



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Reis de Andrade, Flávia; Capel Narvai, Paulo; Montagner, Miguel Ângelo  
Responsabilidade ética no SBBrasil 2010 sob o olhar dos gestores do inquérito  
populacional

Revista de Saúde Pública, vol. 47, núm. 3, 2013, pp. 12-18  
Universidade de São Paulo  
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240212003>

- 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

**Flávia Reis de Andrade<sup>I</sup>**

**Paulo Capel Narvaez<sup>II</sup>**

**Miguel Ângelo Montagner<sup>I</sup>**

# **Responsabilidade ética no SBBRasil 2010 sob o olhar dos gestores do inquérito populacional**

## **Ethical responsibility in the SBBRasil 2010 from the perspective of the managers of the population survey**

### **RESUMO**

**OBJETIVO:** Analisar problemas éticos no desenvolvimento das atividades da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SBBRasil 2010.

**MÉTODOS:** Realizou-se estudo descritivo, qualitativo, na modalidade estudo de caso, sob a perspectiva da ética da responsabilidade. Foram entrevistados, individualmente, mediante roteiro semiestruturado, informantes-chave ( $n = 14$ ), no Distrito Federal e em 11 estados. Os participantes desta pesquisa integraram o Grupo Gestor ou o Comitê Técnico Assessor do Ministério da Saúde, incumbidos do planejamento e execução do SBBRasil 2010, e dois coordenadores, um estadual, outro municipal. Os resultados estão expressos como discurso do sujeito coletivo. Informação complementar sobre conteúdos de entrevistas para esclarecer menções e compreender fatos e contextos foi obtida dos participantes.

**RESULTADOS:** Foram identificadas as seguintes ideias centrais: as equipes precisavam se sentir responsáveis pelo SBBRasil 2010; a fabricação de dados comprometeu o CPOD (dentes permanentes cariados, perdidos e restaurados) de alguns locais; a não adesão ao protocolo para o trabalho de campo como problema moral. Na apuração dos dados do SBBRasil 2010 verificou-se que uma capital apresentava o índice de cárie aos 12 anos com média muito acima da expectativa para o local. A decomposição do banco de dados permitiu detectar indícios sólidos de erro de registro para dois examinadores, indicando que houve falha na etapa de treinamento e calibração, ou fabricação de dados, ou ambos.

**CONCLUSÕES:** A conduta anômala desses examinadores foi detectada oportunamente e o trabalho de campo refeito. Porém, sob o prisma da ética da responsabilidade, houve infração, na dimensão da responsabilidade individual, cujos efeitos atingiram todos os pesquisadores envolvidos, colocando em risco a credibilidade da pesquisa.

**DESCRITORES:** Inquéritos de Saúde Bucal, ética. Gestor de Saúde. Coleta de Dados, ética. Saúde Bucal.

<sup>I</sup> Programa de Pós-Graduação em Bioética. Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil

<sup>II</sup> Departamento de Prática de Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

**Correspondência | Correspondence:**  
Flávia Reis de Andrade  
Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília  
Centro Metropolitano, Conjunto A, Lote 1  
Ceilândia Sul  
72220-900 Ceilândia, DF, Brasil  
E-mail: flaviaandrade@unb.br

Recebido: 08/04/2013  
Aprovado: 04/07/2013

---

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To analyze the ethical problems involved in the Brazilian Oral Health Survey – SBBRASIL 2010.

**METHODS:** We carried out a descriptive qualitative case study from the perspective of the ethics of responsibility. Key informants ( $n = 14$ ) involved in the planning and implementation of a population survey in the Federal District and 11 States were individually interviewed using a semi-structured questionnaire. The participants of this research belonged either to the Management Group or the Technical Advisory Committee of the Ministry of Health, responsible for the planning and implementation of SBBRASIL 2010. Two coordinators, one municipal the other state were also involved. The results are expressed as collective subject discourse. Complementary information about the content of the interviews was obtained from the participants in order to clarify terms and to understand facts and contexts.

