, inicialmente, apenas oito componentes do GG foram considerados participantes da pesquisa. Além disso, as questões do roteiro contemplavam assuntos que não são de conhecimento abrangente, mas restrito a esse grupo de especialistas. Tendo em vista o tamanho e as peculiaridades da população estudada, considerou-se a realização do pré-teste do instrumento de coleta de dados com os dois primeiros entrevistados metodologicamente apropriada, sendo que eles foram incluídos como participantes da pesquisa. Essa opção encontra respaldo na exigência de, em pesquisa desse tipo, garantir a presença da totalidade de opiniões possíveis sobre o problema pesquisado (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2010).

Para análise dos dados, empregou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que, baseada na Teoria das Representações Sociais, preconiza agrupar os discursos dos participantes da pesquisa com o intuito de expressar o pensamento de uma coletividade. As etapas do DSC foram realizadas na sequência estabelecida por Lefèvre e Lefèvre (2003): 1) Análise individualizada das questões constituintes do roteiro por meio da elaboração de Instrumentos de Análise de Discurso (IAD), sendo um IAD para cada pergunta; 2) Identificação das expressões-chave, ou seja, de trechos dos depoimentos que comportam a essência do conteúdo discursivo; 3) Elaboração de conjuntos semanticamente similares ou complementares de expressões-chave, nomeando-os com Ideias Centrais; e 4) Elaboração do DSC, definido como um discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular e composto pelas expressões-chave que possuem a mesma ideia central. O projeto deste estudo foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número 007/12.

Resultados

Dos 14 entrevistados, oito eram do sexo feminino. Com relação ao vínculo profissional na ocasião da coleta dos dados, a maioria atuava em instituições de ensino superior (n=8). Os demais trabalhavam em secretarias estaduais ou municipais de saúde (n=5) e no MS (n=1). Dez entrevistados relataram experiência na realização de inquéritos populacionais, na área de saúde bucal ou não, no âmbito de serviços públicos de saúde.

O conjunto de respostas resultou em 11 Ideias Centrais (IC), das quais cinco são abordadas neste estudo: A) O retorno imediato para a população no sentido de orientar ou encaminhar para solucionar os problemas identificados; B) A consulta pública foi muito interessante na questão da ética; C) O modo como foi realizada a escolha dos profissionais; D) Os coordenadores precisavam convencer as equipes a conduzirem um processo em que eles não eram espelho; E) Tivemos casos de profissionais que não devolveram documentos públicos.

Ideia Central A – O retorno imediato para a população no sentido de orientar ou encaminhar para solucionar os problemas identificados.

DSC: A perspectiva, falando da questão de ética mesmo, de que você muitas vezes faz o diagnóstico, faz pesquisa e não tem a devolutiva nem do resultado e, muito menos... porque, imagina, você faz um diagnóstico na pessoa e já identifica de pronto a necessidade acumulada de saúde bucal. É a questão do retorno imediato a essa população, como encaminhá-los, como orientá-los para solucionar os seus problemas. Nesse sentido, foi acordado que os municípios tentariam garantir para aqueles casos, pelo menos para os mais extremos, o tratamento imediato. Nós orientamos a todos os profissionais para encaminhar para a unidade de saúde mais próxima. Pensando mais num município grande, porque num município

pequeno você tem poucas referências, é mais fácil. Mas, pensando numa capital, por exemplo, quando saía para determinado setor, cada cirurgião-dentista já tinha a unidade de saúde de referência para orientar os indivíduos a serem investigados. Procurar o local mais próximo para caso houvesse necessidade e, também, independente se era uma questão específica, diretamente relacionada à pesquisa ou não. O que fazer ao entrar no domicílio de uma pessoa e verificar situações graves de saúde ou mesmo de violência. Qual a postura profissional ética a ser tomada? Aconteceu, por exemplo, de uma pessoa ter uma crise de hipertensão no momento do exame. Isso foi acordado. De fato, não posso afirmar se aconteceu ou não, mas isso foi discutido em todas as oficinas para que, no nível municipal, isso fosse operationalizado, para dar minimamente uma resposta às condições que foram investigadas, principalmente às mais extremadas, às mais graves.

Ideia Central B – A consulta pública foi muito interessante na questão da ética.

