



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

de Andrade, Flávia Reis; Capel Narvai, Paulo
Inquéritos populacionais como instrumentos de gestão e os modelos de atenção à saúde
Revista de Saúde Pública, vol. 47, núm. 3, 2013, pp. 154-160
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240212018>

- ▶ [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^IPaulo Capel Narvaez^{II}

Inquéritos populacionais como instrumentos de gestão e os modelos de atenção à saúde

Population surveys as management tools and health care models

RESUMO

O artigo faz uma breve sistematização dos modelos de atenção em saúde, enfatiza o papel do inquérito populacional como instrumento de gestão e analisa o caso específico da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SBBRasil 2010), ressaltando a sua contribuição no processo de consolidação de modelos de atenção compatíveis com os princípios do Sistema Único de Saúde. Ainda que no plano legal o Sistema Único de Saúde corresponda a um modelo de atenção em saúde, no plano concreto das políticas públicas e das ações, o sistema dá origem a um modelo que resulta não de textos jurídicos nem de formulações teóricas, mas da práxis dos agentes envolvidos. Considerando que a gestão do cotidiano em saúde é um espaço privilegiado e prioritário para a produção e consolidação dos modelos de atenção à saúde, é necessário estimular e apoiar o desenvolvimento de competências técnicas e operacionais diferentes daquelas necessárias à gerência dos cuidados relacionados às demandas individuais.

DESCRITORES: Inquéritos de Saúde Bucal, utilização. Serviços de Saúde Bucal. Administração de Serviços de Saúde. Modelos Organizacionais. Atenção à Saúde.

ABSTRACT

The article briefly systematizes health care models, emphasizes the role of population surveys as a management tool and analyzes the specific case of the Brazilian Oral Health Survey (SBBRasil 2010) and its contribution to the consolidation process of health care models consistent with the principles of the *Sistema Único de Saúde* (SUS, Public Health Care System). While in legal terms SUS corresponds to a health care model, in actual practice the public policy planning and health action, the system gives rise to a care model which is not the result of legal texts or theoretical formulations, but rather the praxis of the personnel involved. Bearing in mind that the management of day-to-day health affairs is a privileged space for the production and consolidation of health care models, it is necessary to stimulate and support the development of technical and operational skills which are different from those required for the management of care related to individual demands.

DESCRIPTORS: Dental Health Surveys, utilization. Dental Health Services. Health Services Administration. Models, Organizational. Health Care (Public Health).

^I Faculdade de Ceilândia. Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil

^{II} 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
72220-140 Ceilândia, DF, Brasil
E-mail: flaviaandrade@unb.br

Recebido: 01/07/2012
Aprovado: 19/03/2013

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

INTRODUÇÃO

As ações desenvolvidas para lidar com a saúde e a doença decorrem de como esses fenômenos são explicados em diferentes contextos históricos.^{4,12} Dessas explicações derivam as necessidades em saúde e, para responder a essas necessidades, criam-se organizações e instituições que, pondo em marcha recursos e conhecimentos variados, dão origem aos diferentes processos e práticas relacionados com saúde e doença. São, portanto, as necessidades em saúde que, nas diferentes culturas, condicionam como os homens organizam e executam ações de saúde. Povos indígenas brasileiros, por exemplo, ainda nos dias atuais, explicam a doença como expressão de forças sobrenaturais e, coerentemente, organizam rituais conhecidos como “pajelança” para lidar com os problemas.¹³ Há pouco mais de um século, por outro lado, Oswaldo Cruz provocou a “Revolta da Vacina”, movido por inabalável convicção de que detinha os conhecimentos necessários para resolver o problema da varíola. Em 2011, no encerramento da 14^a Conferência Nacional de Saúde, foi aprovado um documento em que se afirma que a saúde “integra as políticas de Seguridade Social, conforme estabelecido na Constituição Brasileira, e necessita ser fortalecida como política de proteção social [...]. A ordenação das ações políticas e econômicas deve garantir os direitos sociais, a universalização das políticas sociais e o respeito às diversidades étnico-racial, geracional, de gênero e regional. Defendemos, assim, o desenvolvimento sustentável e um projeto de Nação baseado na soberania, no crescimento sustentado da economia e no fortalecimento da base produtiva e tecnológica para diminuir a dependência externa”.^a São essas diferentes compreensões – índios, Cruz e delegados, que expressam de modo síncrono e não hierárquico distintos modos de perceber e conceber a saúde e a doença – que levam à organização, na contemporaneidade, de distintos sistemas de ações e operações, os quais podem ser caracterizados como modelos de atenção à saúde. Contudo, o que lhes é comum é a noção de necessidades em saúde – que são definidas historicamente, à luz dos saberes disponíveis em cada contexto cultural. Ressalte-se que necessidades em saúde têm várias dimensões, implicando lidar com um conjunto amplo e complexo de variáveis. Estas incluem as relacionadas à dimensão individual e ao âmbito coletivo. Nem todas as necessidades em saúde são conhecidas ou sentidas por indivíduos e comunidades. Daí resulta a complexidade do conceito de necessidades em saúde e, também, as dificuldades para organizar adequados sistemas de saúde, compatíveis com as necessidades das pessoas e populações.