**RESULTS:** The following core ideas were identified: the teams need to feel responsible for SBBRASIL 2010; fabrication of data compromised the DMFT (decayed, missing, filled tooth) in some places; non-adherence to field work protocol as moral problem. Data exam showed that in one capital the caries index at 12 years was well above the average expected for that place. A breakdown of the database led to the detection of solid evidence of registration error on the part of two examiners, which would indicate that there was either a failure in the training and calibration stage, or fabrication of data, or both.

**CONCLUSIONS:** The anomalous behavior of these examiners was detected in time and the fieldwork was redone. However, from the perspective of the ethics of responsibility, there was a transgression in the sphere of individual responsibility, the effects of which affected all the researchers involved and jeopardized the credibility of the research.

**DESCRIPTORS:** Dental Health Surveys, ethics. Health Manager. Data Collection, ethics. Oral Health.

---

## INTRODUÇÃO

Informações sobre condições de saúde são indispensáveis para avaliar e planejar intervenções de saúde pública. Há várias possibilidades para obter esses dados e, dependendo dos recursos disponíveis em cada sociedade, inquéritos populacionais são feitos com regularidade. Para assegurar que a coleta dos dados seja feita por profissionais qualificados, é realizado treinamento prévio ao trabalho de campo, denominado calibração, que objetiva minimizar variações e erros de observação, contribuindo para a produção de resultados consistentes.<sup>19</sup> Busca-se, assim, “assegurar uma interpretação, compreensão e aplicação uniforme dos códigos e critérios das várias doenças e condições a serem observadas e registradas, por todos os examinadores”,<sup>a</sup> para que os níveis de concordância permaneçam estáveis ao longo da coleta de dados. Contudo, além desses aspectos técnicos, é preciso

também que os dados sejam obtidos por pesquisadores com elevado senso de responsabilidade profissional e compromisso ético.

Um abrangente inquérito populacional epidemiológico foi realizado no Brasil, em 2010, denominado Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SBBRASIL 2010). Dada a magnitude e a complexidade dessa pesquisa, que contou com o apoio de grande quantidade de examinadores, o requisito técnico da calibração assumiu importância metodológica de caráter estratégico.

Por isso, houve calibração dos profissionais envolvidos, supervisionada por instrutores experientes. Coube às Coordenações Estaduais da Pesquisa “definir, junto às instituições parceiras e às coordenações municipais, os responsáveis pela etapa de calibração em cada

<sup>a</sup> Organização Mundial da Saúde. Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal: manual de instruções. Trad. de AGRC Oliveira, B Unfer, ICC Costa, RM Arcieri. Geneva; 1987.

município".<sup>b</sup> No caso do SBBrasil 2010 essa função foi desempenhada com apoio de um Manual de Calibração de Examinadores.

Em princípio, apenas os examinadores que obtiveram grau de consistência aceitável nessa etapa participaram do trabalho de campo. Essa aceitabilidade foi estabelecida por meio do coeficiente kappa, cujo valor expressa as coincidências ao acaso e as discrepâncias na interpretação das condições, ocorridas na calibração e também ao longo do trabalho de campo.<sup>20</sup>

Tendo em vista que realizar um inquérito desse tipo, envolvendo seres humanos, induz à reflexão sobre questões que extrapolam seus aspectos técnicos, objetivou-se neste artigo analisar problemas de natureza ética na execução da pesquisa SBBrasil 2010.

## MÉTODOS

Realizou-se estudo qualitativo, na modalidade estudo de caso, sob a perspectiva da ética da responsabilidade.<sup>5</sup> Para Yin,<sup>23</sup> nas situações em que não há precisão nos “limites entre o fenômeno e o contexto”, o estudo de caso é adequado para buscar um conhecimento detalhado a respeito do tema.