DSC: A consulta pública foi muito interessante na questão da ética, uma vez que foi possível considerar todas as possibilidades. Tivemos a responsabilidade de fazer a devolutiva de todos os questionamentos. Então, essa participação externa na avaliação do próprio projeto garantiu, de certa forma, as questões éticas.

Ideia Central C – O modo como foi realizada a escolha dos profissionais.

DSC: O município enfatizou muito que aqueles profissionais deveriam participar. A coordenação escolheu os mais responsáveis, mas não tenho certeza se foi uma imposição ou escolha, porque eles reclamavam muito. Em algumas situações, o gestor quer. Tira o profissional e ele vai, mesmo não querendo, mas a gente corre um sério risco

dele não fazer a coisa do jeito certo. Então, não sei como foi a indicação, mas acho que alguns entraram não querendo muito. Ninguém vai chegar para um dentista e dizer: 'Você tem que atender na clínica'. Isso faz parte do dia a dia deles. Eles podem até não querer atender por outras questões – quebra a mangueira, falta água, falta o serviço, dá uma hora no serviço e vai embora –, aí é outro lado também da ética. O inquérito é um pouco diferenciado. Então, a gente precisa ter um olhar diferente para quem participa ou não, porque também não dá para ter medidas coercitivas: 'Se você não for, vai se prejudicar'. Eu acho que não deveria ser por aí. Penso que isso também passa pela questão da ética, ou seja, se os profissionais foram voluntários ou se foram obrigados, e o que influenciou. Tiveram critérios locais para seleção dos examinadores. Em função das características dos profissionais que estão na atenção primária, foram priorizados os mais comprometidos; mas a gente sabe que os vínculos são, muitas vezes, precarizados. Numa capital, por exemplo, a coordenação municipal teve dificuldade de arrebanhar os dentistas, pois os concursados não tiveram interesse. Houve meio que uma convocação dos profissionais contratados, que se veem numa situação de não poder dizer não. Já num município do interior, tinha apenas um dentista recém-formado que assumiu a coordenação da pesquisa, mas logo ele saiu, por ter vínculo precário.

Ideia Central D – Os coordenadores precisavam convencer as equipes a conduzirem um processo em que eles não eram espelho.

DSC: Dar conhecimento foi um processo cumulativo. As pessoas vão entendendo vagarosamente. Tinham questões morais envolvidas nessa fase. A gente tinha uma metodologia clara e detalhada; e isso entrava em conflito com o processo de trabalho que os coordenadores municipais tinham, no lugar que eles ocupavam. O processo de trabalho que eles conduziam não tinha, necessariamente,

uma metodologia. Eles não estavam verdadeiramente ocupando, de forma responsável, aquele lugar. Então, de repente, eles precisavam convencer outras pessoas a tomarem decisões e a conduzirem um processo em que eles não eram espelho.

Ideia Central E – Tivemos casos de profissionais que não devolveram documentos públicos.

DSC: *Houve um furto de todas as folhas de arrolamento e termos de consentimento livre e esclarecido. A gente pediu para um determinado estado: 'Você, por favor, envie todas as folhas de arrolamento e os termos de consentimento livre e esclarecido'. Aí o coordenador falou: 'Foram todos roubados'. Então, eu respondi: 'Não, não tem problema, faça um BO'. Temos um BO. É o BO mais esquisito da face da terra, um ladrão que roubou todos os termos. Sei que as fichas de arrolamento existiam, porque elas foram feitas com o acompanhamento da universidade. Agora, o termo de consentimento livre e esclarecido, eu acho que não foi feito. E aí tudo isso foi furtado, mas, verdadeiramente, não foi coletado. A gente também teve dificuldade com um instrutor de calibração. Ele não entregou o relatório da calibração, não entregou as planilhas. Eu mandei vários documentos para o trabalho dele, e nada; ele não respondeu. A gente mandou documento pelo Cecol, pela coordenação estadual e pela coordenação municipal, cobrando dele, dizendo que isso era documento público de uma pesquisa, que ele não podia reter, mas os documentos simplesmente desapareceram.*