Em sociedades complexas, como o Brasil do início do século XXI, há concomitância de culturas e sistemas de

conhecimentos que convivem e se influenciam mutuamente, sob a égide do Estado Democrático de Direito.^b Ao determinar que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” a Constituição de 1988 agrega que esse direito deve ser “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” e fixa princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).^b Nos artigos 196 a 200 a Constituição define os elementos principais, estruturais, do modelo de atenção à saúde brasileiro – ainda que predomine, no País, um conjunto bastante expressivo de serviços de saúde que não integram o sistema público, tais serviços estão, de algum modo, sob regulação do SUS.

Ao atribuir às “políticas sociais e econômicas” a missão de “garantir” o direito à saúde, a Constituição brasileira reconhece, explicitamente, suas influências sobre a saúde e a doença. Esse reconhecimento é compatível com o que os conhecimentos científicos vêm identificando como “determinação social do processo saúde-doença”, segundo o qual saúde, doenças e enfermidades resultam também de processos sociais, além de microrganismos e outros fatores biológicos.⁵

Cabe, portanto, organizar e executar, em cada território, sistemas e ações coerentes com esses pressupostos. Isso implica identificar e conhecer as necessidades de saúde das populações, em cada território. Para essa tarefa, são indispensáveis os conhecimentos epidemiológicos e seus instrumentos – um desses instrumentos são os inquéritos populacionais de saúde, objeto deste artigo. Neste artigo é feita breve sistematização dos modelos de atenção, enfatiza-se o papel do inquérito populacional como instrumento de gestão e analisa-se o caso específico da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SBBRasil 2010), ressaltando a sua contribuição no processo de consolidação de modelos de atenção compatíveis com os princípios do SUS.

SUS COMO MODELO DE ATENÇÃO

O SUS constitucional resultou dos movimentos políticos contra a ditadura cívico-militar instaurada em 1964 que, na saúde, se expressou no que ficou conhecido como Reforma Sanitária. Sua formalização foi definida na 8^a Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, cujo relatório final identifica a “desigualdade no acesso aos serviços de saúde, inadequação dos serviços às necessidades, qualidade insatisfatória dos serviços e ausência de integralidade das ações”¹⁰ e os principais entraves

^a Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da 14^a Conferência Nacional de Saúde. Brasília (DF); 2012. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

^b Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: texto promulgado em 5 de outubro de 1988. Brasília (DF): Senado Federal; 2006.

à prestação do cuidado em saúde naquele contexto. O enfrentamento de tais problemas na dimensão coletiva exigiu naquela época o delineamento de um novo modelo de atenção à saúde, compreendido como “uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender a necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma razão de ser, uma racionalidade, uma espécie de ‘lógica’ que orienta a ação”.¹⁰

A finalidade do SUS é garantir aos brasileiros o direito de terem suas necessidades em saúde, individuais e coletivas, atendidas. Isso implica dar resposta equânime à demanda por assistência – tão valorizada nos discursos oficiais e no imaginário social – e interferir no processo de produção social das doenças. Contudo, ainda que no plano legal o SUS corresponda a um modelo de atenção à saúde, no plano concreto das políticas públicas e das ações de saúde, o sistema dá origem a um modelo de atenção que resulta não de textos jurídicos nem de formulações teóricas, mas da práxis dos agentes envolvidos, em cada território, segundo os diferentes interesses que atuam no setor.