Weber,<sup>22</sup> em conferência proferida no fim da segunda década do século XX, afirmou que “toda a atividade orientada segundo a ética pode ser subordinada a duas máximas inteiramente diversas e irredutivelmente opostas (...): a ética da responsabilidade e a ética da convicção. Para ele ambas se diferenciam, basicamente, no sentido de que os adeptos da primeira acreditam que é preciso levar em conta as “consequências previsíveis” de seus atos. Apesar de autores clássicos, como Platão e Kant, terem discutido a questão da responsabilidade, Jonas é reconhecido por ter feito deslocamentos inovadores em relação às concepções tradicionais. Em sua obra *O princípio responsabilidade* (1979), Jonas aborda os impasses decorrentes dos avanços científicos e tecnológicos e sugere uma ética da responsabilidade preocupada, também, com as gerações vindouras.<sup>9</sup>

No SBBrasil 2010, cada Centro Colaborador do Ministério da Saúde em Vigilância da Saúde Bucal designou um responsável por manter contato com os estados e municípios, daí originando-se um Grupo Gestor (GG) da pesquisa. Os membros desse GG foram, neste estudo, os informantes-chave, visto que participaram do trabalho de campo – etapa em que geralmente se concretizam as principais implicações éticas de um inquérito. Esses atores foram identificados por meio do

documento *Projeto SBBrasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais*.<sup>c</sup>

Os dados foram coletados em 2012 por meio de entrevista individual e semiestruturada, com as seguintes perguntas norteadoras: a) “Considerando a sua experiência no SBBrasil 2010, que dificuldades você destacaria em um inquérito populacional dessa magnitude?”; e b) “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?”. Tendo em vista a necessidade de assegurar a presença do conjunto de opiniões possíveis sobre o problema estudado,<sup>14</sup> utilizou-se a técnica “bola de neve”.<sup>17</sup> Ao final das primeiras entrevistas, os membros do GG indicaram novos informantes. As sugestões incluíam membros do Comitê Técnico Assessor (CTA-VSB) que se destacaram por uma atuação mais próxima do GG, bem como coordenadores estaduais e municipais do SBBrasil 2010 que, por razões variadas, se distinguiram dos demais.

Foram entrevistados 14 indivíduos, residentes no Distrito Federal e em 11 estados (Goiás, Mato Grosso, Minas Gerais, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Santa Catarina e São Paulo), sendo nove integrantes do GG, três do CTA-VSB, um coordenador estadual e outro municipal do SBBrasil 2010. Houve uma recusa. Os informantes foram contatados pessoalmente ou via e-mail para escolha do local, data e horário das entrevistas, as quais foram gravadas.

Para organizar e sistematizar os depoimentos empregou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que, com base na Teoria das Representações Sociais,<sup>14</sup> busca somar os discursos individuais emitidos pelos entrevistados de modo a expressar o pensamento de uma coletividade. Os passos do DSC foram cumpridos, conforme preconizam seus proponentes,<sup>13</sup> na seguinte ordem: análise isolada das questões constituintes do roteiro; identificação das expressões-chave; composição de conjuntos de expressões-chave semanticamente equivalentes ou complementares, sumariando-os com Ideias Centrais; e elaboração do DSC, que “é um discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular e composto pelas [expressões-chave] que têm a mesma [ideia central]”.

A pesquisa atendeu aos critérios estabelecidos na até então vigente Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, tendo o projeto sido submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, protocolado sob o número 007/12 e aprovado em 21/3/2012.

<sup>b</sup> Ministério da Saúde (BR). Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: manual do coordenador municipal. Brasília (DF); 2009.

<sup>c</sup> Ministério da Saúde (BR). Coordenação Geral de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – resultados principais. Brasília (DF); 2011.

## RESULTADOS

Dos 14 entrevistados, oito eram do sexo feminino, predominando os profissionais vinculados a secretarias estaduais ou municipais de saúde ou a universidades. A maioria relatou experiência na execução de inquéritos similares, incluindo o SBBRASIL 2003 – pesquisa que antecedeu o SBBRASIL 2010. Foram identificadas as seguintes ideias centrais e DSC que envolveram aspectos éticos:

**Ideia Central 1** – As equipes precisavam se sentir responsáveis pelo SBBRASIL 2010

**DSC 1:** “Três coisas essenciais precisavam acontecer no contato com estados e municípios: identificar, dar conhecimento e motivar as pessoas. Precisávamos fazer com que se encantassem, se sentissem responsáveis pelo projeto. Durante as oficinas, eu chamei muito a atenção com relação a problemas que poderiam existir de equipes quererem ou poderem fraudar dados. Tinha um *slide* falando justamente das atribuições e responsabilidades. Isso porque relatamos que muitos dados do SBBRASIL 2003 eram totalmente exorbitantes, coisas absurdas, irreais. Então eu reforcei muito isso durante os treinamentos: ‘A gente vai fazer uma análise preliminar do banco e os dados que forem completamente distintos e irreais serão eliminados porque indicam que houve algum tipo de fraude’. Cada equipe era responsável nas capitais por, no mínimo, três setores. Os profissionais eram numerados e a coordenação municipal passava isso pra gente. Então eu já esclarecia isso: ‘Vocês vão ter um número e serão responsáveis por x setores, se tiver coisas exorbitantes nós vamos identificar’. Hoje temos mecanismos de *ex-post facto* para responder: ‘Quem estava nesse setor censitário? Que produção anômala de dados é essa?’”. Temos como descobrir, retornar a campo e responsabilizar equipes e secretarias. Então, eu chamava muito a atenção pra responsabilidade, que isso era uma coisa séria, que não podiam usar desse artifício pra fraudar uma pesquisa que ia trazer benefícios pra população. Nós temos quase um imperativo ético de produzir dados nacionais, de avançar no diagnóstico socioepidemiológico da população brasileira, com metodologia robusta, sólida”.

**Ideia Central 2** – A fabricação de dados comprometeu o CPOD (dentes permanentes cariados, perdidos e restaurados) de alguns locais

**DSC 2:** “Teve um problema que foi socializado com o grupo a respeito de alguém que burlou os dados e com isso mudou o CPOD do estado inteiro e, até mesmo, do Brasil. Essa pessoa deveria sofrer um processo ético porque ela não entendeu o que estava fazendo ali, quais as consequências do ato dela. Ocorreu outra situação atípica também numa capital. O coordenador municipal foi muito competente e empenhado. Fez tudo o que precisava, e particularmente o setor que deu problema estava fora dos 10% de supervisão dele.

Quando consolidamos os dados e fechamos o CPOD aos 12 anos, essa capital ficou com uma média acima da encontrada em 2003. Nada importante, eram dois ou três décimos, mas é difícil entender isso porque todas as outras tinham diminuído um pouco. Além disso, é um lugar que tem água fluoretada e uma rede importante de saúde bucal, tem PSF [Programa Saúde da Família] e já vem há anos, não é uma coisa que começou a acontecer ontem. Fizemos, então, um sistema de acompanhamento por setor censitário e descobrimos um completamente distinto do padrão de ocorrência. Quando começamos a checar as ruas que o profissional tinha percorrido, verificamos que estavam fora do mapa do setor censitário pré-definido. Então, uma nova equipe, que nem recebeu por esse trabalho, refez o setor e aí, sim, ficou razoável. Tenho muita dúvida de que tenha sido um problema de entendimento, porque a equipe tinha um mapa físico, desenhado, entendeu? O que faz com que alguém desrespeite uma orientação tão clara?”.

**Ideia Central 3** – A não adesão ao protocolo para o trabalho de campo como problema moral

**DSC 3:** “Fui pra área acompanhar coleta porque, sinceramente, eu estava com medo de que a coisa não fosse acontecer. Eu não tenho condições de avaliar a natureza da intenção de fato, mas teve desconstruções metodológicas iniciais; e algumas eu peguei por acaso. Existia um padrão do número de pessoas potenciais, em média, que você encontrava em cada setor censitário. Por exemplo, era previsível encontrar num setor, no máximo, 10 a 12 crianças de cinco anos. Era um parâmetro nacional. Esse município, particularmente, tinha 35 crianças. Fizemos um encontro com todas as coordenações municipais do estado e começamos a olhar a produção de todos. Quando a coordenação desse município falou, todos ficaram assim: ‘Puxa, mas o que tá acontecendo? Não conseguimos tanta criança assim num setor’. Pois bem, a coordenação disse que assumia que era um setor particular e, após solicitação, entregou por escrito afirmando que tinha refeito e dado a mesma coisa. E pra mim isso é um problema moral gravíssimo porque errou a primeira vez e ratificou o erro”.