Discussão

Eticamente, um inquérito de saúde deve gerar benefícios para os participantes da pesquisa e para a população da qual eles foram selecionados. É preciso assegurar ao convidado da pesquisa o recebimento de informações a respeito de qualquer achado associado ao seu

estado de saúde (CIOMS, 2009). Nesse sentido, Maher (2013) afirma que a participação em inquéritos populacionais epidemiológicos que fazem uso de testes confiáveis para identificar doenças ou agravos à saúde relevantes e tratáveis é, em geral, baseada no retorno dos resultados a todos os participantes para que recebam tratamento adequado. Para o autor, tanto esse 'feedback' quanto os 'benefícios do tratamento' são partes constituintes do processo de consentimento livre e esclarecido. A ausência dessa garantia pode contribuir para um maior número de perdas e recusas em estudos similares posteriores (NUFFIELD..., 2005; SILVEIRA; LUPPI; CARNEIRO JUNIOR, 2008).

Segundo os entrevistados, as equipes de campo foram orientadas a ter o cuidado ético de encaminhar as pessoas diagnosticadas com problemas de saúde bucal para tratamento nos serviços públicos odontológicos, conforme previsto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do SBBrasil 2010. Entretanto, não é possível, com os dados desta pesquisa, afirmar 'se' e 'como' funcionou esse sistema de referência nos municípios participantes do inquérito, tanto na calibração quanto na coleta de dados propriamente dita. De qualquer modo, é ético que existam estratégias para viabilizar o acesso aos serviços pelos indivíduos identificados com necessidades em saúde em inquéritos. Isso é ainda mais crítico no SBBrasil 2010, uma vez que os profissionais das equipes de campo são os mesmos das unidades públicas de saúde.

Por outro lado, é preciso ter cautela na aplicação desse princípio geral para que a garantia do encaminhamento não interfira na autonomia dos convidados, principalmente dos indivíduos e das comunidades em situação de vulnerabilidade social (SILVEIRA; LUPPI; CARNEIRO JUNIOR, 2008). Afinal, a perspectiva do acesso aos serviços de saúde pode desempenhar um papel importante na decisão do indivíduo, de consentir em participar. Além disso, a observação de situações problemáticas no interior dos domicílios sorteados não

diretamente relacionadas com os objetivos do inquérito foi outra questão apontada em um dos DSC como um conflito de natureza ética. Das situações vivenciadas pelas equipes de campo, a violência é, provavelmente, a que dá origem aos maiores conflitos.

Legalmente, a notificação de casos de “violência doméstica, sexual e/ou outras violências” é obrigatória para todos os profissionais da saúde (BRASIL, 2016, n. p.). No entanto, essa discussão é mais complexa e não pode ficar restrita à deontologia. Ferreira e Schramm (2000, p. 660) discutem as implicações éticas “da intervenção dos profissionais de saúde” no ambiente familiar em que há violência suspeita ou confirmada. Apesar de se restringirem à violência doméstica contra a criança, algumas de suas observações podem se adequar a outras formas de violência, por exemplo, contra a mulher. Os autores partem da definição de violência e de exemplos reais para demonstrar que há situações em que o profissional, ainda que ciente do dever de notificar, tem dúvidas sobre a existência de “justificativas eticamente corretas para a intervenção”, como nos casos em que a vítima não enxerga a violência como tal ou, ainda, quando a solução de um dano pode dar origem a outro tão ou mais importante. Contudo, os autores concluem que “uma interferência que proteja a criança, tentando preservar a integridade familiar sempre que possível, é moralmente justificável” (FERREIRA; SCHRAMM, 2000, p. 659). No caso dos inquéritos, como os indivíduos são observados uma única vez, esse tipo de ponderação torna-se ainda mais difícil.

De acordo com um dos DSC, conhecer a opinião das pessoas via mecanismo de consulta pública é uma forma de promover a eticidade de uma pesquisa. Segundo publicação do MS, a consulta pública é uma ferramenta utilizada no âmbito do SUS “para colher contribuições, tanto de setores especializados quanto da sociedade em geral” (BRASIL, 2008, p. 4). Para Burgess (2004), observa-se uma valorização crescente da consulta pública no setor

saúde como meio de facilitar o processo de tomada de decisão em questões que suscitam um amplo espectro de posicionamentos, às vezes, diametralmente opostos. Para o autor, o uso da consulta é uma maneira de expressar os diferentes pontos de vista dos segmentos interessados em uma profundidade tal que favoreça o consenso e a transparência ética. Afinal, a meta é alcançar uma decisão compartilhada, ou seja, conseguir o apoio das pessoas, e não mudar compulsoriamente a ‘perspectiva moral’ delas. A consulta pública certamente contribui para a legitimidade democrática das decisões, mas Levitt (2003, p. 17) adverte que o adjetivo ‘público’ agrupa uma variedade de grupos com ideias e interesses conflitantes “e não deve ser romantizado como a voz da verdade e da moralidade”.