VIGILÂNCIA DA SAÚDE COMO MODELO DE ATENÇÃO

Segundo Paim¹⁰ coexistem, no Brasil, de forma ora contraditória ora complementar, dois modelos de atenção à saúde: “o modelo médico-assistencial privatista” e o “modelo assistencial ‘sanitarista’”. Em paralelo a esses modelos básicos, ocorrem esforços para delinear modelos alternativos que incorporam, “de certa forma, métodos, técnicas e instrumentos provindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde”.¹⁶ O debate em torno dos modelos de atenção à saúde remete, nuclearmente, à questão de que eles sempre resultam “[...] do processo histórico nos quais estão imersos os diferentes atores sociais, seus respectivos interesses e, portanto, suas contradições e conflitos”,⁹ para além das definições legais e das formulações teóricas em abstrato.

O modelo médico-assistencial privatista, também identificado como modelo médico hegemônico, hospitalocêntrico ou biomédico, predomina no sistema de saúde brasileiro. Sua concepção de prática assenta-se na assistência ao indivíduo doente e opera com uma compreensão biológica do fenômeno saúde-doença, centrada no profissional da saúde.¹⁰ Esse modelo é funcional e se ajusta ao modo de produção capitalista, uma vez que nele as ações e operações são consideradas mercadorias, adquirindo valor de troca no mercado de bens e serviços. Mas o modelo biomédico, hegemônico, penetra e se reproduz com grande vigor também nos serviços públicos de saúde. No modelo biomédico, o pressuposto é que as condições de saúde resultam da assistência às pessoas, a partir da detecção de

necessidades individuais, sentidas ou não, e processadas no âmbito da clínica. As críticas ao modelo biomédico enfatizam suas limitações, que se traduzem num reconhecido reducionismo que o faz impotente para contemplar o conjunto dos problemas de saúde da população como um todo, disso resultando, no contexto brasileiro, baixa cobertura, centro na demanda espontânea e incompetência para desenvolver ações coletivas.

Por outro lado, a essência do modelo assistencial “sanitarista”¹⁰ está no “enfrentamento de problemas de saúde selecionados e no atendimento de necessidades específicas de determinados grupos”¹⁴ mediante campanhas e programas especiais (tuberculose, hanseníase, gestantes, dentre outros). Remete, portanto, às iniciativas higienistas, de caráter coletivo e massivo, típicas da Saúde Pública institucionalizada no Brasil durante o século XX.¹⁰ Constatase que, no início do século XXI, embora se tenha consolidado a descentralização do sistema público de saúde no Brasil, com estados e municípios assumindo papéis estratégicos na construção de sistemas loco-regionais e no desenvolvimento de redes integradas de atenção à saúde, e não obstante os avanços democráticos nas relações entre os entes federativos na saúde, o Ministério da Saúde segue exercendo funções normativas e de gestão financeira que são questionadas quanto à sua eficácia na estruturação de um sistema de saúde efetivo, eficiente, equânime e democrático. Por essa razão, a municipalização do sistema e o aprofundamento democrático da participação social em saúde, ainda que com conflitos e contradições, representam uma conquista e um desafio à descentralização e à “participação da comunidade”^b como princípios organizativos do SUS.

Tendo em vista as limitações do modelo de atenção “sanitarista” e as deformações mercantilistas do modelo biomédico (ou seja, do modelo médico-assistencial privatista), coloca-se o desafio de desenvolver modelos alternativos, contra-hegemônicos, que “[...] levem em conta a heterogeneidade das condições de vida dos diversos grupos sociais, bem como a diversidade de situações existentes nas diversas regiões, estados e município brasileiros [...]”,¹⁴ e que, sem desconsiderar que “[...] estamos em países capitalistas [...] recusam a ideia de que saúde seja uma mercadoria ou alguma coisa que possa ser comprada [...]”,¹⁵ considerem que as realidades constituem espaços de possibilidades, podendo-se criar alternativas de superação a partir do pressuposto de que “[...] é possível fazer com que saúde seja mais do que uma mercadoria, ou não só uma mercadoria, que seja assumida como um direito”.¹⁵ Assim, os modelos de atenção contra-hegemônicos partem do princípio de que “[...] usufruir o mais alto padrão de saúde atingível é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, convicção política, condição econômica ou social [...]”.^c Têm, portanto, um solo