Informações obtidas de modo complementar indicaram que na fase de apuração dos dados do SBBRASIL 2010, logo após a obtenção dos primeiros resultados, chamou atenção o fato de que uma capital apresentava a média do índice CPOD aos 12 anos muito acima da expectativa para o local. O valor aberrante, segundo critérios epidemiológicos elementares, era superior a duas vezes a maior média encontrada em outras capitais da mesma região. Não havia registro, nesse município, de alterações significativas em fatores de risco que pudessem justificar aumento tão expressivo entre os anos de 2003 e 2010. A equipe de apuração decompôs o banco de dados em busca de incoerências nos registros. O SBBRASIL 2010 utilizou o setor censitário como unidade territorial sobre a qual foram realizados os “percursos para sorteio

e identificação dos domicílios”,<sup>4</sup> e cada examinador/anotador ficou responsável por, em média, três deles. Dessa maneira, era possível segmentar a análise por setor. Com esse procedimento identificou-se a origem da incongruência e seus responsáveis, confirmando-se erros de registro para dois examinadores. Além disso, embora houvesse um parâmetro quanto ao número de pessoas que se esperava encontrar, por faixa etária, em cada setor, esses números estavam bem acima desse padrão. O achado sugeriu fortemente ter havido infração, intencional ou não, das regras definidas para o percurso de campo, pelos referidos examinadores. O conteúdo das entrevistas indicou que fatos semelhantes ocorreram em outros municípios, embora em menor proporção – em termos de número de setores censitários desconsiderados, e não de sua importância. Ante tais fatos, admitem-se duas hipóteses ou uma combinação delas: 1) falha na etapa de treinamento e calibração; 2) fabricação de dados. Independentemente da causa, a única alternativa nessas situações é a eliminação dos dados discrepantes. As entrevistas indicaram que, no caso do referido município, os dados iniciais foram desconsiderados e houve retorno ao campo para nova coleta, uma vez que havia comprometimento irremediável da representatividade dos dados originais. O problema foi solucionado com a realização desses novos exames, por outras equipes, nos respectivos setores censitários. O banco de dados gerado pelo SBBRasil 2010 foi preservado de dados espúrios, mas à custa de mais recursos materiais, financeiros e humanos.

## DISCUSSÃO

Conhecimentos epidemiológicos gerados por inquéritos como o SBBRasil 2010 produzem efeitos imediatos e mediados. Os imediatos dizem respeito à apropriação dos seus resultados, tanto por instituições de saúde quanto pela sociedade, por meio de entidades e movimentos sociais. Os efeitos mediados se referem à possibilidade de estudos e análises a serem realizados por gerações futuras. Estas, sem disporem de dados gerados no presente, ficariam impossibilitadas de criar novos delineamentos e estudos. Nesse aspecto, a ética da responsabilidade, na perspectiva apontada por Jonas, constitui contribuição relevante ao indicar que, também no âmbito da epidemiologia, ações do presente se projetam ao futuro, requerendo, portanto, que os envolvidos levem em consideração também essa dimensão do trabalho que realizam como agentes públicos.

A propósito, uma característica dos inquéritos SBBRasil é que os dados são obtidos por profissionais vinculados ao sistema público de saúde, em opção deliberada para contribuir na qualificação das equipes desses serviços, em termos de epidemiologia e vigilância.<sup>16</sup> Portanto, a