Para que um processo de consulta pública seja adequado, é preciso que cumpra, basicamente, quatro requisitos (BUETOW, 2003): 1) abordar um ponto para o qual não exista, ainda, uma decisão, mas apenas uma proposta; 2) dar tempo e dados necessários para estimular e qualificar as contribuições; 3) analisar as sugestões com isenção; e 4) tomar decisão com base na consulta, a qual pode ou não modificar a proposta original, e divulgá-la. Essas condições nada mais são do que a expressão de valores éticos como integridade, respeito, transparência e prestação de contas (BUETOW, 2003). A esse respeito, destaca-se o fato de que o Grupo Gestor do SBBRASIL 2010 exerceu a responsabilidade ética, requerida nessas situações, de publicar uma Nota Técnica com a relação de todas as contribuições recebidas ao longo do processo de consulta pública. Para cada uma delas, foi elaborada uma argumentação para sua aceitação ou recusa, bem como um encaminhamento.

Há, contudo, duas situações que comprometem a eticidade de uma consulta pública (BUETOW, 2003). A primeira corresponde a uma situação em que a proposta inicial é submetida à consulta em um estágio de desenvolvimento tal que o público duvida que as

contribuições serão levadas em conta no processo de tomada de decisão. Na segunda situação, o desenvolvimento do texto original não é suficiente para viabilizar uma participação efetiva das pessoas. No caso do SBBRasil 2010, cerca de um quarto das contribuições recebidas foi incorporado no projeto final, o que dá ideia do significado da consulta pública para a qualificação do seu conteúdo. Apesar de suas limitações, a consulta pública é um instrumento de participação social que, conforme enfatizado por Fortes (1997, n. p.), deve ser “encarada dentro da noção da ética da responsabilidade”. Para o autor, “o princípio da responsabilidade também cria para o cidadão o dever ético de participar na tomada de decisões” (FORTES, 1997, n. p.).

Após processo de consulta pública, a versão final do Projeto Técnico do SBBRasil 2010 foi concluída pelo CTA-VSB. A partir disso, os Cecol contataram as secretarias de saúde dos estados que haviam ficado sob sua responsabilidade, as quais, por sua vez, articulavam com as secretarias de saúde dos municípios sorteados na respectiva unidade federativa para compor o plano amostral do inquérito e, em conjunto, construíam os planos operacionais para cada cidade. Estados e municípios tinham de nomear coordenadores locais para a pesquisa, os quais, geralmente, mas não necessariamente, eram os próprios coordenadores de saúde bucal. Nesse contexto, o coordenador municipal do SBBRasil 2010 tinha um papel estratégico, pois organizava todos os processos em nível local. Coube a esse profissional

identificar a equipe de campo (examinadores/anotadores) – preferencialmente servidores do SUS – e garantir sua liberação para participação na pesquisa. (BRASIL, 2009, p. 11).

A maneira como foi realizada a seleção e a convocação desses trabalhadores foi apontada pelos entrevistados como uma questão de natureza ética. A implantação da Política Nacional de Saúde Bucal, em 2004, aumentou

o quantitativo de recursos humanos das secretarias municipais. No entanto, vários municípios adotam, ainda, formas contratuais não estáveis. De acordo com o DSC, a precariedade do vínculo empregatício contribuiu para a adesão de muitos examinadores e anotadores ao SBBRasil 2010, em decorrência da mensagem velada de que uma eventual negativa em participar poderia implicar perda do emprego. Para Muñoz e Fortes (1998), uma pessoa é considerada autônoma quando possui liberdade de pensamento e não está sujeita a coações internas ou externas para escolher uma determinada alternativa. O exercício da autonomia requer, segundo os autores, alternativas de ação, bem como liberdades de opção e ação. A esse respeito, pode-se afirmar que os profissionais de nível local que participaram do SBBRasil 2010 não tiveram, em determinadas circunstâncias, autonomia para decidir se queriam ou não participar das ações desenvolvidas no âmbito do seu local de trabalho.