^c Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura, Comissão Nacional da UNESCO - Portugal. Declaração universal sobre bioética e direitos humanos. Paris; 2005 [citado 2012 jun 19]. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>

comum com o SUS (este também contra-hegemônico na Política Nacional de Saúde), uma vez que não constroem o seu fazer com base na medicina liberal, mas propugnam pela integralidade da atenção à saúde. Visam, portanto, tornar-se referência de uma práxis que procura fazer oposição à lógica do mercado e romper com o *status quo*.

A vigilância da saúde é compreendida como um modelo de atenção que incorpora, mas não se limita aos dois (referidos) modelos vigentes. Corresponde, portanto, a uma forma de planejar, organizar, executar e avaliar ações de saúde, que propõe mudanças em relação aos seguintes aspectos: 1) Sujeito; 2) Objeto; 3) Meios de Trabalho; e 4) Formas de Organização. Tal modelo reivindica a participação da população organizada que, juntamente com uma equipe multiprofissional, define prioridades com base nos “danos, riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde (condições de vida e trabalho)”.¹⁶ Para o modelo da Vigilância da Saúde é essencial, portanto, desenvolver ações que levem em conta as necessidades coletivas, que podem ser identificadas por diversos instrumentos, dentre os quais o inquérito populacional.

INQUÉRITO POPULACIONAL COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO

A despeito das inúmeras definições do termo epidemiologia nos livros-texto e manuais introdutórios, as alusões habituais a esse campo disciplinar convergem ao afirmarem o seu caráter coletivo, haja vista que estuda o fenômeno saúde-doença-cuidado na sociedade.¹ Se a epidemiologia dá sustentação às práticas coletivas em saúde, resulta que vários dos seus recursos podem ser utilizados para identificar as necessidades coletivas em saúde. Os inquéritos populacionais são um desses recursos, amplamente empregados mundialmente devido, entre outras vantagens, ao seu alto poder descriptivo,² razão pela qual são relevantes no planejamento e avaliação de políticas públicas.

Informações provenientes dos Sistemas de Informação em Saúde são importantes, “mas insuficientes para responder às necessidades da gestão”,⁶ decorrendo daí “a importância crescente de inquéritos populacionais”. No Brasil, há uma combinação de diferentes tipos de inquéritos de base populacional, responsáveis pela geração de um conjunto substancial de informações de saúde que, conforme sublinhado, não são produzidos pelos sistemas de registro contínuo. Os sistemas Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito

Telefônico e Vigilância de Violências e Acidentes, bem como a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar,⁶ são exemplos desses inquéritos, os quais combinam diferentes estratégias de obtenção de dados em razão das suas distintas finalidades. Além desses inquéritos sob responsabilidade institucional da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística é o responsável pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios,⁶ que vem realizando suplementos específicos sobre Saúde.

Não obstante essas iniciativas, os inquéritos nacionais não possuem periodicidade definida. São realizados de forma ainda pontual, circunscrita e localizada.¹⁷ Para superar esse problema, foi aprovada a realização do Inquérito Nacional de Saúde (INS), formalizada por meio da Portaria nº 1.811, de 12/8/2009, que instituiu um “[...] Comitê Gestor com a finalidade de planejar e coordenar a criação do Inquérito Nacional de Saúde”.⁴ Ao propor um roteiro para a realização do INS, Malta et al⁶ ressaltaram, como decisão gerencial e política essencial, a necessidade de garantir a inserção da proposta tanto no Plano Plurianual (2012-2015) quanto no Plano Nacional de Saúde (2012-2015).

PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL – SBBRASIL 2010

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) preconiza o uso da epidemiologia e das informações referentes ao território como subsídio ao planejamento, bem como reconhece a importância de “centrar a atuação na Vigilância à Saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde-doença [...]”.^e Nesse sentido, por meio da Portaria nº 939 de 21/12/2006, o Ministério da Saúde instituiu um Comitê Técnico Assessor (CTA-VSB) para estruturar e implantar a estratégia de vigilância em saúde bucal como componente da PNSB. Entre outras competências, coube ao CTA-VSB “acompanhar a situação epidemiológica na área de Saúde Bucal”.^f Em outubro de 2008 o Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, anunciou a realização de um levantamento epidemiológico em saúde bucal. Em abril de 2009 o CTA-VSB foi incumbido de delinear a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – 2010 que resultou no denominado Projeto SBBRASIL 2010, uma iniciativa estratégica do componente de Vigilância à Saúde da PNSB.¹¹

^d Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.811, de 12 de agosto de 2009. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, Comitê Gestor com a finalidade de planejar e coordenar a criação do Inquérito Nacional de Saúde – INS. Brasília (DF); 2009 [citado 2013 ago 16]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1811_12_08_2009.html

^e Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde de Bucal. Brasília (DF); 2004 [citado 2012 jun 19]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf

^f Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 939, de 21 de dezembro de 2006. Brasília (DF), 2006 [citado 2013 ago 16]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/PT-939.htm>

O CTA-VSB elaborou o projeto técnico e operacional do SBBRASIL 2010 e a execução coube aos oito Centros Colaboradores do Ministério da Saúde em Vigilância da Saúde Bucal (CECOL), instalados em instituições universitárias de quatro macrorregiões (Centro-Oeste, Nordeste, Sudeste e Sul). Os CECOL tinham atribuições precíprias na realização do Projeto, tais como dar “apoio às Coordenações Estaduais, Municipais e Instituições parceiras na realização da pesquisa em cada Estado” e analisar os dados coletados com vistas à elaboração do relatório final.^g Para tanto, cada unidade federativa ficou sob a responsabilidade de um CECOL, obedecendo a critérios de proximidade geográfica e quantidade de exames a realizar.

O ponto de partida para a construção de uma base de dados relativa ao perfil epidemiológico de saúde bucal da população brasileira foi dado em 1986. Apesar de embrionário, em termos teóricos e práticos, não se deve subestimar seu caráter inovador e a importância histórica do conhecimento que se produziu. Em 1996 foi realizado o segundo levantamento de saúde bucal de base nacional, seguindo-se a experiência do SBBRASIL 2003. Esses inquéritos populacionais, em conjunto, tiveram grande importância para o desenvolvimento da competência brasileira no setor e, também, para introduzir atividades epidemiológicas na rotina dos serviços públicos odontológicos.⁷ O SBBRASIL 2010 se inseriu nessa linhagem de levantamentos epidemiológicos que, ao contrário da maioria dos inquéritos de abrangência nacional, envolvem a realização de exame com fins epidemiológicos, segundo um padrão normativo, além da habitual aplicação de questionários. Os exames realizados pelo SBBRASIL 2010 seguiram padronização recomendada pela Organização Mundial da Saúde.¹¹

Embora a Lei Federal 8.080/90 determine a “utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática”,^h a produção de conhecimentos em epidemiologia não integra a rotina dos profissionais do SUS. Assim como o inquérito congênere que o precedeu, o SBBRASIL 2010 se caracterizou como um estudo multicêntrico que teve a participação dos diferentes níveis de gestão do SUS (municipal, estadual e federal) e envolveu diferentes setores, tais como instituições de ensino superior, entidades profissionais e centros de pesquisa, buscando ampliar ações interinstitucionais e contribuir para a transformação das práticas em nível local. Embora muitos dos profissionais que atuaram no SBBRASIL 2010 não fossem especializados na realização desse tipo de pesquisa, optou-se por criar possibilidades de desmopolização do saber e do fazer epidemiológico, tendo em vista que “é preciso enfrentar e superar o desafio

de desenvolver a competência brasileira nesse tipo de investigação e, ao mesmo tempo, inseri-la nas práticas de vigilância em saúde”.⁷

Entretanto, a opção operacional de conduzir projetos como o SBBRASIL 2010 no interior do SUS, e não fora dele, impõe desafios à gestão do sistema. No caso específico do SBBRASIL 2010, as atribuições das coordenações estaduais e municipais não correspondiam, necessariamente, aos cargos de coordenadores de saúde bucal e implicavam articulações de vários tipos – com os centros colaboradores, instituições parceiras, equipes de campo, entre outras. Isso impunha dar concretude a princípios de gestão, como a cooperação intergovernamental e a solidariedade, abrindo a possibilidade de questionamentos de toda ordem. Implicava, também, compreender o sistema de serviços de saúde para além da assistência, com a valorização das ações coletivas. Algumas dessas ações e questionamentos, como ocorre com os próprios inquéritos populacionais, podem não ser bem aceitas por parte dos gestores, devido, entre outras razões, à sua baixa repercussão (inclusive eleitoral). Outro ponto relaciona-se com o trabalho de campo, ou seja, com a etapa de obtenção dos dados. Como as equipes de campo tinham de percorrer um número específico de domicílios, para realizar os exames em diferentes setores censitários, havia redução ou até mesmo suspensão dos atendimentos, em determinados dias, nas Unidades Básicas de Saúde e outros locais. Tais alterações temporárias das rotinas assistenciais são especialmente problemáticas na assistência odontológica, uma vez que a “cultura institucional”, e mesmo dos profissionais, é de atribuir mais valor ao trabalho clínico do que às ações coletivas. Geram-se, em decorrência, conflitos com chefias que privilegiam a obtenção de resultados quantitativos, em decorrência de uma compreensão limitada das atribuições dos trabalhadores da saúde e, principalmente, do que é o SUS e do que significa trabalhar num sistema público de saúde.

Inquéritos assim requerem uma capacidade de compreensão dos gestores para o fato de que essas ações, por sua natureza, geram benefícios mais universais e abstratos quando comparados com os da assistência. Ademais, requerem dos profissionais que atuam no nível local do sistema que compreendam o seu objeto de trabalho em uma perspectiva substancialmente diferente da que predomina no modelo biomédico, com seu foco exclusivamente clínico-cirúrgico. Em geral, a prática diária dos serviços de saúde bucal é tecnicista, biólogista e, não raro, desconsidera o saber epidemiológico, desvalorizando-o. Não obstante, os números do relatório final da pesquisa SBBRASIL 2010 são fruto do trabalho anônimo de vários trabalhadores da saúde que, de modo

^g Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: manual do coordenador municipal. Brasília (DF): 2009.

^h 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 União*, Brasília, DF, 20 set 1990.

autônomo ou não, se dedicaram a um projeto coletivo e de interesse público.

Um inquérito como o SBBRasil 2010 exige decisão e iniciativa governamental de todos os entes federativos, com reflexos diretos na alocação de recursos financeiros e no suporte político organizado, sobretudo por parte dos municípios. No entanto, embora os inquéritos de base populacional “sejam capazes de produzir informações úteis para a formulação das diretrizes políticas nacionais, raramente serão capazes de produzir informações desagregáveis para o uso no nível local”.³ A não representatividade desses inquéritos no nível municipal significa, em boa medida, empecilhos significativos para conseguir o envolvimento dos gestores, como sujeitos individuais e coletivos.

Não obstante, “é inegável a importância do conhecimento epidemiológico na prática sanitária quando seus argumentos são apropriados por sujeitos individuais e coletivos, visando a determinadas finalidades e tornando-se recurso de ‘força política’”,⁸ ou seja, o conhecimento epidemiológico não é algo trivial na gestão em saúde. É preciso destacar, nesse sentido, o compromisso político do SBBRasil 2010 na busca da equidade em saúde quando, por exemplo, revela as desigualdades regionais na prevalência e gravidade da cárie dentária, assim como no acesso aos serviços odontológicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo biomédico é hegemônico, mas suas contradições engendram o surgimento de propostas contra-hegemônicas inseridas na lógica de funcionamento do SUS, que negam as fronteiras estreitas

do biológico e propõem outro(s) entendimento(s) da saúde-doença. Sem negar a importância da assistência, o modelo da vigilância da saúde busca dar resposta às necessidades coletivas que envolvem, necessariamente, as ações de promoção e prevenção. Para tanto, inclui e valoriza ações de análise e controle dos problemas de saúde, para as quais são essenciais os inquéritos de base populacional, sobretudo nos níveis estadual e municipal para fornecer subsídios à tomada de decisão. Como parte da própria dinâmica histórica, uma série de iniciativas localizadas vêm sendo desenvolvidas, mas isso não é realidade em grande parte das unidades públicas de saúde, nas quais a epidemiologia não faz parte da rotina de trabalho. As dificuldades que emergem ao realizar inquéritos como o SBBRasil 2010, que buscam o envolvimento dos próprios trabalhadores do SUS na coleta dos dados, são reveladoras dessa limitação e expressam a forte influência do modelo biomédico. Considerando que a gestão do cotidiano em saúde é um espaço privilegiado e prioritário para a produção e consolidação dos modelos de atenção à saúde, é necessário estimular e apoiar o desenvolvimento de competências técnicas e operacionais diferentes daquelas necessárias à gerência dos cuidados relacionados às demandas individuais. Dentre essas competências estão o planejamento, organização, execução e avaliação de inquéritos populacionais de saúde, uma vez que esses são instrumentos indispensáveis para identificar e conhecer as necessidades em saúde, em sua expressão coletiva. Por essa razão, proporcionam dados e informações de base científica aos tomadores de decisão, possibilitando-lhes fundamentar suas decisões em conhecimentos que levam em conta também as necessidades coletivas em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Almeida Filho N, Barreto ML, Rouquayrol MZA. A epidemiologia como ciência. In: Almeida Filho N, Barreto ML, organizadores. Epidemiologia e saúde: fundamentos, métodos, aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 3-4.
2. Almeida Filho N, Rouquayrol MZA. Introdução à epidemiologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
3. Barata RB. Inquérito Nacional de Saúde: uma necessidade? *Cienc Saude Coletiva*. 2006;11(4):870-1. DOI:10.1590/S1413-81232006000400003
4. Berlinguer G. A doença. São Paulo: Cebes/Hucitec; 1988. (Coleção Saúde em Debate).
5. Laurell AC. La salud-enfermedad como proceso social. *Rev Latinoam Salud*. 1982;2(1):7-25.
6. Malta DC, Leal MC, Costa MFL, Morais Neto OL. Inquéritos nacionais de saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(Supl 1):159-67. DOI:10.1590/S1415-790X2008000500017
7. 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
8. Narvai PC, Frazão P. Epidemiologia, política e saúde bucal coletiva. In: Antunes JLF, Peres MA, coordenadores. Epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.346-62.
9. Narvai PC, Frazão P. Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. (Coleção Temas em Saúde).
10. Paim JS. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol MZA, Almeida Filho N, organizadores. Epidemiologia e saúde. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p.567-86.
11. Roncalli AG. Projeto SB Brasil 2010: elemento estratégico na construção de um modelo de vigilância em saúde bucal [editorial]. *Cad Saude Publica*. 2010;26(3):428-9. DOI:10.1590/S0102-311X2010000300001
12. Rosen G. Uma história da saúde pública. São Paulo: Hucitec; 2006.
13. Scopel D, Dias-Scopel RP, Wiik FB. Cosmologia e intermedicalidade: o campo religioso e a autoatenção às enfermidades entre os índios Munduruku do Amazonas, Brasil. *Tempus Actas Saude Coletiva* [Internet]. 2012;[citado 2013 ago 16];6(1):173-90. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1141>
14. Teixeira CF. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cad Saude Publica*. 2002;18(Supl):S153-62. DOI:10.1590/S0102-311X2002000700015
15. Teixeira CF. Entrevista concedida a Mauricio Monken, Gracia Maria de Miranda Gondim e Carlos Eduardo Colpo Batistella. *Trab Educ Saude*. 2008;6(1):185-94. DOI:10.1590/S1981-77462008000100010
16. Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Inf Epidemiol SUS*. 1998;7(2):7-28.
17. Viacava F, Tavassos C, Dachs N. Inquéritos nacionais em saúde no Brasil [editorial]. *Cienc Saude Coletiva*. 2006;11(4):860. DOI:10.1590/S1413-81232006000400001

A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SBBRasil 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.