maioria dos profissionais que participou da coleta de dados não era especializada nessas ações, embora alguns contassesem com a experiência acumulada de estudos locais ou do próprio SBBRasil 2003. No contexto das dificuldades referidas pelos entrevistados, é preciso, contudo, diferenciar a fraude do erro legítimo ou honesto.<sup>8</sup> No SBBRasil 2010, cada equipe contava com o auxílio de um dispositivo eletrônico, cedido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, denominado *Personal Digital Assistant*. Os pesquisadores utilizavam esse dispositivo para registrar os dados obtidos nos domicílios. As entrevistas indicaram que eram fortes os indícios de que os PDA continham dados inventados, deliberadamente errados. Em contraposição à falsificação, em que os dados são intencionalmente omitidos ou alterados, a fabricação de dados ocorre quando eles inexistem, mas são criados.<sup>8</sup> A conduta imprópria das equipes pode ter ocorrido tanto pela criação dos dados quanto pela não observância das instruções contidas no protocolo para o trabalho de campo.

No Dicionário Latino-americano de Bioética, Estévez<sup>4</sup> aborda as palavras intenção e responsabilidade em um único verbete, pois entende que há uma relação de simbiose entre elas, tanto na linguagem moral quanto na jurídica. Para o autor, é a *intenção* que torna significativo e humano aquilo que, de outro modo, seria apenas um evento natural, um ato decorrente do acaso. Pereira<sup>18</sup> ressalta que existe “muita diferença entre ventania derrubando árvores, ou um fogo ardendo numa mata, e a ação do homem derrubando essas mesmas árvores ou ateando fogo à mata. Ambas são ação, provocam mudança. Mas a ação do homem é *ação teórica*, ação refletida, ação de sentido”. Ou seja, é a intenção que caracteriza uma determinada ação como humana, pois lhe revela a racionalidade.<sup>4</sup> Para Kuiava,<sup>12</sup> “uma pessoa é responsável quando inclui nos motivos de sua ação a previsão dos possíveis efeitos do seu próprio agir”.

Pode-se refletir a respeito dessa situação na perspectiva da responsabilidade legal: penal, civil e administrativa.<sup>15</sup> Conforme estabelecido na Constituição Brasileira, “a administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência”.<sup>2</sup> Sabe-se que o servidor público não atua em seu nome, mas do poder público, e deve apresentar uma conduta adequada aos costumes vigentes na sociedade. Desse modo, a moralidade, princípio que suscita particular interesse neste artigo, preconiza o protagonismo do interesse público em detrimento do individual nas atividades dos servidores. A existência de procedimentos administrativos e jurídicos é, sem dúvida, importante, mas “não se pode confiar que as leis e o sistema jurídico resolvam os impasses e as contradições da sociedade moderna”.<sup>11</sup>

<sup>4</sup> Ministério da Saúde (BR). Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: manual da equipe de campo. Brasília (DF); 2009.

Outro modo de se aproximar da questão da responsabilidade é pelo arcabouço teórico da Deontologia, que, no contexto do setor saúde, “é direcionada preferencialmente para os deveres e as obrigações morais dos participantes de uma determinada comunidade profissional da área biomédica”.<sup>5</sup> Refere-se, portanto, ao agregado codificado dos deveres atribuídos, no caso, aos cirurgiões-dentistas, auxiliares e técnicos em saúde bucal. Desse modo, é possível pensar na responsabilidade dos profissionais que fabricaram dados no SBBrasil 2010 perante o Código de Ética Odontológica, cuja versão de 2012 estabelece que “caberá aos profissionais da Odontologia, como integrantes da equipe de saúde, dirigir ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população”,<sup>e</sup> como é o caso de um inquérito epidemiológico. Cabe ressaltar que existem municípios que instituíram seus próprios códigos de ética dos servidores públicos. As equipes desses locais teriam, portanto, uma dupla chamada ética. Não obstante, as obrigações morais vêm perdendo sua força motivacional nas sociedades modernas.<sup>7</sup>

Não há dúvida, porém, de que esse problema engendra reflexões mais amplas, pois não pode ser resumido ao estabelecimento de penalidades locais a indivíduos supostamente envolvidos em infrações morais. Nesse sentido, a responsabilidade legal é necessária, mas não suficiente. Por outro lado, o debate sobre a ética na saúde não deve ser limitado à responsabilidade diante dos códigos das diferentes categorias profissionais.<sup>3</sup> Para Kipper & Clotet,<sup>10</sup> “a reflexão sobre um conflito moral no exercício da profissão, realizada apenas sob o referencial do código deontológico, será, provavelmente, uma visão míope e muito restrita da problemática nele contida”. Nesse ponto, ressaltamos a importância da ética e do compromisso de um servidor público da saúde para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e do País<sup>6</sup> e considerar o que ele faz, ou deixa de fazer, sob o prisma da ética da responsabilidade.<sup>5</sup>

Irregularidades éticas de diferentes ordens têm contribuído para consolidar uma lacuna entre o SUS projetado por militantes, intelectuais e gestores engajados no Movimento de Reforma Sanitária e o SUS do cotidiano. No entanto, “pouco se tem trabalhado (...) sobre os deveres e obrigações dos diferentes atores envolvidos direta ou indiretamente nas variadas atividades e escalações que dizem respeito ao SUS”.<sup>6</sup> Garrafa<sup>5</sup> aborda a ética da responsabilidade em três rubricas: ética da responsabilidade individual; ética da responsabilidade pública; ética da responsabilidade planetária, baseada na reflexão jônica. A ética da responsabilidade individual está relacionada com o:

“[...] compromisso moral e da responsabilidade pessoal e intransferível de cada cidadão para com a

alteridade. É a visão do semelhante, do outro, principalmente aquele mais vulnerável e desassistido. Resgata, também, a responsabilidade e a ética no trato das questões públicas de parte dos servidores governamentais do setor saúde”.<sup>5</sup> Há que se destacar de imediato que “a questão qualitativa da responsabilidade ética não é diferente quando comparamos os papéis de um simples funcionário do posto de saúde que maltrata os usuários [com o papel] da autoridade mais alta de uma determinada hierarquia (...).”<sup>6</sup> De igual modo, do cargo de gestor maior do SUS, ou seja, o Ministro da Saúde, passando pelas coordenações estaduais e municipais, até o habitante do domicílio sorteado, todos, sem exceção, tinham “responsabilidade ética” com o SBBrasil 2010, no sentido da alteridade.

Vários pensadores abordaram a questão da alteridade “ao longo da história do pensamento filosófico”, mas há certa originalidade no modo que Lévinas pensou esse conceito.<sup>21</sup> Preocupado com a indiferença ao outro, ele estabeleceu que “não existe primeiro o *eu* para depois se relacionar com o *outro*, como sustenta a modernidade. O *eu* se constitui sempre a partir da relação com o outro. Por isso a alteridade é a condição primeira do ser e da existência da subjetividade”<sup>21</sup>. Apesar disso, “a sobrevalorização da experiência interior vem até os dias atuais paulatinamente ocupando a esfera pública e inflacionando o espaço intersubjetivo com interesses privados, idiossincrasias individuais e satisfações pessoais”.<sup>1</sup> Tal fato pode ser considerado um grande obstáculo ao desenvolvimento de ações coletivas cujos benefícios individuais são essencialmente indiretos, como o SBBrasil 2010.

Embora a conduta anômala dos referidos examinadores tenha sido detectada oportunamente e o trabalho de campo refeito, pode-se afirmar que, sob o prisma da ética da responsabilidade, houve infração, na dimensão da responsabilidade individual, cujos efeitos atingiram todos os pesquisadores envolvidos, colocando em risco a credibilidade da pesquisa. O individualismo que predomina no modo de produção capitalista e que se reproduz nos serviços públicos de saúde desconsidera que a experiência com o outro é condição precípua para a constituição do sujeito. Sob a perspectiva da ética da responsabilidade, a responsabilidade pelo outro antecede a autonomia. Desse modo, aspectos técnicos e éticos são igualmente estruturantes em inquéritos como o SBBrasil 2010, uma vez que requerem não apenas profissionais treinados, mas eticamente comprometidos com a credibilidade dos dados e a isenção em sua coleta, seja porque isso é relevante para a contemporaneidade, seja porque o é para o futuro.

<sup>e</sup> Conselho Federal de Odontologia (BR). Resolução nº 118, de 11 de maio de 2012. Revoga o Código de Ética Odontológica aprovado pela Resolução CFO-42/2003 e aprova outro em substituição. *Diário Oficial União*. 14 jun 2012;Seção 1:118.

## REFERÊNCIAS

1. Assy B. "Faces privadas em espaços públicos": por uma ética da responsabilidade. In: Arendt H. Responsabilidade e julgamento. São Paulo: Companhia das Letras; 2004. p. 31-60.
2. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.
3. Campos GWS. A ética e os trabalhadores de saúde. *Saude Debate*. 1994; (43):60-3.
4. Estévez A. Intención y responsabilidad. In: Tealdi JC, coordenador. Diccionario latino-americano de bioética. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2008. p. 121-23.
5. Garrafa V. Bioética. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, coordenadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008. p. 853-70.
6. Garrafa V. Novos paradigmas para a saúde – a "Ética da responsabilidade" individual e pública. *Saude Debate*. 1996;20(5):183-7.
7. Heler M. Deontologismo y obligación. In: Tealdi JC, coordenador. Diccionario latino-americano de bioética. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2008. p. 139-41.
8. Hossne WS, Vieira S. Fraude em ciência: onde estamos? *Bioetica*. 2007;15(1):39-47.
9. Jonas H. O princípio responsabilidade: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica. Rio de Janeiro: Contraponto; 2006.
10. Kipper DJ, Clotet J. Princípios da beneficência e não-maleficência. In: Costa GO, Garrafa V, coordenadores. Iniciação à bioética. Brasília (DF): Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 37-51.
11. Krohling A. A ética da alteridade e da responsabilidade. Curitiba: Juruá; 2011.
12. Kuiava EA. A responsabilidade como princípio ético em H. Jonas e E. Levinas: uma aproximação. *Veritas*. 2006;51(2):55-60.
13. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: EDUCS; 2003
14. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo. Brasília (DF): Líber Livro Editora; 2010.
15. Muñoz DR, Almeida M. Noções de responsabilidade em bioética. In: Segre M, Cohen C, coordenadores. Bioética. São Paulo: Edusp; 2002. p. 121-32.
16. 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 Saude Publica*. 2010;26(4):647-70. DOI: 10.1590/S0102-311X2010000400002
17. Patton MQ. Qualitative research & evaluation methods. 3. ed. Thousand Oaks: Sage; 2002.
18. Pereira O. O que é teoria? São Paulo: Brasiliense; 2006.
19. Peres MA, Peres KG. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: um guia para os serviços de saúde. In: Antunes JLF, Peres MA, coordenadores. Epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 19-31.
20. Peres MA, Traebert J, Marçenes W. Calibração de examinadores para estudos epidemiológicos de cárie dentária. *Cad Saude Pública*. 2001;17(1):153-9. DOI: 10.1590/S0102-311X2001000100016
21. Ruiz CB. Emmanuel Levinas, alteridade & alteridades – questões da modernidade e a modernidade em questão. In: Souza RT, Farias AB, Fabri M, coordenadores. Alteridade e ética. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2008. p. 117-48.
22. Weber W. Ciência e política: duas vocações. São Paulo: Cultrix; 2011.
23. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Trad. de A Thorell. Porto Alegre: Bookman; 2010.

Artigo baseado na tese de doutorado de Andrade FR, a ser defendida no Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília, em 2014.

A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil 2010 foi financiada pela Coordenação de Saúde Bucal do Ministério da Saúde (COSAB/MS), por meio do Centro Colaborador do Ministério da Saúde em Vigilância da Saúde Bucal, Faculdade de Saúde Pública da USP (CECOL/USP), processo nº 750398/2010.

Artigo submetido ao processo de julgamento por pares adotado para qualquer outro manuscrito submetido a este periódico, com anonimato garantido entre autores e revisores.

Editores e revisores declararam não haver conflito de interesses que pudesse afetar o processo de julgamento do artigo.

Os autores declararam não haver conflito de interesses.