Uma ponderação que pode ser feita a esse respeito se refere aos compromissos laborais (direitos e deveres) assumidos por esses profissionais por ocasião do contrato de trabalho. A realização de exames com finalidade epidemiológica está incluída, de modo inequívoco atualmente, no rol de funções a serem exercidas por profissionais de odontologia que desempenham funções clínicas, independentemente do nível da formação. Assim, exercer tais atividades de sua competência profissional, sobretudo em contextos em que a alternativa seria não realizar a coleta de dados naquela localidade, constitui um imperativo laboral, tendo em vista a decisão quanto ao delineamento e ao modo de executar o inquérito, ou seja, ‘por dentro’, e não ‘por fora’ do SUS. Acresce que a realização de pesquisas epidemiológicas em saúde bucal corresponde a propostas com essa finalidade aprovadas nas três conferências nacionais de saúde bucal realizadas pelo País. O próprio projeto SBBRasil 2010 foi discutido e aprovado na Comissão Intergestores

Tripartite, que reúne representantes dos governos federal, estaduais e municipais. Nesse contexto, do ponto de vista estritamente laboral, não caberia aos profissionais de saúde do nível local a prerrogativa de decidir sobre suas participações na fase de coleta de dados. Mas essa característica do SBBRasil 2010, a exemplo do que ocorreria em qualquer outro inquérito epidemiológico populacional planejado e executado ‘por dentro’ do SUS, não basta para resolver ou impedir a emergência de conflitos éticos também na fase de coleta de dados, uma vez que tais atividades são, por si mesmas, pelas inter-relações que elas engendram, geradoras de situações dilemáticas com potencial de violação da autonomia. Cabe assinalar, contudo, que problemas dessa ordem não apareceram nos DSC – o que não significa que não tenham ocorrido nos trabalhos de campo.

Em um dos DSC, os entrevistados ressaltam a importância de uma ética do cotidiano. Em alguns locais, haveria conflito entre duas instâncias da gestão dos processos de trabalho: a do SBBRasil 2010 e a dos serviços, com suas rotinas. Houve menção a chefias que não ocupam o seu espaço na saúde pública municipal de modo comprometido e ético. A esse respeito, conforme explica Jonas (2006, p. 168),

o exercício do poder, sem a observação do dever é [...] ‘irresponsável’, ou seja, representa uma quebra da relação de confiança presente na responsabilidade.

Houve, então, uma espécie de ‘desconforto ético’ entre os profissionais, em face de um discurso do gestor, que enfatizava a valorização da construção coletiva, uma vez que o SBBRasil 2010 exigia a definição de um sistema de distribuição de responsabilidades. A esse respeito, Freire (2006, p. 34) assinalou que

as palavras a que falta a corporeidade do exemplo pouco ou nada valem [...]. Não há pensar certo fora de uma prática testemunhal que o rediz em lugar de desdizê-lo.

Por isso, afirmam Zoboli e Fortes (2004, p. 1690), a efetivação do SUS impõe a todos, incluindo gestores, “transformações atitudinais e culturais” requerendo uma “reviravolta ética”.

Os trabalhadores do SUS que participaram do SBBRasil 2010 constituíram um coletivo no qual cada profissional desempenhou um papel decisivo. A questão da não devolução de documentos de interesse público, citada pelos entrevistados, remete à ética da responsabilidade individual que, segundo Garrafa (2008, p. 862), inclui “[...] a responsabilidade e a ética no trato das questões públicas de parte dos servidores governamentais do setor saúde”. Em inquéritos, como o SBBRasil 2010, ou seja, nacional, de base domiciliar e feito pelo SUS, a responsabilidade é necessariamente descentralizada. Em outras palavras, ela não fica circunscrita à coordenação geral da pesquisa, mas é compartilhada com a totalidade dos profissionais que participam de sua execução. Dessa forma, qualquer violação, como a retenção inapropriada de um documento, compromete o conjunto dos envolvidos ou, ao menos, uma parte importante deles. A responsabilidade é, portanto, um dos pilares fundamentais para a concretização de iniciativas como o SBBRasil 2010.

Considerações finais

A forma como foi realizada a consulta pública, com destaque para a publicação de uma Nota Técnica detalhada pelo Grupo Gestor após o término do processo, conferiu ao SBBRasil 2010 um sentido ético reconhecido pelos entrevistados, não se constituindo em fonte de conflito na dimensão ética.

Os conflitos éticos analisados neste estudo, identificados por gestores da pesquisa a partir do modo como se inseriram no processo investigativo, referiram-se, essencialmente, aos profissionais de saúde incumbidos da coleta de dados. Embora tenha havido menção ao fato de que não lhes foi

possível saber se os participantes examinados que foram identificados como apresentando algum problema de saúde bucal foram encaminhados ao serviço público odontológico, conforme assegurava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os conflitos éticos apontados corresponderam aos gestores municipais da saúde e, sobretudo, aos membros das equipes incumbidas da coleta de dados.

As atividades de campo implicam, em inquéritos com as características do SBBRasil 2010, que as equipes de pesquisa se desloquem por diferentes territórios e que adentrem domicílios selecionados, nos mais distintos setores censitários. Assim, essas equipes têm de lidar com problemas que, apesar de serem da competência de um profissional da saúde, não estão diretamente relacionados com os objetivos que as levaram a campo, como a violência doméstica. Nessas situações, a responsabilidade legal de notificar nem sempre vem acompanhada da convicção de que essa é a melhor conduta em termos éticos, principalmente pelo fato de que nesses estudos os indivíduos são observados em um único momento.

A opção de realizar o SBBRasil 2010 com amplo envolvimento das instituições e dos profissionais do SUS fez emergir um conflito ético representado pela divergência do dever laboral *versus* a autonomia profissional. Por sua inserção na gestão local do SUS, os dirigentes do sistema municipal de saúde, incluindo os que estão à frente das unidades de saúde, e o próprio coordenador de saúde bucal, se veem com o dever de viabilizar a execução das ações da pesquisa, como uma ação de interesse coletivo, embora por vezes suas práticas não tenham correspondido a esse interesse, segundo a visão dos profissionais que eles buscaram convencer a participar da pesquisa. A desaparição pura

e simples de documentos da pesquisa (documentos públicos, portanto) ou, conforme cogitado, a possibilidade de que sequer tenham sido gerados pela autoridade sanitária à qual essa função estava atribuída é bastante expressiva da fragilidade da ética da responsabilidade nesse contexto. Outra dimensão desse conflito ético se traduz na maneira como foi conduzida, nos municípios, a etapa de seleção e convocação dos profissionais de saúde que integraram as equipes de pesquisa, com a pressão velada sobre profissionais com vínculo empregatício precário. Em outras palavras, ao ser gerida em muitos municípios de modo eticamente inadequado, tais municípios perderam uma valiosa oportunidade de aprimoramento e desenvolvimento profissional, representada pela participação na pesquisa, nos marcos da política de Educação Permanente em Saúde, seja porque não houve compreensão do seu significado mais profundo, seja porque houve simplesmente descaso. A função de coordenador local do inquérito de saúde bucal exigia o cumprimento de um pré-requisito ético: a responsabilidade como rotina, e não como acontecimento. Os profissionais do SUS que participaram do SBBRasil 2010 fizeram parte de um esforço coletivo, sendo todos e cada um corresponsável pelo seu êxito.

Colaboradores

Flávia Reis de Andrade – Elaboração do projeto, análise e interpretação dos dados, além de redação do artigo.

Paulo Capel Narvai – Revisão crítica do conteúdo e aprovação final da versão do manuscrito.

Miguel Ângelo Montagner – Revisão crítica do conteúdo e aprovação final da versão a ser publicada. ■

Referências

- AMARO, M. C. Análisis de la situación de salud. In: TEALDI, J. C. (Coord.). *Diccionario latino-americano de bioética*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2008, p. 70-72.
- 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. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 19 set. 1990. Não paginado.
- _____. Ministério da Saúde. *Manual do usuário: consulta pública*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 18 fev. 2016. Disponível em: <<http://200.214.130.94/consultapublica/manuais/ConsultaPublicaUsuario.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2016. Não paginado.
- _____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Projeto SBBrasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: manual do coordenador municipal*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/cnsb/sbbrasil/arquivos/SBBrasil2010_Manual_Coordenador.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2016.
- BUETOW, S. The ethics of public consultation in health care: an Orthodox Jewish perspective. *Health care analysis*, Chichester, v. 11, n. 2, p. 141-160, 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14567478>>. Acesso em: 23 nov. 2016.
- BURGESS, M. M. Public consultation in Ethics: an experiment in representative ethics. *Journal of Bioethical Inquiry*, Dunedin, v. 1, n. 1, p. 4-13, 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16025591>>. Acesso em: 23 nov. 2016.
- COUNCIL FOR INTERNATIONAL ORGANIZATIONS OF MEDICAL SCIENCES (CIOMS). *International ethical guidelines for epidemiological studies*. Geneva: Cioms, 2009. Disponível em: <https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/01/International_Ethical_Guidelines_LR.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2016.
- FERREIRA, A. L.; SCHRAMM, F. R. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 659-665, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000600016>. Acesso em: 23 nov. 2016.
- FORTES, P. A. C. A ética do controle social na saúde e os conselhos de saúde. *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 5, n. 1, p. 71-76, 1997. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/368>. Acesso em: 23 nov. 2016. Não paginado.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia*. São Paulo: Paz e Terra, 2006.
- GARRAFA, V. Bioética. In: GIOVANELLA, L. et al. (Coord.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Cebes, 2008, p. 853-870.
- GRACIA, D. Moral deliberation: the role of methodologies in clinical ethics. *Medicine, Health Care and Philosophy*, Boston, v. 4, n. 2, p. 223-232, 2001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11547508>>. Acesso em: 23 nov. 2016.
- HOSSNE, W. S. Bioética: ponte para a liberdade. *Bioethikos*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 99-104, 2007. Disponível em: <https://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/54/Bioetica_ponte_para.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2016.
- JONAS, H. *O princípio responsabilidade*. Rio de Janeiro: Contraponto; PUC-Rio, 2006.
- LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. *O discurso do sujeito*

coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: Educs, 2003.

_____. *Pesquisa de representação social*: um enfoque qualiquantitativo. Brasília, DF: Líber Livro, 2010.

LEVITT, M. Public consultation in Bioethics. What's the point of asking the public when they have neither scientific nor ethical expertise? *Health care analysis*, Chichester, v. 11, n. 1, p. 15-25, 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14510306>>. Acesso em: 23 nov. 2016.

MAHER, D. The ethics of feedback of HIV test results in population-based surveys of HIV infection. *Bulletin of the World Health Organization*, [S. l.], v. 91, n. 12, p. 950-956, 2013. Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/91/12/13-117309/en/>>. Acesso em: 23 nov. 2016.

MUÑOZ, D. R.; FORTES, P. A. C. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: COSTA, G. O.; GARRAFA, V. (Coord.). *Iniciação à bioética*. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 53-70.

NUFFIELD COUNCIL ON BIOETHICS. *The ethics of research related to healthcare in developing countries*. Londres: Nuffield Council on Bioethics, 2005. Disponível em: <<https://nuffieldbioethics.org/wp-content/uploads/2014/07/Ethics-of-research-related-to-healthcare-in-developing-countries-I.pdf>>. Acesso em: 5 nov. 2013.

RONCALLI, A. G. et al. Aspectos metodológicos do Projeto SBBBrasil 2010 de interesse para inquéritos nacionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, p. S40-S57, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001300006>. Acesso em: 23 nov. 2016.

SILVEIRA, C.; LUPPI, C. G.; CARNEIRO JUNIOR, N. Aspectos éticos nas pesquisas e na produção de conhecimentos junto a grupos em situação de vulnerabilidade social. In: GUERRIERO, I. C. Z.; SCHMIDT, M. L. S.; ZICKER, F. (Coord.). *Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008, p. 158-66.

VALLS, A. L. M. *O que é ética*. São Paulo: Brasiliense, 2013.

ZOBOLI, E. L. C. P.; FORTES, P. A. C. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1690-1699, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2004000600028&lng=pt&nr_m=iso>. Acesso em: 23 nov. 2016.

Recebido para publicação em janeiro de 2017
Versão final em junho de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve