

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

FLÁVIA REIS DE ANDRADE

A DIMENSÃO DA ÉTICA EM UM INQUÉRITO POPULACIONAL EM
SAÚDE

BRASÍLIA
2014

FLÁVIA REIS DE ANDRADE

A DIMENSÃO DA ÉTICA EM UM INQUÉRITO POPULACIONAL EM
SAÚDE

Tese apresentada como requisito parcial para a
obtenção do título de Doutor em Bioética pelo
Programa de Pós-Graduação em Bioética da
Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Dr. Miguel Ângelo Montagner

BRASÍLIA
2014

FLÁVIA REIS DE ANDRADE

A DIMENSÃO DA ÉTICA EM UM INQUÉRITO POPULACIONAL EM SAÚDE

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Bioética pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília.

Aprovada em 27 de maio de 2014

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Miguel Ângelo Montagner – (presidente)
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Helena Eri Shimizu
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Natan Monsores de Sá
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Paulo Antonio de Carvalho Fortes
Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro
Universidade de Brasília

*Para Pedro,
Meu pai.*

*Para Paulo,
Que me falou de Allende e me apresentou Galeano.*

AGRADECIMENTOS

- ↪ A Deus, por me ensinar o valor do outro.
- ↪ Ao Prof. Dr. Miguel Ângelo Montagner, pela confiança no meu trabalho.
- ↪ Aos professores Cláudio Fortes Garcia Lorenzo e Dais Gonçalves Rocha, pelas indispensáveis contribuições no Exame de Qualificação.
- ↪ Aos professores Helena Eri Shimizu, Maria Fátima de Sousa, Natan Monsores de Sá, Paulo Antonio de Carvalho Fortes e Pedro Sadi Monteiro, pela generosidade com que aceitaram compor a banca examinadora de defesa desta tese.
- ↪ Aos meus pais, Pedro e Ediene, por acreditarem na beleza dos meus sonhos.
- ↪ Às minhas irmãs, Luciana e Estela, pelas flores que deixaram no meu caminho.
- ↪ Ao Paulo, por conseguir tornar concreto o que aprendo com Lévinas.
- ↪ À Maria, pela amizade desinteressada e pelo exemplo de integridade.
- ↪ Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília, pelo aprendizado.
- ↪ Aos participantes da pesquisa, pelo tempo que dispensaram para a minha formação.
- ↪ Aos estudantes da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, pelos sorrisos que colocaram no meu rosto ao longo dos anos de doutorado.
- ↪ Aos que resistiram às ditaduras militares na América Latina, por nos deixarem o legado da responsabilidade. Suas histórias foram inspiração para diversos trechos desta tese.

*Sólo le pido a Dios
que lo injusto no me sea indiferente,
que no me abofeteen la otra mejilla
después que una garra me arañe esta suerte.*

*Sólo le pido a Dios
que la guerra no me sea indiferente,
es un monstruo grande y pisa fuerte
toda la pobre inocencia de la gente.*

*(León Gieco,
em Solo Le Pido a Dios)*

RESUMO

A epidemiologia dá sustentação às práticas coletivas em saúde. Por isso, vários dos seus recursos podem ser utilizados para identificar as necessidades coletivas em saúde. Os inquéritos populacionais são um deles. A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SBBrasil 2010) foi o quarto inquérito de abrangência nacional realizado nessa área, cujas equipes de campo foram compostas por profissionais do próprio Sistema Único de Saúde (SUS). Esta pesquisa teve como objetivo geral analisar como a dimensão da ética se expressa no SBBrasil 2010, a partir da percepção de gestores desse inquérito populacional epidemiológico. Realizou-se estudo descritivo, qualitativo, na modalidade estudo de caso. 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. As ideias centrais (IC) referentes às dificuldades de cunho ético inerentes a um inquérito como o SBBrasil 2010 abordaram: autorização dos gestores locais para participação dos profissionais, diferenças político-partidárias, desagregação de dados para o município, perfil dos ocupantes de cargos de gestão, valor atribuído aos inquéritos pelos trabalhadores do SUS e violência. No tocante às situações vivenciadas no SBBrasil 2010 que, na concepção dos entrevistados, envolveram aspectos éticos, foram identificadas IC sobre: fabricação de dados, não adesão ao protocolo de campo, treinamento e calibração, benefícios da pesquisa, devolução de documentos, seleção de profissionais, vulnerabilidade social, recusa de municípios e consulta pública. 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. Quanto às contribuições, as IC revelaram que os inquéritos devem gerar ação, conhecimento e memória, estimular políticas públicas equânimes, promover

integração academia-serviços e qualificar a prática profissional. De cinco IC, três indicaram desacordo com a crítica de que há necessidade de adequação das resoluções éticas nacionais às pesquisas de base populacional. As IC restantes abordaram duas necessidades: de maior flexibilidade na obtenção do consentimento e de consideração às especificidades do SBBrasil 2010, visto que a realização de inquéritos é atribuição do SUS. Os depoimentos dos entrevistados revelam que em um inquérito, a ética não está presente somente na aprovação do projeto pelo Sistema CEP/CONEP (Comitê de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa), mas em todo o trajeto de elaboração e execução. Da decisão pela realização até a publicação dos dados, todas as etapas têm, indubitavelmente, uma dimensão que é ética. O SBBrasil 2010 agrega três características que a tornam ainda mais evidente: é nacional, de base domiciliar e feito pelo SUS.

Palavras-chave: Inquéritos de Saúde Bucal, ética; Gestor de Saúde; Coleta de Dados, ética; Saúde Bucal.

ABSTRACT

Epidemiology provides support for collective health practices. Therefore, many of its resources can be used to identify collective health needs. The population survey is one such resource. The National Oral Health Survey (SBBrasil 2010) was the fourth nation-wide survey conducted in this sphere, with field teams of professionals from the National Health System (NHS). The general aim of this research was to analyze the ethics dimension of the SBBrasil 2010 using the perceptions of the managers of this epidemiological survey as a basis. It is a descriptive, qualitative study, in the case-study mode. Key informants (n=14) were individually interviewed in the Federal District and 11 States using a semi-structured questionnaire. The participants in this study, responsible for planning and implementing the SBBrasil 2010, were members of the Management Group or the Technical Advisory Committee of the Ministry of Health. There were also two coordinators, one State and the other municipal. The results are expressed as collective subject discourse. Additional information about the contents of the interviews needed to clarify terms and understand certain facts and contexts was obtained from the participants. The central ideas (CIs) in relation to difficulties of an ethical nature inherent to an investigation, such as the SBBrasil 2010, dealt with authorization from local managers for the participation of the professionals, party political differences, disaggregating data for the municipality, profiles of management personnel, value attributed to the inquiry by NHS workers, and violence. With regard to the situations experienced in the SBBrasil 2010 which, according to the respondents, involved ethical issues, there were CIs involving the fabrication of data, non-adherence to the field protocol, training and calibration, research benefits, return of documents, selection of professionals, social vulnerability, refusal of municipalities and public consultation. On examining the SBBrasil 2010 data it was found that in one capital the caries average for 12-year-olds was well above the expected for that place. A breakdown of the database led to the detection of solid evidence of registration errors on the part of two examiners, which would indicate failure at the training and calibration phases, or fabrication of data, or both. In terms of contribution, the CIs showed that the investigations should generate action, knowledge and memory, stimulate equitable public policies, promote academia-service integration and qualify professional practice. Of the five CIs, three indicated disagreement with the criticism that there is need to adjust national ethical

codes to population-based surveys. The remaining CIs addressed two needs: greater flexibility in obtaining consent and consideration for the specificities of the SBBrazil 2010 seeing that conducting investigations is an attribute of the NHS. The respondents' statements show that, in an investigation, ethics is not just present in the approval of the project by the REC/NCRE System (Research Ethics Committee/National Committee for Research Ethics), but also throughout the entire course of preparation and execution. Every step from the decision to undertake the survey to the publication of the data has undoubtedly an ethical dimension. The SBBrazil 2010 features three characteristics which make it even more obvious: it is a national, household-based survey and is undertaken by the NHS.

Keywords: Dental Health Surveys, ethics; Health Manager; Data Collection, ethics; Oral Health.

LISTA DE FIGURAS

Número e Título da Figura	Página
1. Fluxograma operacional do SBBrasil 2010.	57
2. Representação da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo.	63
3. Composição do DSC referente à Ideia Central A da pergunta 2 segundo entrevistado.	69
4. Composição do DSC referente à Ideia Central B da pergunta 2 segundo entrevistado.	70
5. Composição do DSC referente à Ideia Central C da pergunta 2 segundo entrevistado.	71
6. Composição do DSC referente à Ideia Central D da pergunta 2 segundo entrevistado.	72
7. Composição do DSC referente à Ideia Central E da pergunta 2 segundo entrevistado.	73
8. Composição do DSC referente à Ideia Central F da pergunta 2 segundo entrevistado.	74
9. Composição do DSC referente à Ideia Central A da pergunta 3 segundo entrevistado.	77
10. Composição do DSC referente à Ideia Central B da pergunta 3 segundo entrevistado.	79
11. Composição do DSC referente à Ideia Central C da pergunta 3 segundo entrevistado.	80
12. Composição do DSC referente à Ideia Central D da pergunta 3 segundo entrevistado.	81
13. Composição do DSC referente à Ideia Central E da pergunta 3 segundo entrevistado.	82
14. Composição do DSC referente à Ideia Central F da pergunta 3 segundo entrevistado.	83
15. Composição do DSC referente à Ideia Central G da pergunta 3 segundo entrevistado.	84
16. Composição do DSC referente à Ideia Central H da pergunta 3 segundo entrevistado.	85
17. Composição do DSC referente à Ideia Central I da pergunta 3 segundo entrevistado.	86
18. Composição do DSC referente à Ideia Central J da pergunta 3 segundo entrevistado.	87
19. Composição do DSC referente à Ideia Central L da pergunta 3 segundo entrevistado.	87
20. Composição do DSC referente à Ideia Central A da pergunta 4 segundo entrevistado.	89
21. Composição do DSC referente à Ideia Central B da pergunta 4 segundo entrevistado.	90
22. Composição do DSC referente à Ideia Central C da pergunta 4 segundo entrevistado.	91
23. Composição do DSC referente à Ideia Central D da pergunta 4 segundo entrevistado.	92
24. Composição do DSC referente à Ideia Central E da pergunta 4 segundo entrevistado.	93

25.	Composição do DSC referente à Ideia Central F da pergunta 4 segundo entrevistado.	94
26.	Composição do DSC referente à Ideia Central A da pergunta 5 segundo entrevistado.	96
27.	Composição do DSC referente à Ideia Central B da pergunta 5 segundo entrevistado.	97
28.	Composição do DSC referente à Ideia Central C da pergunta 5 segundo entrevistado.	98
29.	Composição do DSC referente à Ideia Central D da pergunta 5 segundo entrevistado.	99
30.	Composição do DSC referente à Ideia Central E da pergunta 5 segundo entrevistado.	101

LISTA DE QUADROS

Número e Título do Quadro	Página
1. Síntese das ideias centrais relativas à segunda pergunta: “Considerando a sua experiência no SBBrasil 2010, que dificuldades você destacaria em um inquérito populacional dessa magnitude?”.	68
2. Síntese das ideias centrais relativas à questão: “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?”.	74
3. Síntese das ideias centrais relativas à questão: “Além de possibilitar a geração de uma importante base de dados, que outras contribuições um inquérito como o SBBrasil 2010, financiado com recursos públicos, deveria prestar para a população?”.	88
4. Síntese das ideias centrais relativas à questão: “Agora eu vou dizer uma frase e gostaria de saber se você concorda ou discorda e por que: Tendo em vista que as resoluções normativas do Conselho Nacional de Saúde têm como foco principal os estudos experimentais, ou seja, as pesquisas clínicas e laboratoriais, é preciso elaborar normas e regras éticas que atendam as particularidades das pesquisas de base populacional como os inquéritos”.	94

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CD	Cirurgião-dentista
CDC	Centro de Controle e Prevenção de Doenças
CECOL	Centro Colaborador do Ministério da Saúde em Vigilância da Saúde Bucal
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CTA-VSB	Comitê Técnico Assessor
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CIOMS	Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas
CPOD	Dentes permanentes cariados, perdidos e restaurados
CSTE	<i>Council of State and Territorial Epidemiologists</i>
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GG	Grupo Gestor
IAD	Instrumento de Análise de Discurso
INS	Inquérito Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
PDA	<i>Personal Digital Assistant</i>
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
RS	Representação social
SBBrazil 2010	Pesquisa Nacional de Saúde Bucal
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
VE	Vigilância epidemiológica
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1	INQUÉRITOS POPULACIONAIS EM SAÚDE NO BRASIL	23
2.2	A QUESTÃO DO OUTRO	25
2.3	INTENÇÃO E RESPONSABILIDADE	29
2.4	ESTUDOS OBSERVACIONAIS E AS RESOLUÇÕES ÉTICAS NACIONAIS	34
2.5	DIRETRIZES ÉTICAS PARA A PESQUISA (OU PRÁTICA?) EPIDEMIOLÓGICA	39
2.6	A ÉTICA NAS FUNÇÕES DA EPIDEMIOLOGIA	43
2.7	EPIDEMIOLOGIA SOCIAL E SBBRASIL 2010	46
2.8	TRAJETÓRIA DOS INQUÉRITOS NACIONAIS EM SAÚDE BUCAL ..	49
2.9	O PROJETO SBBRASIL 2010	52
3	OBJETIVOS	58
3.1	OBJETIVO GERAL	58
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	58
4	MÉTODO	59
4.1	CARACTERIZAÇÃO DO TIPO DE PESQUISA	59
4.2	TÉCNICA DE PESQUISA E IDENTIFICAÇÃO DOS ATORES	59
4.3	A REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS	61
4.4	ANÁLISE DOS DADOS	62
4.5	TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	64
4.6	CONSENTIMENTO PARA A PESQUISA	66
5	RESULTADOS	67
5.1	SEGUNDA PERGUNTA	68
5.2	TERCEIRA PERGUNTA	74
5.3	QUARTA PERGUNTA	88
5.4	QUINTA PERGUNTA	94
6	DISCUSSÃO	102
6.1	POR QUE É ÉTICO FAZER INQUÉRITOS POPULACIONAIS?	102
6.2	POR QUE A CALIBRAÇÃO <i>IN VIVO</i> É ÉTICA?	103
6.3	POR QUE A CALIBRAÇÃO NÃO É SUFICIENTE PARA ASSEGURAR A VALIDADE DOS RESULTADOS?	107
6.4	AUTONOMIA: A UM SÓ TEMPO NECESSÁRIA E INSUFICIENTE	109
6.5	BASTA FALAR?	113
6.6	POR QUE OS GESTORES DO SUS DEVERIAM PARTICIPAR DE INQUÉRITOS COMO SBBRASIL 2010?	115
6.7	QUANDO ENCAMINHAR EM UM INQUÉRITO?	117
6.8	A VIOLÊNCIA E OS INQUÉRITOS DE SAÚDE	118
6.9	POR QUE É ÉTICO FAZER CONSULTA PÚBLICA E DISPONIBILIZAR O BANCO DE DADOS?	120
6.10	O QUE ESPERAR DE UM INQUÉRITO?	123
6.11	O SBBRASIL 2010 É PRÁTICA OU PESQUISA? É PRECISO TER O TCLE?	125
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	130
	REFERÊNCIAS	134
	APÊNDICES	153

PRÓLOGO

Ainda que se possa considerar dispensável a inserção de prólogos em documentos dessa natureza, optei por fazê-lo. Admito, no entanto, que a compreensão de um texto acadêmico prescinde de menções a características de quem o escreve. Não quero, com isso, advogar que há objetividade absoluta em ciência. Não padeço de tal ingenuidade. Entendo, contudo, que haja leitores que se ressentem deste “pôr-se à vista” de autores. É em respeito a tais leitores que me dispus a este *introitus*.

Um axioma da epidemiologia, identificado em qualquer texto básico da área, contém referência às perguntas elementares de suas abordagens descritiva (Quem? Quando? Onde?) e analítica (Por quê?). O leitor perceberá que esta tese se localiza na interface entre a ética e a epidemiologia. Por esse motivo, peço licença para, em poucas palavras, falar um pouco de mim: quem sou e o que me levou a escolher o objeto do qual me ocupo. Farei isto a partir dessas quatro indagações epidemiológicas básicas a que me referi.

Quem, quando e onde?

Sou uma professora universitária. Graduei-me em odontologia e, logo após obter o título, encontrei na Saúde Coletiva o campo de conhecimentos e práticas com o qual me identifiquei tendo em vista minhas preocupações e inquietações acadêmicas. Esta aproximação a este campo levou-me, em 2009, à Universidade Federal do Pará. No ano seguinte, deixei a beira do rio Guamá com essa primeira experiência como docente no ensino superior público. Ainda em 2010, tive dupla entrada na Universidade de Brasília: como doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Bioética e como docente do Curso de Saúde Coletiva da Faculdade de Ceilândia, no grupo de epidemiologia. Com o desenvolvimento das minhas atividades docentes e os estudos no doutorado, fui percebendo que era possível estabelecer diálogo entre essas duas áreas. Desde então, venho aprendendo bastante com os estudantes das disciplinas de Epidemiologia Descritiva, Epidemiologia Analítica, Introdução à Bioética e, mais recentemente, Bioética e Saúde Coletiva. Não há como não mencionar ainda, neste prólogo, as descobertas decorrentes do exercício da docência no campus da UnB Ceilândia que me

proporcionaram dar início a atividades de orientação de alunos, nas modalidades de iniciação científica e de trabalho de conclusão de curso.

Por quê?

A escolha do objeto desta tese decorreu, basicamente, dessa atuação concomitante nas referidas disciplinas de bioética e epidemiologia. Elegei o inquérito por ser o tipo de estudo epidemiológico mais amplamente difundido e publicado na área. A definição da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010 (SBBrasil 2010) se deveu, primeiramente, ao fato de ser graduada em odontologia e, também, por ser à época o mais recente inquérito populacional de saúde realizado no País. Gostaria, a propósito e sem qualquer traço de corporativismo, e para isto peço a compreensão do leitor, reconhecer a admiração que tenho pelo pioneirismo dos cirurgiões-dentistas sanitaristas brasileiros. Basta dispensar alguns minutos analisando os avanços do Sistema Único de Saúde para constatar o envolvimento de inúmeros deles. Em suma, sei de suas inovações, nem sempre reconhecidas ou alardeadas, inclusive na epidemiologia. Além disso, vale reiterar, quando iniciei a investigação que deu origem a esta tese, o SBBrasil 2010 era o último inquérito de abrangência nacional realizado pelo Ministério da Saúde. E com um diferencial: o processo de planejamento e execução da pesquisa contou com a participação de profissionais do SUS de todo o Brasil.

Em decorrência das atividades proporcionadas no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Bioética, senti-me estimulada a refletir sobre aspectos do objeto que me instigaram a partir da realização das atividades de campo. Um desses aspectos diz respeito à responsabilidade ética. O desenvolvimento das análises levou-me ao esboço de um estudo cuja finalização resultou no primeiro produto desta tese, publicado em 2013 na Revista de Saúde Pública em um suplemento temático dedicado ao SBBrasil 2010 (Apêndice A).

Brasília, DF, maio de 2014.

1 INTRODUÇÃO

A despeito das inúmeras definições do termo epidemiologia nos livros-texto e manuais introdutórios, as alusões habituais a esse campo disciplinar convergem ao afirmar o seu caráter coletivo, haja vista que estuda o fenômeno saúde-doença-cuidado na sociedade (1). Para Castellanos (2), a principal responsabilidade dessa ciência é o estudo da situação de saúde dos diversos grupos populacionais e a sua relação com as condições de vida. Trata-se, portanto, de um campo de conhecimentos e práticas que não se restringe a aspectos biológicos e que, inclusive, excede o setor saúde (3). Para cumprir essa função, afirmam Rouquayrol et al. (4), a epidemiologia propõe “medidas específicas de prevenção, controle, ou erradicação de doenças, e [fornece] indicadores que [servem] de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde”.

De acordo com Narvai e Frazão (3), a informação gerada pela epidemiologia possui um “valor estratégico” e, por isso, atrai o interesse de “forças sociais” detentoras de algum poder. Nesse sentido, os autores acrescentam que é indiscutível “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’”. Dito de outra forma, o conhecimento epidemiológico não é algo banal na gestão em saúde. Desse modo, pode-se afirmar que a epidemiologia tem dupla vocação: científica e política, sendo que a última está relacionada com a melhoria da qualidade de vida e com a busca da equidade em saúde (5). O cumprimento das funções tanto científica quanto política da epidemiologia suscita uma série de indagações de cunho ético. Por esse motivo, Loureiro (6) ressalta que compete ao epidemiologista incorporar o debate da ética na sua práxis cotidiana.

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, devido, entre outras vantagens, ao seu alto poder descritivo (7). Segundo Santos e Victora (8), “a qualidade da atenção à saúde oferecida às populações é uma questão de natureza ética. Não é ético oferecer cuidados cujo impacto não tenha sido cientificamente comprovado, ou cuja qualidade seja inferior aos padrões recomendados”. Nesse sentido, informações

sobre condições de saúde são indispensáveis para avaliar e planejar intervenções de saúde pública. Há várias possibilidades de obtenção desses dados e, dependendo dos recursos disponíveis em cada sociedade, inquéritos populacionais são feitos com regularidade. Quando são realizados sistematicamente, tais estudos permitem comparações no tempo e no espaço, tornando-se componentes indispensáveis de qualquer estratégia de vigilância da saúde (9, 10). Waldman et al. (11) afirmam que os dados oriundos de certos inquéritos “colocam, para os pesquisadores, de maneira muito objetiva, questões éticas e políticas que demandam posicionamento claro”.

Nesse sentido, o mapeamento coletivo das principais doenças e agravos bucais se dá, prioritariamente, pelos inquéritos populacionais (12). 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 (13). 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 – como ficou conhecida a pesquisa intitulada *Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003* (13). 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. A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (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 (14). Os exames realizados pelo SBBrasil 2010 seguiram padronização recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Embora a Lei Federal 8.080/90 (15) determine a “utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática”, a produção de conhecimentos em epidemiologia não integra a rotina dos profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim como o inquérito congênere que o precedeu, o SBBrasil 2010 se caracterizou como um estudo multicêntrico que teve a participação dos vários 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 (14). A decisão não foi pela contratação de institutos de pesquisa, mas pela execução do trabalho de campo por profissionais dos serviços públicos de saúde, constituindo-se em um inquérito feito dentro e para o SUS. Embora muitos dos que atuaram no SBBrasil 2010 não fossem especializados na realização desse tipo de pesquisa, optou-se por criar possibilidades de desmonopolização do saber e do fazer epidemiológico, tendo em vista que, segundo Narvai et al. (16), “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”. Em linhas gerais, esse é o contexto histórico no interior do qual se localiza o objeto da presente investigação.

Pretendeu-se, com esta tese, contribuir para a ampliação do conhecimento sobre aspectos éticos relevantes na execução de inquéritos de saúde, ou seja, sobre a dimensão da ética nesses estudos epidemiológicos. Cabe esclarecer que esta não é uma investigação que se baseia exclusivamente no referencial da ética em pesquisa. Ao contrário, partiu-se do pressuposto de que a realização de um inquérito de base populacional, como o SBBrasil 2010, induz à reflexão de uma gama de questões éticas que extrapolam os aspectos mais comumente associados com a prática de pesquisas envolvendo seres humanos. Além disso, constitui obrigação metodológica essencial explicitar a compreensão que, neste estudo, está sendo adotada para a palavra “dimensão”. Em sua obra *A dimensão da ética em saúde pública*, que deu origem ao título desta investigação, Garrafa (17) esclarece que na linguagem das ciências exatas essa palavra “dá a ideia de tamanho, em extensão ou em área”. Entretanto, acrescenta o autor, a ética não é passível de quantificação, logo, qualquer tentativa de mensurá-la “seria um equívoco”; pois a dimensão da ética é, essencialmente, qualitativa.

A opção operacional de conduzir projetos como o SBBrasil 2010 no interior do SUS, e não fora dele, impõe desafios que oportunizam uma leitura sob o ponto de vista da ética. Por exemplo, 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 (18). Contudo, além desses aspectos técnicos, é preciso também que os dados sejam obtidos por pesquisadores com elevado senso de responsabilidade profissional e compromisso ético. Além

disso, no caso específico do SBBrasil 2010, as atribuições das coordenações estaduais e municipais, que serão detalhadas adiante, implicavam articulações de vários tipos. Isto impunha dar concretude a princípios de gestão, como a cooperação intergovernamental e a solidariedade, abrindo a possibilidade de questionamentos de toda ordem. Estas são algumas das questões de que se ocupa a presente investigação científica. Nesse contexto, este estudo teve como objetivo geral analisar como a dimensão da ética se expressa na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SBBrasil 2010), a partir da percepção de gestores desse inquérito populacional epidemiológico.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 INQUÉRITOS POPULACIONAIS EM SAÚDE NO BRASIL

Dados provenientes dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), como o Sistema de Informações sobre Mortalidade e o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, são primordiais no processo de tomada de decisão em saúde nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal). Apesar disso, esses sistemas não atendem integralmente as necessidades da gestão do SUS (9). Para Malta et al. (9), isso faz com que os inquéritos populacionais sejam vistos, cada vez mais, como constituintes essenciais do sistema nacional de informações em saúde. Esse tipo de pesquisa é realizado periodicamente nos países desenvolvidos desde a década de 1960 e, mais recentemente, naqueles considerados em desenvolvimento de acordo com recomendações de organismos internacionais, como a OMS (9, 19).

Observa-se no Brasil uma crescente valorização dos inquéritos de base populacional. Atualmente existe uma combinação deles, que se diferenciam, dentre outros aspectos, em relação à temática, forma de obtenção dos dados e periodicidade (19). Eles são responsáveis pela geração de um conjunto substancial de informações em saúde que, conforme sublinhado, não é produzido a partir dos sistemas de registro contínuo. Para Campos (20), a importância da realização dessas pesquisas reside na constatação de que os dados disponíveis nos SIS representam “[...] apenas o numerador de uma fração cujo denominador está representado pela ocorrência de problemas de saúde na população como um todo”. Desse modo, tais estudos permitem identificar segmentos sociais com dificuldade de acesso ao SUS e que, portanto, não têm as suas necessidades em saúde registradas via SIS (9).

Alguns dos inquéritos nacionais são executados sob responsabilidade institucional da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (MS). O sistema VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) é um exemplo. Trata-se de um inquérito telefônico realizado anualmente, desde 2006, em todas as capitais e no Distrito Federal (21). Inquéritos dessa natureza são mais rápidos e de baixo custo e, no Brasil, foram viabilizados mediante a evolução na densidade total de linhas telefônicas fixas (22). Além do VIGITEL, é possível citar dois outros inquéritos executados pelo MS: o VIVA

(Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes), que desde 2006 identifica o perfil de acidentes e violências em emergências hospitalares selecionadas; e a PeNSE (Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar), realizada em 2009 juntamente com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) com o objetivo de investigar fatores de risco e proteção à saúde dos adolescentes (9).

O IBGE é o maior responsável pela execução de inquéritos domiciliares no País (9). A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), por exemplo, fornece informações anuais sobre educação, trabalho, rendimento e habitação. Os Suplementos Saúde da PNAD, produzidos pela primeira vez em 1981 e desde 1998 a cada quinquênio, são fontes relevantes de dados a respeito do acesso, financiamento e utilização de serviços de saúde (23).

Não obstante essas iniciativas, os inquéritos nacionais não possuem periodicidade definida. São realizados de forma ainda localizada e pontual. 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” (24). A esse Comitê, composto por três secretarias e uma entidade do MS (a Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ), coube, entre outras funções, “contatar o [IBGE] para realizar em conjunto com o Ministério da Saúde a execução da pesquisa do INS” (24).

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), como passou a ser denominado o INS, foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) em julho de 2013 e lançada oficialmente no mês subsequente na cidade do Rio de Janeiro (25). Na ocasião, o início da coleta dos dados foi amplamente divulgado pela mídia impressa e televisiva. Essa pesquisa está prevista para acontecer a cada cinco anos e, de acordo com Szwarcwald e Viacava (26), “dará continuidade ao Suplemento Saúde da PNAD”. A PNS compreende a aplicação de três questionários, a aferição de medidas (peso, altura, circunferência da cintura e pressão arterial) e, em 25% dos setores censitários, a coleta de sangue e urina para realização de exames laboratoriais (25). De acordo com o Comitê Gestor, os participantes têm a confidencialidade das suas informações garantida tanto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) como pela Lei nº 5.534, de 14/11/1968, a qual estabelece a obrigatoriedade de toda pessoa “prestar as informações solicitadas pela Fundação IBGE” e garante o caráter sigiloso delas (25, 27).

2.2 A QUESTÃO DO OUTRO

Correia (28) salienta que “a Bioética pela sua abrangência, pela sua interdisciplinaridade e metodologia do diálogo, é, por excelência, a disciplina da *alteridade*”. Vários autores abordaram, com variações e particularidades, a questão do outro ao longo da história da filosofia, mas Lévinas pensou a alteridade de um modo bastante original. Ruiz (29) assinala que “o outro nunca esteve totalmente ausente do pensamento ocidental, contudo as múltiplas abordagens da alteridade humana [sempre a consideraram] como uma categoria filosófica secundária, residual ou no máximo complementar [...]”. A alteridade não é, portanto, uma categoria estranha aos grandes nomes dos diferentes períodos filosóficos. Apenas para exemplificar, pode-se citar Aristóteles e Kant.

A justiça aristotélica é uma virtude que, ao contrário das demais, requer a presença do outro, pois justo é quem faz o bem para o outro e não somente para si próprio (29). Apesar desse reconhecimento, Ruiz (29) afirma que o outro ocupa um lugar periférico no conjunto da obra de Aristóteles, pois “a prática da virtude tem como referência o sujeito que pretende tornar-se virtuoso e não outro”.

De igual modo, é possível identificar, num primeiro momento, traços de alteridade no imperativo categórico de Kant (30) que diz: “age de tal maneira que tomes a humanidade, tanto em tua pessoa, quanto na pessoa de qualquer outro, sempre ao mesmo tempo como fim, nunca meramente como meio”. Cragnolini (31) registra que, ao contrário do que possa parecer à primeira vista, a ideia de alteridade nessa formulação kantiana está reduzida a uma “outridade” bastante abstrata. A esse respeito, Ruiz (29) afirma que há muito as máximas de Kant têm sido objeto de críticas que as classificam como intangíveis, genéricas e, portanto, pouco práticas na abordagem ética do agir humano cotidiano tanto individual quanto coletivo. Para esse autor, é certo que a ética kantiana agregou elementos de alteridade, mas o seu fundamento “se encontra no sujeito transcendental (racional) e não no outro” (29).

Desse modo, tanto na ética aristotélica quanto na kantiana, o outro é subordinado ao eu (29). Trata-se de um artefato considerado, por vezes, indispensável, mas que serve unicamente para completar a significação do eu. Em contrapartida, a alteridade é o substrato de toda a produção de Lévinas. Ele demonstra as deficiências da linguagem ontológica das filosofias clássicas do sujeito

e elabora uma noção de subjetividade baseada na ética (32). Ruiz (29) explica que, ao buscar superar o solipsismo do sujeito clássico, Lévinas estabelece que:

[...] a subjetividade se constitui a partir do outro. O sujeito é sempre um sujeito histórico que constitui o modo de sua subjetividade na relação com o outro. O outro é a condição de possibilidade da existência da subjetividade pois, sem a presença do outro, a subjetividade perderia as condições necessárias para ser. 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.

O eu existe historicamente por meio da interação com o outro (33). Um sujeito é, portanto, produto histórico do conjunto de relações que ele estabelece com os outros durante a sua existência (34). Não há, portanto, unicidade na racionalidade humana, pois existem singularidades na trajetória dos sujeitos. Falando em termos levinasianos, Krohling (35) enfatiza que “o eu existe historicamente e nenhuma subjetividade está desgrudada do húmus histórico, como se fosse possível um eu transcendental universal”.

As últimas décadas do século XX foram particularmente marcadas por uma necessidade premente de abordar a temática da alteridade (31). Numa época repleta de preocupações relacionadas com a diversidade humana, foi preciso recompor a pluralidade desfeita com a ontologização (32). Para Lévinas, a ontologia reduziu a alteridade a uma categoria universal, ou seja, a uma totalidade. Ruiz (34) esclarece que isso leva à negação da singularidade de cada sujeito, pois acaba produzindo “a falsa ilusão de conhecer o outro sob categorias universais ou conceitos gerais”. Lévinas enxergou na ética uma possibilidade de superar a ontologia que, segundo ele, anulava a alteridade (32, 36).

Na concepção levinasiana, o outro contribui para a constituição da subjetividade do eu sem, no entanto, diluí-lo numa totalidade (33). Para Gomes Neto (37), a obra de referência de Lévinas, *Totalidade e Infinito*, foi redigida com o intuito de desconstruir a *totalidade* ontológica, na qual “o indivíduo não é reconhecido como particular, único, mas torna-se uma multidão sem rosto, sem identidade, sem particularidade”. Para Lévinas (33), a totalidade desconhece a singularidade e, com isso, “os indivíduos reduzem-se [...] a portadores de formas que os comandam sem eles saberem”. Com isso, alerta Carrara (32), os indivíduos deixam de ter discernimento moral e, conseqüentemente, “se retiram as condições para que eles assumam a responsabilidade por seus próprios atos”.

As reflexões de Lévinas não se encaixam numa ética do tipo normativa (32). Assim, não existe a pretensão de estabelecer preceitos oficiais, princípios gerais ou axiomas morais de como agir com correção. Cabe, a propósito, a seguinte consideração de Ruiz (34): na filosofia de Lévinas, “não está dito nem mandado por ninguém qual o código de normas a cumprir [...]. O sujeito deverá decidir em cada situação”. Apenas para citar um exemplo na área da saúde, Clancy e Svensson (38) entrevistaram enfermeiras do serviço público de saúde norueguês e concluíram que a filosofia levinasiana não dá explicações acabadas, mas apresenta um arcabouço capaz de ajudar o profissional de saúde que se vê diante do outro com o desafio de dar resposta, contribuindo, por conseguinte, para que a dimensão ética do trabalho cotidiano permaneça constantemente em evidência.

Ainda nesse sentido, Bauman (39) destaca o impacto positivo que a ética levinasiana teve sobre o seu pensamento e reconhece – mas sem lamentar – que Lévinas não desenvolve uma solução crível e robusta ao desafio de como criar um “mundo moral”. Tal sociólogo diz: “Quanto mais considero convincente a visão [levinasiana] de moralidade, mais tomo consciência do poder dos obstáculos acumulados sobre o caminho que leva a uma ‘sociedade moral’ [...]”. Ruiz (34) acredita que uma sociedade fundamentada na alteridade implica, primeiramente, “pensar que o outro não é alguém que limita a liberdade, como reza o liberalismo, mas que minha liberdade se expande a partir da liberdade do outro”. Para ele, isso promoveria modificações substanciais nas instituições e relações sociais.

Verifica-se que, não raro, a perspectiva levinasiana da filosofia é questionada a respeito do seu poder argumentativo. Acredita-se que, assim como os imperativos categóricos kantianos, ela comporta certa abstração e, por isso, carece de praticidade para auxiliar na reflexão de dilemas ou problemas éticos que emergem no dia a dia. Ruiz (29) discorda dessa afirmação e assegura que Lévinas estava ciente dessa possibilidade. Para ele, a alteridade levinasiana em nada se parece com “uma mera abstração metafísica”, pois ela não existe por si só – a relação com o outro é a sua condição necessária. Esta é a questão central, pois o outro não é uma abstração ou uma categoria de pensamento. Ao contrário, ele possui um rosto. O conceito de rosto é um elemento-chave para a compreensão da filosofia levinasiana (32). Gomes Neto (37) chega a afirmar que essa palavra é o que dá significado à ética de Lévinas. Afinal, a única possibilidade de vivenciar a alteridade é pelo rosto do outro (29).

De acordo com Lévinas (33), rosto é “o modo como o Outro se apresenta, ultrapassando a *ideia do Outro em mim* [...]”. Ruiz (29) esclarece que o rosto levinasiano não significa fisionomia, ou seja, “não é a superfície do que visualizam os olhos nem a exterioridade física do outro”. Tal ideia fica patente quando Lévinas (33) diz: “o rosto de Outrem destrói em cada instante e ultrapassa a imagem plástica que ele me deixa”. O rosto levinasiano é a manifestação do outro, cuja subjetividade é sempre original e incomparável. O outro não pode ser, portanto, reduzido a um dado estatístico ou a uma unidade do todo (29). Ele não é um agregado de elementos que pode ser analisado dentro de uma coerência lógica (37). O outro é, na verdade, incognoscível. Dito de outra forma, o conhecimento que se tem dele é sempre parcial (29). Segundo Gomes Neto (37), “o rosto recusa-se a ser coisa, a ser conteúdo, nunca será apreendido, porque a relação de Outrem comigo não leva a nenhum número nem a conceitos teóricos”. Por conseguinte, o eu comete um ato de violência cada vez que tenta enquadrar o outro numa categoria (29).

Na filosofia levinasiana, a alteridade é vista como requisito fundamental na construção da subjetividade (34). Não se trata de opção, mas de imposição na medida em que, conforme referido por Ruiz (34), “a abertura para a alteridade é condição de possibilidade do ser do sujeito, sem ela, nós não seríamos humanos”. Então, ciente do seu inacabamento, o eu tem Desejo do Outro. Necessidade e desejo não são palavras sinônimas nos escritos levinasianos. A diferença é que a primeira pode ser satisfeita, mas a segunda nunca. Para Lévinas (33), “o Outro metafisicamente desejado não é *outro* como o pão que como, como o país em que habito, como a paisagem que contemplo [...]. O desejo metafísico tende para uma *coisa inteiramente diversa, para o absolutamente outro*”. Por isso, o desejo da alteridade em nada se parece com os da sociedade de mercado (29). É nesse sentido que as ponderações de Lévinas em torno da alteridade impõem questões profundas à modernidade (40).

Em uma discussão mais no campo da bioética, Schramm (41) explica que a raiz latina da palavra “vida” (*vita*) agrega dois termos semanticamente diferentes do idioma grego: 1) *zoé* – vida orgânica que, em tese, é comum a todos os seres vivos; e, 2) *bíos* – vida tipicamente humana, a qual compreende uma dimensão simbólica, moral e política. Desse modo, a distinção entre *zoé* e *bíos* permite considerar os seres humanos tanto como “membros da espécie biológica *homo sapiens* quanto como cidadãos que transcendem sua condição de seres ‘zoológicos’”, tornando-se

“responsáveis por seus atos ou *práxis*”. A esse respeito, Krohling (35) alerta que a “alteridade tem muito mais relação com o *Bíos*, no sentido da relação entre humanos, mas com a desumanização e descarte do outro, entra-se no mundo da *Zóe*, o que equivaleria ao estado animalesco ou à desumanização”. Segundo Ruiz (34):

Vivemos uma cultura do eu que cultua o individualismo como uma essência natural. Nossa sociedade naturalizou o interesse próprio e o tornou uma categoria política que regula as relações sociais sob a forma de competição com o outro (mercado capitalista) [...]. O individualismo retirou o senso de responsabilidade ética pelo outro e o transferiu para instâncias abstratas (ontologizadas), o Estado.

Dialogando com Hannah Arendt, Assy (42) afirma que “a sobrevalorização da experiência interior vem até os dias atuais paulatinamente ocupando a esfera pública e inflacionando o espaço intersubjetivo com interesses privados, idiosincrasias individuais e satisfações pessoais”. O sentido dessa afirmação torna-se ainda mais contundente no Brasil; país cuja sociedade é essencialmente autoritária e, por vezes, desprovida de alteridade na perspectiva levinasiana (43). Tal fato pode ser considerado um grande obstáculo ao desenvolvimento de ações coletivas cujos benefícios individuais são essencialmente indiretos, como o SBBrasil 2010.

2.3 INTENÇÃO E RESPONSABILIDADE

No Dicionário Latino-americano de Bioética, Estévez (44) 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. É, portanto, a intenção que caracteriza uma determinada ação como humana, pois lhe revela a racionalidade, derivada do pressuposto de que expressa a representação do que foi fixado como seu objetivo, antes de agir. O trabalho humano, como um agir técnico ou como uma ação moral (*práxis*), supõe essa representação da sua finalidade. É a intencionalidade, portanto, que faz com que uma determinada ação possa ser atribuída a certo agente. É a partir dessa atribuição que emerge a questão da *responsabilidade*. Para Kuiava (45), “uma pessoa é responsável quando inclui nos

motivos de sua ação, a previsão dos possíveis efeitos do seu próprio agir”. Pereira (46) ressalta que existe:

[...] muita diferença entre ventania derrubando árvores, ou um fogo ardendo numa mata, e a ação do homem derrubando estas 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, *por mais estúpida que seja*. A ação do homem é duplamente transformadora. Transforma a natureza e, ao transformá-la, transforma a si mesmo [...].

Estévez (44) acrescenta que a ação humana possui duas dimensões: interna e externa. A primeira está associada como o próprio agente; e a segunda alia a transformação de uma situação objetiva com a vontade do agente. É aqui que o problema começa a se manifestar. Essa dimensão objetiva não é estanque, visto que a ação de uma pessoa repercute na de terceiros. É nesse contexto, então, que surge o imperativo de dar resposta, de ser responsável pelos próprios atos e suas consequências.

Pode-se abordar o tema da *responsabilidade* a partir de diferentes perspectivas. Uma delas é a da responsabilidade legal: penal, civil e administrativa (47). 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” (48). 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 estudo, preconiza o protagonismo do interesse público em detrimento do individual nas atividades dos servidores.

Uma segunda maneira de se aproximar da questão da responsabilidade é pelo arcabouço teórico da Deontologia, palavra cuja etimologia remete ao estudo dos deveres. Para Oliva (49), os adeptos dessa tradição, que tem Kant como expoente, defendem que “as normas devem ser seguidas não por serem úteis ou vantajosas para quem age ou para a coletividade em geral, e sim porque todo indivíduo assume soberanamente o dever de adotá-las [...] ao ter consciência de que é um ente moral”. Heler (50) explica que o dever exerce uma coação capaz de produzir uma decisão e, por consequência, ação. Para os deontologistas, diz Oliva (49), “o ‘tu deves’ que brota da consciência seria um imperativo categórico, um inescapável compromisso com regras que se impõem por si mesmas,

independentemente dos fins que permitam alcançar”. O consequencialismo (em particular, o utilitarismo) é a tradição oposta (50).

Por fim, é possível pensar a responsabilidade com base num ponto que, segundo Garrafa (51), passa indistintamente pelo conjunto de assuntos abordados pela bioética: a ética da responsabilidade. Weber (52), 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 irreduzivelmente 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 os resultados produzidos pelos seus atos. Isso não equivale a afirmar que a ética da convicção é desprovida de responsabilidade e vice-versa. Entretanto, a postura dos partidários de uma é absolutamente diferente dos da outra. Weber cria essa separação ao abordar “o problema do *ethos* da política” e elege a ética da responsabilidade como a mais apropriada para a tomada de decisão no âmbito político.

Weber utiliza citações bíblicas ao discutir a ética da convicção, mas Marcondes (53) esclarece que ela “não é necessariamente religiosa”. Caracteriza-se, primordialmente, pela adesão a valores de uma crença e pelo reconhecimento da intenção em detrimento do resultado. Está fundamentada, portanto, em convicções que antecedem à ação (54). Weber (52) a ilustra da seguinte forma: “Quando as consequências de um ato praticado por pura convicção se revelam desagradáveis, o partidário de tal ética não atribuirá responsabilidade ao agente, mas ao mundo, à tolice dos homens ou à vontade de Deus”. Em contrapartida, a ética da responsabilidade dá valor às consequências. Para Weber (52), “o partidário da ética da responsabilidade [...] entenderá que não pode lançar a ombros alheios as consequências previsíveis de sua própria ação”.

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 (55). O porvir é a questão central de que se ocupa a responsabilidade joniana. Frogneaux (56) explica que depois de Jonas “ser responsável não se limita mais à sua dimensão civil (reparar os danos causados ao

outro) ou penal (sofrer uma pena pelas regras infringidas). Jonas define a responsabilidade como o dever de conformar os atos a uma humanidade futura [...]”.

As estratégias de produção e consumo foram, por muito tempo, baseadas na ideia da infinitude dos recursos naturais e ilimitada capacidade de absorção dos dejetos. Nesse contexto, diz Jonas (55), enxergava-se o “mundo” como um “enclave renovável na totalidade imperecível”. O ser humano, autocentrado, mantinha-se indiferente à alteridade e ao futuro. Schio (57) explica que, possivelmente, isso “não representasse algo ‘mau’, pois as consequências de tais atitudes não portavam as mesmas possibilidades de tornar o futuro impróprio para os seres vivos”. Para Zancanaro (58), “as normas estavam circunscritas no limite do fazer e do agir enquanto uma ética de proximidade”, pois o amanhã não estava em pauta.

Jonas (55) assinala que essa “ética do ‘próximo’” não perdeu a sua validade para a intermediação das relações cotidianas entre os indivíduos, ou seja, “para a esfera mais próxima”. Entretanto, com os avanços científicos e tecnológicos, acrescenta o filósofo, “ator, ação e efeito não são mais os mesmos da esfera próxima. Isso impõe à ética, pela enormidade de suas forças, uma nova dimensão, nunca antes sonhada, de responsabilidade”. De acordo com Jonas, tanto o agir individual quanto o coletivo deveriam ser regulados pela ética. Para Carvalho (59), a reflexão joniana buscou advertir que o poder conquistado com o progresso científico deve ser “modulado eticamente”, uma vez que ele porta “a possibilidade do mal extremo”. Desse modo, Jonas (55) questiona a estrutura antropocêntrica da ética dos pensadores tradicionais e registra que “capacidades de ação de um novo tipo” demandam, de igual modo, “uma ética de novo tipo”, mais biocêntrica.

Jonas (55), em sua polêmica discussão sobre a “heurística do medo”, afirma que “o reconhecimento do *malum* é infinitamente mais fácil do que o do *bonum*; é mais imediato, mais urgente, bem menos exposto a diferenças de opinião [...]”. Para Oliveira (60), “medo” não é a melhor tradução da palavra original, escrita em alemão, e defende a sua substituição por “temor”. O autor argumenta que o substantivo “medo” tem uma conotação negativa na língua portuguesa e que o sentido proposto por Jonas estava mais relacionado com “zelo” e “escrúpulo” do que com pavor e susto. De qualquer modo, Jonas estava interessado na função pedagógica do medo, pois, para ele, “o que deve ser temido ainda não foi experimentado”. Na concepção de Oliveira (60), “trata-se de uma opção ética pelo mau prognóstico, de um antídoto contra a esperança sem sentido que pode afetar a ação humana no mundo”. Assim,

a prudência, diz Jonas (55), “virtude opcional em outras circunstâncias, torna-se o cerne do nosso agir moral”.

Jonas reconhece dois traços na obra de Kant: a sua importância e a sua insuficiência (55, 60). Ele é incisivo ao afirmar que toda ética tradicional aborda o “relacionamento direto de homem com homem” ou “de cada homem consigo mesmo”, mas não com a natureza (55). Entretanto, o progresso científico e tecnológico alcançado modificou tanto tipo quanto a magnitude do agir humano, o qual passou a exceder as fronteiras do que Jonas chamou de “cidade dos homens”. Segundo Godoy (61), isso acabou determinando o limite da influência das “éticas da tradição filosófica”. Frente a essas fragilidades da herança kantiana, Jonas (55) propõe um novo imperativo categórico: “Aja de modo a que os efeitos da tua ação sejam compatíveis com a permanência de uma autêntica vida humana sobre a Terra”.

Garrafa (51) aborda a ética da responsabilidade em três rubricas: 1) ética da responsabilidade individual; 2) ética da responsabilidade pública; 3) ética da responsabilidade planetária, que corresponde à reflexão joniana. Embora um componente não prescindia do outro, os dois primeiros serão abordados, nesta investigação, com maior ênfase. Para esse autor, 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.

Ao analisar a definição acima, percebe-se que ela está fundamentada em uma palavra: alteridade. Por outro lado, de acordo com Garrafa (51), a ética da responsabilidade pública “diz respeito ao papel e aos deveres dos Estados democráticos frente não somente a temas universais, mas também à cidadania e aos direitos humanos, bem como ao cumprimento das cartas constitucionais de cada nação [...]”. Segundo Kuiava (45), “sob o ponto de vista da gestão pública, a responsabilidade pode ser entendida como capacidade que o gestor público tem de sentir-se comprometido a responder ou cumprir uma tarefa que é sua sem qualquer pressão externa à sua consciência ética”. É pertinente registrar a relevância das

definições de Garrafa (51) para o trabalho cotidiano de profissionais e gestores do SUS e, por conseguinte, para esta pesquisa.

2.4 ESTUDOS OBSERVACIONAIS E AS RESOLUÇÕES ÉTICAS NACIONAIS

Nos desenhos de estudos epidemiológicos, o pesquisador pode assumir uma posição passiva ou ativa em relação ao objeto investigado (62). Com base nisso, são classificados, respectivamente, em não experimentais (ou observacionais) e experimentais (ou de intervenção). Nos primeiros, o pesquisador tira proveito de uma situação natural, ou seja, não planejada e observa os efeitos da exposição ao fator de interesse (63). Ele não determina, portanto, os indivíduos que serão expostos ou não a uma dada condição. De acordo com Pereira (64), o pesquisador “apenas observa os diferentes fatores a que as pessoas estão submetidas durante suas vidas e os descreve, ou, no máximo, tenta verificar se eles estão associados ao aparecimento de doenças”. Em contrapartida, nos estudos experimentais o investigador intervém nos processos em estudo de maneira sistemática e controlada, isto é, ele próprio produz as circunstâncias necessárias para a sua análise (64). Cabe mencionar que os inquéritos de saúde são um tipo de estudo observacional.

Os estudos experimentais são, sem dúvida, o desenho que apresenta maior quantidade de implicações éticas, pois de modo intencional o pesquisador promove algum tipo de modificação no estado de saúde das pessoas que compõem a amostra (65). A proteção de populações em situação de vulnerabilidade social é reconhecidamente um de seus aspectos mais críticos, especialmente em pesquisas financiadas por patrocinadores ou conduzidas por pesquisadores externos em países ditos periféricos (66). Em contrapartida, Bloch e Coutinho (63) chegam a afirmar que os estudos observacionais “não apresentam problemas de natureza ética para investigar fatores de risco”. Mais comedido, Pereira (64) reconhece que esses estudos estão relacionados “a um risco reduzido ou mesmo inexistente para os voluntários participantes de pesquisa”.

A esse respeito, cabe referência ao caso mais paradigmático de pesquisa antiética do século XX e que, inclusive, influenciou a gênese da Bioética: o chamado Estudo *Tuskegee*; o qual envolveu a observação de afro-americanos diagnosticados com sífilis durante quarenta anos no estado do Alabama, nos Estados Unidos, com o

intuito de estudar a história natural da doença, apesar de, na época, se conhecer o valor terapêutico da penicilina (67). Os estudos observacionais não são, portanto, isentos de riscos. Para exemplificar, pode-se pensar em dois problemas que são do interesse da epidemiologia: mortalidade infantil e violência. O ato de entrevistar pais sobre as circunstâncias que envolveram o óbito do filho menor de um ano ou, da mesma forma, mulheres em situação de violência doméstica pode ter efeitos psicológicos negativos nos participantes da pesquisa (68).

Ademais, é possível mencionar os estudos observacionais que envolvem coleta de material biológico, como os próprios inquéritos (68). Até mesmo a aplicação de um questionário tem o potencial de gerar desconforto, como o tempo despendido em seu preenchimento. Além de preocupações dessa natureza, a proteção da confidencialidade é a questão que demanda maior atenção nesses estudos, embora existam vários recursos passíveis de serem adotados com o intuito de minimizar essa dificuldade – como é o caso do bloqueio de registros ou da restrição de acesso aos dados confidenciais a um seleto número de membros da equipe de pesquisa (69, 70). Por outro lado, é preciso ter cautela, pois em nome da privacidade e confidencialidade, alguns órgãos governamentais responsáveis pela manutenção de bancos de dados têm estabelecido normas autoritárias que, na prática, representam a privatização de dados públicos (69). Face o exposto, Barata (5) defende o aperfeiçoamento metodológico dos estudos observacionais com o intuito de que “a produção de novos conhecimentos epidemiológicos possa prescindir de desenhos experimentais em que os riscos de infração à dignidade humana estão mais presentes”.

Um fator de crucial relevância para regulamentação da ética em pesquisa no Brasil foi a aprovação, em 10 de outubro de 1996, da Resolução 196. A partir daí, iniciou-se um período intensivo de estruturação dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) e da CONEP, que são instâncias institucionais vinculadas ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) com funções primordiais no acompanhamento de pesquisas envolvendo seres humanos (71). Barata (5) reconhece a importância do sistema CEP/CONEP, mas argumenta que algumas particularidades da pesquisa epidemiológica não são contempladas nos atos normativos do CNS. Para exemplificar, cita a exigência do consentimento informado nos inquéritos domiciliares, medida que considera exagerada visto que “é evidente que em sua própria casa, o indivíduo só concederá uma entrevista se estiver de acordo com a

sua realização” (5). Com base nessa ideia, acrescenta que não é possível comparar esse tipo de pesquisa com as investigações realizadas no âmbito do serviço de saúde, nas quais o participante pode temer algum prejuízo ao seu cuidado.

A esse respeito, Waldman et al. (11) afirmam que a imposição do TCLE assinado pelo entrevistado aumenta as recusas e as perdas nos inquéritos populacionais, fato que contribui para a geração de vieses e, por consequência, compromete a confiabilidade dos dados obtidos. Para eles, a baixa escolaridade do brasileiro é um entrave haja vista que a pouca habilidade de leitura e escrita faz com que as pessoas hesitem em assinar documentos. Os autores recordam que o consentimento verbal era considerado suficiente antes da Resolução nº 196/96 e citam os inquéritos realizados atualmente via contato telefônico cujos protocolos de pesquisa recebem aprovação em CEP, como o VIGITEL. Nele, o TCLE é substituído pelo consentimento verbal obtido no momento do contato telefônico, sendo o projeto aprovado pelo “Comitê Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos do Ministério da Saúde” (21).

Corroborando com essa concepção, Pereira (64) afirma que é preciso refletir a respeito da indispensabilidade do TCLE “para situações banais”. Recorda que o IBGE e os institutos de pesquisas de opinião utilizam apenas a “aquiescência verbal” e que a necessidade de assinatura do TCLE em duas vias “pode assustar e fazer diminuir a cooperação das pessoas”. Acrescenta, ainda, que apenas “para reter uma das vias, como se exige do investigador de um simples estudo de prevalência na área da saúde [como os inquéritos], o IBGE teria que dispor de um local com capacidade para armazenar milhões de termos assinados por adultos”. O autor salienta a urgência de flexibilizar e de explicitar as situações passíveis de dispensa da assinatura do Termo de Consentimento.

A eticidade do uso *a posteriori* de material biológico é outra questão que gera polêmica entre epidemiologistas, uma vez que essas amostras contribuem sobremaneira para a elucidação de aspectos relacionados, por exemplo, com as doenças crônicas não transmissíveis, cada vez mais frequentes (5). Habitualmente os inquéritos de saúde brasileiros não envolvem coleta de material biológico, mas o crescente interesse por essas doenças apontam para outra configuração (11). Conforme mencionado, a própria PNS prevê a coleta de sangue e urina.

A Resolução nº 196/96 autorizava o pesquisador a “utilizar o material biológico [obtido] na pesquisa exclusivamente para a finalidade prevista no seu

protocolo” (71). Ficava vedado, então, o uso de material estocado sem a anuência dos doadores. A esse respeito, Garrafa (72) comenta que “a guarda e o gerenciamento do material biológico não significam doação; o material é e sempre será propriedade do indivíduo [...]”. Em 2011, o CNS aprovou a Resolução nº 441, a qual estabelece que nos casos em que o protocolo de pesquisa prevê o uso futuro de material biológico humano estocado, o participante deverá se manifestar, via TCLE, quanto à necessidade ou dispensa de novo consentimento a cada pesquisa (73). Mediante o exposto, a Resolução nº 466/12 mantém a mesma frase da Resolução nº 196/96, mas acrescenta: “[...] ou conforme o consentimento dado pelo participante da pesquisa” (74).

Barata (69) argumenta que o principal problema é o fato de que, ao contrário de diretrizes éticas internacionais, o sistema CEP/CONEP foi elaborado tendo como referência os estudos experimentais, em especial os ensaios clínicos controlados e randomizados, mas a despeito disso, acaba generalizando as regras para todas as outras categorias de pesquisa. Como consequência, os estudos observacionais têm sido alvo de inúmeras restrições. A autora acha compreensível que o CNS tenha valorizado, de início, o tipo de estudo que acumula o maior potencial de causar danos aos participantes, mas acredita que urge estabelecer normatizações específicas para os diferentes desenhos de pesquisa. O que se quer dizer é o seguinte: o conjunto de normativas existentes aponta muito mais para problemas ou dilemas individuais do que coletivos, dificultando e, por vezes, inviabilizando a sua aplicação no campo da saúde pública e, por extensão, na epidemiologia (75).

Pereira (64) ratifica a crítica e acrescenta que “a história da ética em pesquisa envolvendo seres humanos tem sido a história da ética nos estudos experimentais”. Para ele, as normas e diretrizes éticas repercutem o valor atribuído aos estudos de intervenção apesar dos manuscritos submetidos a revistas científicas serem, em grande parte, oriundos de pesquisas observacionais. Alerta, ainda, que os desenhos de estudo não experimentais são frequentemente utilizados na tomada de decisão política na área da saúde e que, portanto, “especial atenção deve ser direcionada aos [seus] fundamentos éticos”. O autor considera que os delineamentos observacionais e experimentais não oferecem os mesmos riscos aos participantes e que, por isso, deve haver uma maior flexibilidade – que “não deve ser implícita, mas sim explicitamente assinalada” – na apreciação dos primeiros pelos CEP. Em relação aos inquéritos, Waldman et al. reivindicavam, já em 2008, a criação de

resoluções próprias para esse tipo de pesquisa (11). Para tanto, recomendavam maior aproximação da Comissão de Epidemiologia da então denominada Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (hoje Associação Brasileira de Saúde Coletiva) com a CONEP.

Todas as críticas e recomendações acima foram feitas no período de vigência da Resolução nº 196/96 cujas lacunas foram preenchidas por quase uma dúzia de resoluções complementares publicadas pelo CNS nos anos subsequentes à sua aprovação. Uma adequada compreensão da situação atual exige uma breve retrospectiva ao mês de agosto de 2011, quando o Plenário do CNS aprovou, em sua 224ª Reunião Ordinária, “a proposta de revisão da Resolução nº 196/96 e decidiu colocá-la em consulta pública ampliada por 60 dias” (76). Na ocasião, o Ministro da Saúde e Presidente do CNS destacou a “relevância da matéria” e recomendou “ampla divulgação” do processo – que ocorreu no período de setembro a novembro do referido ano (77). Um grupo de trabalho fez a consolidação e análise das 1.890 propostas enviadas (além de documentos), recomendando a realização de dois seminários temáticos e de um Encontro Nacional de Comitês de Ética em Pesquisa extraordinário (78).

A conselheira que apresentou a proposta de revisão da Resolução “esclareceu que o principal foco [...] foi dar maior destaque para a questão das ciências sociais e humanas” (76). Assim como a epidemiologia, a área de ciências humanas reivindica, há anos, o respeito às suas peculiaridades, destacando a necessidade de revisão crítica das resoluções éticas vigentes sobre pesquisa no Brasil (79). Na etapa de consulta pública solicitava-se, por exemplo, a “urgente separação da regulamentação da ética em pesquisa em ciências sociais e humanas da regulamentação da ética em pesquisa em ciências biomédicas”. Em relação aos estudos epidemiológicos não experimentais, requisitava-se tornar o seu processo de aprovação “menos burocrático e mais simples” (80). Em junho de 2013, a Resolução nº 466/12 foi publicada no Diário Oficial da União. Para os epidemiologistas, duas garantias: 1) que “as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o SUS serão contempladas em Resolução complementar específica”; 2) que “a tipificação e gradação do risco serão definidas em norma própria” (74).

2.5 DIRETRIZES ÉTICAS PARA A PESQUISA (OU PRÁTICA?) EPIDEMIOLÓGICA

No tradicional Dicionário de Epidemiologia, Last (81) define *ética* como “o ramo da filosofia que lida com a distinção entre o certo e o errado, com as consequências morais das ações humanas”. Para ele, o consentimento informado, a confidencialidade, o respeito pelos direitos humanos e a integridade científica são os principais problemas de natureza ética que emergem na prática epidemiológica. O autor finaliza o verbete com a seguinte afirmação: epidemiologistas, em conjunto com outros especialistas, desenvolveram diretrizes para a condução ética de estudos epidemiológicos (81). O dicionarista se refere ao documento intitulado *Diretrizes internacionais para revisão ética de estudos epidemiológicos* (International Ethical Guidelines for Epidemiological Studies), elaborado em 1991 pelo Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas (Council for International Organizations of Medical Sciences – CIOMS) (82). A importância desse documento para a ética na pesquisa epidemiológica é notória e, portanto, não poderia ser ignorado nesta investigação. Não se pretendeu, todavia, tratar esmiuçadamente cada diretriz, mas apenas pontuar algumas questões de interesse.

Em seu sítio eletrônico, o CIOMS é definido como uma organização internacional não governamental, sem fins lucrativos, instituída em 1949 com o apoio da OMS e da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). Na década de 1970, o CIOMS começou a se ocupar de questões relacionadas à ética em pesquisa e, em 1982, divulgou uma *Proposta de diretrizes éticas internacionais para a pesquisa biomédica em seres humanos* (83). Mas o advento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – habitualmente chamada no Brasil por seu acrônimo na língua inglesa, ou seja, AIDS – propiciou o surgimento de questões éticas para as quais esse documento não continha orientações específicas, relacionadas, principalmente, com a condução de estudos experimentais profiláticos ou terapêuticos (83, 84). Tal fato, juntamente com outros, como o progresso científico e tecnológico, impulsionou o processo de revisão e atualização da Proposta original. A tarefa resultou em dois conjuntos de diretrizes: 1) as *Diretrizes internacionais para revisão ética de estudos epidemiológicos*, em 1991; e, 2) as *Diretrizes éticas internacionais para a pesquisa biomédica em seres humanos*, em 1993 (83, 84), que foram aperfeiçoadas novamente em 2002.

Em 2003, o CIOMS iniciou o processo de revisão e atualização das *Diretrizes internacionais para revisão ética de estudos epidemiológicos*. Para tanto, constitui um grupo de trabalho composto por 12 membros que, durante anos, conduziu um intenso processo, interno e externo, de diálogos e negociações (68). A versão final, ainda em vigência, foi publicada apenas em 2009. A estrutura é a mesma adotada em outros textos de diretrizes do CIOMS. O documento inclui 24 diretrizes, todas seguidas de comentários, um capítulo de antecedentes e outro de introdução, além de duas breves notas intituladas “instrumentos e diretrizes internacionais” e “princípios éticos gerais” (68).

Além disso, as *Diretrizes internacionais para revisão ética de estudos epidemiológicos* são bastante similares às *Diretrizes éticas internacionais para a pesquisa biomédica em seres humanos* na redação do texto; o que gera crítica (85). Em muitos trechos, não há originalidade, apenas adaptações, constatação reconhecida e, em parte, justificada pelo grupo de trabalho como uma tentativa de facilitar a articulação entre esses dois documentos. O primeiro, no entanto, possui três diretrizes a mais que abordam: 1) declaração e revisão de potenciais conflitos de interesse; 2) uso da Internet em estudos epidemiológicos; e, 3) utilização de material biológico armazenado. Ao redigir o prefácio da edição brasileira das *Diretrizes éticas internacionais para a pesquisa biomédica em seres humanos*, Hossne (84) comenta que “em certos pontos, o ‘comentário’ introduz ou adiciona até mesmo ‘diretrizes’ não relacionadas ao corpo principal: há também considerações que podem induzir a interpretações dúbias e, até mesmo, contraditórias”. A mesma observação pode ser feita em relação às *Diretrizes internacionais para revisão ética de estudos epidemiológicos*.

Na parte introdutória das *Diretrizes*, desenvolve-se uma discussão, muito pertinente no âmbito da epidemiologia, acerca da diferença entre *pesquisa* e *prática*. Nessa ciência, a palavra “estudo” inclui tanto as aplicações rotineiras do método epidemiológico, por exemplo, nos casos de investigação de surtos e epidemias; como as pesquisas elaboradas com intuito de produzir novos conhecimentos científicos (68). Trata-se, portanto, de uma questão polêmica, uma vez que muitos estudos realizados no cotidiano dos serviços de saúde utilizam o instrumental epidemiológico, são tidos como “prática”, mas podem gerar conhecimento. De acordo com o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (Centers for Disease Control and Prevention – CDC), vigilância, resposta à emergência e avaliação são

as três ações do campo da Saúde Pública que mais geram dúvidas quanto à sua natureza de pesquisa ou de prática (86). Zoboli (87), ao abordar a ética na pesquisa epidemiológica, afirma que a primeira dificuldade “é delimitar quais estudos epidemiológicos que configurariam pesquisas e, conseqüentemente, demandariam a elaboração de protocolo e aprovação prévia de comitê de ética em pesquisa”. Cabe, então, ao epidemiologista julgar com cautela se a atividade realizada deve ser classificada como pesquisa ou como prática. É importante registrar, a propósito, que as *Diretrizes* adotam a expressão “estudos epidemiológicos” para designar pesquisa ao invés de prática (68).

A primeira diretriz discute a justificativa ética e a validade científica das pesquisas com seres humanos. Afirma-se que a pesquisa sem validade científica é eticamente inaceitável e que os pesquisadores e patrocinadores compartilham a obrigação de assegurar que os estudos propostos estejam em conformidade com os “princípios científicos aceitos” e com a “literatura científica pertinente” (68). A referida diretriz alerta, ainda, que o pesquisador deve ser qualificado, em termos de formação acadêmica e experiência prática, para exercer, competentemente, as suas funções. Para Tauil (88), a presença de vieses metodológicos no protocolo de pesquisa compromete a eticidade do estudo, pois impossibilita alcançar os objetivos propostos e os benefícios esperados. Entretanto, diz o autor, há situações “em que mesmo um delineamento cientificamente correto pode colocar os sujeitos em risco”.

A diretriz subsequente estabelece que as propostas de estudos epidemiológicos com seres humanos devem ser submetidas a comitês de avaliação científica e de avaliação ética para análise de mérito científico e de aceitabilidade ética, respectivamente (68). Segundo as *Diretrizes*, muitos comitês de avaliação ética examinam os aspectos ético e científico, mas quando não o fazem devem conferir se um “corpo de especialistas” atestou a validade científica do estudo. O documento estabelece, ainda, que para avaliação dos aspectos éticos ou científicos das pesquisas epidemiológicas, os comitês devem ser multidisciplinares, incluindo epidemiologistas e outros especialistas no delineamento e análise de estudos de base populacional (68).

Para Barata (69), os comitês cometem erros quando não estabelecem fronteira entre *metodologia de pesquisa* e *ética em pesquisa*, pois acabam extrapolando as suas atribuições ao julgar tanto os aspectos éticos quanto o mérito científico do projeto. A autora defende que a avaliação do mérito deve preceder a

avaliação da eticidade, sendo que a primeira deve ser realizada por pesquisadores com reconhecida trajetória na área. É uma discussão controversa, pois o limite entre os dois campos é sutil, principalmente pelo fato de que é na etapa do delineamento metodológico que germinam a maioria dos desafios éticos. Desse modo, não há consenso se os comitês de ética devem assumir a prerrogativa de avaliar a adequação metodológica dos projetos submetidos à sua apreciação. A esse respeito, Tauil (88) acredita que “cabe aos comitês de ética opinar a respeito da adequação da metodologia proposta nos projetos submetidos à análise, e para isso seus membros devem estar minimamente instruídos sobre metodologia científica”. Para Guilhem e Tauil (89), não se trata de colocar em dúvida o método de estudo adotado pelo pesquisador e, sim, de avaliar “a eticidade de determinada abordagem metodológica”.

Desse modo, preconiza-se que os integrantes desses comitês possuam conhecimentos elementares acerca de métodos estatísticos aplicados à epidemiologia (88). Destaca-se, por exemplo, noções sobre amostragem. Segundo Pereira (64), “tamanho de amostra excessivo não só significa envolvimento desnecessário de indivíduos no estudo, os quais podem estar submetidos a riscos, como também acarreta custos adicionais”. Por outro lado, acrescenta Tauil (88), “o tamanho amostral também precisa ter um número mínimo de participantes a fim de evitar conclusões equivocadas, particularmente aquelas que podem ser atribuídas ao acaso”. As *Diretrizes* determinam, também, que membros de comitê com interesse, “especial ou particular”, no protocolo de pesquisa não devem participar de sua avaliação (68). Nesse sentido, Barata (69) faz um alerta em relação ao uso ilegal dos comitês de ética para negociar autoria em pesquisa em troca da aprovação do projeto.

As *Diretrizes* elencam, ainda, as categorias de investigação epidemiológica que são passíveis de dispensa do consentimento livre e esclarecido. Cabe registro especial ao trecho da segunda diretriz que afirma que “estudo de saúde pública”, não submetido a comitê de ética, deve receber comprovação de órgão gestor competente dispensando-o de revisão ética (68).

2.6 A ÉTICA NAS FUNÇÕES DA EPIDEMIOLOGIA

O conhecimento epidemiológico é frequentemente utilizado no âmbito dos serviços de saúde para a tomada de decisão. Para Barata (5), ao menos quatro questões inerentes ao SUS e, por extensão, ao campo de atuação da epidemiologia suscitam reflexões de natureza ética: 1) alocação dos recursos; 2) acesso aos serviços; 3) incorporação de tecnologia; e, 4) avaliação do impacto das intervenções. Conforme mencionado, a Lei Federal 8.080/90 reconhece a relevância do uso da epidemiologia na definição de prioridades e, por consequência, na alocação de recursos (15). A decisão, no entanto, não é exclusivamente técnica, mas de um modo ou de outro é, também, ética, visto que a tarefa de elencar pessoas ou grupos sociais a serem atendidos, ante a escassez de recursos, implica atribuir valor às necessidades em saúde de terceiros (5). A esse respeito, Loureiro (6) salienta que “o posicionamento do epidemiologista em relação à alocação de recursos, deve-se basear em questões éticas essenciais, que fortalecem os argumentos de ordem técnica e econômica”.

Em relação à incorporação tecnológica, a epidemiologia é utilizada, por exemplo, na obtenção da relação de custo-efetividade. O conhecimento epidemiológico ajuda a responder, dentre outros aspectos, se o recurso que está sendo testado reduz a morbimortalidade por determinada doença (5). Ao “articular” epidemiologia, tecnociência e bioética, Schramm (90) destaca que a epidemiologia exerce papel nuclear na resposta a uma questão que denomina de “ético-política”, qual seja, “se o desenvolvimento tecnológico constitui fator relevante na busca da equidade em saúde e, portanto, um indício de aumento da qualidade de vida”.

A própria natureza do objeto epidemiológico o vincula mais à equidade do que à autonomia. Ao ser confrontado com ambos os princípios éticos, afirma Schramm (90), o epidemiologista opta pela “equidade (entre pessoas)” em detrimento da “autonomia (da pessoa)”, privilegiando o coletivo que é o “alvo do seu enfoque disciplinar”. Mediante o exposto, o autor registra a importância de aliar esses dois princípios, à primeira vista, “incompatíveis”, mas que se revelam fundamentais na compreensão “dos efeitos epidemiológicos esperados no desenvolvimento da competência tecnocientífica contemporânea” (90). Cabe assinalar, ainda, a importância do instrumental epidemiológico na avaliação do impacto das medidas de saúde na população. Eticamente, é injustificável o investimento de recursos em

intervenções cujo grau de contribuição para a mudança das condições de saúde da população é, reconhecidamente, mínimo (5).

Vigilância Epidemiológica (VE) é compreendida, na Lei Orgânica da Saúde, como “um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva [...]” (15). Trata-se de uma área que, caracteristicamente, dá origem a diversos conflitos éticos. Não raro, as ações de VE limitam liberdades e direitos individuais em nome da coletividade, como no caso da notificação compulsória (91) – considerada condição precípua para o cumprimento das funções de VE das doenças transmissíveis. A notificação é definida pelo Ministério da Saúde (92) como “a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde, feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes”.

A AIDS consta na Lista de Notificação Compulsória, a qual relaciona doenças ou agravos considerados de maior relevância sanitária para o País (92). Debert-Ribeiro (93) afirma que o advento dessa doença impulsionou a necessidade de se “(re)pensar a ética em termos [...] epidemiológicos”, uma vez que, à princípio, os casos estavam restritos a “minorias bastante particulares ou até mesmo marginais no processo social” do início da década de 1980, como os homossexuais masculinos e os usuários de drogas injetáveis (94). A privacidade das pessoas vivendo com HIV/AIDS é um assunto colocado, frequentemente, em debate.

O evento sentinela, expressão amplamente utilizada na VE, corresponde à identificação de casos de doença evitável, incapacidade ou óbito imprevisto cuja frequência atua como parâmetro para regular a qualidade das medidas preventivas ou terapêuticas (95). Serve, portanto, como alerta precoce do aparecimento de problemas que exigem investigação e intervenção, contribuindo para o monitoramento de serviços e sistemas de saúde. Schramm e Schramm (96) relacionam o evento sentinela com o conceito de evitabilidade, o qual “traz ao campo da saúde a redução dos danos e riscos [como] um desafio ético (mais precisamente **bioético**) e não meramente como objetivo dos diferentes programas de saúde, como tem sido colocado até então”.

Ruffino Neto (97) salienta que as pesquisas epidemiológicas são, por vezes, muito descritivas e pouco explicativas. Nesse caso, o epidemiologista não assume uma função de agente de mudança. Ao contrário, coopera para a reprodução da

ordem vigente. Para Schramm (90), em nome de uma objetividade científica, o epidemiologista, por vezes, se limita a registrar ocorrências relevantes para suas análises disciplinares e, em tese, não está interessado em “valores, prioridades e escolhas”. Mediante o exposto, Ruffino Neto (97) lembra que os epidemiologistas possuem um compromisso histórico com a qualidade de vida, a qual é considerada excelente quando oferece “um mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades”.

Para Saracci (98), o epidemiologista que enxerga a população somente como um recurso para produzir ciência e que se abstém de qualquer envolvimento, direto ou indireto, com as ações e serviços públicos de saúde, considera a população apenas como um meio e, por consequência, se distancia da mais célebre máxima kantiana. Ao proceder assim, diz o autor, o epidemiologista perpetua o estereótipo – ingênuo, mas não inocente – de que o único imperativo moral que cabe a ele, como pesquisador, é o da verdade científica. Entretanto, a opção pelo não envolvimento em processos de tomada de decisão política configura, na verdade, uma falácia, pois a suposta posição de neutralidade está invariavelmente mesclada com preferências políticas e morais veladas (98). Ao citar John Rawls, Saracci (98) acrescenta que existem dois objetivos basilares no trabalho científico de epidemiologistas institucionalmente engajados no campo da saúde pública: verdade e justiça.

Não raro defende-se que na epidemiologia os valores éticos, políticos e sociais são irrelevantes na coleta e na interpretação de dados e contribuem, apenas, para a formação de vieses (99). Nesse sentido, Outram (100) defende que o método epidemiológico não é um fim em si mesmo, mas é meio para um fim. Para ele, a epidemiologia e a bioética têm um objetivo em comum: ambas destinam-se a proteger o coletivo de danos e, ao fazê-lo, melhoram a saúde e promovem o bem-estar. O referido autor alerta que, sem a manutenção da consciência dessa responsabilidade pública, essas disciplinas tendem a se ocupar, cada vez mais, de questões irrelevantes, enquanto problemas que afetam grande número de pessoas permanecem ignorados (100).

2.7 EPIDEMIOLOGIA SOCIAL E SBBRASIL 2010

Os conceitos de epidemiologia e vulnerabilidade são definidos conjuntamente no Dicionário Latino-americano de Bioética. De acordo com Ortiz (101), autora do verbete, a epidemiologia social se preocupa, principalmente, com o modo como “a sociedade e as diferentes formas de organização social influenciam na saúde e no bem-estar dos indivíduos e das populações”. Para ela, essa epidemiologia com enfoque social é mais apropriada para explorar a complexidade que está contida no conceito de vulnerabilidade, uma vez que associa métodos quantitativos e qualitativos (101).

Não raro, questiona-se a redundância da expressão *epidemiologia social*, uma vez que a epidemiologia é, por definição, uma ciência do coletivo. Por isso, alguns autores optam por chamá-la de *epidemiologia crítica*. A esse respeito, Barata (102) é enfática ao afirmar que “nem toda epidemiologia é social”. Para ela, tanto essa quanto as outras vertentes da epidemiologia se ocupam, de um modo ou de outro, dos “aspectos sociais” como objeto de investigação, mas a diferença está situada no âmbito da teoria, ou seja, na forma como se dá a explicação do processo saúde-doença. De igual modo, Melo Filho (103) reconhece o valor dessas reflexões de natureza semântica, mas defende o emprego da denominação *epidemiologia social*, uma vez que “essa expressão foi consagrada durante a expansão do próprio movimento, além de destacar o ‘social’ como sendo o seu núcleo”.

Barata (102) explica que a relação entre a Epidemiologia e as Ciências Sociais não é nova, mas começou no século XIX e durou até o início do século XX. Para a autora, o advento da teoria do germe desencadeou um conjunto de transformações na compreensão do conceito de causa que acabou contribuindo para “o enfraquecimento dos vínculos teóricos e metodológicos entre essas disciplinas” (102). A referida teoria fomentou a emergência de distintos modelos de multicausalidade que, segundo Barata et al. (104), começaram a introduzir a ideia de que “a organização da sociedade e a cultura” são fatores que interferem na produção das doenças, “sem que constituam necessariamente determinantes do processo”. No entanto, o cenário político e social delineado a partir da década de 1960 representou um grande impulso, particularmente na América Latina, à revalorização da determinação social do processo saúde-doença.

Melo Filho (103) lembra que nos anos 1970, quando vários países latino-americanos estavam imersos em ditaduras militares, surgiram “movimentos de caráter científico-político” com o intuito de “romper com o sanitarismo colonialista”, os quais, no Brasil, constituíram o cerne do Movimento Sanitário. Desse modo, Barata et al. (104) afirmam que muitas concepções, teóricas e práticas, da epidemiologia foram construídas para “subsidiar a construção histórica do campo da saúde coletiva”. Em obra publicada em 1989, Almeida Filho registra que “nos países do Terceiro Mundo, a incorporação do conhecimento epidemiológico vem-se fazendo de modo cada vez mais acelerado” e politizado (105). O autor cita México, Equador e Brasil como locais que assumiram a vanguarda na “busca de uma Epidemiologia de acordo com os princípios teóricos da Medicina Social e mais adequada à realidade desses países” (105). Breilh (106), renomado pesquisador da área, acredita que “uma ‘epidemiologia crítica’ pode ser um instrumento básico de recuperação ‘ética’ e de construção de uma nova ‘postura’ política; dois aspectos seriamente menosprezados em meio a um processo neoliberal cínico e regressivo”.

Segundo Ortiz (101), não é difícil identificar a relação entre epidemiologia e vulnerabilidade. Para a autora, “o conceito de vulnerabilidade ajuda a identificar os membros de uma população que têm mais probabilidade de sofrer, direta ou indiretamente, uma situação de risco”. Apenas para exemplificar, Tauil e Lima (107) ressaltam dois aspectos do padrão de mortalidade da população brasileira que requerem ponderações de natureza ética. O primeiro se refere aos óbitos nas faixas etárias mais jovens, como os que ocorrem ao longo do primeiro ano de vida. A mortalidade infantil é, reconhecidamente, um dos indicadores de saúde mais reveladores das condições de vida de um lugar (108). Segundo Tauil e Lima (107), os “óbitos infantis” no período neonatal (de 0 a 27 dias de vida) são os únicos “aceitáveis eticamente, pois ainda não se pode evitá-los”; uma vez que se devem, primordialmente, a anomalias congênitas ou a doenças de origem genética. O segundo aspecto citado pelos autores são as mortes consideradas evitáveis pelo uso das tecnologias em saúde disponíveis em uma determinada área e período. Para eles, a mortalidade materna é uma medida “que permite reflexões de ordem ética quanto a mortes por causas evitáveis”, as quais “não podem atingir valores expressivos numa sociedade sem que haja um questionamento da qualidade da atenção prestada à população [...]” (107).

Ortiz (101) afirma que “a relação entre pobreza e situação de saúde é indiscutível. A pobreza contribui para a vulnerabilidade”. Na epidemiologia clássica, a pobreza é definida e medida segundo critérios econômicos e estáticos. Em contrapartida, a epidemiologia social compreende a pobreza como um processo dinâmico e mutável, que não necessariamente se ajusta aos indicadores tradicionais (101). Apesar dessas concepções mais gerais, é preciso lembrar que não há unanimidade no campo da epidemiologia social, pois as diversas escolas elegem, por exemplo, conceitos chaves diferentes (102). Dentre as teorias da epidemiologia social, pode-se destacar a “ecossocial”, a “do capital social” e a “da produção social da doença”. Cabe esclarecer que não é propósito desta investigação empreender análises mais aprofundadas de cada uma delas. Barata (102) ressalta que tais divergências têm profundas implicações na “disponibilidade de dados e de métodos analíticos apropriados”.

Ao abordarem o histórico da produção acadêmica da epidemiologia social no Brasil, Barata et al. (104) salientam que na década de 1980 houve um nítido esforço de operacionalizar o conceito de classe social, ou seja, de torná-lo um instrumento apropriado para conhecer o nexos entre a realidade social e a situação de saúde da população brasileira. Nessa época, afirmam os autores, foram elaborados “diferentes esquemas para aplicação” desse conceito em inquéritos populacionais. A esse respeito, destaca-se o artigo de Barros e Carvalheiro (109) que, de modo pioneiro, preconiza o inquérito domiciliar como meio para “detectar e refletir sobre a relação da organização social com a questão da saúde”.

Conforme será detalhado adiante, as equipes de campo do SBBrasil 2010 foram formadas por profissionais do SUS. Ao longo da pesquisa, mais de 37 mil indivíduos foram entrevistados e examinados em seus domicílios (14). Com isso, Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) e Cirurgiões-dentistas (CD) deixaram a rotina dos serviços públicos odontológicos para participar de um espaço, para muitos, esporádico ou inexistente, de intercâmbio com as pessoas e condições pesquisadas. De um modo ou de outro, a população foi chamada, também, a fazer parte desse processo. Ao longo da coleta de dados, ASB e CD estiveram envolvidos em um processo de escuta das pessoas examinadas que é qualitativamente superior daquele que, pressupõe-se, ocorre no cotidiano do SUS tanto pelo cenário quanto pelo objetivo. Nas palavras de Barros e Carvalheiro (109), essa “relação mais próxima entre objeto investigado e pesquisadores, confere a essa forma de

investigação uma feição didática e põe à tona sua dimensão política”. Dessa maneira, o indivíduo é visto não apenas como um organismo biológico, mas também social. Com base nessa perspectiva, acredita-se que o SBBrasil 2010 está alinhado, ainda que com diversas limitações, com o que Breilh (106) chama de “forma humana, democrática e emancipadora de exercer a epidemiologia”.

2.8 TRAJETÓRIA DOS INQUÉRITOS NACIONAIS EM SAÚDE BUCAL

O primeiro levantamento epidemiológico de abrangência nacional realizado no Brasil na área de saúde bucal ocorreu em 1986, com o intuito de fornecer dados sobre cárie dental, doença periodontal, necessidade de prótese total e de demanda por serviços nos grupos etários estudados (6-12, 15-19, 35-44 e 50-59 anos de idade) na zona urbana de 16 capitais (110). Foi realizado num contexto de efervescência dos movimentos políticos contra a ditadura cívico-militar instaurada em 1964; e no mesmo ano da 8ª Conferência Nacional de Saúde que é considerada um marco simbólico na construção do SUS constitucional. Trata-se, sem dúvida, de algo pioneiro e que deve ter seu valor histórico reconhecido, mas segundo Roncalli (13) é preciso admitir que “essa primeira experiência em nível federal não se estabeleceu enquanto rotina e nem enquanto componente de uma estratégia mais global de uso da epidemiologia nos serviços”. Dentre outras informações, o documento final, divulgado em 1988 pela (então) Divisão Nacional de Saúde Bucal do MS, contém a descrição de dificuldades operacionais que surgiram ao longo dos quase dois anos de execução do estudo, tais como a resistência da população em receber os examinadores (110). Conforme esperado, não há menção aos aspectos éticos do inquérito, uma vez que as primeiras normas e diretrizes brasileiras que regulamentaram as pesquisas envolvendo seres humanos, consubstanciadas na Resolução nº 001, são de 1988 (111) – e foram revogadas em 1996, ano em que se deu o segundo levantamento.

O governo de Fernando Collor de Mello, de ideário neoliberal, é apontado como um período que promoveu a estagnação ou até mesmo retrocesso de importantes conquistas sociais, como do neonato SUS. Desse modo, somente após uma década, ou seja, em 1996, a produção de dados epidemiológicos na área de saúde bucal em nível federal foi retomada (13). Esse segundo levantamento gerou dados referentes apenas à cárie dentária em crianças na faixa etária de 6 a 12 anos

de escolas públicas e privadas das 27 capitais brasileiras. O estudo foi realizado pelo MS com apoio da Associação Brasileira de Odontologia, do Conselho Federal de Odontologia e das Secretarias Estaduais de Saúde; e recebeu inúmeras críticas em relação ao plano amostral e ao processo de calibração (112). Para Roncalli (13), “a experiência de 1996 é a nítida expressão do amadorismo com a qual foi conduzido o processo, bem como da força política e da inserção institucional do setor saúde bucal, ambas nitidamente frágeis durante boa parte da década de 1990”. Não houve divulgação do relatório final e o banco de dados, bem como a descrição do método estão disponíveis apenas no sítio eletrônico do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Novamente, não há informações referentes à avaliação da eticidade da pesquisa.

Em 1999 o MS começou a elaboração do projeto *SB2000 – Condições de Saúde Bucal da População Brasileira*, considerado o embrião do terceiro e maior levantamento epidemiológico em saúde bucal: o SBBrasil 2003. No mês de abril do referido ano, constituiu-se no âmbito ministerial um grupo de cinco pessoas para subsidiar a construção desse inquérito (113). Logo de início, estabeleceu-se que o projeto *SB2000* deveria resultar de um processo democrático de discussão. Para tanto, Roncalli et al. (113) explicam que o anteprojeto foi encaminhado às “secretarias estaduais de saúde, instituições de ensino superior e entidades odontológicas. [Além disso] foi criado um sítio eletrônico na rede mundial de computadores para livre acesso de informações e contribuições”. Esta estratégia originou 20 propostas, as quais foram cuidadosamente analisadas e consolidadas em um relatório que, de igual modo, foi publicizado. A versão final do Projeto resultou, ainda, de deliberações oriundas tanto de debates travados no interior de eventos técnico-científicos quanto do estudo piloto realizado em dois municípios, Diadema (SP) e Canela (RS) (112).

A superioridade do SBBrasil 2003 em relação aos inquéritos que o precederam se deve a uma série de avanços alcançados. É considerado, por diversas razões, um divisor de águas na epidemiologia em saúde bucal no Brasil. As diferenças começam pela abrangência, pois foi um estudo multicêntrico que envolveu municípios de pequeno, médio e grande porte, zonas urbanas e rurais, escolas e domicílios (113). Em relação à metodologia, as inovações foram de monta, com destaque para o delineamento amostral e para o processo de treinamento e calibração que são, sabidamente, pontos nevrálgicos na execução de inquéritos

dessa natureza. Os dados foram coletados por profissionais do próprio SUS com a finalidade de apoiar a assimilação dos conceitos e do ferramental da epidemiologia por recursos humanos vinculados ao sistema de saúde brasileiro (16). Pretendia-se com isso que o SBBrasil 2003 atuasse como catalisador de iniciativas estaduais e municipais da prática epidemiológica na gestão dos serviços. No que se refere aos aspectos éticos, consta no relatório final que o projeto foi aprovado pela CONEP (114).

Em 2004, o MS divulgou o relatório final com os principais achados do SBBrasil 2003. Afirma-se nesse documento que o desenho amostral utilizado “permitiu a produção de inferências para cada uma das macrorregiões brasileiras, por porte do município e para cada idade ou grupo etário” (114). Em 2009, Queiroz, Portela e Vasconcellos publicaram um artigo polêmico em que discordam dessa afirmação e questionam a validade dos dados desse inquérito (115). Tais autores utilizaram argumentos baseados no arcabouço teórico da estatística para demonstrar que o SBBrasil 2003 não gerou estimativas válidas para a população brasileira. Para eles, o processo de amostragem ficou inconcluso ao não fazer o cálculo dos pesos amostrais. Em decorrência dessa constatação, fazem um alerta aos potenciais usuários da base de dados gerada pela pesquisa e apresentam uma proposta de correção para o problema (115).

No ano seguinte, Narvai et al. (16) publicaram uma réplica no mesmo periódico em que contestam com veemência algumas das afirmações e, ao mesmo tempo, qualificam o debate em torno da validade em estudos epidemiológicos. Antes, porém, explicitaram a participação na elaboração e execução do SBBrasil 2003 ou na autoria de estudos oriundos dele. Nas palavras de Freire (116), os autores “registraram com ética e elegância seu potencial conflito de interesse”. Para eles (16), o artigo de Queiroz, Portela e Vasconcellos (115) “se auto-referencia no solo estatístico, somente”, é “epistemocêntrico” e “recusa outras formas cientificamente ‘válidas’ de representação da realidade”.

Narvai et al. (16) ressaltam que a noção de validade em estudos epidemiológicos “encerra questões não apenas científicas mas também filosóficas, relacionadas à Lógica, Ontologia e Epistemologia”; por isso a estatística não pode ser a única matéria-prima utilizada em reflexões dessa natureza. Segundo os autores, a crença de que a estatística é o único fundamento das estimativas obtidas em um inquérito de saúde induz a limitação do seu significado e simplifica o valor

que ele possui na produção de conhecimento de interesse para o planejamento em saúde. Afinal, o SBBrasil 2003 possui um solo comum com o SUS e, segundo Narvai et al. (16), “alguns de seus dados podem não ser precisos, mas são necessários. E úteis, pois têm valor inestimável”.

Pesquisadores, dentre eles alguns epidemiologistas, foram convidados pela revista científica do artigo de Narvai et al. (16) para contribuir com esse debate. Nesse sentido, Barata (117) incrementa o diálogo ao argumentar que é preciso diferenciar “a pesquisa epidemiológica voltada prioritariamente para o avanço do conhecimento e a pesquisa cujo principal objetivo é subsidiar intervenções de saúde pública”. A autora reconhece a importância do rigor estatístico, todavia, argumenta que a epidemiologia incorpora o saber científico, mas não se limita a ele; isto é, ela está situada – e somente por isso se justifica – na junção entre a ciência e a política. Reafirma, dessa forma, o valor da dimensão prática da epidemiologia e deixa claro que, na essência, esse tipo de discussão gira em torno da dicotomia entre o racionalismo e o empirismo.

O instrumental estatístico não é, portanto, infalível ou absoluto. Pelo contrário, ele pode ser adotado com maior ou menor exatidão a depender da finalidade e da singularidade da questão. Czeresnia (118) defende que “a estatística é um recurso poderoso, mas não é em si porta voz do rigor e da validade. [...] A melhor técnica é a mais bem adequada ao problema a ser investigado”. Desse modo, Barata (117) acrescenta que o “purismo teórico” é menos relevante do que o significado social dos dados obtidos. Em resposta ao artigo de Narvai et al. (16), Portela e Vasconcellos (119) afirmam que os problemas com o SBBrasil 2003 vão muito além da ausência do cálculo dos pesos amostrais e que a razão precípua da crítica realizada sempre foi “contribuir para o aprimoramento científico da área de saúde bucal no Brasil”, evitando, inclusive, a reprodução de fragilidades no quarto levantamento epidemiológico de âmbito nacional na área de saúde bucal: o SBBrasil 2010.

2.9 O PROJETO SBBRASIL 2010

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), lançada em março de 2004, apregoa o uso da epidemiologia como subsídio para o planejamento e sublinha 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” (120). Os inquéritos de saúde são uma ferramenta indispensável para a concretização desses pressupostos da PNSB (10). Nesse sentido, por meio da Portaria nº 939 de 21 de dezembro de 2006, o MS instituiu o Comitê Técnico Assessor para estruturação e implantação da estratégia de vigilância em saúde bucal dentro da PNSB (CTA-VSB) (121). Entre outras competências, coube ao CTA-VSB “acompanhar a situação epidemiológica na área de Saúde Bucal” (121). Em outubro de 2008 o Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, anunciou a realização de um levantamento epidemiológico em saúde bucal (122). Em abril de 2009 o CTA-VSB iniciou a elaboração do *Projeto SBBrasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal* que resultou no denominado Projeto SBBrasil 2010, uma iniciativa estratégica do componente de Vigilância à Saúde da PNSB (123).

A versão preliminar do projeto técnico foi submetida à consulta pública em junho do referido ano (entre os dias 10 e 29) e contou com a participação de vários setores (10). Tal processo de discussão gerou 131 contribuições provenientes de 45 municípios de 22 estados das cinco macrorregiões brasileiras, relacionadas, principalmente, com o Plano Amostral, sendo que 28% delas passaram a compor o projeto final (123). O *Projeto SBBrasil 2010* foi submetido à CONEP em julho de 2009 e aprovado no dia 7 de janeiro de 2010 (124).

Sem a pretensão de realizar qualquer análise de cunho metodológico do parecer da CONEP, o qual foi disponibilizado no sítio eletrônico do SBBrasil 2010, verifica-se que a aprovação do projeto ficou condicionada ao atendimento de cinco pendências, dentre as quais a solicitação de esclarecimento quanto aos “modos de assistência e acompanhamento garantidos aos sujeitos de pesquisa [...] identificados com problemas de saúde bucal” ao longo dos exames (124). O pedido estava alicerçado no trecho da Resolução nº 196, vigente até então, que estabelecia a necessidade de “assegurar aos sujeitos da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa” (71). Em resposta, acrescentou-se a seguinte passagem na versão final do TCLE: “Caso seja detectado algum problema de saúde bucal que exija atendimento odontológico, você será devidamente encaminhado a uma Unidade de Saúde, onde será atendido” (124).

Outra pendência estava relacionada com a explicitação dos riscos associados à pesquisa. Na escrita inicial do TCLE, afirmava-se: “[o exame] não representa riscos nem desconforto para quem será examinado” (124). Entretanto, assim como a atual Resolução nº 466/12, a Resolução nº 196/96 considerava que “toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco” (71). Na réplica, os pesquisadores apresentaram como solução a retirada do trecho mencionado e a inclusão da seguinte informação no TCLE: “Os riscos relativos à sua participação nesta pesquisa são mínimos e os benefícios que você terá serão indiretos” (12). Apesar disso, não houve substituição, mas sobreposição das duas sentenças no documento final. Isso gerou um texto contraditório em relação a essa questão, pois para o participante fica a informação de que os riscos ora são mínimos ora inexistentes.

O SBBrazil 2010 representa, sob vários aspectos, o eco dos levantamentos epidemiológicos que o precederam. O relatório final, divulgado em 2011, é a expressão do tempo histórico que esse inquérito foi gestado. As críticas recebidas nas três experiências anteriores foram cruciais para o amadurecimento metodológico e político dos inquéritos de saúde bucal de abrangência nacional. Essa evolução está explicitada na Nota Técnica do MS que sintetiza a etapa de consulta pública do SBBrazil 2010, na qual é possível encontrar afirmações do tipo: “Pelos resultados do SBBrazil 2003” ou “Diferentemente do SBBrazil 2003” (123). Logo, consegue-se perceber com nitidez a sua ancoragem na primeira edição, mas com indiscutível progresso em aspectos considerados, até aquele momento, insuficientes.

A amostra desse estudo multicêntrico foi composta por indivíduos residentes em 177 municípios de variados portes demográficos, das cinco macrorregiões (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste) (14). Da mesma forma que no SBBrazil 2003, optou-se, de modo deliberado, por integrar as unidades do serviço público de saúde no levantamento com o objetivo de, no processo, contribuir para que as equipes locais se apropriassem das ferramentas epidemiológicas empregadas. Para tanto, foram elaborados manuais direcionados aos coordenadores municipais, às equipes de campo e aos instrutores de calibração, os quais continham instruções detalhadas com o objetivo de uniformizar as tarefas e subsidiar a atuação dos diferentes atores (14).

Em um levantamento epidemiológico, é imprescindível que os profissionais que irão atuar como examinadores sejam treinados e calibrados antes do início da coleta de dados (125). Com isso, busca-se, basicamente, eliminar, ou pelo menos

diminuir significativamente, as discordâncias que diferentes observadores apresentam ao formular um julgamento a respeito de uma determinada situação observada (126). Dada a magnitude e a complexidade do SBBrasil 2010, que contou com o apoio de cerca de mil equipes (14), o requisito técnico da calibração assumiu importância metodológica de caráter estratégico. O processo consiste “na repetição de exames nas mesmas pessoas pelos mesmos observadores [...] ou pelo mesmo observador em tempos diferentes” (18). Com isso é possível verificar tanto as divergências de interpretação nos diagnósticos entre os examinadores (interexaminador) como a consistência de cada examinador (intraexaminador) (127).

Luiz (128) argumenta que, idealmente, “a única fonte de variabilidade” de uma medida utilizada em determinada pesquisa “deveria ser aquela devida às diferentes unidades estudadas”; as quais, no SBBrasil 2010, se referem a cada dente examinado. Contudo, acrescenta o autor, uma medida pode conter erros decorrentes do “observador (examinador)”, do “instrumento (ou método)” ou do “momento da observação”. Por esse motivo, a padronização no diagnóstico epidemiológico é condição indispensável para que haja confiabilidade nos dados produzidos em inquéritos. Basicamente, deve-se garantir a qualidade das mensurações realizadas, pois, conforme afirma Luiz (128), os resultados obtidos por meio de técnicas estatísticas, ainda que complexas e diferenciadas, “só serão efetivamente confiáveis sob a condição de que os dados utilizados sejam também confiáveis”. Dessa maneira, o rigor em torno do treinamento e preparação das equipes é essencial para dar significado tanto às conclusões do próprio inquérito quanto às dos vários estudos realizados a partir do banco de dados gerado por ele.

Conforme preconizado pela OMS, a etapa de treinamento e calibração do SBBrasil 2010 continha um componente teórico, de menor duração, e outro prático (129). Em princípio, apenas os examinadores que obtiveram grau de consistência aceitável nessa etapa participaram do trabalho de campo. Essa aceitabilidade foi estabelecida por meio de uma medida denominada coeficiente kappa. Tanto as pesquisas oficiais quanto as acadêmicas devem registrar as coincidências ao acaso e as discrepâncias na interpretação das condições, ocorridas na calibração e também ao longo do trabalho de campo, expressas, em geral, por esse coeficiente, que “informa a proporção de concordâncias além da esperada pelo acaso e varia de ‘menos 1’ a ‘mais 1’ sendo que, ‘menos 1’ significa completa discordância e ‘mais 1’ concordância perfeita” (127). Tendo em vista que valores entre 0,61 e 0,80 indicam

uma boa concordância (18), Roncalli et al. (14) afirmam que todas as equipes envolvidas na coleta dos dados obtiveram o kappa, no mínimo, igual a 0,65.

Coube à Coordenação Estadual da Pesquisa, em conjunto com as coordenações municipais e com as instituições parceiras, designar os instrutores de calibração, ou seja, os responsáveis pela etapa de treinamento e calibração de cada município (129). Essa função foi desempenhada, majoritariamente, por professores universitários do campo da Saúde Coletiva, sendo que alguns estados contaram, também, com ampla participação de profissionais inseridos nos serviços públicos com experiência na área. Um documento de apoio, intitulado “Manual de Calibração de Examinadores”, subsidiou os instrutores na realização dessa etapa.

Dentre outras atribuições, a Coordenação Municipal da Pesquisa ficou responsável pela organização da infraestrutura exigida para a calibração e pelo contato com instituições, como escolas e quartéis, com intuito de averiguar a presença de voluntários nas faixas etárias requeridas (5 anos, 12 a 19 anos e 30 anos ou mais) e obter o consentimento (129). Em decorrência das facilidades operacionais, essa etapa envolve, por vezes, populações institucionalizadas, fato que remete ao trecho da Resolução nº 466/12 que diz: “a liberdade do consentimento deverá ser particularmente garantida para aqueles participantes de pesquisa que, embora plenamente capazes, estejam expostos a condicionamentos específicos ou à influência de autoridade” (74). A esse respeito, verifica-se no projeto técnico do SBBrasil 2010 menção à “livre decisão de participação do sujeito desautorizando qualquer forma de pressão ou coação para essa colaboração até mesmo onde haja submissão à autoridade” (130).

Considerando os procedimentos metodológicos adotados na presente investigação, torna-se necessário esclarecer que a execução do SBBrasil 2010 obedeceu ao fluxograma operacional descrito abaixo (Figura 1) (131). 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 regiões (Centro-Oeste, Nordeste, Sudeste e Sul): Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Universidade de Pernambuco (UPE), Universidade Federal de Goiás (UFG), FIOCRUZ, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC/MG), Universidade de São Paulo (USP), Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC/PR). Os CECOL tinham

atribuições precípuas 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 (131). Para tanto, cada unidade federativa ficou sob a responsabilidade de um CECOL, obedecendo a critérios de proximidade geográfica e quantidade de exames a realizar – cuja distribuição deveria ser feita de maneira equilibrada. Tal estratégia resultou em um número máximo de 29 e mínimo de 18 (com uma média de aproximadamente 22) municípios por centro colaborador. Cada CECOL designou um responsável por manter contato com os estados e municípios, daí originando-se um Grupo Gestor (GG) da pesquisa.

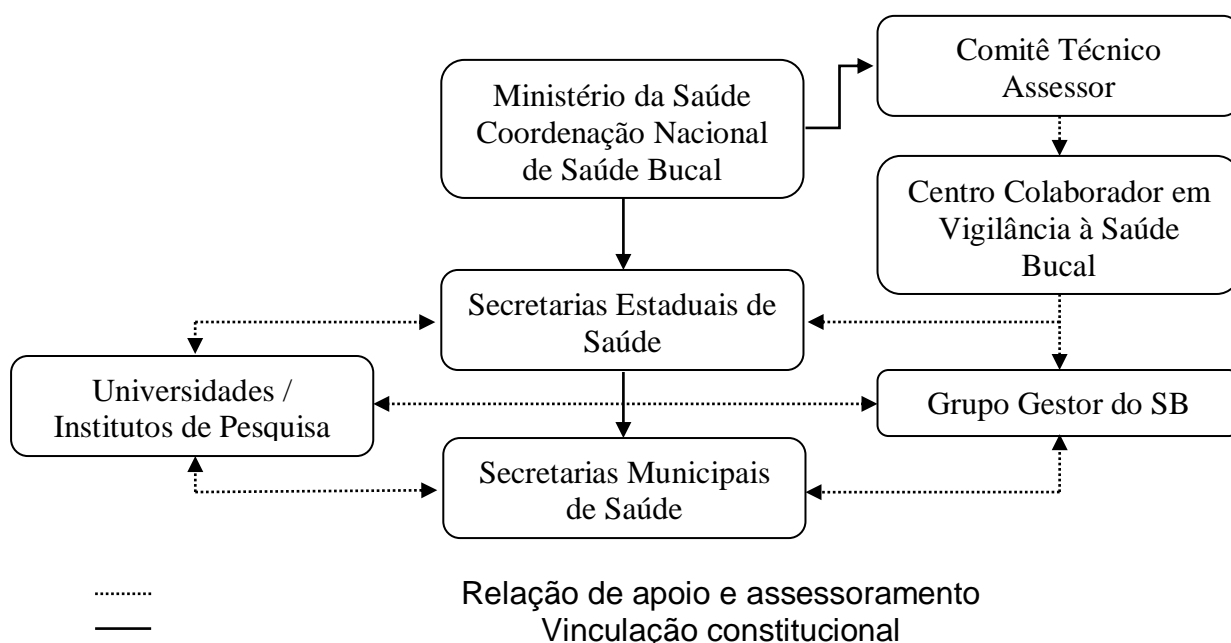


Figura 1 – Fluxograma operacional do SBBrazil 2010.
 Fonte: Ministério da Saúde (131)

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar como a dimensão da ética se expressa na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SBBrasil 2010), a partir da percepção de gestores desse inquérito populacional epidemiológico.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever as dificuldades e contribuições de cunho ético de inquéritos desse tipo;
- b) Identificar dilemas éticos na realização da pesquisa;
- c) Verificar a necessidade de adequação das resoluções éticas nacionais às particularidades das pesquisas epidemiológicas de base populacional.

4 MÉTODO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO TIPO DE PESQUISA

Realizou-se uma pesquisa do tipo qualitativa, a qual é apropriada para trabalhar com valores, crenças, hábitos, atitudes e representações; privilegiando o ponto de vista dos indivíduos envolvidos em um determinado processo (132). A pesquisa qualitativa é, portanto, capaz de elucidar os significados que os sujeitos dão a um fenômeno social. Em outras palavras, possibilita compreender um acontecimento a partir da opinião de quem o vivenciou (133). Sobre as suas vantagens, Marcus e Liehr (134) assinalam que essa abordagem foca na experiência humana e que o pesquisador que a utiliza “acredita que seres humanos únicos atribuem significado a suas experiências e que elas derivam-se do contexto da vida”.

O trabalho foi desenvolvido com base em um método de pesquisa qualitativa denominado “estudo de caso”. O pressuposto inicial era de que o inquérito epidemiológico pesquisado – SBBrasil 2010 – envolvia aspectos éticos que constituíam em si uma oportunidade, um acontecimento, ou seja, um caso passível de estudo, no sentido dado por Yin (135). Para este autor, o estudo de caso é adequado para obter um conhecimento detalhado a respeito de um fenômeno contemporâneo, ou seja, “permite que os investigadores retenham as características holísticas e significativas dos eventos da vida real”. Baseia-se, portanto, no desenvolvimento de uma análise integral e meticulosa de uma situação particular, sendo uma modalidade apropriada para as situações em que não há precisão nos “limites entre o fenômeno e o contexto” (135). Segundo Laville e Dionne (136), o diferencial desse método de pesquisa reside “na *possibilidade de aprofundamento* que oferece”. Buscou-se, então, investigar, de modo detalhado, o conjunto de elementos éticos existente na totalidade das etapas de desenvolvimento de um inquérito como o SBBrasil 2010 – abordagem holística, na concepção de Yin (135).

4.2 TÉCNICA DE PESQUISA E IDENTIFICAÇÃO DOS ATORES

Os dados foram coletados no período de maio a dezembro de 2012 por meio de entrevista individual e semiestruturada. Utilizou-se um roteiro inicial composto por

cinco perguntas abertas, as quais foram elaboradas com base no referencial teórico e nas hipóteses desta pesquisa (Apêndice B). No decorrer das primeiras entrevistas facultava-se o acréscimo de outras questões em virtude das respostas obtidas, mas sem exceder o escopo do assunto. A primeira pergunta contribuiu para conhecer a trajetória dos entrevistados na execução de inquéritos, bem como para facilitar a interlocução, na medida em que favoreceu a criação de um “clima de descontração necessário a esse tipo de pesquisa” (137).

Conforme assinalado, os indivíduos que integraram o CTA-VSB e o GG ocuparam posições privilegiadas em todas as etapas do SBBrasil 2010 e, por isso, possuem diferentes representações a respeito do assunto em pauta. Pela própria natureza de suas funções, os membros do GG foram considerados os informantes-chave¹, visto que participaram do trabalho de campo – etapa em que geralmente se concretizam as principais implicações éticas de um inquérito epidemiológico. Os atores foram inicialmente identificados por meio do documento intitulado *Projeto SBBrasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais* (12), que lista os nomes e as respectivas instituições dos participantes do CTA-VSB e do GG.

Por ser um estudo de caso e considerando que o universo desta pesquisa é restrito, o pesquisador pode, de acordo com Lefèvre e Lefèvre (137), “compor pessoalmente a sua amostra, escolhendo todos, ou quase todos os indivíduos a serem pesquisados, conforme as características que deseja estudar”, pois tem conhecimento e acesso a eles. Ressalta-se que o plano amostral em pesquisas qualitativas é geralmente por conveniência.

Cabe esclarecer que na pesquisa qualitativa a conclusão da coleta de dados depende, em muitos casos, do nível de repetição das informações, ou seja, o trabalho de campo é finalizado quando se alcança o chamado ponto de saturação (134). No entanto, Lefèvre e Lefèvre (139), proponentes da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) – utilizada nesta investigação e que será detalhada adiante –, não recomendam a utilização desse procedimento, pois consideram que a intenção não é recuperar as opiniões mais recorrentes e sim a totalidade de pontos de vista a respeito de um tema. Não há, portanto, uma regra para estabelecer a quantidade de sujeitos necessária para uma pesquisa que usa o DSC. Os referidos autores afirmam que “não há número máximo e que o número mínimo se dá quando uma

¹ Informantes-chave são pessoas que possuem conhecimento detalhado dos fatos em estudo (138).

dada população é, ela mesma, mínima” (139). De igual modo, por sua própria finalidade, não existem exigências nesse sentido para o estudo de caso.

Tendo em vista a necessidade de assegurar a presença do conjunto de opiniões possíveis sobre o problema estudado, utilizou-se a técnica “bola de neve”, ou *snowball sampling*; que possibilita a constituição da amostra a partir de indicações dos próprios entrevistados, que conhecem outros indivíduos com o perfil de interesse da pesquisa (138). Ao final das primeiras entrevistas, os membros do GG sugeriram novos informantes. As sugestões incluíam membros do CTA-VSB que se destacaram por uma atuação mais próxima do GG, bem como coordenadores estaduais e municipais de locais que, por razões variadas, se distinguiram dos demais.

Inicialmente, dois componentes do GG não foram incluídos na relação de entrevistados porque as suas atribuições se diferenciavam sobremaneira das estabelecidas para o restante. Enquanto representantes da Coordenação Geral de Saúde Bucal e da Coordenação Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis, esses profissionais realizaram as suas atividades no âmbito do MS, ou seja, deram um suporte de cunho mais institucional e não participaram diretamente do trabalho de campo. No entanto, vários entrevistados indicaram o nome de um deles como possível entrevistado (dentro da técnica “bola de neve” utilizada), razão pela qual esse sujeito foi convidado a participar deste estudo.

Foram entrevistados 14 indivíduos, residentes no Distrito Federal e em 11 estados brasileiros (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.

4.3 A REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

Os informantes foram contatados pessoalmente ou via e-mail para escolha do local, data e horário das entrevistas, as quais foram gravadas. As entrevistas foram realizadas somente pela pesquisadora, favorecendo maior uniformidade do comportamento verbal ao longo dos encontros. A respeito dos locais de realização, três delas ocorreram em um encontro acadêmico da área de saúde coletiva e o restante nos estados de origem dos informantes. O tempo total de gravação foi de

aproximadamente 14 horas e meia, o que define uma duração média de 1 hora e 3 minutos para cada entrevista.

Lefèvre e Lefèvre (137) assinalam que “todo roteiro de perguntas deve ser previamente testado em população-piloto, isto é, semelhante àquela que irá ser entrevistada”. Tendo em vista o universo reduzido e bastante peculiar da pesquisa, considerou-se metodologicamente justificável e adequado a realização do pré-teste do instrumento de coleta de dados com os dois primeiros entrevistados, os quais foram incluídos como sujeitos do estudo.

Ao longo do teste da primeira versão do roteiro, foi possível compreender as particularidades referidas por Lindseth e Norberg (140) e que são inerentes à abordagem feita nesta pesquisa: de que não raro as pessoas vivenciam problemas ou dilemas éticos no trabalho. Apesar de serem capazes de relatá-los, não o são para esclarecer, nas palavras dos autores, o seu “pensamento ético”. Desse modo, observações de natureza ética ou moral nem sempre são ditas de modo direto em uma entrevista, mas é possível alcançar o objetivo proposto ao se dispor a ouvir as descrições das experiências vivenciadas pelos sujeitos (38). Após obtenção dos depoimentos, prossegue Lindseth e Norberg (140), resta ao pesquisador o desafio de analisá-los a partir de uma perspectiva ética.

Por essa razão optou-se, como resultado do pré-teste, pela supressão da palavra *ética* na segunda questão, na qual os entrevistados relataram as dificuldades enfrentadas na execução do SBBrasil 2010. Cabe assinalar, a propósito, a centralidade dessa pergunta no desenvolvimento da presente pesquisa. Decidiu-se também pela modificação da ordem de apresentação das questões no instrumento final.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Para organizar e sistematizar os depoimentos empregou-se a técnica do DSC que, com base na Teoria das Representações Sociais, busca somar os discursos individuais emitidos pelos entrevistados de modo a expressar o pensamento de uma coletividade (Figura 2). Os passos do DSC foram cumpridos, conforme preconizam Lefèvre e Lefèvre (137), na seguinte ordem:

- a) Análise isolada das questões constituintes do roteiro. Para tanto, elaborou-se um Instrumento de Análise de Discurso² (IAD) para cada pergunta e, a seguir, todas as respostas foram copiadas, na íntegra, na coluna denominada *expressões-chave* – que constituem a matéria-prima dos DSC;
- b) Identificação das expressões-chave, que são trechos dos depoimentos que revelam a essência do conteúdo discursivo;

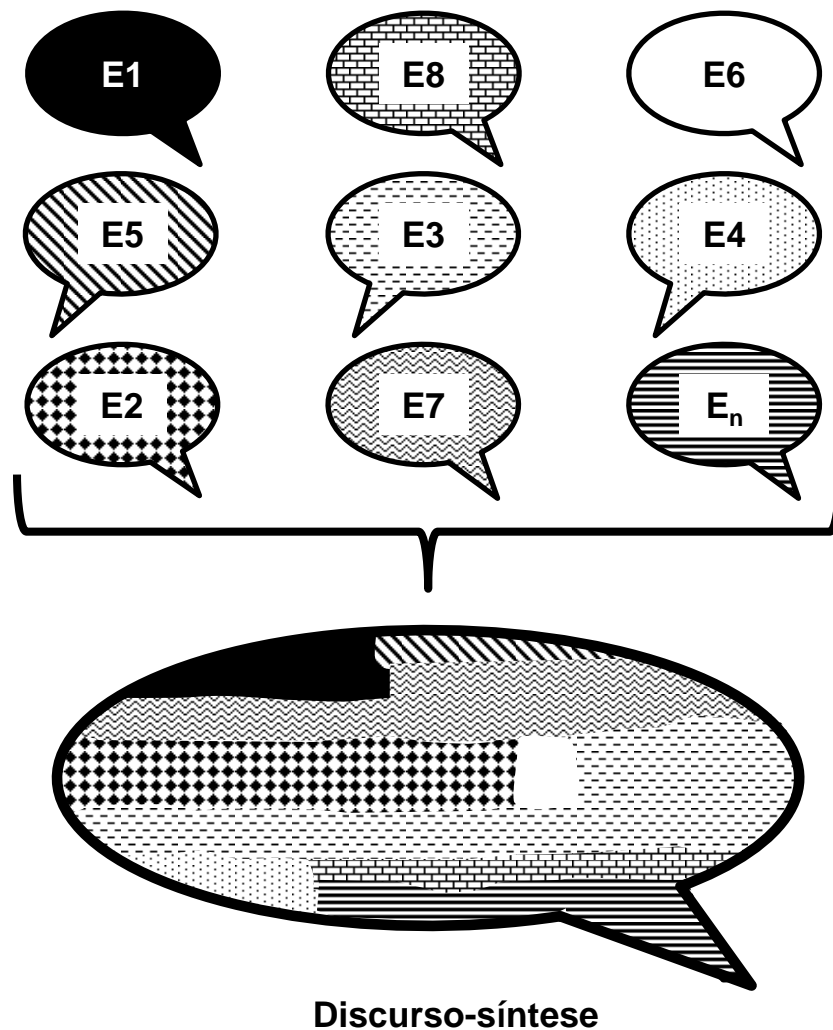


Figura 2 – Representação da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo.

- c) Formação de conjuntos semanticamente equivalentes ou complementares de expressões-chave, sintetizando-os com Ideias Centrais, definidas como “fórmulas

² Tabela constituída por três colunas: expressões-chave, ideias centrais e ancoragem. O número de linhas depende da quantidade de respostas obtidas para a questão sob análise (137).

sintéticas, que nomeiam os sentidos de cada depoimento e de cada categoria de depoimento” (137);

- d) 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]” (141).

4.5 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Conforme mencionado, a técnica do DSC é fundamentada na Teoria das Representações Sociais. Minayo (132) assinala que “a teoria é construída para explicar ou para compreender um fenômeno, um processo ou um *conjunto* de fenômenos e processos”. Para essa autora, as teorias buscam elucidar, ainda que de modo limitado, a realidade; e possuem a incumbência de guiar o pesquisador na obtenção e na análise dos dados. Trata-se, portanto, de um aglomerado de conhecimentos científicos a respeito de um tema e que auxiliam na solução de um problema de pesquisa (132), o qual pressupõe a existência de informações que “podem cercá-lo, compreendê-lo, resolvê-lo ou eventualmente contribuir para a sua resolução” (136).

Apesar de afirmar que o conceito de representação social (RS) não é propriedade de um campo disciplinar específico, Arruda (142) reconhece que ele possui um solo comum com a sociologia. Proposto e estudado inicialmente por Durkheim, no começo do século XX, com o nome de representações coletivas, foi retomado para compreender a recepção da psicanálise na obra do romeno Serge Moscovici, que defendia a ideia de que indivíduo, grupo e sociedade são indissociáveis (143). Em 1961, Moscovici publicou um livro considerado central na teoria das RS e que, na época, causou estranhamento no meio acadêmico (144). Para Arruda (142), a contribuição moscoviciano surgiu “antes do seu tempo, contrariando o paradigma dominante na época”; e como resultado, passaram-se quase duas décadas para que essa teoria voltasse a ser discutida e, finalmente, valorizada na psicologia social.

Farr (144) afirma que há uma nítida relação de “continuidade entre o estudo das representações coletivas de Durkheim e o estudo mais moderno, de Moscovici sobre representações sociais”. O próprio Moscovici (145) revela que “é óbvio que o conceito de representações sociais chegou até nós vindo de Durkheim”. Por sua

amplitude, o conceito durkheimiano foi considerado “pouco operacional” nas sociedades contemporâneas, marcadas pelo pluralismo e por uma série de transformações nos âmbitos político, econômico e cultural (142, 144). Moscovici acreditava que a noção de representações coletivas se adequava mais às sociedades tradicionais, consideradas menos complexas; por isso considerou mais apropriado investigar as representações sociais. A esse respeito, Farr (144) explica que nos dias de hoje poucas representações são efetivamente coletivas. Desse modo, Andrade (146) concebe RS “como estruturas cognitivas específicas da sociedade contemporânea que se constroem no bojo das interações sociais”.

Ancorado em autores como Piaget, Freud e Lévy-Bruhl, Moscovici efetuou deslocamentos notáveis no campo das RS. Atualizou o conceito e o tornou mais apropriado para interpretar a realidade construída ao longo do século XX (142), contrapondo-se ao positivismo (144) e “ao individualismo da tradição behaviorista” (147). Ele retoma e reconhece valor no senso comum que, de acordo com Laville e Dionne (136), “não deixa de produzir saberes que, como os demais, servem para a compreensão de nosso mundo e de nossa sociedade”. Carvalho e Arruda (147) identificam nisso uma ruptura com as teorias mais tradicionais, as quais não valorizam o conhecimento produzido no cotidiano. Moscovici (145) reconhece que os seres humanos estão imersos em um ambiente behaviorista (“vivemos em um mundo behaviorista, praticamos uma ciência behaviorista e usamos metáforas behavioristas”), mas defende que o estudo das representações sociais não deve se limitar a ele. Segundo Lane (143), Moscovici partiu “de uma postura cognitivista, pela qual a Representação Social era tida como um saber desenvolvido no cotidiano das relações sociais”.

As RS não ocorrem ao acaso, mas são fortemente determinadas pelo contexto histórico e por características inerentes ao sujeito, como sexo, escolaridade e condição socioeconômica. De acordo com Andrade (146), as RS se manifestam tanto na comunicação quanto na conduta, mas principalmente na primeira; por meio da linguagem falada. Lefèvre e Lefèvre (139) explicam que os integrantes de uma determinada sociedade geralmente se comunicam na mesma língua, o que não significa que precisam defender ideias exatamente iguais. Apesar disso, prosseguem os autores, há um “nível de compartilhamento” mínimo entre eles que possibilita que tais ideias, embora discordantes, sejam trocadas. Arruda (142)

ressalta a importância da RS neste tempo em que há mutações constantes na esfera da informação e que não reserva “tempo para a cristalização de tradições”.

Conforme esperado, a explicação do que é a RS não é única na literatura. Segundo Lefèvre e Lefèvre (139), as “representações sociais são reelaborações, metabolizações de conhecimentos e informações geradas em um certo número de espaços sociais onde, modernamente, tais conhecimentos são produzidos e/ou difundidos”. Lane (143) compreende RS como “a verbalização das concepções que o indivíduo tem do mundo que o cerca”. De acordo com a referida autora, trata-se de um “comportamento observável e registrável”. Na teoria moscoviciana, o papel das representações “é tornar familiar algo não familiar” (145) e nesse sentido o processo de ancoragem assume peculiar relevância, uma vez que significa “trazer para categorias e imagens conhecidas o que ainda não está classificado e rotulado” (148).

Apesar da incontestável ousadia e originalidade de Moscovici, sua teoria não é unanimidade no âmbito da psicologia social. Leme (148) ressalta que a maioria das críticas perpassa pela questão da “falta de clareza do conceito e também da teoria das representações sociais”. Carvalho e Arruda (147) discordam e lembram a importância de autores como Denise Jodelet, amplamente reconhecida pelo seu comprometimento com a sistematização e divulgação da teoria das RS. A esse respeito, Moscovici esclarece que a imprecisão conceitual identificada por alguns autores não é acidental, ou seja, ele se posiciona contra o estabelecimento do que denomina de “definições fáceis” (145). Apesar das críticas, o fato é que após construção dos seus pressupostos teóricos, a teoria das RS passou a ser utilizada em várias áreas, como na saúde e na educação.

4.6 CONSENTIMENTO PARA A PESQUISA

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 (Anexo A). Todos os entrevistados foram informados dos objetivos do estudo e convidados, após leitura e concordância, a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).

5 RESULTADOS

Lefèvre e Lefèvre (137) ressaltam a necessidade de diferenciar as preposições *de* e *sobre*, uma vez que o “DSC é uma forma de viabilizar o *discurso da realidade*”. A seção de Resultados é considerada, pelos autores, o “momento descritivo da pesquisa qualitativa”. Por outro lado, a etapa interpretativa, ou seja, a seção de Discussão é “o espaço por excelência do discurso *sobre* [a realidade]”. Por isso, optou-se por apresentar ambas as seções separadamente.

Apesar de ser definido como um método qualiquantitativo, é possível utilizar o DSC em uma pesquisa exclusivamente qualitativa, sobretudo quando a população pesquisada é pequena (149) – como é o caso desta investigação. Além disso, sabe-se que a frequência relativa deve ser utilizada com cautela nas situações em que o número de participantes é reduzido (150). Por esse motivo, não serão apresentados dados quantitativos dessa natureza. Entretanto, a quantidade de entrevistados e a intensidade com que cada um contribuiu para a constituição do DSC estão representadas na forma de figuras (Figuras 3 a 30) dispostas após cada ideia central e respectivo DSC. Além disso, os Instrumentos de Análise de Discurso 2 com as expressões-chave, ou seja, com os trechos dos depoimentos dos entrevistados que deram origem aos DSC de todas as perguntas constam como apêndices (Apêndices D a G).

Conforme mencionado, a primeira pergunta do roteiro permitiu conhecer a origem institucional dos entrevistados e as suas experiências na execução de inquéritos. Ela não foi analisada, portanto, com a técnica do DSC. Dos 14 entrevistados, oito eram do sexo feminino, predominando profissionais vinculados a secretarias estaduais ou municipais de saúde (n=5) ou a universidades (n=8), na área de saúde coletiva ou denominações congêneres; apenas um atua no MS. A maioria (n=10) relatou participação pregressa na realização de inquéritos populacionais no âmbito de serviços públicos odontológicos, a nível local ou no próprio SBBrasil 2003.

Ressalta-se que a presente pesquisa procurou captar a percepção dos gestores do SBBrasil como um todo. Desse modo, não houve pretensão de estratificar os DSC por tipo de sujeito emissor do discurso (integrantes do GG, CTA-VSB e coordenador estadual ou municipal). Além disso, os discursos estão em itálico e não aspas por recomendação de Lefèvre e Lefèvre (137). Na técnica do

DSC, as perguntas são analisadas separadamente e, por conseguinte, a apresentação dos resultados está estruturada em tópicos referentes a cada uma, como segue:

5.1 SEGUNDA PERGUNTA

As ideias centrais (Quadro 1) e DSC descritos a seguir se referem à pergunta sobre as dificuldades inerentes a um inquérito da magnitude do SBBrasil 2010.

Quadro 1 – Síntese das ideias centrais relativas à segunda pergunta: “Considerando a sua experiência no SBBrasil 2010, que dificuldades você destacaria em um inquérito populacional dessa magnitude?”.

A	Dificuldade com gestões municipais no sentido de liberar o profissional pra realizar a pesquisa.
B	Dificuldade nos locais em que as gestões do município e do estado eram de partidos políticos diferentes.
C	Dificuldade relacionada com o fato de que o dado do SBBrasil 2010 não tem aplicação programática para o nível local.
D	Dificuldade decorrente da irresponsabilidade da macropolítica em indicar pessoas sem perfil para cargos de gestão.
E	Dificuldade de convencer os profissionais da importância de inquéritos como o SBBrasil 2010.
F	Dificuldade de acessar setores censitários sorteados por conta da violência.

Além dessas ideias centrais, os depoimentos dos entrevistados deram origem a outras, como as associadas com a complexidade da estratégia metodológica do SBBrasil 2010 e com a conjuntura na qual esse inquérito foi realizado, ou seja, no final do segundo mandato presidencial de Luiz Inácio Lula da Silva (2007-2010). Em alguns locais, ora a população, ora os gestores interpretaram esse inquérito como instrumento político-partidário na campanha das eleições de 2010. Por serem dificuldades de natureza operacional e sem maiores implicações éticas, não foram incluídas nesta seção.

Ideia Central A: Dificuldade com gestões municipais no sentido de liberar o profissional pra realizar a pesquisa.

DSC: *Tivemos dificuldades com a gestão local no sentido de liberar o profissional pra realizar a pesquisa. Em uma capital, por exemplo, eu tive que negociar isso com o coordenador municipal: “Olha, não é necessário que a equipe fique 40 horas*

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

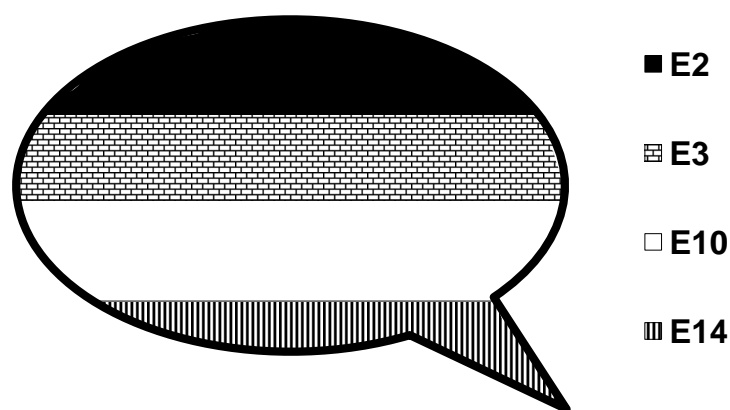


Figura 3 – Composição do DSC referente à Ideia Central A da pergunta 2 segundo entrevistado.

Ideia Central B: Dificuldade nos locais em que as gestões do município e do estado eram de partidos políticos diferentes.

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

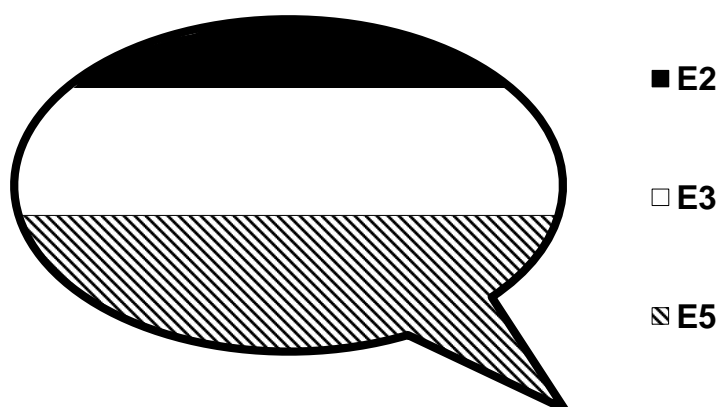


Figura 4 – Composição do DSC referente à Ideia Central B da pergunta 2 segundo entrevistado.

Ideia Central C: Dificuldade relacionada com o fato de que o dado do SBBrasil 2010 não tem aplicação programática para o nível local.

Trabalhamos com a ideia de que quem faz a pesquisa é o dentista do município sorteado pra compor a amostra. Aí você tem que chegar lá e dizer para o gestor: “Olha, seu município foi sorteado e faremos uma pesquisa de saúde bucal aqui. O senhor não vai gastar quase nada, mas precisa liberar o seu profissional”. Nas capitais era preciso liberar, minimamente, 10 dentistas pra compor 10 equipes. Em

alguns municípios, 1 a 2 dentistas, vai variando. O gestor municipal responde: “Legal, no final terei dados pra ver como anda a saúde bucal no meu município”. O problema é que a pesquisa não é inferente para o município, ou seja, o dado do SBBrasil 2010 não tem aplicação programática para o nível local porque não tem representatividade. Então esclarecemos: “Tem um problema. Essa é uma pesquisa de base nacional que vai dar o perfil de saúde bucal do Brasil, capitais e Distrito Federal. Se quiser, vai ter que entrar com o capital”. Daí ele responde: “Mas eu já estou liberando o meu profissional, para quem eu pago salário. Estou participando, é o que eu posso”. Acho que essa foi a primeira dificuldade, de fazer com que os gestores entendessem que é uma pesquisa importante para o país, capitais e macrorregiões; e que o seu município tinha sido sorteado. Depois ele via que não era nenhuma sorte: “Mas que sorte é essa? Vou liberar o meu profissional e ter por dois, três meses a população reclamando que tenho menos um dentista na unidade de saúde e não terei resultado pra planejar e avaliar os meus serviços”.

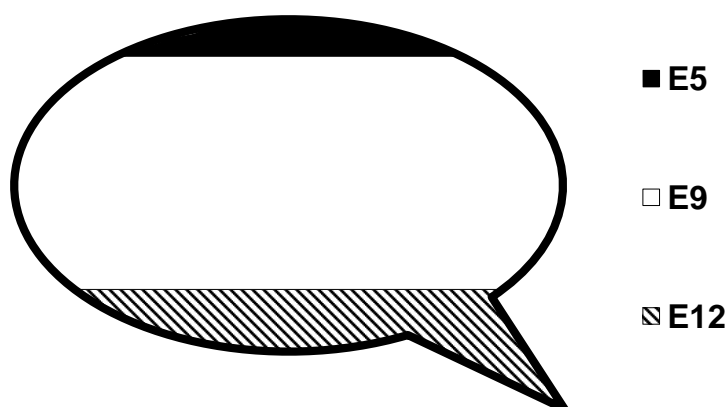


Figura 5 – Composição do DSC referente à Ideia Central C da pergunta 2 segundo entrevistado.

Ideia Central D: Dificuldade decorrente da irresponsabilidade da macropolítica em indicar pessoas sem perfil para cargos de gestão.

DSC: *Tem estado que não tem a figura do coordenador de saúde bucal. Não se sabia a quem recorrer, saía procurando. Além disso, tem a irresponsabilidade da macropolítica em indicar pessoas sem perfil. Teve um estado que indicou uma graduanda em direito. Então, ela era a minha interlocutora. Não que ela tenha sido um problema, muito pelo contrário. Ela fez um esforço pessoal enorme. Não foi ruim*

trabalhar com ela, mas é uma irresponsabilidade da macrogestão e macropolítica. Na primeira oficina de um estado que nos deu muito trabalho, as pessoas mais tradicionalmente ligadas à saúde bucal coletiva e as entidades odontológicas não conheciam a coordenadora de saúde bucal do estado porque tinha sido uma indicação das bases aliadas. Uma pessoa completamente neófito. As pessoas simplesmente a desconheciam. Uma pessoa que tinha se formado seis, três meses antes. Não conhecia o organograma da Secretaria Estadual de Saúde. Imagina o que é colocar um projeto dessa envergadura pra uma pessoa com essa formação administrar.

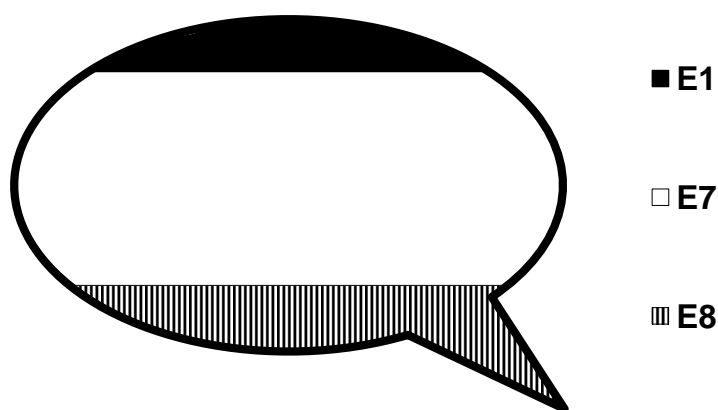


Figura 6 – Composição do DSC referente à Ideia Central D da pergunta 2 segundo entrevistado.

Ideia Central E: Dificuldade de convencer os profissionais da importância de inquéritos como o SBBrasil 2010.

DSC: *A primeira tarefa é convencer os profissionais da importância de inquéritos como o SBBrasil 2010 porque alguns acham que as suas atribuições são mais clínicas mesmo. A primeira coisa que os profissionais de uma capital disseram foi: “Não, esquece meu nome. Eu não quero fazer porque é muito cansativo. Eu prefiro ficar atendendo”. Muitos querem reproduzir no SUS a prática do consultório particular. Em outro município, os dentistas vieram pra uma oficina regional e falaram: “Não quero, não vou fazer”. Nem todos os profissionais tem perfil, alguns vêm meio que forçados ou interessados em algum ganho financeiro que não existe, é praticamente nulo. Mas o fato é que na normatização do papel da Equipe de Saúde da Família, principalmente do PSF, está posto a questão da coordenação e*

da compreensão do diagnóstico local, dos inquéritos. Inclusive o objetivo da inclusão da Equipe de Saúde Bucal na Saúde da Família foi reduzir os indicadores de saúde bucal e melhorar o acesso da população as ações em saúde bucal. Então é óbvio que pra reduzir indicadores eu preciso conhecer a realidade; e o inquérito epidemiológico é um das ferramentas pra isso. Acho que isso tem que ser trabalhado, tanto nos serviços quanto nas instituições formadoras. Precisamos qualificar melhor os nossos recursos humanos enquanto estão na graduação ou logo que entram para o Sistema Único de Saúde, pra eles saberem o que compete a um profissional do SUS.

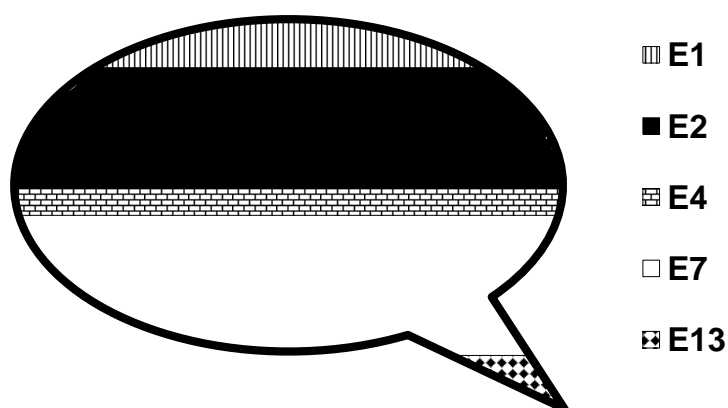


Figura 7 – Composição do DSC referente à Ideia Central E da pergunta 2 segundo entrevistado.

Ideia Central F: Dificuldade de acessar setores censitários sorteados por conta da violência.

DSC: Tivemos profissionais que chegaram a pagar do bolso o passe para o traficante, para o líder da comunidade pra fazer o inquérito. Num município relativamente pequeno fomos impedidos absolutamente de acessar um dos setores sorteados porque estava tomado pelo tráfico. Já numa capital, os profissionais fizeram um acordo com o centro de saúde, pois eles não podiam entrar em qualquer horário. Tinham que sair às 4h da tarde porque era muito violento. Teve ainda outra situação em que a coordenadora municipal escolheu um local para fazer a calibração que era muito perigoso na cidade, área de risco de tráfico de droga. Inclusive os instrutores já tinham conversado com ela que não era um bom local por causa dessas questões. Ela disse que era tranquilo, que a equipe de saúde da família funcionava bem. Aconteceu um problema sério na área durante o processo

de calibração. Teve um tiroteio e os instrutores saíram escoltados pela polícia. Além disso, algumas equipes de campo foram assaltadas durante a coleta de dados. Então, não sei se os profissionais cumpriram as normas que falavam pra examinar só quem estava indicado na folha e seguir pelo lado correto da quadra, porque eram momentos de tensão.

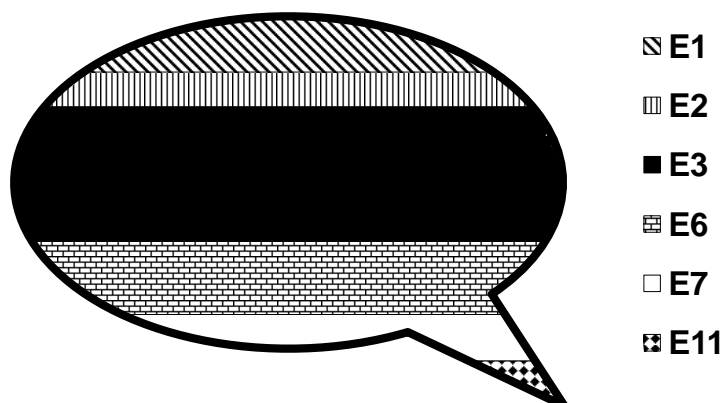


Figura 8 – Composição do DSC referente à Ideia Central F da pergunta 2 segundo entrevistado.

5.2 TERCEIRA PERGUNTA

No que se refere às situações vivenciadas no SBBrasil 2010 que, na concepção dos entrevistados, envolveram aspectos éticos, foi possível identificar as seguintes ideias centrais (Quadro 2) e DSC:

Quadro 2 – Síntese das ideias centrais relativas à questão: “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?”.

A	Sim, a fabricação de dados comprometeu o CPOD de alguns locais.
B	Sim, a não adesão ao protocolo para o trabalho de campo.
C	Sim, a questão da responsabilidade das equipes na produção de dados nacionais.
D	Sim, as formas de padronização e treinamento de equipes de saúde bucal.
E	Sim, o retorno imediato para a população no sentido de orientar ou encaminhar pra solucionar os problemas identificados.
F	Sim, tivemos casos de profissionais que não devolveram documentos públicos.
G	Sim, o modo como foi realizada a escolha dos profissionais.
H	Sim, pois em qualquer momento que, fazendo intervenções sociais, haja assimetria, há um dilema ético constituído.
I	Sim, teve município que não quis participar e partilhar da experiência do

	estado.
J	Sim, a consulta pública foi muito interessante nesse sentido.
K	Sim, os coordenadores precisavam convencer as equipes a conduzirem um processo que eles não eram espelho.

Na análise relativa a essa pergunta, duas ideias centrais foram geradas (Figuras 18 e 19) a partir do depoimento de apenas um entrevistado. Em termos metodológicos, não há objeção quanto a isso, conforme se verifica em estudos de autoria dos próprios autores da técnica do DSC ou orientados por eles (141, 151, 152). Cabe assinalar que a ideia de sujeito coletivo não resulta da quantidade de participantes da pesquisa que gera um determinado DSC, mas do que uma formulação discursiva representa na população pesquisada, ainda que oriunda de um único participante (139). Desse modo, um depoimento pode, sim, originar um DSC tendo em vista que contém uma representação original e *sui generis* e que, portanto, se diferencia das restantes. Em outras palavras, essa representação não deixa de compor um discurso coletivo pelo simples fato de que ele, por definição, pertence a uma coletividade.

Ideia Central A – Sim, a fabricação de dados comprometeu o CPOD de alguns locais.

DSC: *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. Era assim, você tinha uma média de dois e pouco para o país, excluindo essa capital. Quando a incluía, a média ia pra três e meio, puxava a média lá pra cima. A gente olhou registro por registro no banco de dados dessa capital. Um bloco de quatro a cinco setores agregava todo o CPO alto, da capital inteira. A média só desses cinco era nove. A média do restante era dois e meio, três. Aí acendeu a luz amarela: espera aí, se a divisão dos setores é feita por examinador, o problema está nele. Fomos cruzar com o examinador. Dois deles eram responsáveis pelo CPO alto da capital, da região, do Brasil todo. Fizemos a seleção desses profissionais, quando cortou, foi pra metade o tamanho da amostra. Como que pode? São 10, dois examinaram a metade? Os outros oito a outra metade? Nem deu, portanto, pra passar a faca e admitir que o resto era válido. Não dava, porque os examinadores tomaram conta de metade da amostra, ou seja, metade dela era*

falsa. Essas pessoas deveriam sofrer um processo ético porque elas não entenderam o que estavam fazendo ali, quais as consequências dos atos delas. Eu não sei como foi resolvido depois, não sei se teve uma conversa ao pé do ouvido, mas realmente merecia algum chamado em particular. 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; e já vem há anos, não é uma coisa que começou a acontecer ontem. Não é justificável aumentar o dado ou diminuir excessivamente. Tem que haver plausibilidade com capitais fluoretadas e não fluoretadas, com capitais do nordeste e do sudeste. Fizemos novamente 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. 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? Então, duas capitais tiveram problemas de mesma origem, só que em dimensões diferentes. Em uma, foram só dois setores; e na outra, foram nove ou dez setores. Mas é grave, não importa o quanto você impacta. Resolvemos ser coerentes e repetimos os exames nas duas. O fato é que terminamos 99% do levantamento em novembro de 2010, e gastamos mais seis meses pra fazer esse 1% restante.

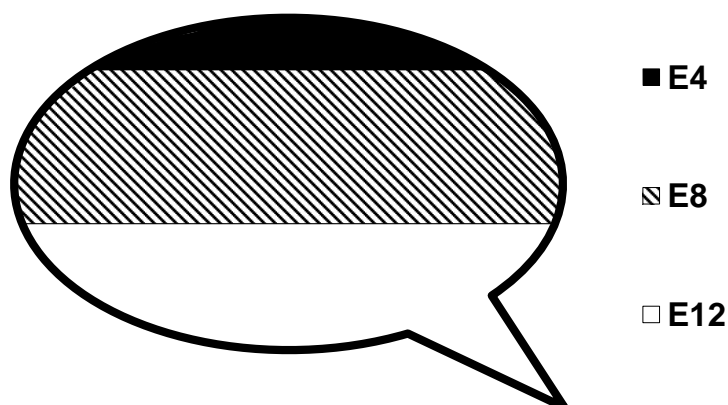


Figura 9 – Composição do DSC referente à Ideia Central A da pergunta 3 segundo entrevistado.

Na fase de apuração dos dados, e logo após a obtenção dos primeiros resultados, verificou-se que uma capital estadual apresentava a média do índice CPOD (dentes permanentes cariados, perdidos e restaurados) aos 12 anos, com um valor muito acima da expectativa para o local. Além disso, o valor evidentemente aberrante segundo critérios epidemiológicos elementares era superior a duas vezes a maior média encontrada nas outras capitais da mesma região. Não havia registro, nesse município, de alterações significativas em fatores que pudessem justificar um aumento tão expressivo nesse índice entre os anos de 2003 e 2010. A equipe de apuração iniciou, então, uma decomposição do banco de dados com intuito de identificar incoerências nos registros de dados de cárie dentária. Operacionalmente, o SBBrazil 2010 utilizou o setor censitário como unidade territorial sobre a qual foram realizados os “percursos para sorteio e identificação dos domicílios” (153), sendo que cada examinador/anotador ficou responsável por, em média, três deles. Dessa maneira, havia a possibilidade de segmentar a análise por setor, procedimento que possibilitou detectar a origem da incongruência, bem como identificar os responsáveis por ela.

Esta técnica de apuração e análise de dados permitiu detectar indícios sólidos de erro de registro para dois examinadores. Constatou-se, por exemplo, que as condições socioeconômicas dos residentes nos setores identificados não era epidemiologicamente compatível com a obtenção de valores médios de CPOD tão altos, haja vista que subgrupos populacionais semelhantes apresentavam médias bastante diferentes. Além disso, havia um parâmetro da quantidade de pessoas, por

faixa etária, esperada para cada setor. No caso em pauta, os números estavam bem acima do padrão, o que sugeria a existência de infração, intencional ou não, das regras definidas para o percurso de campo. O conteúdo das entrevistas indica que fatos semelhantes ocorreram também em outros municípios, embora em menor proporção – em termos de número de setores censitários desconsiderados, e não de importância. Ante tais fatos, é possível admitir duas hipóteses ou uma combinação delas: 1) falha na etapa de treinamento e calibração; 2) fabricação de dados. Independente 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 SBBrazil 2010 foi, assim, preservado de dados espúrios, mas à custa de mais recursos materiais, financeiros e humanos.

Ideia Central B – Sim, a não adesão ao protocolo para o trabalho de campo.

DSC: *Fui pra área acompanhar coleta porque, sinceramente, eu estava com medo que a coisa não fosse acontecer. 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 feito e dado a mesma coisa. E pra mim isso é um problema moral gravíssimo porque errou a primeira vez e ratificou o erro. Vários atores que trabalharam direta ou indiretamente no SB relataram situações extremamente explícitas de boicote. Do ponto de vista ético, inclusive. De dificultar ou omitir dados da calibração, de burlar, fazer de qualquer*

jeito.

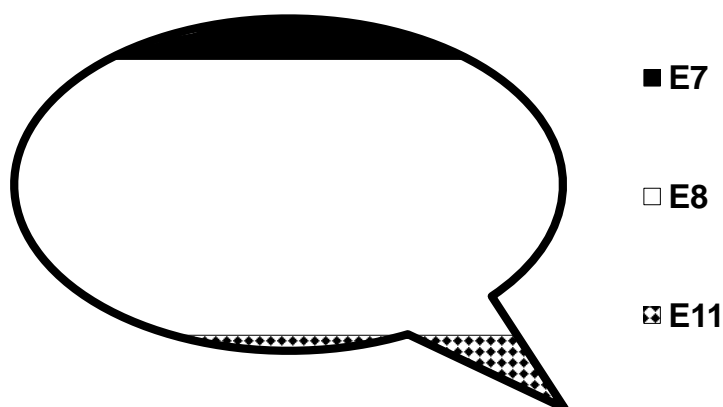


Figura 10 – Composição do DSC referente à Ideia Central B da pergunta 3 segundo entrevistado.

Ideia Central C – Sim, a questão da responsabilidade das equipes na produção de dados nacionais.

DSC: *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 muita atenção com relação a problemas que poderiam existir de equipes quererem ou poderem fraudar dados. Tinha um slide falando justamente das atribuições, responsabilidades e o que estávamos fazendo ali. Isso porque relatamos que muitos dados do SB 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 responder: “Quem estava nesse setor censitário? Que produção anômala de dados é essa?”. Não são nem outliers, são aberrantes mesmo, dados escandalosos, mas temos como descobrir, retornar a campo e responsabilizar equipes e secretarias. Então, eu chamava muita 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.

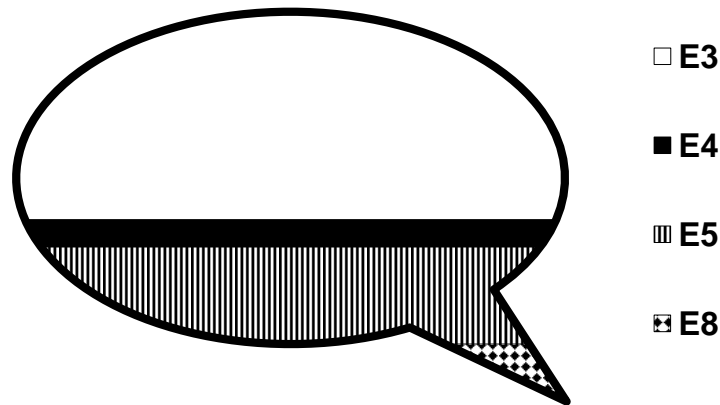


Figura 11 – Composição do DSC referente à Ideia Central C da pergunta 3 segundo entrevistado.

Ideia Central D – Sim, as formas de padronização e treinamento de equipes de saúde bucal.

DSC: *A gente tem muito pouca coisa científica que discute questões éticas das formas de padronização e treinamento de equipes de saúde bucal. O quanto, do ponto de vista ético, é respeitoso você examinar e reexaminar a mesma pessoa. A questão da experiência da calibração para o usuário é muito cansativa porque ele é avaliado, analisado, examinado por, no mínimo, 10 dentistas. No SBBrazil 2010, teve mãe que ficou muito cansada porque os dentistas examinaram a mesma criança diversas vezes. E, assim, se mudasse a criança, como é que você ia fazer a concordância? Então, teve criança que, pra ficar, o coordenador deu creme dental, sabe? Conseguiram lanche para as crianças, mas foi cansativo pra elas. Também conseguiram vagas para todas que participaram, principalmente as de cinco anos, mas elas ficaram períodos esperando porque erra, a concordância dá baixa, aí faz o exame, depois que todo mundo examinou, os profissionais voltam pra ver a mesma criança, pra ver os acordos. Por trás disso vem a pergunta: Como é que a gente trabalha há tanto tempo com as mesmas doenças e não consegue um padrão homogêneo de diagnóstico? A gente sempre precisa da calibração pra nivelar, pra fazer os inquéritos epidemiológicos. Então, o processo da calibração perpassa*

também a questão da ética. Como é que a gente deixa crianças de cinco anos, que a gente sabe como é, sendo dez vezes examinada? Adulto se incomoda, imagina criança. Então que possibilidades a gente teria? No futuro, poderia ter outro recurso para que, principalmente as crianças, não precisassem ficar porque cansa.



Figura 12 – Composição do DSC referente à Ideia Central D da pergunta 3 segundo entrevistado.

Ideia Central E – Sim, o retorno imediato para a população no sentido de orientar ou encaminhar pra 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 pra 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 pra encaminhar pra 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 pra determinado setor cada cirurgião-dentista já tinha a unidade de saúde de referência pra orientar os indivíduos a serem investigados. Procurar o local mais próximo pra 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 pra que no nível municipal isso fosse operacionalizado, pra dar minimamente uma resposta às condições que foram investigadas, principalmente as mais extremadas, as mais graves.

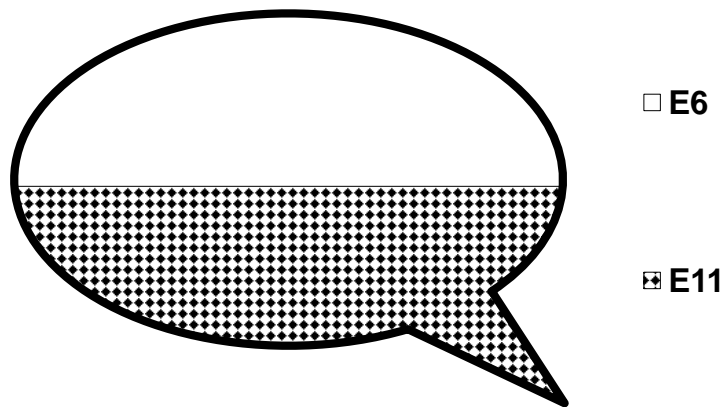


Figura 13 – Composição do DSC referente à Ideia Central E da pergunta 3 segundo entrevistado.

Ideia Central F – Sim, 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 pra 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 e ele simplesmente desapareceu.



Figura 14 – Composição do DSC referente à Ideia Central F da pergunta 3 segundo entrevistado.

Ideia Central G – Sim, 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 pra 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 pra quem participa ou não, porque também não dá pra 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 saber 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.

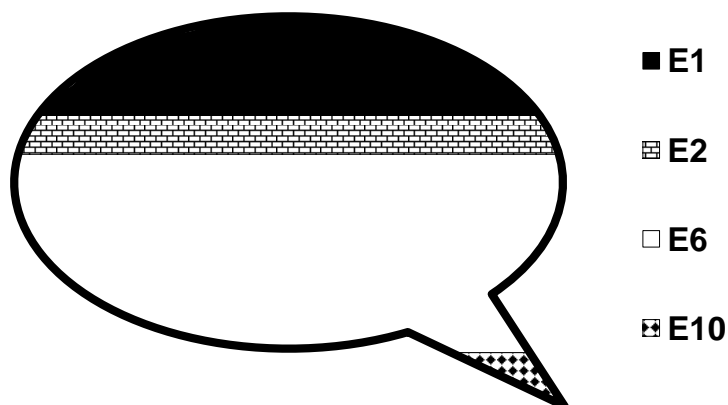


Figura 15 – Composição do DSC referente à Ideia Central G da pergunta 3 segundo entrevistado.

Ideia Central H – Sim, pois em qualquer momento que, fazendo intervenções sociais, haja assimetria, há um dilema ético constituído.

DSC: *A eticidade é transversal a processos de relação assimétrica. Eu penso que as intervenções legítimas ligadas ao Sistema Único de Saúde são bem intencionadas, mas se darão numa sociedade iníqua. E em qualquer momento que, fazendo intervenções sociais, haja assimetria, há um dilema ético constituído. A ética não é necessária aonde há simetria. No tipo de sociedade que nós construímos historicamente, é preciso a mediação ética sobre relações muito assimétricas. As classes populares, pela condição histórica de subalternidade em que viveram e se relacionam com políticas públicas, são aquelas que se sentem obrigadas a atender pesquisa. A maior dificuldade é naqueles setores censitários de classe média porque ali a relação com os empoderados é mais, digamos, simétrica de relações de poder, são menos vulneráveis. Pessoas de nível socioeconômico maior são mais refratárias ao pesquisador, o qual não consegue sequer chegar ao síndico do condomínio. Isso foi um problema especialmente nas cidades médias e grandes. As pessoas de melhor nível econômico e social não estão nem aí pra o*

que o sistema público de saúde de 70% dos brasileiros quer fazer, está fazendo ou quer melhorar. Quer dizer, nós temos uma elite desafortada, descarada e que não está nem aí. Uma elite que usa e abusa do Estado quando convém. Uma visão egoísta, maniqueísta, enfim. Desse modo, um ponto negativo no SBBrasil 2010 foi a questão do acesso aos lugares mais abastados das cidades. Então, em situações como essa, a mediação ética é fundamental pra atender essa questão da vulnerabilidade dos sujeitos de pesquisa.

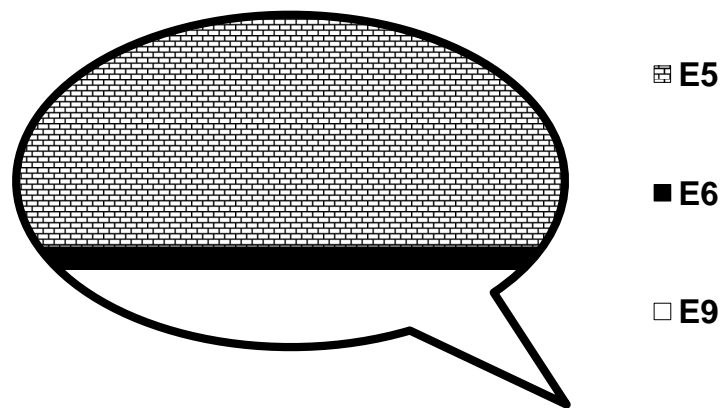


Figura 16 – Composição do DSC referente à Ideia Central H da pergunta 3 segundo entrevistado.

Ideia Central I – Sim, teve município que não quis participar e partilhar da experiência do estado.

DSC: *É um projeto feito no SUS e para o SUS, que tem que seguir todo um protocolo acadêmico, científico e metodológico, mas que é feito tendo que contar com as institucionalidades locais. Você precisava fazer literalmente 177 negociações individuais, uma em cada município. Cada município é um locus distinto. A bucal tem a sua governabilidade distinta. Cada município faz parte de um estado que, por sua vez, tem um grau de governabilidade totalmente distinto também. Com isso, teve município que não quis participar. Olhou para o seu próprio umbigo e não quis partilhar da experiência do estado. Por exemplo, três ou quatro municípios, dos dez que foram sorteados num estado, não queriam fazer. Alguns gestores municipais fecharam os olhos e disseram que se dependesse deles não fariam. E aí já não respondiam mais correspondência. Alguns municípios não mandaram os dentistas nem os auxiliares. Nesses casos a gente quis saber o que tinha acontecido. Eles disseram que não fariam e não teve acordo. Tivemos que*

contratar gente de outro lugar pra ir fazer lá. Acho complicado se a pessoa não entende a importância de participar do projeto e se recusa a fazer. O que eu via era o não entendimento da importância do levantamento. Os gestores municipais o encaravam como mais uma tarefa e não como uma coisa que podia trazer retorno, na forma de organização de novas políticas. Afinal, você está dentro do serviço, fazendo uma pesquisa que ao mesmo tempo está transformando aquele serviço e produzindo conhecimento.

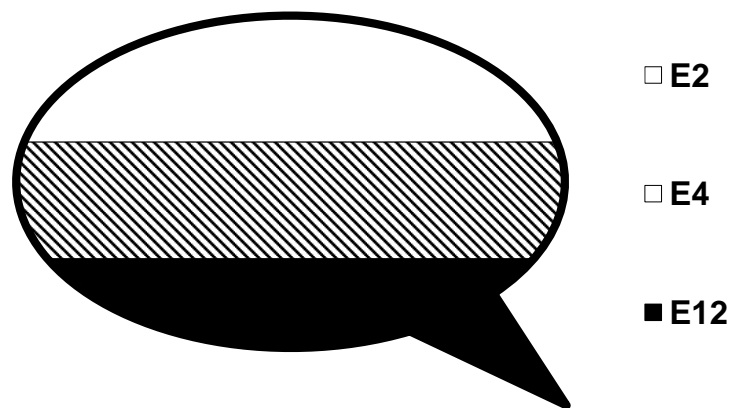


Figura 17 – Composição do DSC referente à Ideia Central I da pergunta 3 segundo entrevistado.

Ideia Central J – Sim, a consulta pública foi muito interessante nesse sentido.

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.

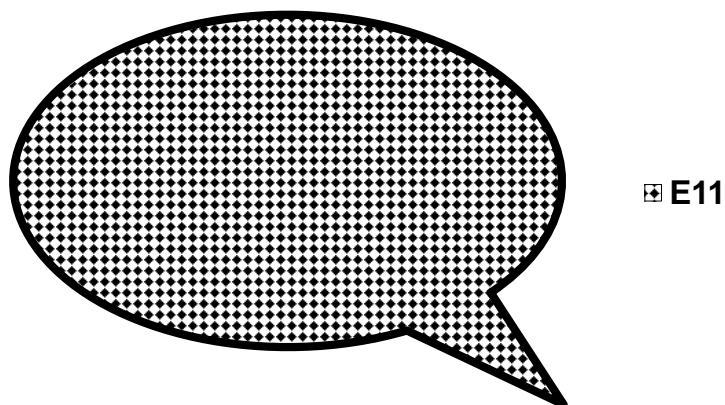


Figura 18 – Composição do DSC referente à Ideia Central J da pergunta 3 segundo entrevistado.

Ideia Central K – Sim, os coordenadores precisavam convencer as equipes a conduzirem um processo que eles não eram espelho.

DSC: *Dar conhecimento foi um processo cumulativo. As pessoas vão entendendo vagorosamente. 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 que eles não eram espelho.*

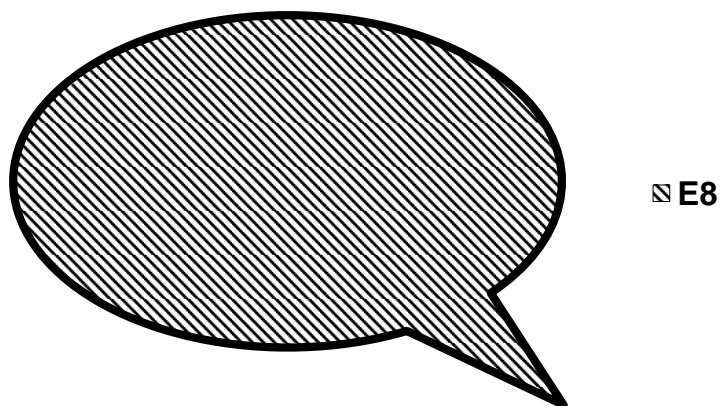


Figura 19 – Composição do DSC referente à Ideia Central L da pergunta 3 segundo entrevistado.

5.3 QUARTA PERGUNTA

As respostas dos entrevistados relativas às contribuições de um inquérito como o SBBrasil 2010 deram origem às ideias centrais apresentadas no Quadro 3.

Quadro 3 – Síntese das ideias centrais relativas à questão: “Além de possibilitar a geração de uma importante base de dados, que outras contribuições um inquérito como o SBBrasil 2010, financiado com recursos públicos, deveria prestar para a população?”.

A	Deveria gerar ação porque os benefícios de um inquérito para a população são indiretos.
B	Deveria ser utilizado na geração de novos conhecimentos.
C	Deveria estimular a elaboração de políticas públicas mais equânimes.
D	Deveria proporcionar maior aproximação entre a academia e o serviço.
E	Deveria contribuir para que os profissionais revejam as suas práticas.
F	Deveria gerar memória, ou seja, materializar mudanças nas condições de saúde em dado epidemiológico.

Ideia Central A – Deveria gerar ação porque os benefícios de um inquérito para a população são indiretos.

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

descreve a saúde bucal do brasileiro. Os dados obtidos devem resultar em políticas e recursos. Afinal, não se faz muita coisa sem a parte do financiamento.

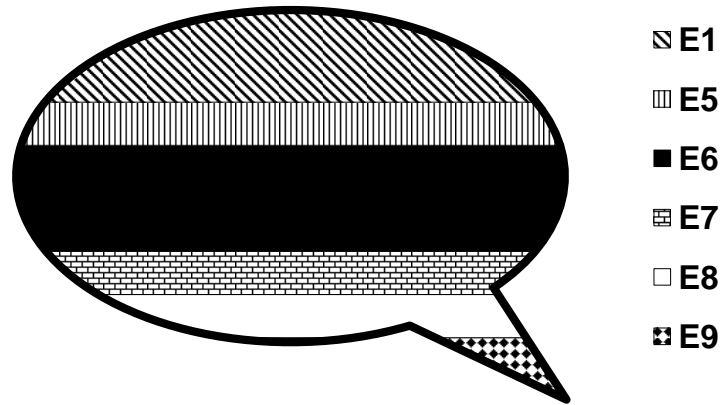


Figura 20 – Composição do DSC referente à Ideia Central A da pergunta 4 segundo entrevistado.

Ideia Central B – Deveria ser utilizado na geração de novos conhecimentos.

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

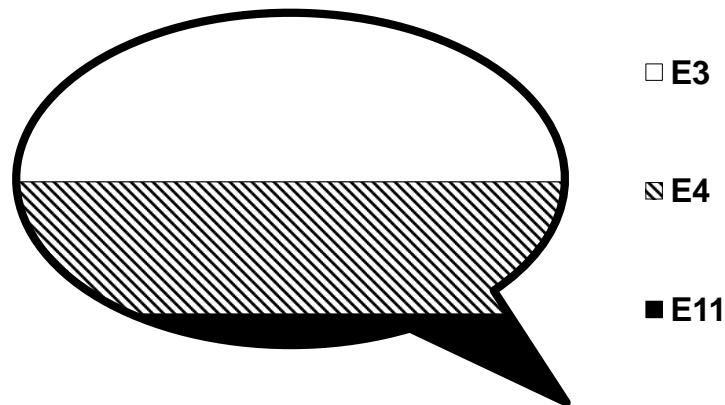


Figura 21 – Composição do DSC referente à Ideia Central B da pergunta 4 segundo entrevistado.

Ideia Central C – Deveria estimular a elaboração de políticas públicas mais equânimes.

DSC: *O resultado da Região Norte, a rigor, não mudou nada. É a única Região que não mudou o CPO. Na verdade, dá até um aumento, mas de casa decimal que não é estatisticamente significativa. Podemos dizer que o CPO é o mesmo do de 2003. Então, é preciso que a gente tenha um olhar diferenciado para essa Região porque os seus indicadores não melhoraram. O acesso a serviços lá é ainda muito problemático, a oferta de serviços é pequena. A centralidade em políticas mais equânimes por parte da bucal é relativamente recente. Aliás, é muito frágil ainda. Você não tem uma política de equidade do ponto de vista da bucal, do ponto de vista da distribuição de recursos. Até hoje a gente ainda tem o menor número de CEO [Centros de Especialidades Odontológicas], a menor cobertura de Estratégia Saúde da Família, uma menor cobertura de fluoretação de águas, menos tudo na Região Norte. E aí tem que botar o dedo na ferida, fazer uma meia culpa de que na verdade não se investiu em políticas equitativas de 2004 a 2009. Acho que isso tem que ser visto mais como um diagnóstico mesmo. É um pouco aquela lei da atenção inversa. Acabou que quem é, por exemplo, que expandiu a rede de CEO? Quem tinha capacidade técnica de mandar o projeto, de organizar uma rede, quem tem inteligência local, quem tem governabilidade. E onde é que está isso? Nas regiões que menos precisam deles. Mesmo no Nordeste que teve queda, a queda é menor do que no Sudeste. Isso pra mim é um problema, talvez o pior deles. A gente deu conta de reduzir, uma redução sensivelmente maior, mas ela foi absurdamente*

desigual. É uma queda que foi puxada pelas regiões mais ricas, ou seja, Sul e Sudeste. Lógico, não dá pra creditar tudo isso à Política, mas admitindo que haja um efeito da Política nisso, ela está aparecendo mais em quem menos precisa dela. Enfim, enquanto as regiões Sul e a Sudeste continuam diminuindo seus índices epidemiológicos, outras estagnaram ou pioraram. No caso da Região Norte, piorou.

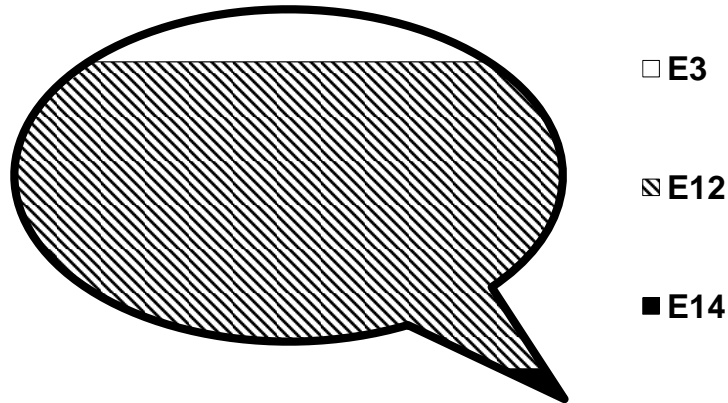


Figura 22 – Composição do DSC referente à Ideia Central C da pergunta 4 segundo entrevistado.

Ideia Central D – Deveria proporcionar maior aproximação entre a academia e o serviço.

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

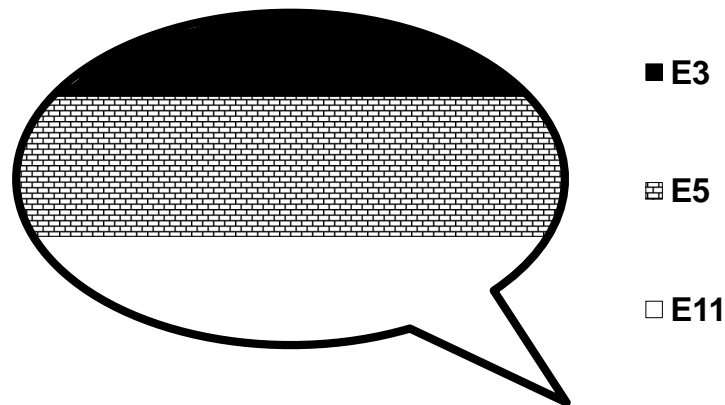


Figura 23 – Composição do DSC referente à Ideia Central D da pergunta 4 segundo entrevistado.

Ideia Central E – Deveria contribuir para que os profissionais revejam as suas práticas.

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

mídia trabalha contra o tempo todo.

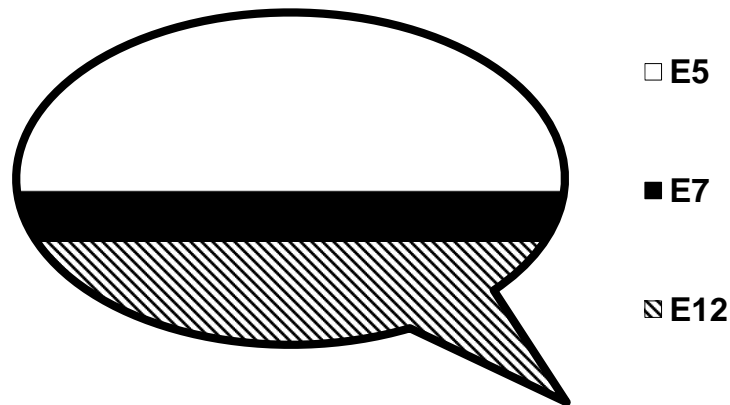


Figura 24 – Composição do DSC referente à Ideia Central E da pergunta 4 segundo entrevistado.

Ideia Central F – Deveria gerar memória, ou seja, materializar mudanças nas condições de saúde em dado epidemiológico.

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

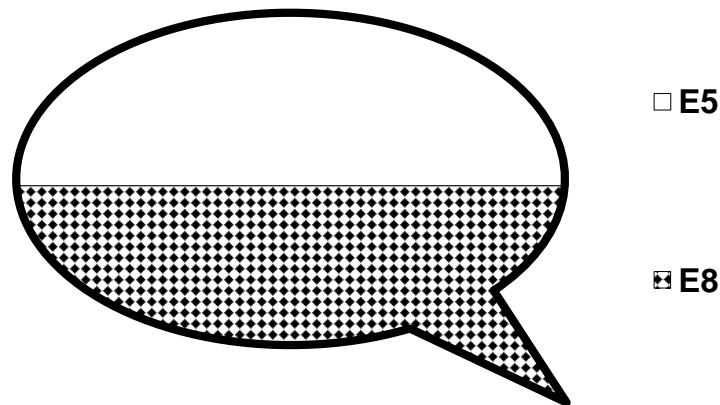


Figura 25 – Composição do DSC referente à Ideia Central F da pergunta 4 segundo entrevistado.

5.4 QUINTA PERGUNTA

A última questão do roteiro deu origem a cinco ideias centrais (Quadro 4). Grande parte dos depoimentos abordou a questão da obrigatoriedade do TCLE em inquéritos de base populacional. Conforme mencionado, existem questionamentos em relação a essa exigência por parte de alguns epidemiologistas brasileiros. Cabe salientar, ainda, que a coleta de dados desta investigação foi finalizada em 2012 e, portanto, a maioria dos entrevistados faz referência à Resolução nº 196/96.

Quadro 4 – Síntese das ideias centrais relativas à questão: “Agora eu vou dizer uma frase e gostaria de saber se você concorda ou discorda e por que: Tendo em vista que as resoluções normativas do Conselho Nacional de Saúde têm como foco principal os estudos experimentais, ou seja, as pesquisas clínicas e laboratoriais, é preciso elaborar normas e regras éticas que atendam as particularidades das pesquisas de base populacional como os inquéritos”.

A	Discordo, não acho que sejam necessárias novas resoluções.
B	Concordo parcialmente, pois talvez seja necessária uma releitura.
C	Concordo inteiramente porque o inquérito é um ato do serviço público odontológico.
D	Discordo, pois não acho que passa pela questão de ter uma resolução diferente.
E	Discordo, considero o TCLE importante.

Ideia Central A – Discordo, não acho que sejam necessárias novas resoluções.

DSC: Não acho que sejam necessárias novas resoluções. Essa cultura da eticidade da pesquisa com seres humanos já devia estar bem absorvida. A 196 estabelece como razão fundante a proteção da dignidade dos sujeitos de pesquisa. Fazer

entrevista, tirar foto, usar imagem de uma pessoa, tudo isso tem um componente que pode ser de constrangimento, pode ser de invasão de privacidade, de uso do tempo alheio. Há que se considerar que as recomendações sucedâneas da 196 a aperfeiçoam, preenchendo lacunas e alguns aspectos que lá atrás pareciam pétreos da 196; e que depois foram reanalisados, recontextualizados e ressignificados com base em novas realidades que foram se apresentando na medida em que a pesquisa no Brasil se constituía melhor com base na sua eticidade. Por exemplo, eu acho que precisa ter mesmo o esclarecimento e assinar. Não acredito que em pesquisa de base populacional, inquéritos, por exemplo, o fato de a pessoa abrir a porta e receber já seja um consentimento implícito. Não acredito nisso. É necessário, claro, respeitosamente, que ela abra as portas e te receba e que você esclareça o que está fazendo ali. Eu acho que é importante a gente saber que houve anuência, porque às vezes você entra na casa e a pessoa simplesmente não quer ser examinada. Nós tivemos essa situação: “As perguntas eu respondo, pôr a mão na minha boca não”. A pessoa precisa ter clara a finalidade. Não é uma cirurgia, uma coisa que abre o corpo, mas invade a pessoa, vai fazer um exame na boca, tem a parte psicológica ligada à boca. Se abrisse a porta e já fosse considerada autorização, seria mais rápido e facilitaria, mas eu acho que tem que existir o termo. Eu acho que tem que ter esse cuidado porque tem muita coisa que se faz em nome de pesquisa e invadindo as pessoas. O TCLE cria uma noção para o pesquisador de que ele precisa oficializar esse aceite, o consentimento. O consentimento tem um valor. Além disso, a gente se depara com pessoas que, de alguma forma, acham que podem ter alguma vantagem sobre isso, no sentido de: “Não, eu não sabia o que era isso. Então, eu não fui bem esclarecido e agora eu quero te processar”.

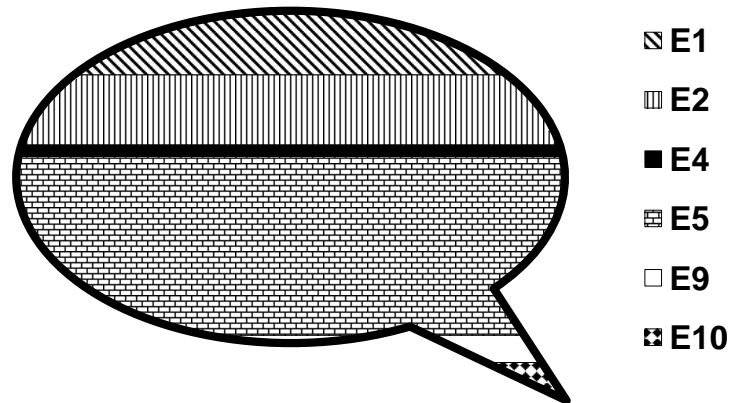


Figura 26 – Composição do DSC referente à Ideia Central A da pergunta 5 segundo entrevistado.

Ideia Central B – Concordo parcialmente, pois talvez seja necessária uma releitura.

DSC: *Talvez seja necessária uma releitura desse consentimento para as pesquisas de base populacional. Eu tenho pouca vivência nisso, mas tenho observado que em outros países a questão ética do consentimento é muito mais simples do que aqui no Brasil. A Resolução 196/96 é muito preocupada com estudos de intervenção e acho que a gente poderia evoluir mais nesse sentido, até porque nas pesquisas, pelo menos nos inquéritos populacionais em saúde bucal, os riscos e os incômodos são mínimos. A entrevista em si não tem nenhum... gera alguns constrangimentos só a questão da renda. Eu acho que a questão do TCLE tem complicado muito levantamentos e estudos epidemiológicos e precisa ser discutido. Eu não diria dispensá-los, mas eu acho que precisaria ter algumas autorizações. Por exemplo, ter uma autorização geral, como anuência geral do conselho municipal de saúde, no caso de municípios, ou conselho de pais e mestres. Então, eu acho que tem que garantir minimamente um protocolo de consentimento pra fazer as pesquisas mesmo que elas não tenham tanto risco como as de caráter experimental, até laboratoriais. Talvez não seja o caso de: “Não, simplesmente não existe nada”. Talvez devesse haver um protocolo de explicação padrão. Que isso não fique ao sabor de centenas de pessoas espalhadas pelo Brasil.*

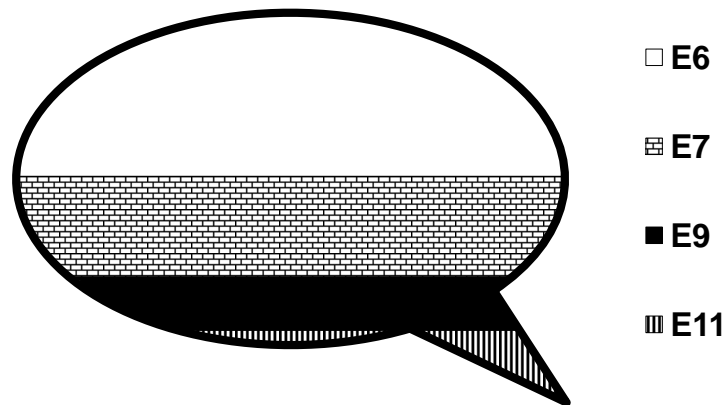


Figura 27 – Composição do DSC referente à Ideia Central B da pergunta 5 segundo entrevistado.

Ideia Central C – Concordo inteiramente porque o inquérito é um ato do serviço público odontológico.

DSC: *Concordo inteiramente com isso. Eu acho que a discussão fundamental é a seguinte: o que é uma pesquisa epidemiológica? Ela é um ato odontológico do serviço público de saúde. Ela é um diagnóstico epidemiológico. Equivale você pesar uma criança pra fazer o controle do crescimento e desenvolvimento, entende? Num inquérito de base populacional como foi o SB, os TCLE acabam sendo um componente mais burocrático do que prático, do que resguardar ao sujeito de pesquisa um direito que está obviamente resguardado independente da assinatura ou não. O simples fato de a pessoa te acolher, te receber na sua casa, abrir a sua porta, literalmente abrir a sua boca ou a do seu filho, está implícito que ela está sabendo pra que o profissional está ali. No SBBrasil 2010, o TCLE era um documento padrão, uniforme, igual para todo o Brasil. Servia para o cidadão paulistano médio, alfabetizado, consciente, e relativamente, mas, enfim, politizado, e ele servia pra pessoa do interior do Acre, muitas vezes analfabeto, descontextualizado. Acho que é um documento único, ele não atendeu as especificidades regionais. Às vezes eu acho que tem uma coisa meio freudiana... acho que os comitês de ética tem uma certa sede de poder. É como se dissesse assim: “Eu sou capaz de fazer com que essa pesquisa não comece”. O cara simplesmente acha isso e não se importa de atrasar uma pesquisa por dois ou três meses. Eu acho um grande avanço essa questão dos comitês de ética porque a coisa estava muito solta. Mas acho que eles põem no mesmo prato um cara que*

coleta sangue pra fazer tráfico de DNA com um sujeito que faz pesquisa epidemiológica, pesquisa de campo com entrevistas. Você pegar uma filigrana e fazer um projeto voltar sem ter a noção que isso é um projeto nacional, que depende de agendas pactuadas anteriormente, que tem que prestar contas, que tem dinheiro pra gastar, que tem prazos pra cumprir. Eu entendo pesquisa como um ato, como uma ação do serviço. Então, eu acho que a Resolução não serve mesmo pra esse fim, não serve. Talvez seja o caso pra uma pessoa que vai testar uma nova droga, uma nova insulina, um ensaio clínico, uma nova técnica cirúrgica, enfim.



Figura 28 – Composição do DSC referente à Ideia Central C da pergunta 5 segundo entrevistado.

Ideia Central D – Discordo, pois não acho que passa pela questão de ter uma resolução diferente.

DSC: *Não acho que passa por ter uma resolução diferente ou não. Passa pela receptividade das pessoas em receber uma equipe de pesquisadores no seu domicílio, que é um espaço privado. A gente entende como é difícil você entrar na casa das pessoas, não é todo mundo que abre a porta. Tem gente receptiva, tem gente menos receptiva. Eu acho que a gente precisa de tempo, quase que criar um vínculo. Claro que vínculo é uma coisa demorada, mas é possível. Por isso que o melhor é quando a equipe que está fazendo a pesquisa é a equipe do bairro que já trabalha lá, que ele já conhece, ele não vai nem questionar. De qualquer modo, é obrigação nossa tornar claro e tirar os constrangimentos, os medos e os sustos eventuais que pessoas têm de assinar. Então, você precisa de profissionais que*

tenham o perfil pra fazer isso, que tenham facilidade de se relacionar. Você tem uma gama de pessoas como anotador e examinador, têm uns que tem mais habilidade de fala que outros. Isso é importante porque a falta da compreensão, do entendimento, da própria leitura do que é que você está assinando, muitas vezes pode levar a pessoa a não querer participar, a não querer assinar o termo. Então, é um momento no qual você se disponibiliza a explicar pra todos, porque você tem um documento e precisa de uma assinatura. Você tem que parar e tem que explicar o que é aquilo. Ainda tem a questão do analfabeto funcional que só sabe assinar o nome, mas não sabe ler. Na verdade eu acho que eles se sentem muito expostos porque têm que confiar no que você diz. Lembro-me, no entanto, de alguns casos contados pelos examinadores em que o sujeito de pesquisa chama o filho mais velho pra ler. Às vezes é uma pessoa até jovem, que sabe ler, mas não entende o que está escrito, aí chama filho, chama vizinho.

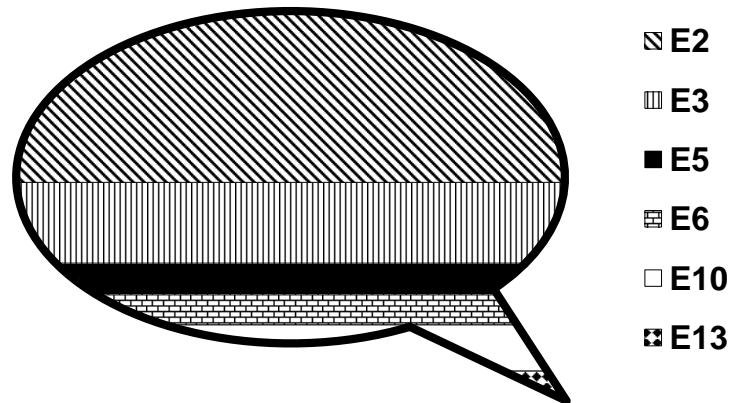


Figura 29 – Composição do DSC referente à Ideia Central D da pergunta 5 segundo entrevistado.

Lefèvre e Lefèvre (136) afirmam que existem depoimentos que apesar de não serem iguais ou semelhantes podem ser agrupados sem parecer incoerência. Nesse sentido, foram associados dois blocos discursivos na ideia central abaixo: o TCLE como instrumento tanto de proteção quanto de adesão e a importância da divulgação da pesquisa nesse processo.

Ideia Central E – Discordo, considero o TCLE importante.

DSC: *Na minha experiência, não é a pessoa que tem a condição socioeconômica*

mais simples que impede. É a outra. Quanto mais rica a área, mais recusa. Quando você é de um nível sociocultural maior, você questiona: “Por que tem que fazer? Por que eu fui sorteado?”. Mas as pessoas com um nível socioeconômico menor, muitas vezes se sentem, sei lá, até coagidas a fazer mesmo. Então, eu acho que é importante ter um consentimento principalmente para as comunidades mais carentes, pois abrem as portas com mais facilidade. A pessoa que tem condição socioeconômica menor e é mais simples, ela não se preocupa com o documento, ela abre a casa, ela faz café. Nos bairros mais simples não teve recusa, muita recusa. Nós tivemos problema nos setores mais privilegiados, nos outros não. E eles pediam pra assinar. Era mais fácil porque você tinha uma leitura, tinha um papel timbrado. Você entregava para as pessoas e aquilo lá era um documento muitas vezes pra eles. Nas comunidades onde a população é mais desconfiada era extremamente importante aquele papel. Eles pegavam aquilo, liam com toda atenção do mundo, assinavam ou liam e se recusavam. Os examinadores chegavam a contar conflitos dentro da casa de adolescentes ou de crianças que queriam participar e, às vezes, a mãe, por ignorância, por desconhecimento, porque é um novo rico, porque é um cara que tem convênio... Argumentos dos mais bizarros possíveis vinham pra fazer a recusa. Daria pra conseguir uma adesão maior se a gente conseguisse ampliar a divulgação na mídia. Acho que faltou um pouco disso nessa pesquisa. Uma divulgação no sentido de esclarecer a importância daquele inquérito, que benefícios poderiam trazer para a saúde bucal da população em termos de assistência, de serviços, de melhorias. Eu achei que faltou uma coisa mais nacional, mas teve cidade que fez, por exemplo, outdoor chamando, comunicando que ia ter a pesquisa. Alguns locais fizeram um trabalho muito bacana de divulgação anterior, panfletaram nos bairros. Antes disso, teve todo um trabalho junto com os agentes comunitários, de entregar o panfleto, mas ainda assim eu acho que faltou um pouco isso.

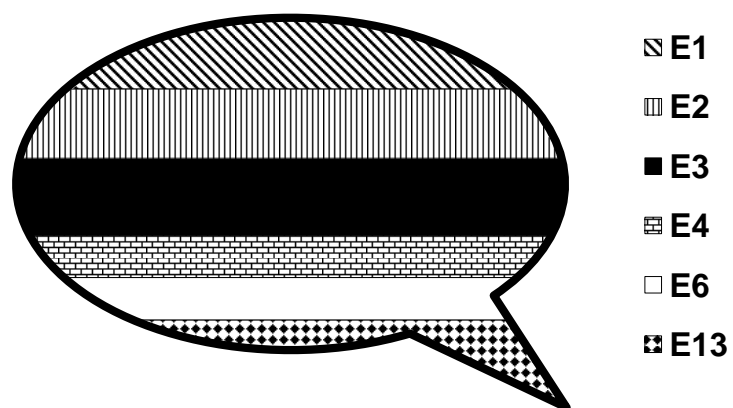


Figura 30 – Composição do DSC referente à Ideia Central E da pergunta 5 segundo entrevistado.

6 DISCUSSÃO

Lefèvre e Lefèvre (141) explicam que o discurso empírico, fruto do depoimento dos entrevistados, é “um produto a ser qualificado *a posteriori*, como *output*, pela pesquisa”. Ao pesquisador cabe, então, a tarefa de interpretar e contextualizar o quadro composto pelos vários DSC, inserindo-o em uma moldura teórica (154). A ideia não é sobrepor, mas contrapor o discurso empírico com o não empírico. Estabelecer, portanto, um diálogo entre esses dois discursos com o intuito de avançar no conhecimento (141). Na tentativa de estabelecer essa relação dialógica, o texto a seguir não segue necessariamente a ordem das ideias centrais apresentada na seção de resultados. Em alguns trechos, dois ou mais DCS, tidos como complementares, mas obtidos a partir de perguntas diferentes, foram discutidos em conjunto; com exceção da última pergunta do roteiro. Segundo Lefèvre et al. (155), na seção de discussão o pesquisador passa a ocupar “o lugar do sujeito da produção de sentido”, até então propriedade dos participantes da pesquisa. Com base nessa prerrogativa do pesquisador, optou-se por maior liberdade na abordagem dos DSC.

6.1 POR QUE É ÉTICO FAZER INQUÉRITOS POPULACIONAIS?

A execução de inquéritos demanda gastos consideráveis de tempo, energia e recursos financeiros. Logo, para serem éticos, devem produzir conhecimentos que justifiquem tais despesas. Para Burt (156), no âmbito dos serviços de saúde, esses estudos precisam ser válidos o suficiente para atender às necessidades da gestão. Tal autor elenca cinco razões que dão legitimidade à realização de inquéritos, todas relacionadas com planejamento e avaliação de políticas públicas. A primeira delas aborda o monitoramento de tendência temporal de doenças e agravos bucais. Desde que realizados periodicamente e com estrutura metodológica similar, os inquéritos possibilitam analisar o comportamento de algum fenômeno epidemiológico ao longo do tempo. Dessa forma, um inquérito pode servir de linha de base para observações posteriores (9). Por isso, a utilidade de um inquérito de saúde será restrita caso não forneça dados que sirvam de parâmetros futuros de comparação. Em um dos DSC, os entrevistados reconhecem justamente essa importância dos inquéritos de saúde na geração de memória. Esta é uma questão relevante na

medida em que o desenvolvimento de políticas públicas deve ser baseado em tendências, e não em “resultados estáticos” de apenas um inquérito (156).

Desse modo, os conhecimentos epidemiológicos gerados por inquéritos como o SBBrasil 2010 produzem efeitos imediatos e mediatos. 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 mediatos se referem à possibilidade de estudos e análises a serem realizados por gerações futuras que, sem dispor de dados gerados no presente, ficariam impossibilitadas de criar novos delineamentos e estudos. É fundamental, portanto, não ignorar as consequências futuras da não realização periódica de inquéritos. Nesse aspecto, a ética da responsabilidade, na perspectiva apontada por Jonas (55), 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 esta dimensão do trabalho que realizam como agentes públicos. A execução de inquéritos é uma atribuição de gerações, pois é um instrumento que auxilia na resposta ao desafio ético de pensar a situação de saúde das populações aqui e agora, bem como no futuro.

Em suma, registram-se dois aspectos fundamentais: os conhecimentos e ferramentas da epidemiologia devem servir à gestão em saúde e seus fins éticos; e a responsabilidade de um gestor público não é só com o presente, mas com o futuro. Conforme assinalado, a experiência brasileira com inquéritos nacionais de saúde bucal começou nos anos 1980. Desse modo, há no Brasil um reconhecido acúmulo de saberes em termos quantitativos, mas principalmente qualitativos acerca do desenvolvimento desses estudos. A esse respeito, Roncalli et al. (157) afirmam que “os inquéritos de saúde bucal no Brasil estão atingindo sua maturidade” e ressaltam que “é fundamental que o Projeto SBBrasil se consolide enquanto estratégia de produção de dados primários”. Assim, não há, neste século XXI, razões de ordem técnica e ética que justifiquem a opção pela não execução de inquéritos epidemiológicos de saúde bucal no Brasil.

6.2 POR QUE A CALIBRAÇÃO *IN VIVO* É ÉTICA?

Realizar inquéritos populacionais epidemiológicos implica considerar aspectos éticos de várias ordens, que se expressam em diferentes dimensões da

investigação. A dimensão ressaltada mais frequentemente, e que será abordada adiante, é a que se refere ao consentimento dos participantes da pesquisa e se relaciona, sobretudo, com a fase da coleta dos dados, durante os trabalhos de campo. Contudo, deve ser mencionada, também, a dimensão que abrange a etapa de preparação e treinamento dos pesquisadores que irão a campo. Nesta fase, os responsáveis pelo inquérito ocupam-se de questões que dizem respeito ao fenômeno conhecido como “viés de observação” (158), essenciais para que haja confiabilidade nos dados obtidos dos participantes da pesquisa e que, agregados, comporão o banco de dados do inquérito, a partir do qual diferentes estudos poderão ser concebidos e realizados.

Inquéritos com “viés de observação” geram bancos de dados com sérias limitações e que restringem as possibilidades de vários tipos de estudos. São, portanto, origem de problemas éticos. Para evitá-los, busca-se reduzir ao máximo as fontes de vieses. Conforme mencionado no subcapítulo 2.9, um método estratégico nesse sentido é a análise de concordância conhecido entre os especialistas como “calibração”. Esse treinamento dos pesquisadores constitui pré-requisito a qualquer inquérito de boa qualidade. Mesmo quando critérios de inclusão ou exclusão são padronizados e bem conhecidos pelos examinadores, ainda assim eles divergem ao realizar os exames em condições concretas. Essas divergências ocorrem entre examinadores e mesmo entre um determinado examinador e si mesmo, em diferentes momentos do tempo. Estudos bem planejados e executados assumem que tais erros são inerentes a inquéritos – e, portanto, inevitáveis. Mas esses erros podem e devem ser controlados. O modo de controlá-los é conhecer a dimensão desses erros, medindo o erro entre os examinadores e intra-examinadores, o que pode ser feito com o emprego de diferentes estatísticas, como os coeficientes kappa e de correlação, dentre outros (127).

De acordo com Tauil (88), validade e precisão são exigências imprescindíveis para que as conclusões de uma pesquisa sejam consideradas legítimas e, portanto, éticas. Desse modo, um estudo válido e preciso é, em tese, ético. A validade dos resultados de um inquérito de saúde bucal depende especialmente, mas não exclusivamente, da confiabilidade das medidas (159). A calibração dos examinadores é um recurso que contribui para a confiabilidade dos dados e, por consequência, para a eticidade de levantamentos epidemiológicos. Embora a eticidade da preparação das equipes de campo esteja dada, existem

questionamentos em relação à chamada calibração *in vivo*, conforme mencionaram alguns dos entrevistados.

No plano histórico, desde a década de 1950 iniciativas vêm sendo formalizadas com o intuito de estabelecer parâmetros para facilitar a realização e viabilizar a comparação de levantamentos epidemiológicos em saúde bucal (125), com destaque para os documentos publicados pela OMS (159). Nesse sentido, o exercício de calibração do SBBrasil 2010 foi fundamentado teoricamente em uma de suas publicações, intitulada *Calibration of examiners for oral health epidemiological surveys*, de 1993, que preconiza a realização de exames bucais em indivíduos como parte do treinamento (129, 160). Adotou-se nesse inquérito a técnica do consenso, proposta por Frias et al. (161), em que “cada condição dentária que tenha sido registrada de modo discrepante em qualquer um dos reexames foi matéria de observação e discussão entre o grupo de dentistas, até que eles chegassem a uma conclusão”. Os voluntários foram, assim, examinados repetidas vezes por todas as equipes participantes e mantidos no local até a obtenção de consenso entre os profissionais; o que foi elencado pelos entrevistados como uma situação dilemática de natureza ética. A esse respeito, Allen e Steele (162) ressaltam que uma das maiores dificuldades na calibração de um grande número de examinadores é a tolerância dos voluntários à repetição dos exames, situação que, de acordo com os autores, é particularmente problemática para os dados relativos às condições periodontais. Para eles, isso dá uma “dimensão ética” a todo o processo de treinamento e calibração.

No SBBrasil 2010, o treinamento, com uma parte teórica e outra prática, foi previsto para durar 32 horas, sendo oito períodos de quatro (129). Roncalli et al. (14) registram que “em cada oficina de treinamento participaram até 10 equipes ao mesmo tempo”, dependendo do porte populacional do município. No DSC referente a esse assunto, há menção ao fato de que cada voluntário foi examinado por, no mínimo, dez cirurgiões-dentistas. No entanto, no *Manual de Calibração de Examinadores*, citado anteriormente, havia a recomendação de dividir as equipes ao meio. Por exemplo, uma capital que contasse com o número máximo de equipes preconizado por oficina, ou seja, dez, teria dois blocos de cinco na parte prática do exercício de calibração (129). Não havia, contudo, nenhuma orientação estabelecendo como condição o exame de cada voluntário pelos dois blocos de profissionais. Dessa forma, no caso das calibrações que envolvem um grande

número de profissionais, uma alternativa ética é realizar o exame epidemiológico de cada voluntário por apenas um dos blocos de equipes. Isso poderia ser visto por alguns instrutores de calibração como um fator dificultador, pois aumentaria o número de voluntários a serem selecionados, mas seria ético, uma vez que contribuiria para minimizar o desconforto.

Mediante essas dificuldades da calibração *in vivo*, existem as chamadas técnicas de calibração *in lux* e *in vitro* realizadas, respectivamente, com a projeção de imagens e com dentes exfoliados ou extraídos (129, 163). A primeira foi utilizada no SBBrasil 2010 para o treinamento de dois agravos: fluorose e traumatismo dentário (129). São técnicas cientificamente validadas, mas nem sempre adequadas à prática de saúde pública, principalmente para o diagnóstico epidemiológico de cárie dentária, principal problema de saúde bucal no Brasil. Além disso, a despeito de suas limitações, relatadas por Agbaje et al. (164), a calibração *in vivo* é a técnica que mais se aproxima das condições que serão encontradas pelos examinadores durante o trabalho de campo. A importância pedagógica do fazer, que compreende, mas não se restringe ao ver, é outro fator que a diferencia das outras técnicas, principalmente da *in lux*.

Para optar por uma ou outra técnica, há sempre de se fazer uma ponderação entre o desconforto e o benefício, pois conforme estabelecido na Resolução nº 466/12 (74), “a eticidade da pesquisa implica em [também] buscar sempre que prevaleçam os benefícios esperados sobre os riscos e/ou desconfortos previsíveis”. No caso do SBBrasil 2010, pesquisa nacional e financiada com recursos públicos, é imprescindível levar em conta, ainda, a noção de custo-benefício. Repetiu-se no SBBrasil 2010 a opção metodológica adotada em todos os levantamentos epidemiológicos nacionais que o precederam. Desse modo, no momento da construção do projeto técnico, existia um conjunto de conhecimentos científico e empírico acumulado ao longo do tempo que permitiam pressupor, fazendo uso das palavras de Kalamatianos e Narvai (165), que “os esforços empreendidos [possibilitariam] alcançar os resultados esperados”. Afinal, para que uma ação de saúde pública seja considerada ética, é preciso que existam evidências de que ela cumprirá os objetivos propostos para, assim, justificar os custos e os riscos ou desconfortos a que os participantes serão submetidos (165). Por isso, considerando os recursos de natureza programática, institucional e política disponíveis atualmente,

provavelmente a calibração *in vivo* ainda é a melhor opção e, desde que realizada procurando minimizar os desconfortos, não viola princípios éticos.

6.3 PORQUE A CALIBRAÇÃO NÃO É SUFICIENTE PARA ASSEGURAR A VALIDADE DOS RESULTADOS?

Uma característica dos inquéritos SBBrasil, referida anteriormente, 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 (16). Portanto, a maioria dos profissionais que participou da coleta de dados não era especializada nessas ações, embora alguns contassem com a experiência acumulada de estudos locais ou do próprio SBBrasil 2003. Para Hossne e Vieira (166), o pesquisador inexperiente, ou seja, “que trabalha em terreno ainda não trilhado está mais sujeito a erro”. Entretanto, no contexto das situações referidas pelos entrevistados nos dois primeiros DSC do Quadro 2, é preciso diferenciar a fraude do erro legítimo ou honesto.

No SBBrasil 2010, cada equipe contava com o auxílio de um dispositivo eletrônico, cedido pelo IBGE, denominado PDA (*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 (166). 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.

O SBBrasil 2010 foi construído por ações de centenas de atores sociais portadores de interesses certamente conflitantes, mas todos tinham compromisso ético com a sua consolidação. Os números do relatório final desse inquérito são, portanto, fruto do trabalho anônimo de vários trabalhadores da saúde, que de modo autônomo ou não, dedicaram-se a um projeto coletivo e de interesse público. Desse modo, os examinadores entregaram dados falsos no âmbito de um projeto que é feito a partir do agir individual, mas também coletivo. A atitude desses profissionais refletiu em muitos dos envolvidos na pesquisa, uma vez que o CPOD de um local é

constituído pela soma do trabalho de cada equipe. Em um inquérito nacional de saúde bucal, a relação é, invariavelmente, de complementaridade. A ação dos dois examinadores repercutiu, portanto, na de terceiros. E isto, de acordo com o exposto no subcapítulo 2.3, os torna responsáveis tanto pelo ato quanto pelas consequências.

Cabe nesse ponto retomar as três perspectivas do conceito de responsabilidade apresentadas anteriormente aplicando-as na situação descrita. A primeira delas é a da responsabilidade legal (penal, civil e administrativa) (47). A existência de procedimentos administrativos e jurídicos é, sem dúvida, importante, mas, segundo Krohling (35), “não se pode confiar que as leis e o sistema jurídico resolvam os impasses e as contradições da sociedade moderna”. Afinal, leis, normas e regras podem ser acatadas ou não, pois elas não são absolutas. A Constituição Brasileira assegura que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza” (48). Todavia, diz Poirié (167), “nada nessa Lei, nessa justiça dos homens, afirma que Eu sou responsável-para-com-outrem”. Ruiz (29) explica que “o outro aparece como um referente necessário, porém a sua alteridade não é o critério constitutivo do sentido da justiça”.

De acordo com Garrafa (51), no setor saúde a Deontologia “é direcionada preferencialmente para os deveres e as obrigações morais dos participantes de uma determinada comunidade profissional da área biomédica”. 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 (168), cuja versão de 2012, estabelece que “cabará aos profissionais da Odontologia, como integrantes da equipe de saúde, dirigir ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população”, 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 (50).

Não há dúvida, porém, que este 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 (169). Para Kipper e Clotet (170), “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”. Cabe, então, ressaltar a importância da ética e do compromisso de um servidor público da saúde para o desenvolvimento do SUS e do País (171) e considerar o que ele faz, ou deixa de fazer, sob o prisma da ética da responsabilidade (51).

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 no SUS do cotidiano. No entanto, ressalta Garrafa (171), “pouco se tem trabalhado [...] sobre os deveres e obrigações dos diferentes atores envolvidos direta ou indiretamente nas variadas atividades e escalões que dizem respeito ao SUS”. A contemporaneidade é, por vezes, paradoxal. Se, de um lado, estão reunidas, mais do que nunca, as condições técnicas e legais para efetivar a determinação constitucional da saúde como direito fundamental de todo ser humano, por outro, parece cada vez mais perceptível que ela nunca esteve tão longe de ser efetivada como hoje.

Segundo Garrafa (171), há que se destacar de imediato que, qualitativamente, a questão da “responsabilidade ética não é diferente quando comparamos os papéis de um simples funcionário do posto de saúde que maltrata os usuários [com o] da autoridade mais alta de uma determinada hierarquia e que se julga dona absoluta da verdade”. 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. E isso remete diretamente ao conceito de ética da responsabilidade individual (51), definido anteriormente (página 33).

6.4 AUTONOMIA: A UM SÓ TEMPO NECESSÁRIA E INSUFICIENTE

Após processo de consulta pública e submissão à CONEP, o CTA-VSB elaborou a versão final do Projeto Técnico do SBBrasil 2010. Com o término da etapa de planejamento, os CECOL começaram a se aproximar das secretarias de

saúde dos estados que estavam sob sua responsabilidade, as quais, por sua vez, contatavam as secretarias de saúde dos seus municípios sorteados. Tanto os estados quanto os municípios precisavam designar coordenadores locais para a pesquisa que geralmente, mas não necessariamente, correspondiam aos ocupantes dos cargos políticos de coordenadores de saúde bucal. Basicamente, existiam duas exceções: municípios de pequeno porte demográfico que, pela própria desorganização da área, não dispunham dessa função gerencial; além de estados e municípios de médio ou grande porte cuja estrutura destinada à saúde bucal estava em tal grau de inferioridade no organograma das secretarias de saúde, que também não contavam com esse cargo. Isso, por vezes, inviabilizava qualquer tentativa de priorização do SBBrasil 2010 no âmbito institucional devido a gama de subordinações.

Nesse contexto, a função do coordenador municipal do SBBrasil 2010 era estratégica na medida em que ele organizava todos os processos em nível local, ou seja, na unidade operacional da pesquisa. Coube a esse profissional “identificar a equipe de campo (examinadores/anotadores) – preferencialmente servidores do SUS – e garantir sua liberação para participação na pesquisa” (131). Nesse ponto, surge uma questão apontada pelos entrevistados como sendo de natureza ética, ou seja, o modo como foi realizada a convocação desses trabalhadores. A implantação da PNSB, em 2004, resultou em uma nítida ampliação de recursos humanos nas secretarias municipais. O problema é que vários municípios têm optado, ainda, por formas contratuais não estáveis. Para alguns dos entrevistados, a precariedade do vínculo empregatício resultou na adesão de muitos examinadores e anotadores ao SBBrasil 2010 por conta do alerta velado e intimidador do desemprego. Logo, eles não tiveram autonomia para tomar a decisão de participar ou não.

Para Muñoz e Fortes (172), uma “pessoa autônoma é aquela que tem liberdade de pensamento, é livre de coações internas ou externas para escolher entre as alternativas que lhe são apresentadas”. O exercício da autonomia requer, segundo os autores, alternativas de ação, bem como liberdades de opção e ação. Nesse sentido, Oliva (49) ressalta que “de nada adianta ter o agente o conhecimento que lhe permite antecipar o tipo de ação que trará as melhores consequências – para si, para outrem, para a coletividade – se não desfruta de liberdade”. A liberdade é, portanto, condição de possibilidade de todo agir moral.

Por outro lado, a autonomia por si só não garante a qualidade em saúde. Ela precisa, necessariamente, vir acompanhada de responsabilidade (173). Nas palavras de Campos e Campos (174): “Não tomamos autonomia como o contrário de dependência, ou como liberdade absoluta. Ao contrário, entendemos autonomia como a capacidade do sujeito de lidar com sua rede de dependências”. De acordo com os entrevistados, alguns servidores do SUS, muitos efetivos, se negaram a participar do SBBrasil 2010. Isso gerava ainda mais preocupação nos municípios sorteados de até 20 mil habitantes, uma vez que, não raro, contavam com apenas um cirurgião-dentista. Nesses casos, as prerrogativas locais ficaram a cargo da coordenação estadual de modo a viabilizar a continuidade do município na amostra. A principal justificativa para essas recusas estava vinculada com o modo como esses profissionais concebem o seu trabalho que, em geral, possui foco na assistência. Não obstante, sabe-se que o conjunto de atribuições e competências de um trabalhador do SUS possui um componente técnico e assistencial, reconhecidamente indispensável, mas insuficiente, e que invariavelmente deve ser complementado por outro que é político e social. Talvez por desconhecerem isso, os referidos profissionais tenham optado por restringir as suas atividades ao primeiro componente.

No entanto, os inquéritos epidemiológicos não devem ser encarados como uma tarefa episódica ou opcional, principalmente por integrantes de Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, uma vez que “para o planejamento das atividades de Saúde Bucal na Atenção Básica é necessário destacar a importância da utilização da Epidemiologia” (175). Trata-se, portanto, de uma atribuição inerente ao cargo. Para Campos (169) “ao recortarem radicalmente seu próprio objeto de trabalho, ao excluírem dele as outras dimensões da realidade sob pretextos variados, [os profissionais] sempre reduzirão, por decorrência, o compromisso ético com a reprodução da vida”.

Há muito o processo de trabalho odontológico é caracterizado por uma acentuada divisão técnica, uma vez que algumas instituições de ensino superior continuam, a despeito de inúmeros esforços, fundamentando o ensino no chamado modelo biomédico que, reconhecidamente, atua numa lógica cartesiana da saúde. Essa adjetivação, derivada dos métodos do filósofo francês René Descartes, denomina o modo de, segundo Santos (176), tornar o “todo [no caso o indivíduo] cognoscível por via da sua decomposição nos elementos que o constituem”, em

detrimento de uma abordagem holística. Segundo Ruiz (29), “dificilmente encontraremos uma referência à alteridade no pensamento cartesiano. O pensamento de Descartes ilustra com muita eloquência a centralidade do eu na cultura moderna”. Como resultado, alguns profissionais reproduzem no SUS uma concepção de prática característica do setor privado, fortemente tecnicizada e pautada no biológico. E isso fica evidente ao realizar um inquérito como o SBBrasil 2010, que procura envolver os próprios trabalhadores do SUS na coleta dos dados. Pesquisas dessa natureza requerem dos que atuam no nível local uma compreensão do seu objeto de trabalho substancialmente diferente da que predomina na tradição vigente.

Para Campos (177), o alheamento político cristalizado nos ambientes de trabalho favorece “o egoísmo e, sua decorrência natural, o carreirismo, dificultando-se o desenvolvimento de uma nova consciência sindical, sanitária, enfim de qualquer tipo de solidariedade social”. Há, sem dúvida, inúmeros exemplos de gestão inapropriada de recursos públicos na cena política brasileira, mas, segundo Campos (169), o “padrão ético dos governantes não pode justificar totalmente os descabros ou a inércia conformista dos profissionais”. Reconhecer e garantir a autonomia dos profissionais do SUS é um fato. Entretanto, é importante salientar que no momento em que a autonomia passa a ser vista como algo independente e soberano, afirma Pellegrino (178), “cada pessoa chega a ser um átomo moral que determina seus direitos independentemente e, até mesmo, contras as exigências da entidade social a que pertence”. Nesse sentido, Correia (28) considera a autonomia um conceito “por *si* só incompleto. Ele completa-se *com, pela e na* alteridade”. É preciso, então, conciliar a autonomia com a responsabilidade. Em outras palavras: a liberdade, condição precípua da autonomia, deve vir acompanhada, necessariamente, da responsabilização pelos problemas dos outros. Nesse sentido, Garrafa (179) afirma:

A autonomia se manifesta não só na capacidade de responder a uma situação de forma a atender ao mesmo tempo à moralidade social, às normas legais, aos desejos, necessidades e vontades do indivíduo, como também no reconhecimento da conexão entre os seres humanos e todas as formas de vida, assim como na responsabilidade existencial exigida frente a elas.

O individualismo que predomina na atmosfera moralmente atroz do sistema capitalista mistura autonomia com hegemonia do eu e esquece que a constituição do indivíduo se dá a partir da experiência histórica com o outro. Entretanto, deve-se ter

a clareza de que a autonomia reivindica a alteridade humana como referência ética. Ruiz (40) registra que a responsabilidade pelo outro deve preceder a liberdade, ou seja, “a liberdade pessoal não pode existir em detrimento do outro, mas como responsabilidade com e pelo outro”. Para Garrafa (179), “explicita-se, assim, a relação dialética entre reflexão e ação na responsabilidade individual e coletiva pelo impacto que as escolhas dos indivíduos produzem na realidade”. Almeja-se, portanto, o equilíbrio entre a autonomia e a responsabilidade dos trabalhadores do SUS.

Com base no pensamento de Lévinas, o desafio é que os profissionais do SUS, mediante projetos coletivos como o SBBrasil 2010, pratiquem o exercício de enxergar o rosto do outro como de fato o é, ou seja, invariavelmente diferente do seu, mas, concomitantemente, digno de sua responsabilidade; seja esse “rosto do outro” do habitante da cidade beneficiado com ações decorrentes dos resultados do inquérito, do colega de trabalho que participou da coleta dos dados, do instrutor de calibração ou do membro da equipe de coordenação. Cada envolvido no SBBrasil 2010 se tornou ético quando deu valor ao rosto do outro; o que se expressa em atos simples, citados pelos entrevistados, como o compromisso com a coleta e com a devolução de documentos de interesse público. Para Ruiz (34), “a grandeza de cada sujeito se mostrará na capacidade de responsabilidade pelo outro”.

6.5 BASTA FALAR?

Em um dos DSC, os entrevistados afirmam que a questão da responsabilidade foi bastante ressaltada tanto no primeiro contato com as coordenações estaduais e municipais quanto nas oficinas que antecederam o trabalho de campo. Cabe interrogar por que isso foi insuficiente. Afinal, algumas das situações vivenciadas se referem ao oposto, ou seja, à irresponsabilidade. Conforme mencionado, na filosofia levinasiana a relação com o outro não é uma opção, mas uma condição para a constituição do sujeito. E é nessa relação que surge a responsabilidade pelo outro, a qual, inevitavelmente, exige resposta. Entretanto, diante da compulsoriedade da relação e da responsabilidade, o sujeito tem a liberdade de decidir a natureza da resposta. De acordo com Ruiz (34), “posso virar o rosto, me omitir, até me aproveitar da necessidade do outro, mas, em todas as

hipóteses, eu estarei dando uma resposta à interpelação do outro”. Foi essa, então, a resposta dada por alguns profissionais no SBBrasil 2010.

A alteridade é, também, um elemento a ser considerado no cotidiano dos serviços de saúde, uma vez que a produção da saúde é fortemente influenciada pela qualidade das relações interpessoais (180), as quais dependem basicamente do reconhecimento da humanidade do outro, enxergando-o como alguém dotado de sensibilidade e linguagem. Entretanto, a alteridade é comumente deixada de lado em meio à complexidade das relações humanas que se estabelecem no interior das instituições, inclusive no âmbito do SUS (181). Campos e Campos (174) afirmam que, por vezes, os relacionamentos que se dão no âmbito da gestão “escamoteiam a produção de autonomia e escondem certo autoritarismo heteronímico. Decisões políticas e técnicas são dadas como verdades, e impostas, abaixadas, sobre equipes e gestores de serviços”. Puggina e Silva (182) assinalam que a linguagem utilizada por um indivíduo com os outros é reveladora do quanto de alteridade ele tem dentro de si. A linguagem em Lévinas não é palavra sinônima de fala, pois inclui os silêncios. Segundo Poirié (167), “falar não é simplesmente dizer qualquer coisa, é sim expor-se a outrem. Longe de ser um modo de pôr em palavras o mundo, a linguagem para Lévinas é primeiramente um *dirigir-se a outrem*, um chamar”.

O diálogo supõe, como condição, um receptor do discurso. Este, ao falar, ouvir e responder, sem, no entanto, se revelar (afinal, afirma Poirié (167), “a linguagem mascara tanto, senão mais, do que revela”), anuncia e certifica sua presença como outro (167). Verifica-se, então, “o papel da linguagem na individuação e na resistência que ela oferece ao processo de totalização por exigir a presença de um interlocutor em carne e osso”, conforme explica Carrara (32). O conjunto de relações verticalizadas e hierarquizadas que, por vezes, estão naturalizadas nos serviços públicos de saúde faz com que os trabalhadores do SUS se pareçam, fazendo uso das palavras de Campos (169), “mais como agentes da voz passiva do que como sujeitos de alguma mudança ou resistência”. A escassez ou até mesmo ausência de diálogo transforma o serviço de saúde em local de reprodução e ratificação de práticas autoritárias. Como consequência, deixa de valorizar a diferença e de estimular a alteridade. Desse modo, as ambivalências éticas originadas no SBBrasil 2010 precisam ser entendidas e analisadas, também, em relação ao gestor da saúde.

Um dos DCS aborda uma espécie de ética do cotidiano, uma vez que, em alguns locais, a gestão do processo de trabalho demandada para o SBBrasil 2010 em nada se assemelhava à observada no dia a dia dos serviços. Gestores enxergavam a sua função na saúde pública municipal de modo bastante distorcido. O problema é que, conforme explica Jonas (55), “o exercício do poder, sem a observação do dever é [...] ‘irresponsável’, ou seja, representa uma quebra da relação de confiança presente na responsabilidade”. Havia, então, certo desconforto ético e ceticismo entre os profissionais mediante o discurso dos gestores de valorização da organização e de construção coletiva, uma vez que o SBBrasil 2010 exigia um esquema de distribuição de responsabilidades. A esse respeito, Freire (183) ensina: “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 (184), a efetivação do SUS impõe a todos, incluindo gestores, “transformações atitudinais e culturais, requer uma reviravolta ética”.

6.6 POR QUE OS GESTORES DO SUS DEVERIAM PARTICIPAR DE INQUÉRITOS COMO SBBRASIL 2010?

Os municípios que integraram a amostra do SBBrasil 2010 foram selecionados de modo aleatório, ou seja, por meio de um sorteio. De acordo com os entrevistados, alguns gestores municipais se recusaram a participar principalmente após estarem cientes das dificuldades inerentes à realização do inquérito. Essa resistência estava relacionada, em parte, 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 acabam gerando oposição por parte de chefias que priorizam resultados quantitativos e que possuem, portanto, um entendimento restrito a respeito das atribuições dos trabalhadores da saúde e, principalmente, do que é o SUS. 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.

Conforme relatado em um dos DSC, alguns gestores optaram por partidarizar e, com isso, simplificar o SBBrasil 2010; o enxergaram como moeda política e o negaram como um inquérito nacional, de evidente interesse público, com o qual todos deveriam declarar, a despeito da filiação partidária do prefeito ou do governador, compromissos éticos manifestos com o seu desenvolvimento. Com isso, agiram como se o futuro dos serviços de saúde bucal não lhes dissesse respeito. Barata (185) ressalta que os dados produzidos pelos inquéritos de base populacional não são, em geral, “desagregáveis para o uso no nível local”. Estudos de menos abrangência e maior viabilidade em termos de tempo e custo são mais adequados para atender as necessidades da gestão local do SUS (186). Segundo os entrevistados, a não representatividade de inquéritos como o SBBrasil 2010 no nível municipal significou, em boa medida, empecilhos consideráveis para conseguir o envolvimento dos gestores, enquanto sujeitos individuais e coletivos.

A municipalização da saúde é, indubitavelmente, uma conquista e uma estratégia reconhecida como fundamental para concretizar a descentralização como princípio organizativo do SUS constitucional. Entretanto, Campos e Campos (174) alertam que “apesar de termos certas regras gerais para regular o SUS, há uma autonomia quase absoluta para cada secretário municipal decidir em função de quais princípios ou lógica organizará o sistema local”. Desse modo, ainda que o SBBrasil 2010 não tivesse representatividade para o nível local, a decisão de participar ou não do gestor deveria levar em conta, necessariamente, o interesse coletivo contido naquele projeto. Afinal, os municípios seriam parceiros do Governo Federal na execução de uma empreitada essencialmente democrática, na qual as categorias de cooperação, comprometimento e solidariedade se tornavam fundamentais para o cumprimento dos objetivos; o que remete diretamente ao conceito da ética da responsabilidade pública.

A realização de um inquérito nacional compreende aspectos de natureza técnica, institucional e política, o que determina diferenças no ritmo da execução das etapas previstas entre os municípios e, por consequência, entre as Unidades da Federação. Na avaliação dos entrevistados, alguns problemas interferiram de modo substancial na execução do projeto, como a “falta de profissionalização de gestores”, a “reprodução de práticas clientelistas e corporativas na indicação de ocupantes dos cargos de direção” e a “interferência político-partidária no funcionamento dos serviços”, todos eles elencados por Paim e Teixeira (187) como entraves para “o

pleno desenvolvimento do SUS”. O clientelismo e outras práticas antidemocráticas associados à inabilidade de parte dos que ocupam cargos diretivos nos três níveis de governo do SUS obstaculizam qualquer tarefa que requeira compromisso ético-político e competência gerencial.

6.7 QUANDO ENCAMINHAR EM UM INQUÉRITO?

Do ponto de vista ético, um inquérito de saúde deve beneficiar tanto os participantes da pesquisa quanto à população, particularmente a da qual eles foram amostrados (188). As *Diretrizes internacionais para revisão ética de estudos epidemiológicos* estabelecem que, anteriormente à solicitação do consentimento, é preciso assegurar aos participantes da pesquisa que eles serão informados a respeito de qualquer achado associado ao seu estado de saúde particular (68). Nesse sentido, Maher (188) afirma que a participação em inquéritos epidemiológicos de base populacional que utilizam testes confiáveis para identificar condições altamente tratáveis e clinicamente relevantes é, em geral, baseada no retorno dos resultados do teste a todos os participantes para que eles possam receber tratamento adequado. Para o autor, o *feedback* aliado à beneficência do tratamento é algo inerente ao consentimento informado. Falhas nesse processo podem contribuir para que haja um aumento nas perdas e recusas em investigações similares subsequentes (189, 190).

Segundo os entrevistados, as equipes que atuaram no SBBrasil 2010 foram orientadas a ter o cuidado ético de encaminhar as pessoas diagnosticadas com problemas de saúde bucal para tratamento nos serviços públicos odontológicos. Conforme assinalado anteriormente (página 53), a garantia de atendimento estava prevista no TCLE. Entretanto, a análise de *se e como* funcionou esse sistema de referência nos municípios participantes do inquérito, tanto na calibração quanto na coleta de dados propriamente dita, escapa aos propósitos desta pesquisa, mas fica como pergunta a ser explorada em outras investigações. De qualquer modo, o encaminhamento com vistas ao tratamento é eticamente recomendado, uma vez que é preciso buscar oferecer o maior benefício direto aos participantes da pesquisa. Dessa maneira, é ético, em inquéritos como o SBBrasil 2010, concentrar esforços na organização de estratégias para viabilizar o acesso aos serviços dos indivíduos identificados com necessidades em saúde. Isso adquire um tom ainda mais crítico

nos inquéritos realizados no interior do próprio SUS, como o SBBrasil 2010, em que, não raro, os profissionais que integram as equipes de campo são os mesmo que atuam nas unidades públicas de saúde.

Por outro lado, a garantia do encaminhamento remete, nuclearmente, à questão da autonomia dos convidados, principalmente dos indivíduos e grupos sociais em situação de vulnerabilidade social (190). Afinal, a possibilidade de inclusão na agenda dos serviços de saúde pode atuar como fator reforçador na vontade do indivíduo de contribuir ou não com a pesquisa tendo em vista a sua condição social. Além disso, a constatação 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 dilemas.

6.8 A VIOLÊNCIA E OS INQUÉRITOS DE SAÚDE

A respeito dessas situações de violência doméstica constatadas durante a execução de inquéritos domiciliares, cabe assinalar que, legalmente, a notificação de casos de “violência doméstica, sexual e/ou outras violências” é obrigatória para todos os profissionais da saúde, conforme estabelecido na Lista de Notificação Compulsória, a qual está alicerçada em leis como a de nº 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente) (92). É, portanto, um dever previsto na legislação, o que remete à deontologia (191). Saliba et al. (192) afirmam o Código de Ética Odontológica não contém a expressão *violência doméstica*, mas, apesar disso, compete aos profissionais da Odontologia “a observância do dever moral” de cuidar “da saúde e dignidade” das pessoas.

Ferreira e Schramm (191) discutem as implicações éticas decorrentes “da intervenção dos profissionais de saúde” na dinâmica familiar nos casos de suspeita ou confirmação de violência. Apesar de se restringirem à violência doméstica contra a criança, algumas de suas observações podem ser extrapoladas para 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 da existência de “justificativas eticamente corretas para a intervenção”, como nos casos em que a

vítima não enxerga a violência como um problema 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” (191). Merece registro o fato de que os indivíduos são observados uma única vez nos inquéritos, o que pode dificultar esse tipo de ponderação por parte do profissional. De qualquer modo, a notificação pelas equipes de campo pode contribuir, também, para o dimensionamento epidemiológico da violência (192).

O conceito de violência não é atemporal ou universal, pois, segundo Fortes (193), “diversas sociedades, em diversos tempos, definem a violência de modo diferenciado, porém sempre entendida como ato moralmente reprovável”. Barros (194) alerta que, dentre as questões éticas inerentes aos inquéritos, é preciso considerar “o risco que envolve o trabalho dos entrevistadores, especialmente em situação de intensa violência urbana”. Essa foi uma das dificuldades relatadas pelos entrevistados. Pelo próprio acúmulo empírico e teórico, o SBBrasil 2010 adotou um plano de amostragem mais complexo do que o inquérito que o precedeu. As equipes de campo precisavam percorrer, com o auxílio de um mapa, um grande número de quarteirões ou quadras. Cabe ressaltar que isso foi motivo de queixa – por exemplo, em lugares com condições climáticas extremas – e, inclusive, de recusa de alguns profissionais, especialmente dos mais velhos.

Dificuldades, de diferentes naturezas, passaram a se avolumar durante o trabalho de campo nos municípios cujos setores censitários sorteados compreendiam duas formas antagônicas de ocupação e estruturação do espaço urbano: 1) condomínios e loteamentos fechados; 2) aglomerados subnormais – favelas e similares – definidos pelo IBGE como um “conjunto constituído por no mínimo 51 unidades habitacionais (barracos, casas etc.), ocupando – ou tendo ocupado – até período recente, terreno de propriedade alheia (pública ou particular); dispostas, em geral, de forma desordenada e densa” (195).

Para Waldman et al. (11), existem duas situações que favorecem as perdas e, conseqüentemente, a obtenção de resultados com vieses em inquéritos: “a perda diferencial observada geralmente no estrato de renda mais elevada [...] e aquela observada nas áreas mais pobres, nos grandes centros urbanos, onde a violência urbana é o principal motivo das perdas”. De igual modo, Barros (194) destaca que a violência urbana, principalmente nas capitais brasileiras, tem contribuído

sobremaneira para o aumento no percentual de não resposta obtido nos inquéritos. A execução do SBBrasil 2010 em áreas com alto índice de violência dependeu, sobremaneira, da atuação conjunta do poder público e de lideranças locais. Segundo os entrevistados, algumas estratégias foram utilizadas pelas equipes de campo, como a restrição da coleta de dados a horários considerados seguros. Cabe nesse ponto destacar o papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Nos municípios com alta cobertura da Estratégia Saúde da Família, esses profissionais atuaram como mobilizadores da população. Em decorrência do vínculo com os moradores, eles viabilizaram a presença de vários examinadores e anotadores em conglomerados de risco, principalmente nas capitais. Cabe registrar que no SBBrasil 2010, assim como em outros inquéritos domiciliares, foram sorteados setores censitários para serem utilizados como substitutos nas situações de perda das unidades titulares – por impossibilidade de acesso, esgotados todos os recursos disponíveis, como é o caso das localidades vinculadas ao narcotráfico e ao comércio ilícito de armas.

Ao reconhecer a violência como o principal problema de saúde pública de seu país, o colombiano Rivas (196) afirma: “Trata-se de um fenômeno relacionado à justiça distributiva, com a autonomia dos homens e povos, onde prevalece a intenção de produzir dano (maleficência)”. O autor considera que a violência infringe a máxima moral kantiana do homem como fim e não como meio e, portanto, deve interessar aos que se dedicam à Bioética. Para ele, a violência é “objeto da intersectorialidade”, o que a aproxima da Bioética. Nesse sentido, Fortes (193) ressalta que além da “preocupação ética com a dignidade e a qualidade da vida humana”, ao bioeticista compete “refletir sobre o impacto da violência na organização, no funcionamento dos serviços e nos custos do sistema de saúde”. Braz (197) concebe como “dever moral” o envolvimento da Bioética nas discussões em torno de políticas que possam impactar populações em situação de exclusão e violência.

6.9 POR QUE É ÉTICO FAZER CONSULTA PÚBLICA E DISPONIBILIZAR O BANCO DE DADOS?

De acordo com um dos DSC, descobrir o que as pessoas pensam via mecanismo de consulta pública é um modo de promover a eticidade de uma

pesquisa. Segundo publicação do MS (198), a consulta pública é uma ferramenta utilizada no âmbito do SUS “para colher contribuições, tanto de setores especializados quanto da sociedade em geral”. Burgess (199) ressalta o emprego crescente desse mecanismo em instituições do setor saúde para auxiliar na solução de um problema que envolve opiniões divergentes. Para o autor, o uso da consulta é uma tentativa de retratar os diversos pontos de vista das partes interessadas em uma profundidade tal que permita uma compreensão compartilhada e uma análise ética transparente. Objetiva-se, com o processo, obter uma decisão consensual, ou seja, conseguir que as partes concordem em apoiar uma ação, e não obrigá-los a mudar sua “perspectiva moral”. A consulta pública é, em geral, utilizada com o intuito de conferir legitimidade democrática às decisões, mas Levitt (200) alerta que o adjetivo “público” agrega uma variedade de grupos com interesses, por vezes, diametralmente opostos, “e não deve ser romantizado como a voz da verdade e da moralidade”. A esse respeito, Buetow (201) afirma que o público não é uma “entidade homogênea”, com o mesmo grau de “conhecimento, habilidade e disposição” para dar um retorno fundamentado.

Um adequado processo de consulta pública deve contemplar, basicamente, quatro pontos fundamentais (201): 1) ter uma questão para a 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. Esses pontos exprimem valores como integridade, respeito, transparência e prestação de contas (201). A esse propósito, destaca-se o fato de que o Grupo Gestor do SBBrasil 2010 teve o cuidado ético e, conforme consta no DSC, a responsabilidade de publicar uma Nota Técnica elencando todas as contribuições recebidas ao longo do processo de consulta pública. Para cada uma delas, elaborou-se uma argumentação para sua aceitação ou recusa e um encaminhamento.

Buetow (201) afirma que há duas condições que comprometem a eticidade de uma consulta pública. A primeira refere-se à situação em que a proposta inicial é apresentada em um estágio de desenvolvimento tal que faz o público acreditar que a decisão final independe da consulta. Na situação oposta, o texto pouco desenvolvido não dá condições para que o público participe efetivamente do processo. Conforme assinalado na página 53, cerca de um quarto das contribuições recebidas foram

incorporadas no projeto final do SBBrasil 2010, o que expressa o significado da consulta pública para o aprimoramento do texto. Mesmo com restrições, a consulta pública pode ser vista como uma ferramenta com potencial para fomentar a participação social, a qual, segundo Fortes (202), 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”.

Os entrevistados também destacaram, como ponto positivo, a disponibilização do banco de dados do SBBrasil 2010. Para eles, trata-se de uma maneira de contribuir para a geração de novos conhecimentos. A esse respeito, Barros (194) afirma que, eticamente, “é necessária uma discussão sobre formas de disponibilizar bancos de dados de inquéritos, realizados por instituições públicas ou financiados com recursos públicos, a pesquisadores e gestores interessados”, assegurando-se, claro, a manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes. Para a autora, “a disponibilização de manuais e capacitações para o acesso efetivo aos dados” é, também, uma questão ética. Nesse sentido, cabe salientar a postura ética do grupo que coordenou o SBBrasil 2010, uma vez que, além do banco de dados, todo o material produzido para a realização da pesquisa, como manuais e formulários de coleta, foi disponibilizado no sítio do projeto. Conforme salientado na página 35, organizações do setor saúde, não raro, monopolizam dados públicos.

Ainda a esse respeito, Pereira (64) afirma que “depois de concluída a pesquisa, deixar de preparar uma comunicação científica apropriada sobre os resultados encontrados representa uma atitude que agride a ética”. Ainda em 2010, no fim de dezembro, o MS divulgou Nota à Imprensa e, concomitantemente, realizou ato solene em sua sede com a presença de “representantes dos principais órgãos de imprensa do país” para anunciar os primeiros resultados do SBBrasil 2010 (203). Em 2011, o relatório final da pesquisa foi lançado e disponibilizado para acesso. Pereira (64) salienta que “não publicar significa não contribuir para o acervo de conhecimentos, principalmente se a pesquisa tiver sido contemplada com recursos públicos”. Conforme assinalado pelos entrevistados, no SBBrasil 2010 o avanço do conhecimento é alcançado, ainda, por meio dos vários estudos que são feitos a partir do seu banco de dados.

6.10 O QUE ESPERAR DE UM INQUÉRITO?

Os entrevistados salientam que é preciso, por razões éticas e políticas, devolver à sociedade o conhecimento produzido a partir de inquéritos de saúde custeados por ela, com contribuições à gestão de serviços de saúde. Afinal, afirmam Portela e Teixeira (204), “do ponto de vista ético, a Epidemiologia só se justifica quando orienta intervenções que melhoram a situação de saúde das coletividades”. Quanto ao SBBrasil 2010, assinalam, em particular, a necessidade de usá-lo como ferramenta para avaliação da PNSB em termos de equidade, cobertura e acessibilidade. Nesse sentido, cabe menção ao DSC que aborda as desigualdades regionais na prevalência e gravidade da cárie dentária, com destaque para a Região Norte – a única que não apresentou redução no índice CPO aos 12 anos, idade-índice utilizada mundialmente para comparação entre populações. Apenas para esclarecer, o CPO dessa região apresentou uma média de 3,16, praticamente o mesmo valor registrado no SBBrasil 2003 (3,13) (12).

Para os entrevistados, a identificação dessas diferenças regionais com vistas à produção de práticas de saúde mais equânimes é, também, uma função de inquéritos nacionais como o SBBrasil 2010. A esse respeito, Barata (205) ressalta que a epidemiologia, ciência feita *por* e *para* seres humanos, tem o dever de abordar objetos relacionados com a desigualdade social e às iniquidades em saúde dela decorrentes. Segundo a autora, esse é o maior desafio da epidemiologia no campo da ética. Nesse sentido, Barros (206) acrescenta que o instrumental epidemiológico permite apontar as diferenças na distribuição de doenças e agravos e as suas causas e, por isso, tem uma vocação, nem sempre exercida, para ajudar a suplantar as desigualdades e iniquidades em saúde, o qual é propalado, particularmente, por autores da epidemiologia social – conforme visto no subcapítulo 2.7.

Os entrevistados alertam para o que Hart (207) denominou de “lei do cuidado inverso”, ou seja, maior acesso a serviços de saúde em locais com menor necessidade. É possível identificar, no âmbito da PNSB, o desenvolvimento de iniciativas com o intuito de avançar na questão da equidade em saúde bucal. Como exemplo, pode-se citar o Programa Territórios da Cidadania, criado pelo Governo Federal em 2008 com o objetivo de fomentar a universalização de “programas básicos de cidadania” nos chamados Territórios da Cidadania – áreas formadas por municípios com “baixo dinamismo econômico” localizadas, em sua maioria, nas

Regiões Norte e Nordeste (208). Desde a criação do programa, recursos financeiros vêm sendo destinados para a ampliação do acesso à saúde bucal e, mais recentemente, da resolutividade na Atenção Básica e Especializada nesses locais. Cabe mencionar, ainda, a implantação de Unidades Odontológicas Móveis³, a partir de 2009, em municípios do referido programa e do Plano Brasil Sem Miséria. Entretanto, por serem estratégias mais recentes, com poucos meses de execução no período da coleta de dados do SBBrasil 2010, os resultados epidemiológicos somente poderão ser observados em um próximo inquérito.

Fazendo uso das ideias de Plasencia (210), que trabalha o verbete *Equidade em Saúde* no Dicionário Latino-americano de Bioética, o acesso ao cuidado odontológico deve ser garantido a todos os brasileiros “por justiça, por direito reconhecido a todo cidadão”. Entretanto, segundo o autor, “a justiça sem equidade” é injusta, pois não considera as diferenças. Malta et al. (9) registram que os inquéritos nacionais podem ser utilizados como ferramentas para avaliar políticas públicas na medida em que permitem identificar, por exemplo, “grupos sociais e geográficos excluídos ou pouco atingidos”. Com base nisso, pode-se afirmar que a PNSB representa uma conquista histórica, que há uma década assegura a saúde bucal como direito de cidadania. Isso é justo, mas não suficiente, pois é preciso atentar para a diversidade das necessidades sociais. É nesse sentido que os entrevistados alertam para a menor redução do CPO na Região Norte.

Verifica-se em um dos DSC uma crítica ao que Roncalli (13) chama de “tradicional visão utilitarista dos serviços”, os quais, não raro, são vistos pelas instituições de ensino superior como locais a serem apropriados e investigados. Apesar de esforços e inegáveis progressos recentes, a excessiva valorização da produtividade científica ainda contribui para que a academia busque, essencialmente, atender a demanda por publicação. Com isso, uma série de pesquisas é realizada no âmbito do SUS sem levar em conta as necessidades dos profissionais que nele atuam, uma vez que não há diálogo. Tal reducionismo utilitarista gera perdas importantes, visto que são empregados recursos em investigações cujos resultados não contribuem para o enfrentamento de problemas vivenciados pelos participantes. Cabe lembrar que a eticidade de uma pesquisa

³ As Unidades Odontológicas Móveis são definidas como “consultórios odontológicos estruturados em veículos devidamente adaptados e equipados para o desenvolvimento de ações de atenção à saúde bucal [...]” (209).

inclui, também, o seu valor social. Dessa forma, os entrevistados enxergam nos inquéritos um meio de promover ou estreitar as relações entre a academia e os serviços de saúde, de modo que possam construir-se dialeticamente.

De acordo com os entrevistados, o SBBrasil 2010 tem um potencial de formação, mas também de transformação. Parte-se da ideia de que não basta repassar a um profissional o relatório com os valores dos índices de condições bucais do seu estado ou município. Com base nisso, proporciona-se às equipes de campo uma experiência – que é mais importante do que a informação. Como explica Bondía (211), “o saber da experiência é um saber particular, subjetivo, relativo, contingente, pessoal”. O SBBrasil 2010 foi um acontecimento para profissionais de 177 municípios brasileiros. Isto é um fato, mas a experiência foi única para cada um deles. Logo, não há como mensurar o quanto inquéritos dessa natureza contribuem para a mudança de práticas. De qualquer modo, acredita-se que a integração de profissionais provenientes tanto da academia quanto dos serviços em um projeto coletivo auxilia, em maior ou menor grau, na afirmação de valores éticos essenciais na vida e, por conseguinte, no processo de trabalho na área da saúde, como comprometimento e tolerância. Para Valenzuela (212), são esses valores “que definem a bondade das relações do eu com os outros”.

6.11 O SBBRASIL 2010 É PRÁTICA OU PESQUISA? É PRECISO TER O TCLE?

A maioria dos depoimentos obtidos na última pergunta do roteiro se refere ao TCLE. Basicamente, isso se deve a duas razões: primeiro, porque é a “pedra angular” da ética na pesquisa com seres humanos (213), sendo uma das expressões mais citadas na literatura da área e (214), segundo, porque a sua obrigatoriedade em determinados tipos de estudo, como os inquéritos domiciliares, não é consenso entre os epidemiologistas (página 36). No primeiro DSC do Quadro 4, os entrevistados defendem o uso do TCLE, pois o concebem como instrumento elementar na tentativa de assegurar uma participação efetivamente informada e voluntária. Para eles, os inquéritos podem suscitar preocupações éticas, a despeito de sua natureza meramente observacional. O trecho final expressa, entretanto, a ideia errônea (213) de que o TCLE é um documento formal de proteção legal ao pesquisador, e não de respeito ao participante no que se refere à sua dignidade e autonomia.

Outros entrevistados reconhecem a inadequação das resoluções éticas às pesquisas epidemiológicas observacionais, particularmente aos inquéritos, mas sustentam a necessidade de manter a obtenção do consentimento para evitar que apenas o pesquisador fique incumbido de preservar a eticidade de uma investigação. Sugerem maior flexibilidade no registro do consentimento sem, no entanto, ignorá-lo. Aparece, como possibilidade, a ideia do consentimento comunitário – chamado no DSC de “autorização geral”, dada por uma autoridade local ou por órgãos colegiados. A esse respeito, pode-se afirmar que uma aproximação inicial do pesquisador com essas lideranças é certamente relevante. Em inquéritos como o SBBrasil 2010, contatos formais e informais com representantes do governo são, inclusive, compulsórios, mas não podem sobrepor-se ao consentimento individual. Concorde-se, portanto, com Luna (215) ao afirmar que a participação da comunidade é importante, mas o “seu consentimento não pode substituir o da pessoa”.

Em um dos DSC, alguns dos gestores do SBBrasil 2010 argumentam que os mecanismos de atuação da prática biomédica e da epidemiologia são bastante diferentes e que, portanto, não admitem a adoção de recomendações éticas universais. Isso vai em direção à opinião de alguns epidemiologistas brasileiros, como exposto no capítulo 2.4, que advogam a necessidade de elaboração de procedimentos éticos que atendam as particularidades das pesquisas populacionais, indicando fortemente a revisão dos procedimentos adotados. Alertam, ainda, para a necessidade de se refletir a respeito do excesso de formalismos burocráticos nos CEP. Assim como Pereira (64), acreditam que “o andamento lento dos processos” nessas instâncias, por vezes, inviabiliza, atrasa ou eleva o custo das pesquisas.

Outro ponto salientado nesse DSC está relacionado com a diferença entre pesquisa e prática. Não há clareza de como o SBBrasil 2010 deve ser classificado. Tal como abordado na página 40, identifica-se no âmbito da epidemiologia uma permuta conceitual entre essas duas palavras, uma vez que, segundo McKeown e Learner (216), a “prática levanta novas questões para a pesquisa, e a pesquisa fornece novas opções para a prática”. De acordo com o CDC (86), o que distingue a pesquisa da prática é, primordialmente, a “intenção inicial”. A primeira busca “gerar ou contribuir para o conhecimento generalizável”; e a segunda “prevenir ou controlar doenças ou agravos e melhorar a saúde, ou melhorar serviços ou programas de saúde pública”. Entretanto, isso não significa que as ações de saúde pública não

possam gerar conhecimento; mas, apenas, que a coleta de dados não é delineada, inicialmente, com essa finalidade. Consta, no projeto técnico, que o SBBrasil 2010 teve como objetivo geral “conhecer as condições de saúde bucal da população brasileira em 2010, subsidiar o planejamento e a avaliação das ações e serviços junto ao [SUS] e manter uma base de dados eletrônica para o componente de vigilância à saúde” da PNSB (130). Nessa perspectiva, o SBBrasil 2010 pode ser considerado como prática.

Entretanto, após a descrição dos objetivos específicos verifica-se a seguinte consideração: “como desdobramento destes objetivos, espera-se que o projeto permita subsidiar pesquisas [...]” (130). McKeown e Learner (216) afirmam que a intenção inicial nas ações de vigilância pode ser unicamente o monitoramento, mas ela “pode mudar à medida que os dados se acumulam e o potencial de pesquisa se torna mais evidente”. No caso do SBBrasil 2010, o reconhecimento do seu “potencial de pesquisa” se deu, ainda, na etapa de planejamento; o que torna ainda mais impreciso o limiar entre prática e pesquisa. Em 2004, o Council of State and Territorial Epidemiologists (CSTE), organização estadunidense sediada na cidade de Atlanta, publicou um relatório denominado “Public Health Practice vs. Research” (217). Nele, afirma-se o seguinte: se alguma “intenção subjacente à atividade” estiver relacionada com pesquisa – o chamado “caso híbrido” – deve-se considerá-la como pesquisa. Com base nessa premissa, o SBBrasil 2010 deve ser classificado como pesquisa.

O referido documento (217) é estruturado na forma de apresentação e discussão de casos, sendo que um deles aborda o *Youth Risk Behavior Surveillance System*. Trata-se de um sistema de vigilância norte-americano que inclui a condução de inquéritos tanto nacional quanto locais entre estudantes do ensino fundamental e médio com o objetivo de determinar a prevalência de comportamentos de risco, equivalente ao PeNSE brasileiro (página 24). Tais inquéritos, realizados desde 1991 com o apoio do CDC, são classificados como prática. No fim do relatório, o CSTE apresenta um conjunto de diretrizes acompanhado de um *checklist* composto por cinco passos com a finalidade de auxiliar na distinção entre pesquisa e prática. Apenas para exemplificar, uma das diretrizes é a responsabilidade. Em uma pesquisa, a responsabilidade pela integridade e bem-estar dos participantes é do pesquisador responsável juntamente com os outros membros da equipe. Por outro

lado, em uma atividade tida como prática, a responsabilidade não incide sobre um indivíduo, mas, em geral, sobre instituições governamentais (217).

De acordo com o CSTE, todas as diretrizes, empregadas de maneira isolada, são insuficientes para classificar uma atividade; mas há unanimidade no reconhecimento de que a intenção é um fator primordial para distinguir pesquisa e prática (217). Desse modo, com base no argumento supracitado de que “qualquer intenção de realizar pesquisa, seja primária ou secundária, sustenta o achado de que a atividade é uma pesquisa”; considera-se mais apropriado classificar o SBBrasil 2010 como pesquisa. Cabe registrar, entretanto, o alerta do CSTE (217): “o foco na intenção é problemático porque a mesma atividade pode ser justificada como pesquisa ou prática, dependendo de como o ator expressa a intenção”.

Certos entrevistados têm uma visão geral positiva do uso do TCLE em inquéritos domiciliares e argumentam que a solução não está na criação de resoluções específicas, mas no tipo de relação que o pesquisador estabelece com os potenciais participantes. Para eles, o tempo gasto na obtenção do consentimento é fundamental. A esse respeito, Bhutta (213) afirma que as oportunidades de interação com o pesquisador e o tempo que ele disponibiliza para explicar a investigação são duas variáveis que influenciam diretamente na compreensão dos participantes. Ainda nesse sentido, Flory e Emanuel (218) enfatizam que a ideia de consentimento informado extrapola “a ação de ler um formulário e assiná-lo”. Trata-se, para eles, de um processo baseado no diálogo, o que pressupõe, necessariamente, tempo e interação entre seres humanos. Com base nisso, defendem que “o contato humano direto” é mais importante para a compreensão dos participantes, do que o uso de formas mais sofisticadas, como multimídia. A questão é que o tempo requerido por tais autores implica na ampliação do prazo previsto para a coleta dos dados e, em inquéritos como o SBBrasil 2010, isso significa maior duração da redução ou suspensão dos atendimentos clínicos, o que é visto por alguns gestores como um problema.

Além disso, os entrevistados associam o problema do analfabetismo funcional no Brasil com a vulnerabilidade na obtenção do consentimento livre e esclarecido. Ao abordar esse tema, Lorenzo (214) salienta que um pesquisador cuja população de estudo inclui analfabetos absolutos ou funcionais deve utilizar, no processo de obtenção do consentimento, procedimentos adequados ao que chama de “formas de vida cotidianas” desse grupo social. O autor aponta “a abertura de espaços de

discussão em grupo sobre a pesquisa” como uma alternativa para os estudos que não abordem condições estigmatizadoras, pois defende que esse esclarecimento conjunto pode aumentar tanto a segurança dos participantes em relação às informações apresentadas como a garantia de liberdade de negar-se a participar ou não. Os entrevistados relatam situação vivenciada no SBBrasil 2010 que, embora não planejada, se assemelha a outra recomendação do referido autor, que é a leitura do TCLE na presença de uma testemunha plenamente alfabetizada e da confiança do participante. Desse modo, acrescenta Bhutta (213), o analfabetismo não deve ser interpretado em uma pesquisa como incapacidade “para compreender informações complexas”, mas exige adequações na forma com que elas são apresentadas.

Há muito se discute os limites da voluntariedade em locais cujo acesso aos serviços de saúde é desigual, uma vez que os participantes podem passar a ver na pesquisa a única possibilidade de obtenção do cuidado em saúde. Ponderar sobre esse tema é, segundo Luna (215), o maior “desafio” para o uso do TCLE no contexto dos países em desenvolvimento. Essa ideia de coação decorrente da oferta de acesso aparece no último DSC, mas com sentido contrário no SBBrasil 2010: nos municípios em que havia um mínimo de organização dos serviços públicos odontológicos, condição cada vez mais frequente desde a implantação da PNSB, o TCLE foi instrumento para desmistificar o receio de punição no caso de não participação; principalmente porque algumas das equipes de campo eram compostas por profissionais da Unidade Básica de Saúde de referência do participante. Os entrevistados destacaram o papel da mídia no êxito de iniciativas que, como o SBBrasil 2010, requerem visibilidade pública. Para eles, levar em conta os meios pelos quais os indivíduos rotineiramente se informam ajuda no processo de obtenção do consentimento em inquéritos populacionais. Além disso, como enfatiza Oliveira (219), o conhecimento da população em relação a essas ações é fundamental para a efetivação das “proposições ético-políticas” do SUS.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os depoimentos dos entrevistados revelam que em um inquérito, a ética não está presente somente na aprovação do projeto pelo Sistema CEP/CONEP, mas em todo o trajeto de elaboração e execução. Da decisão pela realização até a publicação dos dados, todas as etapas têm, indubitavelmente, uma dimensão que é ética. O SBBrasil 2010 agrega, ainda, três características que ampliam essa dimensão dos inquéritos: é nacional, de base domiciliar e feito pelo SUS.

A execução de inquéritos hoje é condição de possibilidade para a realização da análise de tendência e da situação de saúde da população amanhã. Dessa maneira, a falta de percepção ética da indispensabilidade da realização de inquéritos tem consequências para as gerações presentes, mas também para as futuras. É nesse contexto que a ética da responsabilidade, conforme as proposições jonianas, deve balizar a tomada de decisão dos gestores do SUS. Se a eticidade de uma pesquisa decorre, também, do seu rigor metodológico, o processo de treinamento e calibração constitui requisito técnico e ético fundamental em inquéritos como o SBBrasil 2010. O desconforto dos voluntários mediante a repetição dos exames não invalida eticamente a calibração *in vivo*, mas é necessário estabelecer mecanismos para minimizá-lo.

Embora a conduta anômala de alguns 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. 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 isto é relevante para a contemporaneidade seja porque o é para o futuro.

Alguns dos profissionais que integraram as equipes de campo não tiveram a opção de não participar do SBBrasil 2010 devido, principalmente, mas não exclusivamente, à precarização das relações de trabalho. Em contrapartida, a

recusa de cirurgiões-dentistas, por vezes, os únicos de seus municípios, dificultou sobremaneira a realização do inquérito em certos locais. Quando analisados em conjunto, esses e outros acontecimentos relatados nesta investigação ilustram duas características do conceito de autonomia que se expressam, também, em inquéritos dessa natureza. Primeira: a sua imprescindibilidade. Não há dúvida quanto à necessidade de garantir a autonomia dos trabalhadores do setor. Segunda: a sua insuficiência. Sob a perspectiva da ética da reponsabilidade, a responsabilidade pelo outro antecede a autonomia. Desse modo, a responsabilidade por todos os implicados na pesquisa deveria ocupar o centro da argumentação em torno da decisão de participar ou não dos trabalhos de campo. Com base no pensamento levinasiano, a liberdade do eu, pré-requisito da autonomia, tem a incumbência ética de justificar-se. E só há uma maneira de justificá-la: sendo justa com o outro.

Como o próprio SUS, o Projeto SBBrasil demanda ações articuladas de todas as esferas de governo (federal, estadual e municipal). A investigação sistemática das condições de saúde bucal da população brasileira não é uma tarefa partidária. Os dados produzidos por inquéritos nacionais são do interesse de governos, mas principalmente da sociedade civil. A despeito disso, alguns gestores municipais não aceitaram participar do SBBrasil 2010. Com isso, o negaram como um inquérito nacional de relevância pública. Participar dessas iniciativas não é, de modo algum, inclinar-se perante este ou aquele governo, e sim diante do que diz a ética da responsabilidade pública. A ocupação do cargo de coordenador local do SBBrasil 2010 trazia consigo uma condição ética necessária: a responsabilidade como rotina, e não como acontecimento. Não é possível afirmar, com base nos procedimentos metodológicos adotados nesta pesquisa, se houve encaminhamentos aos serviços de saúde bucal. De qualquer modo, um dos maiores desafios éticos para os inquéritos de base populacional é acordar, junto às secretarias municipais de saúde, a melhor forma de viabilizar a oferta de assistência à saúde para os casos identificados durante a coleta dos dados.

Particularmente em inquéritos domiciliares como o SBBrasil 2010, as equipes podem ter de lidar com questões que, apesar de serem da competência de um profissional da saúde, excedem os objetivos que as levaram a campo, como as relacionadas com a violência doméstica. Nessas situações, a responsabilidade legal de notificar nem sempre está associada com a segurança de que eticamente essa é a melhor abordagem, principalmente pelo fato de que nesses estudos os indivíduos

são observados em apenas um momento. A violência aparece, ainda, como um dos fatores causais do aumento das perdas e recusas em inquéritos; e desperta certa apreensão ética em relação a possíveis danos às equipes, com comprometimento da qualidade do trabalho de campo. O modo 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. A disponibilização tanto do banco de dados quanto do material produzido para a realização do inquérito é, também, uma atitude ética, uma vez que promove a ruptura de dois monopólios: dos dados públicos e do conhecimento.

Os inquéritos têm a prerrogativa ética de apontar e, com isso, contribuir para a superação das situações de iniquidade em saúde. Os dados do SBBrasil 2010, em particular da Região Norte, chamam a atenção para o fato de que o exercício político de implementação da PNSB deve vir, necessariamente, acompanhado do exercício ético de atentar para a questão da equidade. O SBBrasil 2010 promove maior aproximação do SUS com a academia, e não o oposto. Eticamente, isso dá um significado à pesquisa, pois ela é gestada no SUS para produzir dados que são do seu interesse, para atender as suas necessidades. Ademais, inquéritos assim chamam a atenção para o fato de que as atribuições dos que atuam nos serviços públicos de saúde vão além do atendimento clínico. A expectativa é de que a experiência necessariamente coletiva do SBBrasil 2010 seja matéria-prima para reflexão em torno da pertinência dos valores éticos, também para a prática cotidiana.

A respeito da adequação das resoluções éticas nacionais às pesquisas epidemiológicas observacionais, grande parte dos entrevistados citou o TCLE. Tal ênfase é plenamente justificável, dada a centralidade dessa expressão na área. Em geral, há entre os entrevistados a concordância de que não se pode prescindir da formalização do consentimento. Para alguns, deve-se manter a obrigatoriedade do TCLE nos inquéritos domiciliares e enfatizam que o tempo despendido no processo de consentimento é uma variável estratégica para se evitar as situações de recusa. Outros defendem uma maior flexibilidade na sua obtenção e apontam o consentimento comunitário como a saída mais apropriada. A diferença entre pesquisa e prática emerge como argumento para sustentar outra opinião: a de que inquéritos como o SBBrasil 2010 são atividades inerentes ao SUS e, por isso, possuem especificidades que precisam ser levadas em conta. É fato de que o SBBrasil 2010 tem a função precípua de dar subsídios ao planejamento e à

avaliação dos serviços de saúde, mas objetiva, ainda, contribuir para a geração de novos estudos. Desse modo, não se caracteriza como prática, e sim como pesquisa. Como tal, deve cumprir as normas e diretrizes éticas brasileiras, inclusive no que se refere ao TCLE.

REFERÊNCIAS

1. Almeida Filho N, Barreto ML, Rouquayrol MZ. A epidemiologia como ciência. In: Almeida Filho N, Barreto ML, coordenadores. *Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos e aplicações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 3-4.
2. Castellanos PL. Avances metodológicos en epidemiologia. In: *Anais do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia; 1990; Campinas (SP), BR*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1990. p. 201-16.
3. 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.
4. Rouquayrol MZ, Goldbaum M, Santana EWP. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: Rouquayrol MZ, Gurgel M, coordenadores. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: MedBook; 2013. p. 11-24.
5. Barata RB. Ética e epidemiologia. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2005;12(3):735-53.
6. Loureiro S. Ética e epidemiologia: reflexão para uma prática social. *Saúde em Debate*. 1992;(36):30-6.
7. Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. *Introdução à epidemiologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
8. Santos IS, Victora CG. Serviços de saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. *Cad Saude Publica*. 2004;20(2 Supl):337-41.
9. Malta DC, Leal MC, Costa MFL, Moraes Neto OL. Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(1 Supl):159-67.
10. Roncalli AG. Projeto SBBrasil 2010: elemento estratégico na construção de um modelo de vigilância em saúde bucal [editorial]. *Cad Saude Publica*. 2010;26(3):428-29.
11. Waldman EA, Novaes HMD, Albuquerque, MFM, Latorre MRDO, Ribeiro MCSA et al. Inquéritos populacionais: aspectos metodológicos, operacionais e éticos. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(1 Supl):168-79.
12. Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Saúde Bucal. Projeto SBBrasil

- 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados principais. Brasília (DF); 2011.
13. Roncalli AG. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminho compartilhado. *Cien Saude Colet*. 2006;11(1):105-14.
 14. Roncalli AG, Silva NN, Nascimento AC, Freitas CHSM, Casotti E, Peres KG et al. Aspectos metodológicos do Projeto SBBrazil 2010 de interesse para inquéritos nacionais de saúde. *Cad Saude Publica*. 2012;28(Supl):40-57.
 15. 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*. 20 set 1990; Seção 1:18055.
 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.
 17. Garrafa V. A dimensão da ética em saúde pública. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1995.
 18. 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.
 19. Barros MBA. Introdução. In: Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, coordenadores. *As dimensões da saúde: inquérito populacional em Campinas*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008. p. 19-33.
 20. Campos CEA. Os inquéritos de saúde sob a perspectiva do planejamento. *Cad Saude Publica*. 1993;9(2):190-200.
 21. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília (DF); 2007.
 22. Barros AJD. Editorial. *Rev Saude Publica*. 2009;43(2 Supl):1-2.
 23. Travassos C, Viacava F, Laguardia J. Os Suplementos Saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(1 Supl):98-112.

24. Brasil, Ministério da Saúde. 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 [portaria na internet]. [acesso em 27 jun 2012]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1811_12_08_2009.htm
25. Pesquisa Nacional de Saúde [homepage na internet]. Rio de Janeiro; c2010 [acesso em 27 jun 2012]. Disponível em: <http://www.pns.icict.fiocruz.br/>
26. Szwarcwald CL, Viacava F. Planejamento da *Pesquisa Nacional de Saúde* (PNS) [editorial]. *Cad Saude Publica*. 2010;26(2):216.
27. Brasil. Lei nº 5.534, de 14 de novembro de 1968. Dispõe sobre a obrigatoriedade da prestação de informações estatísticas e dá outras providências. *Diário Oficial União*. 18 nov 1968; Seção 1:9985.
28. Correia FA. A alteridade como critério fundamental e englobante da Bioética [tese de doutorado]. Campinas (SP): Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas; 1993.
29. 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.
30. Kant I. *Fundamentação da metafísica dos costumes*. Almeida GA, tradutor. São Paulo: Discurso Editorial: Barcarolla; 2010.
31. Cragolini M. Alteridad/otro. In: Tealdi JC, coordenador. *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia; 2008. p. 22-5.
32. Carrara OV. *Lévinas: do sujeito ético ao sujeito político*. Aparecida (SP): Ideias & Letras; 2010.
33. Levinas E. *Totalidade e infinito*. Lisboa: Edições 70; 2011.
34. Ruiz C. Alteridade, dimensão primeira do sujeito [entrevista a Márcia Junges]. *IHU On-Line* 21 jun. 2010. 334:40-2.
35. Krohling A. *A ética da alteridade e da responsabilidade*. Curitiba: Juruá; 2011.

36. Brander ECLAA. Ética como responsabilidade na filosofia de Emmanuel Lévinas [artigo na internet]. [acesso em 9 out 2013]. Disponível em: http://vbn.aau.dk/files/62800759/SyD5_brander.pdf<http://www.google.com.br/>
37. Gomes Neto JJ. O rosto como expressão na filosofia de Emmanuel Lévinas. *Inquietude*. 2011;2(1):147-60.
38. Clancy A, Svensson T. 'Faced' with responsibility: Levinasian ethics and the challenges of responsibility in Norwegian public health nursing. *Nurs Philos*. 2007;8(3):158-66.
39. Bauman Z. *Bauman sobre Bauman*. Rio de Janeiro: Zahar; 2011.
40. Ruiz CMMB. Ética, biopolítica e alteridade no capitalismo líquido. In: Vieira AR, coordenador. *Ética e filosofia crítica na construção do socialismo no século XXI*. Nova Petrópolis (RS): Nova Harmonia; 2011. p. 82-110.
41. Schramm FR. O uso problemático do conceito 'vida' em bioética e suas interfaces com a *práxis* biopolítica e os dispositivos de biopoder. *Bioética*. 2009;17(3):377-89.
42. 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.
43. Chaui M. *Brasil: mito fundador e sociedade autoritária*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2000.
44. Estévez A. Intención y responsabilidad. In: Tealdi JC, coordenador. *Diccionario latino-americano de bioética*. Bogotá: Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia; 2008. p. 121-23.
45. Kuiava EA. A responsabilidade como princípio ético em H. Jonas e E. Lévinas: Uma aproximação. *Veritas*. 2006;51(2):55-60.
46. Pereira O. *O que é teoria*. São Paulo: Brasiliense; 2006.
47. Muñoz DR, Almeida M. Noções de responsabilidade em bioética. In: Segre M, Cohen C, coordenadores. *Bioética*. São Paulo: Edusp; 2002. p. 121-32.
48. Brasil. *Constituição (1988)*. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.

49. Oliva A. A solidão da cidadania. São Paulo: Senac; 2000.
50. Heler M. Deontologismo y obligación. In: Tealdi JC, coordenador. Diccionario latino-americano de bioética. Bogotá: Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia; 2008. p. 139-41.
51. 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: CEBES; 2008. p. 853-70.
52. Weber W. Ciência e política: duas vocações. São Paulo: Cultrix; 2011.
53. Marcondes D. Textos básicos de ética: de Platão a Foucault. Rio de Janeiro: Zahar; 2009.
54. Guimarães CN. Maquiavel e Max Weber: ética e realismo político. Argumentos. 2010;2(4):38-45.
55. Jonas H. O princípio responsabilidade. Lisboa M, Montez LB, tradutores. Rio de Janeiro: Contraponto: Ed. PUC-Rio; 2006.
56. Frogneaux N. Um futuro hipotecado [entrevista a Márcia Junges]. IHU On-Line 29 ago. 2011. 371:7-10.
57. Schio SM. A ética da responsabilidade em Arendt e Jonas. Dissertatio. 2010;32:157-74.
58. Zancanaro L. A ética da responsabilidade de Hans Jonas. In: Barchifontaine CP, Pessini L, coordenadores. Bioética: alguns desafios. São Paulo: São Camilo: Loyola; 2002. p. 137-59.
59. Carvalho HBA. Uma filosofia para compreender a crise ambiental [entrevista a Márcia Junges]. IHU On-Line 29 ago. 2011. 371:16-18.
60. Oliveira JR. A heurística do temor e o despertar da responsabilidade [entrevista a Márcia Junges]. IHU On-Line 29 ago. 2011. 371:11-15.
61. Godoy L. A reformulação do imperativo categórico e a reabilitação da natureza [entrevista a Márcia Junges]. IHU On-Line 29 ago. 2011. 371:19-21.
62. Almeida-Filho N, Rouquayrol MZ. Elementos de metodologia epidemiológica. In: Almeida-Filho N, Rouquayrol MZ, coordenadores. Epidemiologia & Saúde.

Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 149-77.

63. Bloch KV, Coutinho ESF. Fundamentos da pesquisa epidemiológica. In: Medronho RA, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL, coordenadores. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu; 2009. p. 173-79.
64. Pereira MG. Ética em pesquisa e estudos epidemiológicos. In: Guilhem D, Zicker F, coordenadores. Ética na pesquisa em saúde: avanços e desafios. Brasília: Letras Livres: Ed. UnB; 2007. p. 163-92.
65. Hossne WS. Epidemiologia, Desenvolvimento tecnológico e ética. In: Veras RP, Barreto ML, Almeida Filho N, Barata RB, coordenadores. Epidemiologia: Contextos e pluralidades. Rio de Janeiro: FIOCRUZ: ABRASCO; 1998. p. 147-66.
66. Romero GAS. Ensaio clínicos: reflexões éticas. In: Guilhem D, Zicker F, coordenadores. Ética na pesquisa em saúde: avanços e desafios. Brasília: Letras Livres: Ed. UnB; 2007. p. 31-54.
67. Coughlin SS, Etheredge GD, Metayer C, Martin SA Jr. Remember Tuskegee: public health student knowledge of the ethical significance of the Tuskegee syphilis study. Am J Prev Med. 1996;12(4):242-46.
68. Council for International Organizations of Medical Sciences. International ethical guidelines for epidemiological studies. Geneva; 2009.
69. Barata RB. Ethics in epidemiological research. Cien Saude Colet. 2008;13(22):453-58.
70. Coughlin SS. Ethical issues in epidemiologic research and public health practice. Emerg Themes Epidemiol. 2006;3:16.
71. Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial União. 16 out 1996;Seção 1:21082.
72. Garrafa G. Respeito à autonomia e livre consentimento em pesquisas com material biológico armazenado. Rev Assoc Med Bras. 2010;56(5):494-95.
73. Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 441, de 12 de maio de 2011. Aprova as diretrizes para análise ética de projetos de pesquisas que envolvam armazenamento de material biológico humano ou uso de material armazenado em pesquisas anteriores. Diário Oficial União. 18 jul 2011;Seção 1:60.

74. Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial União. 13 jun 2013;Seção 1:59-62.
75. Bhutta ZA. Ethics in international health research: a perspective from the developing world. Bull World Health Organ. 2002;80(2):114-20.
76. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Ata da ducentésima vigésima quarta reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS [ata na internet]. [acesso em 27 jun 2012]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_11.htm
77. Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Consulta Pública nº 3, de 11 de agosto de 2011. Diário Oficial União. 12 set 2011;Seção 1:44.
78. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Revisão da Resolução CNS 196/96 [notícia na internet]. [acesso em 27 jun 2012]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html
79. Fleischer S, Schuch P. Antropologia, ética e regulamentação. In: Fleischer S, Schuch P, coordenadores. Ética e regulamentação na pesquisa antropológica. Brasília: Letras Livres: Ed. UnB; 2010. p. 9-21.
80. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Proposta de revisão da Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996 [consulta pública na internet]. [acesso em 27 jun 2012]. Disponível em: http://200.214.130.94/consultapublica/index.php?modulo=display&sub=dsp_consulta
81. Last JM. A dictionary of epidemiology. New York: Oxford University Press; 1995.
82. Council for International Organizations of Medical Sciences. International ethical guidelines for biomedical research involving human subjects [documento na internet]. Geneva; 1991 [acesso em 23 out 2013]. Disponível em: http://www.cioms.ch/publications/guidelines/1991_texts_of_guidelines.htm
83. Council for International Organizations of Medical Sciences. International ethical guidelines for biomedical research involving human subjects. Geneva; 2002.
84. Hossne WS. Diretrizes CIOMS/OMS no contexto da ética na pesquisa com

- seres humanos. In: Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas. Diretrizes éticas internacionais para a pesquisa biomédica em seres humanos. São Paulo: Edições Loyola; 2004. p. 7-11.
85. Rose S. International ethical guidelines for epidemiological studies. *Am J Epidemiol.* 2009;170(11):1449-52.
86. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for defining public health research and public health non-research. Atlanta; 1999 [acesso em 23 nov 2013]. Disponível em:
<http://www.cdc.gov/od/science/integrity/docs/defining-public-health-research-non-research-1999.pdf>
87. Zoboli ELCP. Ética em pesquisa epidemiológica [artigo na internet]. [acesso em 27 jun 2012]. Disponível em:
http://www.portalbioetica.com.br/adm/artigos/epidemiologica_zoboli.pdf
88. Tauil PL. Fronteira entre a avaliação da metodologia e a ética em pesquisa. In: Diniz D, Sugai A, Guilhem D, Squinca F, coordenadores. *Ética em pesquisa: temas globais*. Brasília: Ed. UnB; 2008. p. 253-87.
89. Tauil PL, Guilhem D. Método e ética: fundamentos indissociáveis no contexto da prática científica. *Brasília Med.* 2009;46(1 Supl):19-26.
90. Schramm FR. Epidemiologia, Tecnociência e Bioética. In: Almeida Filho N, Barreto, ML, Veras RP, Barata RB, coordenadores. *Teoria epidemiológica hoje: fundamentos, interfaces e tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO; 1998. p. 149-64.
91. Fortes PAC, Zoboli ELCP. Ética na saúde pública. In: Rocha AA, César CLG, coordenadores. *Saúde pública: bases conceituais*. São Paulo: Atheneu; 2008. p. 197-209.
92. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. *Diário Oficial União*. 26 jan 2011;Seção 1:37.
93. Debert-Ribeiro MB. Ética e epidemiologia. *Bioética.* 1994;2(1):7-11.
94. Dourado I, Bastos FI. HIV/AIDS como modelo de doença emergente. In: Almeida Filho N, Barreto ML, coordenadores. *Epidemiologia & Saúde:*

- fundamentos, métodos e aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 452-57.
95. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica. Brasília (DF); 2009.
 96. Schramm FR, Schramm JMA. Vigilância e qualidade em saúde: uma questão de bioética em epidemiologia. *Saúde em Debate*. 1995;(47):50-6.
 97. Ruffino Netto A. Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia. *Saúde em Debate*. 1992;35:63-7.
 98. Saracci R. Epidemiology: a science for justice in health. *Int J Epidemiol*. 2007;36(2):265-68.
 99. Melo-Martín I, Intemann KK. Can ethical reasoning contribute to better epidemiology? A case study in research on racial health disparities. *Eur J Epidemiol*. 2007;22(4):215-21.
 100. Outram SM. Epidemiology and bioethics: a plea for reconnecting with the public. *Can J Public Health*, 2011;102(1):4-6.
 101. Ortiz Z. Epidemiología y vulnerabilidad. In: Tealdi JC, coordenador. *Diccionario latino-americano de bioética*. Bogotá: Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia; 2008. p. 343-44.
 102. Barata RB. Epidemiologia social. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(1):7-17.
 103. Melo Filho DA. *Epidemiologia social: compreensão e crítica*. São Paulo: Hucitec; 2003.
 104. Barata RB, Almeida Filho N, Barreto ML. Epidemiologia social. In: Almeida Filho N, Barreto ML, coordenadores. *Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos e aplicações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 375-85.
 105. Almeida Filho N. *Epidemiologia sem números: uma introdução crítica à ciência epidemiológica*. Rio de Janeiro: Campus; 1989.
 106. Breilh J. *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006.
 107. Tauil P, Lima DD. Aspectos éticos da mortalidade no Brasil. *Revista Bioética*. 1996;4(2):217-20.

108. Mota E, Kerr LRFS. Medidas de ocorrência de doenças, agravos e óbitos. In: Almeida Filho N, Barreto ML, coordenadores. *Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos e aplicações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 95-117.
109. Barros MBA, Carvalheiro MBA. Entrevistas domiciliárias e o ensino e pesquisa em epidemiologia. *Rev Saude Publica*. 1984;18(5):411-17.
110. Ministério da Saúde, Divisão Nacional de Saúde Bucal. *Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986*. Brasília (DF); 1988.
111. Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Portaria nº 001, de 13 de junho de 1988. *Diário Oficial União*. 14 jun 1988;Seção 1:10713.
112. Oliveira AGRC. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal no Brasil. In: Antunes JLF, Peres MA, coordenadores. *Epidemiologia da saúde bucal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 32-48.
113. Roncalli AG, Frazão P, Pattussi MP, Araújo IC, Ely HC, Batista SM. Projeto SB2000: uma perspectiva para a consolidação da epidemiologia em saúde bucal coletiva. *Rev Bras Odont Saude Coletiva*. 2000;1(2):9-25.
114. Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Projeto SBBrasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003*. Brasília (DF); 2004.
115. Queiroz RCS, Portela MC, Vasconcellos MTL. Pesquisa sobre as Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (SB Brasil 2003): seus dados não produzem estimativas populacionais, mas há possibilidade de correção. *Cad Saude Publica*. 2009;25(1):47-58.
116. Freire MCM. Debate. *Cad Saude Publica*. 2010;26(4):665-66.
117. Barata RB. Epidemiologia VS. Estatística: a velha contenda entre racionalismo e empirismo. *Cad Saude Publica*. 2010;26(4):667.
118. Czeresnia D. Conferindo validade ao não representativo. *Cad Saude Publica*. 2010;26(4):668.
119. Portela MC, Vasconcellos MTL. Debate sobre o artigo de Narvai et al. *Cad Saude Publica*. 2010;26(4):658-60.

120. Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília (DF); 2004.
121. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 939, de 21 de dezembro de 2006. Diário Oficial União. 22 dez 2006;Seção 1:151.
122. Conselho Federal de Odontologia. O dia em que a odontologia ocupou o Palácio do Planalto. Jornal do CFO. 2008; (86-87):8-9.
123. Ministério da Saúde. Nota técnica: consulta pública do projeto técnico da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2009/2010. Coordenação Nacional de Saúde Bucal; 2009 [acesso em 4 mar 2012]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/cnsb/sbbrasil/arquivos/Consulta_Publica_Relatorio.pdf
124. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Parecer nº 009/2010. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Brasília; 2010 [acesso em 4 mar 2012]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/cnsb/sbbrasil/arquivos/SBBrasil2010_Parecer_Conep.pdf
125. Oliveira AGRC, Unfer B, Costa ICC, Arcieri RM, Guimarães LOC, Saliba NA. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: análise da metodologia proposta pela Organização Mundial da Saúde. Rev Bras Epidemiol. 1998;1(2):177-89.
126. 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.
127. Peres MA, Traebert J, Marcenes W. Calibração de examinadores para estudos epidemiológicos de cárie dentária. Cad Saude Publica. 2001;17(1):153-59.
128. Luiz RR. Erros de mensuração. In: Luiz RR, Costa AJL, Nadanovsky P, coordenadores. Epidemiologia e bioestatística na pesquisa odontológica. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 91-124.
129. Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SBBrazil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: manual de calibração de examinadores. Brasília (DF); 2009.
130. Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto Técnico. Brasília (DF); 2009. [acesso em 25 jan 2012]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/cnsb/sbbrasil/arquivos/Projeto_SB2010_VersaoFinal.

pdf

131. Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SBBrazil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: manual do coordenador municipal. Brasília (DF); 2009.
132. Minayo, MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis (RJ): Vozes; 2012.
133. Praça NS, Merighi MAB. Pesquisa qualitativa em enfermagem. In: Praça NS, Merighi MAB, coordenadores. Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: vivência da mulher no período reprodutivo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p.1-3.
134. Marcus MT, Liehr PR. Abordagens de pesquisa qualitativa. In: LoBiondo-Wood G, Haber J, coordenadores. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p.122-39.
135. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Thorell A, tradutor. Porto Alegre: Bookman; 2010.
136. Lavelle C, Dionne J. A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Belo Horizonte: Editora UFMG; 1999.
137. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul (RS): EDUCS; 2003.
138. Patton MQ. Qualitative research & evaluation methods. 3. ed. Thousand Oaks: Sage; 2002.
139. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo. Brasília: Líber Livro Editora; 2010.
140. Lindseth A, Norberg A. A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. Scand J Caring Sci. 2004;18(2):146-153.
141. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O sujeito coletivo que fala. Interface – comunicação, saúde, educação. 2006;10(20):517-24.
142. Arruda A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. Cad. Pesqui. 2002;(117):127-147.
143. Lane STM. Usos e abusos do conceito de Representação Social. In: Spink, MJP. O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na

- perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense; 1995. p. 58-72.
144. Farr R. Representações sociais: a teoria e sua história. In: Guareschi P, Jovchelovitch S, coordenadores. Textos em representações sociais. Petrópolis: Vozes; 1994. p. 31-59.
 145. Moscovici, S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis (RJ): Vozes; 2012.
 146. Andrade MAA. Cultura política, identidade e representações sociais. Recife: Editora Massangana; 1999.
 147. Carvalho JGSC, Arruda A. Teoria das representações sociais e história: um diálogo necessário. Paidéia. 2008;18(41):445-56.
 148. Leme MAVS. O impacto da teoria das Representações Sociais. In: Spink, MJP. O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense; 1995. p. 46-57.
 149. Lefèvre F, Lefèvre AMC. DSC: questões e respostas mais frequentes. São Paulo (SP); 2006. [acesso em 21 ago 2013]. Disponível em: <http://www.ipdsc.com.br/scp/download.php?downid=25>
 150. Vieira S, Hossne WS. Como ler um artigo científico [editorial]. Pesqui. Odontol. Bras. 2001;15(2).
 151. Massa M. Desenvolvimento de judocas brasileiros talentosos. São Paulo. Tese [Doutorado em Saúde Pública] – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2006.
 152. Santelle O, Lefèvre AMC, Cervato AM. Alimentação institucionalizada e suas representações sociais entre moradores de instituições de longa permanência para idosos em São Paulo. Cad Saude Publica. 2007;23(12):3061-3065.
 153. Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SBBrazil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: manual da equipe de campo. Brasília (DF); 2009.
 154. Lefèvre F, Lefèvre AMC. As “ligações diretas” e as representações sociais. São Paulo; 2010 [acesso em 21 ago 2013]. Disponível em: <http://www.ipdsc.com.br/scp/download.php?downid=66>
 155. Lefèvre F, Lefèvre AMC, Marques MCC. Discurso do sujeito coletivo,

- complexidade e auto-organização. *Cien Saude Colet*. 2009;14(4):1193-204.
156. Burt B. How useful are cross-sectional data from surveys of dental caries? *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997;25(1):36-41.
157. Roncalli AG, Côrtes MIS, Peres KG. Perfis epidemiológicos de saúde bucal no Brasil e os modelos de vigilância. *Cad Saude Publica*. 2012;28(1 Supl):58-68.
158. Peres MA, Antunes JLF. O método epidemiológico de investigação e sua contribuição para a saúde bucal. In: Antunes JLF, Peres MA, coordenadores. *Epidemiologia da saúde bucal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 3-18.
159. Agbaje JO, Mutsvari T, Lesaffre E, Declerck D. Measurement, analysis and interpretation of examiner reliability in caries experience surveys: some methodological thoughts. *Clin Oral Invest*. 2012;16(1):117-27.
160. World Health Organization. *Calibration of examiners for oral health epidemiological surveys*. Geneva; 1993.
161. Frias AC, Antunes JLF, Narvai PC. Precisão e validade de levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: cárie dentária na Cidade de São Paulo, 2002. *Rev Bras Epidemiol*. 2004;7(2):144-54.
162. Allen F, Steele J. Data validity and quality. In: Lesaffre E, Feine J, Leroux B, Declerck D, coordenadores. *Statistical and methodological aspects of oral health research*. Chichester: Wiley; 2009. p. 131-44.
163. Piovesan C, Moro BLP, Lara JS, Ardenghi TM, Guedes RS, Haddad AE et al. Laboratorial training of examiners for using a visual caries detection system in epidemiological surveys. *BMC Oral Health*. 2013;13(49):717-7.
164. Agbaje JO, Mutsvari T, Lesaffre E, Declerck D. Examiner performance in calibration exercises compared with field conditions when scoring caries experience. *Clin Oral Invest*. 2012;16(1):481-88.
165. Kalamatianos PA, Narvai PC. Uma proposta de esquema para a análise ética das ações de saúde pública. *O Mundo da Saúde*. 2004;28(1):34-41.
166. Hossne WS, Vieira S. Fraude em ciência: onde estamos? *Bioética*. 2007;15(1):39-47
167. Poirié F. Emmanuel Lévinas: ensaios e entrevistas. Guinsburg J, Godoy MH,

Blumenthal T, tradutores. São Paulo: Perspectiva; 2007.

168. Brasil, Conselho Federal de Odontologia. 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.
169. Campos GWS. A ética e os trabalhadores de saúde. Saúde em Debate. 1994; (43):60-3.
170. Kipper DJ, Clotet J. Princípios da beneficência e não-maleficência. In: Costa GO, Garrafa V, coordenadores. Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 37-51.
171. Garrafa G. Novos paradigmas para a saúde – a “Ética da responsabilidade” individual e pública. O Mundo da Saúde. 1996;20(5):183-87.
172. Muñoz DR, Fortes PAC. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: Costa GO, Garrafa V, coordenadores. Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 53-70.
173. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar recursos que também atuam como sujeitos da história. In: Merhy EE, Onocko R, coordenadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec. p. 229-66.
174. Campos RTO, Campos GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos, GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, coordenadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 669-88.
175. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica, nº 17: saúde bucal. Brasília (DF); 2008.
176. Santos BS. Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. Estudos Avançados. 1988;2(2):46-71.
177. Campos GWS. A face totalitária do neoliberalismo e o seu papel na transformação do conformismo em sendo comum. 1990;(29):27-9.
178. Pellegrino ED. La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica. Bol Oficina Sanit Panam. 1990;108(5-6):379-390.
179. Garrafa G. Inclusão social no contexto político da bioética. Revista Brasileira

- de Bioética. 2005;1(2):122-32.
180. Cord APMM, Knupp RRS. Fatores que influenciam as relações interpessoais e a qualidade da integralidade no processo de produção da saúde. In: Lopes MGM, coordenador. Saúde Bucal Coletiva: Implementando idéias... concebendo integralidade. Rio de Janeiro: Rubio; 2008. p. 101-119.
 181. Sadala MLA. A alteridade: o outro como critério. Rev Esc Enferm USP. 1999;33(4):355-57.
 182. Puggina ACG, Silva MJP. A alteridade nas relações de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2005;58(5):573-579.
 183. Freire P. Pedagogia da autonomia. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
 184. Zoboli ELCP, Fortes PAC. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. Cad Saude Publica. 2004;20(6):1690-699.
 185. Barata RB. Inquérito Nacional de Saúde: uma necessidade? Cien Saude Colet. 2006;11(4):870-1.
 186. Cesar CLG, Tanaka OY. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. Cad Saude Publica. 1996; 12(2 Supl):59-70.
 187. Paim JS, Teixeira CF. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. Cien Saude Colet. 2007;12(1 Supl):1819-829.
 188. Maher D. The ethics of feedback of HIV test results in population-based surveys of HIV infection. Bull World Health Organ. 2013;91(12):950-6.
 189. Nuffield Council on Bioethics. The ethics of research related to healthcare in developing countries. Londres; 2005 [acesso em 5 nov 2013]. Disponível em: http://www.nuffieldbioethics.org/sites/default/files/HRRDC_Follow-up_Discussion_Paper.pdf.
 190. Silveira C, Luppi CG, Carneiro Junior N. Aspectos éticos nas pesquisas e na produção de conhecimentos junto a grupos em situação de vulnerabilidade social. In: Guerriero ICZ, Schmidt MLS, Zicker F, coordenadores. Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008. p. 158-66.

191. Ferreira AL, Schramm FR. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. *Rev Saude Publica*. 2000;34(6):659-65.
192. Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev Saude Publica*. 2007;41(3):472-7.
193. Fortes PAC. As condições de vida, de trabalho e de saúde como “caldo de cultura” para a violência. *Bioética*. 2004;12(2):113-19.
194. Barros MBA. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(1 Supl):6-19.
195. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Coordenação de Comunicação Social. Guia do Censo 2010 para jornalistas [guia na internet]. [acesso em 27 jun 2012]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/pdf/Guia_do_censo2010.pdf
196. Rivas MF. La violencia como problema de salud pública en Colombia: outro campo para la bioética. *Acta Bioeth*. 2000;6(2):337-46.
197. Braz M. Bioética e violência. *Bioética*. 2004;12(2):77-97.
198. Ministério da Saúde. Manual do usuário: consulta pública. Brasília; 2008 [acesso em 9 nov 2013]. Disponível em: <http://200.214.130.94/consultapublica/manuais/ConsultaPublicaUsuario.pdf>
199. Burgess MM. Public consultation in Ethics: an experiment in representative ethics. *J Bioeth Ing*. 2004;1(1):4-13.
200. Levitt M. Public consultation in Bioethics. What's the point of asking the public when they have neither scientific nor ethical expertise? *Health Care Anal*. 2003;11(1):15-25.
201. Buetow S. The ethics of public consultation in health care: an Orthodox Jewish perspective. *Health Care Anal*. 2003;11(2):151-60.
202. Fortes PAC. A ética do controle social na saúde e os conselhos de saúde. *Bioética*. 1997;5(1):71-6.
203. Ministério da Saúde. Primeiros resultados do Projeto SBBrasil anunciados

pelo Ministério da Saúde. Brasília; [s.d.] [acesso em 18 jan 2012]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/resultados.htm>

204. Portela LE, Teixeira CF. Epidemiologia e gestão de serviços de saúde. In: Almeida Filho N, Barreto ML, coordenadores. *Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos e aplicações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 622-30.
205. Barata RB. Epidemiologia no século XXI: perspectivas para o Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 1999;2(1-2):6-18.
206. Barros MBA. Epidemiologia e superação das iniquidades em saúde. In: Barata RB, Barreto ML, Almeida Filho N, Veras RN, coordenadores. *Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco; 1997. p. 161-76.
207. Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 2004;1(7696):405-12.
208. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Territórios da cidadania: integração de políticas públicas para reduzir desigualdades*. Brasília; 2009 [acesso em 5 jan 2014]. Disponível em: http://www.territoriosdacidadania.gov.br/dotlrn/clubs/territoriosrurais/pageflip/pageflip-view?pageflip_id=2221713
209. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 2371, de 7 de outubro de 2009. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal – Unidade Odontológica Móvel – UOM. *Diário Oficial União*. 9 out 2009;Seção 1:111.
210. Plasencia DG. Equidad en salud. In: Tealdi JC, coordenador. *Diccionario latino-americano de bioética*. Bogotá: Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia; 2008. p. 391-92.
211. Bondía JL. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. *Rev Bras Educ*. 2002;(19):20-28.
212. Valenzuela JG. Valores éticos. In: Tealdi JC, coordenador. *Diccionario latino-americano de bioética*. Bogotá: Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia; 2008. p. 129-30.
213. Bhutta ZA. Beyond informed consent. *Bull World Health Organ*. 2004;82(10):717-7.
214. Lorenzo C. O consentimento livre e esclarecido e a realidade do analfabetismo funcional no Brasil: uma abordagem para a norma e para além

- da norma. *Revista Bioética*. 2007;15(2):268-82.
215. Luna F. Consentimento livre e esclarecido: ainda uma ferramenta útil na ética em pesquisa. In: Diniz D, Sugai A, Guilhem D, Squinca F, coordenadores. *Ética em pesquisa: temas globais*. Brasília: Ed. UnB; 2008. p. 153-86.
216. McKeown RE, Learner RM. Ethics in public health practice. In: Coughlin SS, Beauchamp TL, Weed DL, coordenadores. *Ethics and epidemiology*. Nova Iorque: Oxford University Press; 2009. p. 147-81.
217. Council of State and Territorial Epidemiologists. Public health practice vs. research: a report for public health practitioners including cases and guidance for making distinctions. Atlanta; 2004 [acesso em 23 nov 2013]. Disponível em: <http://www.cste2.org/webpdfs/CSTEPHResRptHodgeFinal.5.24.04.pdf>
218. Flory J, Emanuel E. Interventions to improve research participants' understanding in informed consent for research: a systematic review. *JAMA*. 2004;292(13):1593-601.
219. Oliveira VC. A comunicação midiática e o Sistema Único de Saúde. *Interface – Comunic., Saude, Educ*. 2000;4(7):71-80.

APÊNDICES

APÊNDICE A – PUBLICAÇÃO ORIUNDA DA TESE

Rev Saúde Pública 2013;47(Supl 3):12-8

Artigos Originais

DOI:10.1590/S0034-8910.2013047004884

Flávia Reis de Andrade¹
 Paulo Capel Narvai¹
 Miguel Ângelo Montagner¹

Responsabilidade ética no SBBrazil 2010 sob o olhar dos gestores do inquérito populacional

Ethical responsibility in the SBBrazil 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 – SBBrazil 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 SBBrazil 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 SBBrazil 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 SBBrazil 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.

DESCRIPTORIOS: Inquéritos de Saúde Bucal, ética. Gestor de Saúde. Coleta de Dados, ética. Saúde Bucal.

¹ Programa de Pós-Graduação em Bioética. Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil

² 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

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

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.¹⁹ 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”,^a 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

^a 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”.^b No caso do SBBrazil 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.²⁰

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 SBBrazil 2010.

MÉTODOS

Realizou-se estudo qualitativo, na modalidade estudo de caso, sob a perspectiva da ética da responsabilidade.⁵ Para Yin,²³ 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,²² 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.⁹

No SBBrazil 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 SBBrazil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais*.⁶

Os dados foram coletados em 2012 por meio de entrevista individual e semiestruturada, com as seguintes perguntas norteadoras: a) “Considerando a sua experiência no SBBrazil 2010, que dificuldades você destacaria em um inquérito populacional dessa magnitude?”; e b) “Ao longo da sua participação no Projeto SBBrazil 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,¹⁴ utilizou-se a técnica “bola de neve”.¹⁷ 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 SBBrazil 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 SBBrazil 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,¹⁴ 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,¹³ 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.

^b 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.

⁶ 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, fez 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 feito 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”,^d 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 sugeria 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 SBBrazil 2010 foi preservado de dados espúrios, mas à custa de mais recursos materiais, financeiros e humanos.

DISCUSSÃO

Conhecimentos epidemiológicos gerados por inquéritos como o SBBrazil 2010 produzem efeitos imediatos e mediatos. 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 mediatos 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 SBBrazil 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.¹⁶ Portanto, a

maioria dos profissionais que participou da coleta de dados não era especializada nessas ações, embora alguns contassem com a experiência acumulada de estudos locais ou do próprio SBBrazil 2003. No contexto das dificuldades referidas pelos entrevistados, é preciso, contudo, diferenciar a fraude do erro legítimo ou honesto.⁸ No SBBrazil 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.⁸ 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, Estévez⁴ 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. Pereira¹⁸ 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.⁴ Para Kuiuava,¹² “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.¹⁵ 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”.² 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”.¹¹

^d 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”.⁵ 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”,⁶ 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.⁷

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.³ Para Kipper & Clotet,¹⁰ “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 País⁶ e considerar o que ele faz, ou deixa de fazer, sob o prisma da ética da responsabilidade.⁵

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 escalões que dizem respeito ao SUS”.⁶ Garrafa⁸ aborda a ética da responsabilidade em três rubricas: ética da responsabilidade individual; ética da responsabilidade pública; ética da responsabilidade planetária, baseada na reflexão joniana. 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”.⁵ 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 (...)”.⁶ 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.²¹ 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”²¹. 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, idiosincrasias individuais e satisfações pessoais”.¹ 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 reponsabilidade, 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.

⁶ 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. "Fases 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 da 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. Kuiu 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 qualitativo. Brasília (DF): Liber 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 KC, 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, Traibert J, Marcenes W. Calibração de examinadores para estudos epidemiológicos de cárie dentária. *Cad Saude Publica*. 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 declaram não haver conflito de interesses que pudesse afetar o processo de julgamento do artigo.

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL

Rapport: agradecimentos, comentários introdutórios referentes aos objetivos da pesquisa e apresentação do TCLE.

- 1) Como se deu a sua inserção na equipe que esteve envolvida com o planejamento e execução do Projeto SBBrasil 2010?
- 2) Considerando a sua experiência no SBBrasil 2010, que dificuldades você destacaria em um inquérito populacional dessa magnitude?
- 3) 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?
- 4) Além de possibilitar a geração de uma importante base de dados, que outras contribuições um inquérito como o SBBrasil 2010, financiado com recursos públicos, deveria prestar para a população?
- 5) Agora eu vou dizer uma frase e gostaria de saber se você concorda ou discorda e por que: Tendo em vista que as resoluções normativas do Conselho Nacional de Saúde têm como foco principal os estudos experimentais, ou seja, as pesquisas clínicas e laboratoriais, é preciso elaborar normas e regras éticas que atendam as particularidades das pesquisas de base populacional.

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROJETO DE PESQUISA: A DIMENSÃO DA ÉTICA EM UM INQUÉRITO POPULACIONAL EM SAÚDE

Tendo em vista a sua participação no *Projeto SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal* você está sendo convidado a colaborar, como voluntário, de uma pesquisa de doutorado cujo objetivo é analisar a dimensão da ética em inquéritos populacionais em saúde. Caso aceite você participará de uma entrevista individual em local, data e horário de sua preferência, sendo assegurado o sigilo de sua identidade e dos dados. O tempo de duração da entrevista estará condicionado a sua disponibilidade e você poderá se recusar a responder qualquer pergunta.

Os riscos relativos à sua participação nesta pesquisa são mínimos e associados a um possível desconforto perante alguma questão da entrevista. Além disso, os benefícios que você terá serão indiretos, visto que a sua contribuição permitirá ampliar a compreensão da ética em inquéritos da magnitude do *Projeto SB Brasil 2010*.

A sua entrevista será gravada e analisada em conjunto com as dos outros participantes, sendo assegurado o anonimato de todas as pessoas envolvidas e a exclusão, na etapa de análise dos dados, de qualquer particularidade eventualmente citada que possibilite a sua identificação. Você possui, quando solicitado, o direito de ser mantido atualizado a respeito dos resultados parciais, ainda que possa afetar sua vontade em continuar participando desta pesquisa. Deste modo, é garantida a liberdade de retirada do consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou penalidade para você.

Adicionalmente, não haverá despesas pessoais, bem como nenhuma compensação financeira relacionada à sua participação. Ressalta-se, ainda, o compromisso dos pesquisadores em utilizar os dados coletados somente para os propósitos desta pesquisa. Os resultados serão divulgados em revistas/eventos científicos de forma a não identificar os participantes e, caso queira, você poderá tomar conhecimento dos resultados ao final desta pesquisa.

Os dados provenientes de sua participação ficarão sob a guarda da pesquisadora Flávia Reis de Andrade. Você poderá ter acesso a ela em qualquer etapa do estudo – *Telefones para contato*: (061) 3475-6073 / (061) 9944-4522 / *E-mail*: flaviaandrade@unb.br. Se você tiver alguma dúvida ou consideração em relação aos aspectos éticos desta pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – *Telefone para contato*: (061) 3107-1947 / *E-mail*: cepfs@unb.br.

Caso aceite participar da pesquisa, assine ao final deste documento que será preenchido em duas vias. Uma delas é sua e a outra pertence à pesquisadora responsável.

Eu, _____, estou ciente do conteúdo deste termo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados, bem como as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Recebi, ainda, a informação de que minha participação é isenta de despesas e de que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a pesquisa, sem penalidades ou prejuízos.

Data: ___/___/12

Assinatura do participante

Atesto que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do participante supracitado.

Flávia Reis de Andrade
Pesquisadora responsável

APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO 2 DA PERGUNTA 2

Seguem, abaixo, os Instrumentos de Análise de Discurso 2 com as expressões-chave e os respectivos DSC de todas as ideias centrais obtidas na questão: “Considerando a sua experiência no SBBrasil 2010, que dificuldades você destacaria em um inquérito populacional dessa magnitude?”.

A – Dificuldade com gestões municipais no sentido de liberar o profissional pra realizar a pesquisa.

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
E2 - Precisa haver o interesse político pra que a coisa aconteça, porque a gente sente uma diferença muito grande de quando o gestor é sensível a isso. [...] Depende do perfil de quem está fazendo as coisas, pra entender o quanto a epidemiologia é importante pra planejamento das políticas, para avaliação dos serviços. [...] Às vezes, você tem profissionais que querem participar e o gestor não deixa, não quer.	Tivemos dificuldades com a gestão local no sentido de liberar o profissional pra realizar a pesquisa. Em uma capital, por exemplo, eu tive que negociar isso com o coordenador municipal: “Olha, não é necessário que a equipe fique 40 horas fazendo a pesquisa. A gente pode dividir isso, ele pode ficar 20 horas na pesquisa e 20 horas na assistência”. Só que tinha outro problema: os profissionais tinham contrato de 40 horas, mas não trabalhavam 40 horas. Às vezes, você tem profissionais que querem participar e o gestor não deixa, não quer. Isso ocorreu num município de pequeno porte, no qual um profissional teve problemas com a gestão, que alegava: “Não, você vai ficar muito tempo sem estar na sua equipe de saúde bucal, que é da Estratégia”. O município o destituiu do cargo e o impediu de participar do SBBrasil 2010. Salvo engano, esse município contava com apenas uma ou duas equipes. Se já tinha proibido um profissional, qualquer outro seria impossível. Essas dificuldades de entendimento do projeto ocorreram apesar dele ter sido apresentado e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite [CIT]. Teoricamente, pessoas que representam os gestores estaduais e municipais, bem ou mal, estão na CIT para representar. Por não terem esse conhecimento, alguns gestores municipais geravam certa dificuldade na condução do processo no âmbito local.
E3 - O coordenador municipal não queria liberar os profissionais para fazer a pesquisa. Eu tive que negociar isso: “Olha, não é necessário que a equipe fique 40 horas fazendo a pesquisa. A gente pode dividir isso, ele pode ficar 20 horas na pesquisa e 20 horas na assistência”. Só que tinha outro problema: os profissionais tinham contrato de 40 horas, mas não trabalhavam 40 horas.	
E10 – Em um município, um profissional teve problemas com a gestão na questão da dispensa para ir a campo. A gestão: “Não, você vai ficar muito tempo sem estar na sua equipe de saúde bucal, que é da Estratégia”. O município o destituiu do cargo e o impediu de participar da pesquisa. Salvo engano, esse município tinha apenas uma ou duas equipes. Se o município já tinha proibido um, qualquer outro seria impossível.	
E14 - Dificuldades da gestão local em estar liberando profissional pra realizar a	

<p>pesquisa. Muitas vezes não tinha o entendimento de alguns gestores, ainda que o projeto tivesse sido pactuado, apresentado na Tripartite. Teoricamente, pessoas que representam os gestores estaduais e os gestores municipais, bem ou mal, mas estão lá pra representar. Muitas vezes alguns gestores municipais não tinham esse conhecimento e geravam certa dificuldade na condução do processo no âmbito local.</p>	<p>Então, o interesse político é importante para que a coisa aconteça, porque a gente sente uma diferença muito grande de quando o gestor é sensível a iniciativas com o SBBrasil 2010. Depende, portanto, do perfil de quem está fazendo as coisas, pra entender o quanto a epidemiologia é importante para o planejamento e avaliação das políticas.</p>
--	--

B – Dificuldade nos locais em que as gestões do município e do estado eram de partidos políticos diferentes.

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
<p>E2 - As questões ideológicas atrapalham um pouco. Se outro tem a ideia, às vezes é mais difícil. As questões políticas são, talvez, as de mais difícil enfrentamento.</p>	<p>As questões ideológicas atrapalham um pouco. Se outro tem a ideia, às vezes é mais difícil. Em um estado, por exemplo, os coordenadores estadual e municipal foram muito receptivos e solícitos comigo para a organização e a execução do levantamento. Só que tinha um problema político interno: as gestões do município e do estado eram de partidos diferentes. Então, às vezes, o estado tinha certa dificuldade de estar coordenando, organizando e operacionalizando na capital. Por vezes, você precisa ter estratégias dialógicas, sentar à mesa, falar: “Olha, vamos combinar? Não é para o PT, não é pra capitalização política do Lula, do Gilberto Pucca. Nós estamos construindo mais um passo, mais um movimento para o Sistema Único de Saúde, sendo PSDB, DEM, PT, seja lá o que for. Este não é um município que quer construir bem o seu sistema de saúde? Não quer ter uma boa organização do subsistema de saúde bucal?”. Temos que fazer. Você constrói imagens que responsabilizam a gestão. As questões políticas são, talvez, as de mais difícil enfrentamento.</p>
<p>E3 - Os coordenadores estadual e municipal foram muito receptivos e solícitos comigo para a organização e a execução do levantamento. Só que tinha um problema político interno: as gestões do município e do estado eram de partidos diferentes. Então, às vezes, o estado tinha certa dificuldade de estar coordenando, organizando e operacionalizando na capital.</p>	
<p>E5 - Você tem que ter estratégias dialógicas, sentar à mesa, falar: “Olha, vamos combinar? Não é para o PT, não é pra capitalização política do Lula, do Gilberto Pucca. Nós estamos construindo mais um passo, mais um movimento para o Sistema Único de Saúde, sendo PSDB, DEM, PT, seja lá o que for. Este não é um município que quer construir bem o seu sistema de saúde? Não quer ter uma boa organização do subsistema de saúde bucal?”. Temos que fazer. Você constrói imagens que responsabilizam a gestão.</p>	

C – Dificuldade relacionada com o fato de que o dado do SBBrasil 2010 não tem aplicação programática para o nível local.

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
E5 - O dado do SBBrasil 2010 não tem aplicação programática para o nível local, porque não tem representatividade.	Trabalhamos com a ideia de que quem faz a pesquisa é o dentista do município sorteado pra compor a amostra. Aí você tem que chegar lá e dizer para o gestor: “Olha, seu município foi sorteado e faremos uma pesquisa de saúde bucal aqui. O senhor não vai gastar quase nada, mas precisa liberar o seu profissional”. Nas capitais era preciso liberar, minimamente, 10 dentistas pra compor 10 equipes. Em alguns municípios, 1 a 2 dentistas, vai variando. O gestor municipal responde: “Legal, no final terei dados pra ver como anda a saúde bucal no meu município”. O problema é que a pesquisa não é inferente para o município, ou seja, o dado do SBBrasil 2010 não tem aplicação programática para o nível local porque não tem representatividade. Então esclarecemos: “Tem um problema. Essa é uma pesquisa de base nacional que vai dar o perfil de saúde bucal do Brasil, capitais e Distrito Federal. Se quiser, vai ter que entrar com o capital”. Daí ele responde: “Mas eu já estou liberando o meu profissional, para quem eu pago salário. Estou participando, é o que eu posso”. Acho que essa foi a primeira dificuldade, de fazer com que os gestores entendessem que é uma pesquisa importante para o país, capitais e macrorregiões; e que o seu município tinha sido sorteado. Depois ele via que não era nenhuma sorte: “Mas que sorte é essa? Eu vou liberar o meu profissional, vou ter por dois, três meses a população reclamando que eu tenho menos um dentista na unidade de saúde e não terei nenhum resultado pra mim, pra planejar, pra avaliar os meus serviços”.
E9 - A pesquisa não é inferente para o município. [...] “Legal, no final terei dados pra ver como anda a saúde bucal no meu município”. “Tem um problema, essa é uma pesquisa de base nacional. Ela vai dar o perfil de saúde bucal para o Brasil, capitais e Distrito Federal. Se você quiser, vai ter que entrar com o capital”. “Não, mas eu já estou entrando, liberando o meu profissional, para o qual eu pago salário. Eu estou participando, é o que eu posso”. [...] Acho que essa foi a primeira dificuldade, de fazer com que os gestores entendessem que é uma pesquisa importante para o país, para as capitais, para as macrorregiões e que o seu município tinha sido sorteado. Depois ele via que não era nenhuma sorte: “Mas que sorte é essa? Eu vou liberar o meu profissional, vou ter por dois, três meses a população reclamando que eu tenho menos um dentista na unidade de saúde e não terei nenhum resultado pra mim, pra planejar, pra avaliar os meus serviços”.	
E12 - É a ideia de que quem vai fazer a pesquisa é o dentista do município sorteado pra compor a amostra. Aí você tem que chegar lá e dizer para o gestor: “Olha, seu município foi sorteado e a gente precisa fazer uma pesquisa de saúde bucal aqui. O senhor não vai gastar quase nada, mas precisa liberar o seu profissional”. [...] Nas capitais ele precisava liberar, minimamente, 10 dentistas pra compor 10 equipes. Em alguns municípios, 1 a 2 dentistas, vai variando.	

D – Dificuldade decorrente da irresponsabilidade da macropolítica em indicar pessoas sem perfil para cargos de gestão.

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
E1 - Tem estado que não tem a figura do	Tem estado que não tem a figura do

<p>coordenador de saúde bucal. Não se sabia a quem recorrer, saía procurando.</p>	<p>coordenador de saúde bucal. Não se sabia a quem recorrer, saía procurando.</p>
<p>E7 - Na primeira oficina de um estado que nos deu muito trabalho, as pessoas mais tradicionalmente ligadas à saúde bucal coletiva e as entidades odontológicas não conheciam a coordenadora de saúde bucal do estado porque tinha sido uma indicação das bases aliadas. Uma pessoa completamente neófito. [...] As pessoas simplesmente a desconheciam. Uma pessoa que tinha se formado seis, três meses antes. Não conhecia o organograma da Secretaria Estadual de Saúde. Imagina o que é colocar um projeto dessa envergadura pra uma pessoa com essa formação administrar.</p>	<p>Além disso, tem a irresponsabilidade da macropolítica em indicar pessoas sem perfil. Teve um estado que indicou uma graduanda em direito. Então, ela era a minha interlocutora. Não que ela tenha sido um problema, muito pelo contrário. Ela fez um esforço pessoal enorme. Não foi ruim trabalhar com ela, mas é uma irresponsabilidade da macrogestão e macropolítica. Na primeira oficina de um estado que nos deu muito trabalho, as pessoas mais tradicionalmente ligadas à saúde bucal coletiva e as entidades odontológicas não conheciam a coordenadora de saúde bucal do estado porque tinha sido uma indicação das bases aliadas. Uma pessoa completamente neófito. As pessoas simplesmente a desconheciam. Uma pessoa que tinha se formado seis, três meses antes. Não conhecia o organograma da Secretaria Estadual de Saúde. Imagina o que é colocar um projeto dessa envergadura pra uma pessoa com essa formação administrar.</p>
<p>E8 - Irresponsabilidade da macropolítica em indicar pessoas sem perfil. Teve um estado que indicou uma graduanda em direito. Então, ela era a minha interlocutora. Não que ela tenha sido um problema, muito pelo contrário. Ela fez um esforço pessoal enorme. Não foi ruim trabalhar com ela, mas é uma irresponsabilidade da macrogestão e macropolítica.</p>	<p>Além disso, tem a irresponsabilidade da macrogestão e macropolítica. Na primeira oficina de um estado que nos deu muito trabalho, as pessoas mais tradicionalmente ligadas à saúde bucal coletiva e as entidades odontológicas não conheciam a coordenadora de saúde bucal do estado porque tinha sido uma indicação das bases aliadas. Uma pessoa completamente neófito. As pessoas simplesmente a desconheciam. Uma pessoa que tinha se formado seis, três meses antes. Não conhecia o organograma da Secretaria Estadual de Saúde. Imagina o que é colocar um projeto dessa envergadura pra uma pessoa com essa formação administrar.</p>

E – Dificuldade de convencer os profissionais da importância de inquéritos como o SBBrasil 2010.

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
<p>E1 - Os profissionais acham que as atribuições são mais clínicas mesmo. Acho que isso tem que ser trabalhado, tanto nos serviços quanto nas instituições formadoras.</p>	<p>A primeira tarefa é convencer os profissionais da importância de inquéritos como o SBBrasil 2010 porque alguns acham que as suas atribuições são mais clínicas mesmo. A primeira coisa que os profissionais de uma capital disseram foi: “Não, esquece meu nome. Eu não quero fazer porque é muito cansativo. Eu prefiro ficar atendendo”. Muitos querem reproduzir no SUS a prática do consultório particular. Em outro município, os dentistas vieram pra uma oficina regional e falaram: “Não quero, não vou fazer”. Nem todos os profissionais tem perfil, alguns vêm meio que forçados ou interessados em algum</p>
<p>E2 - Nem todos os profissionais tem perfil, alguns vêm meio que forçados ou interessados em algum ganho financeiro que não existe, é praticamente nulo. [...] A gente precisava qualificar melhor os nossos recursos humanos enquanto estão na graduação ou logo que eles entram para o Sistema Único de Saúde, pra eles saberem o que compete a um profissional do SUS. [...] Os dentistas vieram pra uma oficina regional e</p>	

falaram: “Não quero, não vou fazer”.	ganho financeiro que não existe, é praticamente nulo. Mas o fato é que na normatização do papel da Equipe de Saúde da Família, principalmente do PSF, está posto a questão da coordenação e da compreensão do diagnóstico local, dos inquéritos. Inclusive o objetivo da inclusão da Equipe de Saúde Bucal na Saúde da Família foi reduzir os indicadores de saúde bucal e melhorar o acesso da população as ações em saúde bucal. Então é óbvio que pra reduzir indicadores eu preciso conhecer a realidade; e o inquérito epidemiológico é um das ferramentas pra isso. Acho que isso tem que ser trabalhado, tanto nos serviços quanto nas instituições formadoras. Precisamos qualificar melhor os nossos recursos humanos enquanto estão na graduação ou logo que entram para o Sistema Único de Saúde, pra eles saberem o que compete a um profissional do SUS.
E4 - Muitos querem reproduzir no SUS a prática do consultório particular.	
E7 - Quando você vai pra normatização do papel da Equipe de Saúde da Família, principalmente do PSF, está posto a questão da coordenação e da compreensão do diagnóstico local, dos inquéritos. Inclusive o objetivo da inclusão da Equipe de Saúde Bucal na Saúde da Família foi reduzir os indicadores de saúde bucal e melhorar o acesso da população as ações em saúde bucal. Então é óbvio que pra reduzir indicadores eu preciso conhecer a realidade; e inquérito epidemiológico é um das ferramentas pra isso.	
E13 - Primeiro é convencer os profissionais da importância disso. [...] A primeira coisa que eles disseram: “Não, esquece meu nome. Eu não quero fazer porque é muito cansativo. Eu prefiro ficar atendendo”.	

F – Dificuldade de acessar setores censitários sorteados por conta da violência.

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
E1 - Os profissionais fizeram um acordo com o centro de saúde. Eles não podiam entrar em qualquer horário. Tinham que sair às 4h da tarde porque disse que era muito violento.	Tivemos profissionais que chegaram a pagar do bolso o passe para o traficante, para o líder da comunidade pra fazer o inquérito. Num município relativamente pequeno fomos impedidos absolutamente de acessar um dos setores sorteados porque estava tomado pelo tráfico. Já numa capital, os profissionais fizeram um acordo com o centro de saúde, pois eles não podiam entrar em qualquer horário. Tinham que sair às 4h da tarde porque era muito violento. Teve ainda outra situação em que a coordenadora municipal escolheu um local para fazer a calibração que era muito perigoso na cidade, área de risco de tráfico de droga. Inclusive os instrutores já tinham conversado com ela que não era um bom local por causa dessas questões. Ela disse que era tranquilo, que a equipe de saúde da família funcionava bem. Aconteceu um problema sério na área durante o processo de calibração. Teve um tiroteio na rua onde estava
E2 - Tivemos profissionais que chegaram a pagar do bolso o passe para o traficante, para o líder da comunidade pra fazer o inquérito.	
E3 - A coordenadora municipal escolheu um local para fazer a calibração que era muito perigoso na cidade, um local de área de risco de tráfico de droga. Inclusive os instrutores já tinham conversado com ela que não era um local bom por causa dessas questões. E ela disse que era tranquilo, que a equipe de saúde da família funcionava bem. Aconteceu um problema sério na área durante o processo de calibração. Teve um tiroteio na rua onde estava	

<p>acontecendo. Eles saíram escoltados pela polícia.</p>	<p>família funcionava bem. Aconteceu um problema sério na área durante o processo de calibração. Teve um tiroteio e os instrutores saíram escoltados pela polícia. Além disso, algumas equipes de campo foram assaltadas durante a coleta de dados. Então, não sei se os profissionais cumpriram as normas que falavam pra examinar só quem estava indicado na folha e seguir pelo lado correto da quadra, porque eram momentos de tensão.</p>
<p>E6 - Então, são questões sociais, não são questões inerentes a operacionalidade do projeto, mas hoje são questões que a gente tem que levar em consideração quando pensa numa pesquisa. [...] Eu tive casos de equipes de campo assaltadas durante a coleta de dados.</p>	
<p>E7 - Não sei se eles cumpriram aquelas normas do examinar só quem estava indicado na folha e seguir pelo lado correto da quadra, porque eram momentos de tensão.</p>	
<p>E11 - Um município relativamente pequeno em que nós fomos impedidos absolutamente de acessar um dos setores sorteados porque estava tomado pelo tráfico.</p>	

APÊNDICE E – INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO 2 DA PERGUNTA 3

Seguem, abaixo, os Instrumentos de Análise de Discurso 2 com as expressões-chave e os respectivos DSC de todas as ideias centrais obtidas na questão: “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?”.

A – Sim, a fabricação de dados comprometeu o CPOD de alguns locais.

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
E4 - Ouvi falar que teve alguém que burlou o banco de dados e com isso mudou o CPOD do estado, do Brasil. Essa pessoa deveria, inclusive, sofrer um processo ético porque ela não entendeu o que estava fazendo ali, quais as consequências do ato dela. Eu não sei como foi resolvido depois, não sei se teve uma conversa ao pé do ouvido, mas realmente merecia algum chamado em particular.	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. Era assim, você tinha uma média de dois e pouco para o país, excluindo essa capital. Quando a incluía, a média ia pra três e meio, puxava a média lá pra cima. A gente olhou registro por registro no banco de dados dessa capital. Um bloco de quatro a cinco setores agregava todo o CPO alto, da capital inteira. A média só desses cinco era nove. A média do restante era dois e meio, três. Aí acendeu a luz amarela: espera aí, se a divisão dos setores é feita por examinador, o problema está nele. Fomos cruzar com o examinador. Dois deles eram responsáveis pelo CPO alto da capital, da região, do Brasil todo. Fizemos a seleção desses profissionais, quando cortou, foi pra metade o tamanho da amostra. Como que pode? São 10, dois examinaram a metade? Os outros oito a outra metade? Nem deu, portanto, pra passar a faca e admitir que o resto era válido. Não dava, porque os examinadores tomaram conta de metade da amostra, ou seja, metade dela era falsa. Essas pessoas deveriam sofrer um processo ético porque elas não entenderam o que estavam fazendo ali, quais as consequências dos atos delas. Eu não sei como foi resolvido depois,
E8 - Foi uma situação atípica porque, o coordenador municipal foi super competente e empenhado. Fez o que tinha que fazer, que era a supervisão. Particularmente o setor que deu problema estava fora dos 10% de supervisão dele. Quando consolidamos os dados e fechamos a média do CPOD aos 12 anos, essa capital ficou com uma média acima da de 2003. [...] Eram, sei lá, dois ou três décimos, mas é difícil entender isso porque todas as outras capitais diminuíram um pouco. Essa capital tem água fluoretada, com alguma sazonalidade, mas, enfim, tem água fluoretada, tem uma rede importante de saúde bucal, tem PSF. E já vem há anos, não é uma coisa que começou a acontecer ontem. Então, fizemos um sistema de acompanhamento por setor censitário e descobrimos um setor completamente distinto do padrão de ocorrência. [...] Quando começamos a	

<p>checar as ruas que o profissional tinha percorrido, eram ruas que estavam fora do mapa do setor censitário pré-definido. [...] É grave, não importa o quanto você impacta. Tenho muita dúvida de que tenha sido um problema de entendimento, porque o cara tinha um mapa físico, desenhado, entendeu? O que faz com que alguém desrespeite uma orientação tão clara?</p>	<p>não sei se teve uma conversa ao pé do ouvido, mas realmente merecia algum chamado em particular. 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; e já vem há anos, não é uma coisa que começou a acontecer ontem. Não é justificável aumentar o dado ou diminuir excessivamente. Tem que haver plausibilidade com capitais fluoretadas e não fluoretadas, com capitais do nordeste e do sudeste. Fizemos novamente 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. 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? Então, duas capitais tiveram problemas de mesma origem, só que em dimensões diferentes. Em uma, foram só dois setores; e na outra, foram nove ou dez setores. Mas é grave, não importa o quanto você impacta. Resolvemos ser coerentes e repetimos os exames nas duas. O fato é que terminamos 99% do levantamento em novembro de 2010, e gastamos mais seis meses pra fazer esse 1% restante.</p>
<p>E12 - Duas capitais tiveram problemas de mesma origem, só que em dimensões diferentes. Em uma, foram só dois setores; e na outra, foram nove ou dez setores. [...] Era assim, você tinha uma média de dois e pouco para o país, excluindo essa capital. Quando a incluía, a média ia pra três e meio, puxava a média lá pra cima. [...] A gente olhou registro por registro no banco de dados dessa capital. Um bloco de quatro a cinco setores agregava todo o CPO alto, da capital inteira. A média só desses cinco era nove. A média do restante era dois e meio, três. Aí acendeu a luz amarela: espera aí, se a divisão dos setores é feita por examinador, o problema está no examinador. Fomos cruzar com o examinador. Dois caras eram responsáveis pelo CPO alto da capital, da região, do Brasil todo. [...] Fizemos a seleção dos dois, quando cortou, foi pra metade o tamanho da amostra da capital. Como que pode? São 10, dois examinaram a metade? Os outros oito a outra metade? Nem deu, portanto, pra passar a faca e admitir que o resto era válido. Não dava, porque os caras tomaram conta de metade da amostra. Metade da amostra era falsa. Resolvemos ser coerentes e repetimos nas duas capitais. [...] A gente terminou 99% do levantamento em novembro de 2010. E gastamos mais 6 meses pra fazer 1% restante. [...] Não é justificável aumentar o dado ou diminuir excessivamente. Tem que haver plausibilidade com capitais fluoretadas e não fluoretadas, com capitais do nordeste e do sudeste.</p>	

B – Sim, a não adesão ao protocolo para o trabalho de campo.

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
E7 - Teve profissionais que eu fui pra área acompanhar coleta porque, sinceramente, eu estava com medo que a coisa não fosse acontecer.	Fui pra área acompanhar coleta porque, sinceramente, eu estava com medo que a coisa não fosse acontecer. 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, todo mundo ficou 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 feito e dado a mesma coisa. E pra mim isso é um problema moral gravíssimo porque errou a primeira vez e ratificou o erro. Vários atores que trabalharam direta ou indiretamente no SB relataram situações extremamente explícitas de boicote. Do ponto de vista ético, inclusive. De dificultar ou omitir dados da calibração, de burlar, fazer de qualquer jeito.
E8 - 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 encontraria em cada setor censitário. Por exemplo, era previsível ter num setor, no máximo, 10 a 12 crianças de cinco anos. Era um parâmetro nacional. Você acompanhava todos os outros setores e esse era o padrão de repetição. 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, todo mundo ficou assim: “Puxa, mas o que tá acontecendo? A gente não consegue tanta criança assim num setor”. Pois bem, a coordenação disse que assumia que era um setor particular. A gente pediu e ela entregou por escrito que tinha feito e dado a mesma coisa. E pra mim isso é um problema moral gravíssimo, porque errou a primeira vez e ratificou o erro.	
E11 - Vários atores que trabalharam direta ou indiretamente no SB vieram relatar situações extremamente explícitas de boicote. Do ponto de vista ético, inclusive. De dificultar a calibração, de omitir dados de calibração, de burlar, fazer de qualquer jeito.	

C – Sim, a questão da responsabilidade das equipes na produção de dados nacionais.

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
E3 - Durante as oficinas, eu chamei muita atenção com relação a problemas	Três coisas essenciais precisavam acontecer no contato com estados e

<p>que poderiam existir de equipes quererem ou poderem fraudar dados. Isso porque nós relatamos que no SB 2003 muitos dados 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, irreais, essas coisas serão eliminadas, porque indicam claramente que houve algum tipo de fraude”. [...] Cada equipe de examinador e anotador era responsável nas capitais, no mínimo, por três setores. [...] Então eu já esclarecia isso aí: “Olha, vocês vão ter um número, você vão ser responsáveis por ‘x’ setores, se tiver coisas exorbitantes, irreais, a gente vai identificar”. [...] Então, eu chamava muita 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.</p>	<p>municípios: identificar, dar conhecimento e motivar as pessoas. Precisávamos fazer com que se encantassem, se sentissem responsáveis pelo projeto. Durante as oficinas, eu chamei muita atenção com relação a problemas que poderiam existir de equipes quererem ou poderem fraudar dados. Tinha um slide falando justamente das atribuições, responsabilidades e o que estávamos fazendo ali. Isso porque relatamos que muitos dados do SB 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 <i>ex post facto</i> responder: “Quem estava nesse setor censitário? Que produção anômala de dados é essa?”. Não são nem <i>outliers</i>, são aberrantes mesmo, dados escandalosos, mas temos como descobrir, retornar a campo e responsabilizar equipes e secretarias. Então, eu chamava muita 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.</p>
<p>E4 - Tinha lá um slide falando justamente das atribuições, das responsabilidades e o que era que a gente estava fazendo ali.</p>	
<p>E5 - Nós temos quase um imperativo ético de produzir dados nacionais, de avançar no diagnóstico socioepidemiológico da população brasileira, com metodologia robusta, sólida [...]. A gente tem mecanismos hoje de <i>ex post facto</i> analisar: “Quem estava nesse setor censitário? Que produção anômala de dados é essa?”. Não são nem outliers, são aberrantes mesmo, dados escandalosos, mas a gente tem como descobrir, retornar a campo e responsabilizar equipes e secretarias.</p>	
<p>E8 - Três coisas essenciais precisavam acontecer: a gente precisava identificar as pessoas, a gente precisava dar conhecimento, mas precisava, além disso, motivá-las, a gente precisava fazer com que essas pessoas se encantassem, se sentissem responsáveis pelo projeto.</p>	

D – Sim, as formas de padronização e treinamento de equipes de saúde bucal.

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
<p>E1 - Teve mãe que ficou muito cansada porque os dentistas examinaram muitas vezes a mesma criança. E, assim, se mudasse a criança, como é que você ia fazer a concordância? Então, teve criança que, pra ficar, o coordenador deu creme dental, sabe? Conseguiram lanche para as crianças, mas, assim, foi cansativo pra elas, sabe? Conseguiram vagas para as crianças, principalmente de cinco anos, todas que participaram, mas elas ficaram períodos esperando, porque erra, a concordância dá baixa, aí faz o exame, depois que todo mundo examinou, eles voltam pra ver a mesma criança, pra ver os acordos. Isso poderia, no futuro, ter algum outro recurso que não precisasse ficar, principalmente as crianças, porque cansa.</p>	<p>A gente tem muito pouca coisa científica que discute questões éticas das formas de padronização e treinamento de equipes de saúde bucal. O quanto, do ponto de vista ético, é respeitoso você examinar e reexaminar a mesma pessoa. A questão da experiência da calibração para o usuário é muito cansativa porque ele é avaliado, analisado, examinado por, no mínimo, 10 dentistas. No SBBrasil 2010, teve mãe que ficou muito cansada porque os dentistas examinaram a mesma criança diversas vezes. E, assim, se mudasse a criança, como é que você ia fazer a concordância? Então, teve criança que, pra ficar, o coordenador deu creme dental, sabe? Conseguiram lanche para as crianças, mas foi cansativo pra elas. Também conseguiram vagas para todas que participaram, principalmente as de cinco anos, mas elas ficaram períodos esperando porque erra, a concordância dá baixa, aí faz o exame, depois que todo mundo examinou, os profissionais voltam pra ver a mesma criança, pra ver os acordos. Por trás disso vem a pergunta: Como é que a gente trabalha há tanto tempo com as mesmas doenças e não consegue um padrão homogêneo de diagnóstico? A gente sempre precisa da calibração pra nivelar, pra fazer os inquéritos epidemiológicos. Então, o processo da calibração perpassa também a questão da ética. Como é que a gente deixa crianças de cinco anos, que a gente sabe como é, sendo dez vezes examinada? Adulto se incomoda, imagina criança. Então que possibilidades a gente teria?</p>
<p>E6 - A questão da experiência da calibração para o usuário também é muito cansativa, porque o usuário é avaliado, analisado, examinado por não sei quantos dentistas, no mínimo 10. Por trás disso vem a pergunta: Como é que a gente trabalha há tanto tempo com as mesmas doenças e não consegue um padrão homogêneo de diagnóstico? A gente sempre precisa da calibração pra nivelar, pra fazer os inquéritos epidemiológicos. [...] O processo também da calibração eu acho que perpassa também a questão da ética. Como é que a gente deixa crianças de 5 anos, que a gente sabe como é, dez vezes sendo examinada? [...] Adulto se incomoda, imagina criança. Então que possibilidades a gente teria?</p>	<p>Também conseguiram vagas para todas que participaram, principalmente as de cinco anos, mas elas ficaram períodos esperando porque erra, a concordância dá baixa, aí faz o exame, depois que todo mundo examinou, os profissionais voltam pra ver a mesma criança, pra ver os acordos. Por trás disso vem a pergunta: Como é que a gente trabalha há tanto tempo com as mesmas doenças e não consegue um padrão homogêneo de diagnóstico? A gente sempre precisa da calibração pra nivelar, pra fazer os inquéritos epidemiológicos. Então, o processo da calibração perpassa também a questão da ética. Como é que a gente deixa crianças de cinco anos, que a gente sabe como é, sendo dez vezes examinada? Adulto se incomoda, imagina criança. Então que possibilidades a gente teria?</p>
<p>E11 - A gente tem muito pouca coisa científica que discute questões éticas das formas de padronização e treinamento de equipes de saúde bucal. O quanto, do ponto de vista ético, é respeitoso você examinar e reexaminar a mesma pessoa.</p>	<p>No futuro, poderia ter outro recurso para que, principalmente as crianças, não precisassem ficar porque cansa.</p>

E – Sim, o retorno imediato para a população no sentido de orientar ou encaminhar pra solucionar os problemas identificados.

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
<p>E6 - 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. Então foi acordado nesse sentido que os municípios tentariam garantir para aqueles casos, pelo menos para os mais extremos, o tratamento imediato. Isso foi acordado. De fato, não posso afirmar se aconteceu ou não, mas isso foi discutido em todas as oficinas pra que no nível municipal isso fosse operacionalizado, pra dar minimamente uma resposta às condições que foram investigadas, principalmente as mais extremadas, as mais graves.</p>	<p>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 pra 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 pra encaminhar pra 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 pra determinado setor cada cirurgião-dentista já tinha a unidade de saúde de referência pra orientar os indivíduos a serem investigados. Procurar o local mais próximo pra 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? [...]. O retorno a essa população imediato, como encaminhá-los, como orientá-los pra solucionar os seus problemas. [...] Nós orientamos a todos os profissionais pra encaminhar pra unidade de saúde mais próxima. Pensando mais num município grande, porque num município pequeno você tem poucas referências, é um pouco mais fácil. Mas pensando numa capital, por exemplo, cada cirurgião-dentista quando saía pra determinado setor ele já tinha a unidade de saúde de referência pra orientar os indivíduos a serem investigados. Procurar o local mais próximo pra caso houvesse necessidade e também, independente se era uma questão específica, diretamente relacionada à pesquisa ou não. 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 pra que no nível municipal isso fosse operacionalizado, pra dar minimamente uma resposta às condições que foram investigadas, principalmente as mais extremadas, as mais graves.</p>
<p>E11 - 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? [...]. O retorno a essa população imediato, como encaminhá-los, como orientá-los pra solucionar os seus problemas. [...] Nós orientamos a todos os profissionais pra encaminhar pra unidade de saúde mais próxima. Pensando mais num município grande, porque num município pequeno você tem poucas referências, é um pouco mais fácil. Mas pensando numa capital, por exemplo, cada cirurgião-dentista quando saía pra determinado setor ele já tinha a unidade de saúde de referência pra orientar os indivíduos a serem investigados. Procurar o local mais próximo pra caso houvesse necessidade e também, independente se era uma questão específica, diretamente relacionada à pesquisa ou não. Aconteceu, por exemplo, de uma pessoa ter uma crise de hipertensão no momento do exame.</p>	

F – Sim, tivemos casos de profissionais que não devolveram documentos públicos.

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
<p>E3 - Em um estado, a gente teve dificuldade com um instrutor de calibração. Ele teve um problema com as coordenações municipal e estadual e depois da calibração ele simplesmente desapareceu. Não entregou o relatório da calibração, não entregou as planilhas. A gente mandou documento pelo CECOL, documento pela coordenação estadual, pela coordenação municipal, cobrando dele, dizendo que isso era documento público de uma pesquisa, que ele não podia reter e ele simplesmente desapareceu.</p>	<p>Houve um furto de todas as folhas de arrolamento e termos de consentimento livre e esclarecido. A gente pediu pra 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</p>
<p>E8 - Houve um furto de todas as folhas de arrolamento e termos de consentimento livre e esclarecido. A gente pediu pra um determinado estado: “Você, por favor, envie todas FA e os termos de consentimento livre e esclarecido”. Aí o coordenador falou: “Não, foram todos roubados”. “Não, não tem problema. Então, você faça um BO”. Temos um BO. É o BO mais esquisito da face da terra, um ladrão que roubou todos os termos. [...] 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 ele não foi feito. E aí tudo isso foi furtado, mas verdadeiramente não foi coletado.</p>	<p>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 e ele simplesmente desapareceu.</p>

G – Sim, o modo como foi realizada a escolha dos profissionais.

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
<p>E1 - 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. [...] Não sei como foi a indicação, mas acho que alguns entraram não querendo muito.</p>	<p>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</p>

<p>[...] Num município do interior, só tinha um dentista recém-formado que foi o coordenador, mas logo ele saiu por ter vínculo precário.</p>	<p>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 pra 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 pra quem participa ou não, porque também não dá pra 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 saber que os vínculos são, muitas vezes, precarizados. Numa capital, por exemplo, a coordenação municipal teve dificuldade de arrebancar 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.</p>
<p>E2 - 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.</p>	
<p>E6 - Eu acho que perpassa também pela questão da ética, se as pessoas são voluntárias ou se são obrigadas e o que influenciou. [...] Ninguém vai chegar pra 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 pra quem participa ou não, porque também não dá pra ter medidas coercitivas: “Se você não for, vai se prejudicar”. Eu acho que não deveria ser por aí. Então, de fato, não sei como isso funcionou na prática. [...] Tiveram os critérios locais, pessoas mais comprometidas, em função das características dos profissionais que estão na atenção primária. A gente sabe que muitas vezes os vínculos são precarizados.</p>	
<p>E10 – Numa capital, a coordenação municipal teve dificuldade de arrebancar os dentistas. Eles meio que convocaram os profissionais contratados, que se veem numa situação de não poder dizer não. Os concursados não tiveram interesse.</p>	

H – Sim, pois em qualquer momento que, fazendo intervenções sociais, haja assimetria, há um dilema ético constituído.

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
<p>E5 - A eticidade é transversal a processos de relação assimétrica. Eu penso que as intervenções legítimas ligadas ao Sistema Único de Saúde são</p>	<p>A eticidade é transversal a processos de relação assimétrica. Eu penso que as intervenções legítimas ligadas ao Sistema Único de Saúde são bem</p>

<p>bem intencionadas, mas se darão numa sociedade iníqua. [...] E em qualquer momento que, fazendo intervenções sociais, haja assimetria, há um dilema ético constituído. A ética não é necessária aonde há simetria. No tipo de sociedade que nós construímos historicamente, é preciso a mediação ética sobre relações muito assimétricas. As classes populares, pela condição histórica de subalternidade em que viveram e se relacionam com políticas públicas, são aquelas que se sentem obrigadas a atender pesquisa. A maior dificuldade é naqueles setores censitários de classe média porque ali a relação com os empoderados é mais, digamos, simétrica de relações de poder, são menos vulneráveis. Então, em situações como essa, a mediação ética é fundamental pra atender essa questão da vulnerabilidade dos sujeitos de pesquisa.</p>	<p>intencionadas, mas se darão numa sociedade iníqua. E em qualquer momento que, fazendo intervenções sociais, haja assimetria, há um dilema ético constituído. A ética não é necessária aonde há simetria. No tipo de sociedade que nós construímos historicamente, é preciso a mediação ética sobre relações muito assimétricas. As classes populares, pela condição histórica de subalternidade em que viveram e se relacionam com políticas públicas, são aquelas que se sentem obrigadas a atender pesquisa. A maior dificuldade é naqueles setores censitários de classe média porque ali a relação com os empoderados é mais, digamos, simétrica de relações de poder, são menos vulneráveis. Pessoas de nível socioeconômico maior são mais refratárias ao pesquisador, o qual não consegue sequer chegar ao síndico do condomínio. Isso foi um problema especialmente nas cidades médias e grandes. As pessoas de melhor nível econômico e social não estão nem aí pra o que o sistema público de saúde de 70% dos brasileiros quer fazer, está fazendo ou quer melhorar. Quer dizer, nós temos uma elite desafortada, descarada e que não está nem aí. Uma elite que usa e abusa do Estado quando convém. Uma visão egoísta, maniqueísta, enfim. Desse modo, um ponto negativo no SBBrazil 2010 foi a questão do acesso aos lugares mais abastados das cidades. Então, em situações como essa, a mediação ética é fundamental pra atender essa questão da vulnerabilidade dos sujeitos de pesquisa.</p>
<p>E6 - Outro ponto negativo é a questão do acesso aos lugares mais abastados das cidades.</p>	
<p>E9 - Pessoas de nível socioeconômico maior são mais refratárias ao pesquisador, o qual não consegue sequer chegar ao síndico do condomínio. Isso foi um problema especialmente nas cidades médias e grandes. As pessoas de melhor nível econômico e social não estão nem aí pra o que o sistema público de saúde de 70% dos brasileiros quer fazer ou está fazendo ou quer melhorar. Quer dizer, nós temos uma elite desafortada, uma elite descarada, uma elite que não está nem aí, uma elite que usa e abusa do Estado quando convém. Uma visão egoísta, maniqueísta, enfim.</p>	

I – Sim, teve município que não quis participar e partilhar da experiência do estado.

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
<p>E2 - Teve gestores municipais que fecharam os olhos e disseram que se dependesse deles não fariam. E aí já</p>	<p>É um projeto feito no SUS e para o SUS, que tem que seguir todo um protocolo acadêmico, científico e metodológico,</p>

<p>não respondiam mais correspondência. [...] Alguns dos municípios não mandaram os dentistas nem os auxiliares. Nesses casos a gente quis saber o que tinha acontecido. Eles disseram que não fariam e não teve acordo. A gente teve que contratar gente de outro lugar pra ir fazer lá. [...] Três ou quatro municípios, dos dez que foram sorteados num estado, não queriam fazer.</p>	<p>mas que é feito tendo que contar com as institucionalidades locais. Você precisava fazer literalmente 177 negociações individuais, uma em cada município. Cada município é um locus distinto. A bucal tem a sua governabilidade distinta. Cada município faz parte de um estado que, por sua vez, tem um grau de governabilidade totalmente distinto também. Com isso, teve município que não quis participar. Olhou para o seu próprio umbigo e não quis partilhar da experiência do estado. Por exemplo, três ou quatro municípios, dos dez que foram sorteados num estado, não queriam fazer. Alguns gestores municipais fecharam os olhos e disseram que se dependesse deles não fariam. E aí já não respondiam mais correspondência. Alguns municípios não mandaram os dentistas nem os auxiliares. Nesses casos a gente quis saber o que tinha acontecido. Eles disseram que não fariam e não teve acordo. Tivemos que contratar gente de outro lugar pra ir fazer lá. Acho complicado se a pessoa não entende a importância de participar do projeto e se recusa a fazer. O que eu via era o não entendimento da importância do levantamento, da atribuição do levantamento como mais uma tarefa para o município e não como uma coisa que podia trazer retorno, na forma de organização de novas políticas.</p>
<p>E4 - Teve município que não quis participar. Olhou para o seu próprio umbigo e não quis partilhar da experiência do estado. [...] Então, eu acho complicado se a pessoa não entende a importância de participar do projeto e se recusa a fazer. [...] O que eu via era o não entendimento da importância do levantamento, da atribuição do levantamento como mais uma tarefa para o município e não como uma coisa que podia trazer retorno, na forma de organização de novas políticas.</p>	<p>Os gestores municipais o encaravam como mais uma tarefa e não como uma coisa que podia trazer retorno, na forma de organização de novas políticas. Afinal, você está dentro do serviço, fazendo uma pesquisa que ao mesmo tempo está transformando aquele serviço e produzindo conhecimento.</p>
<p>E12 - É um projeto feito no SUS e para o SUS, que tem que seguir todo um protocolo acadêmico, científico e metodológico, mas que é feito tendo que contar com as institucionalidades locais. Você precisava fazer literalmente 177 negociações individuais, uma em cada município. Cada município é um locus distinto. A bucal tem a sua governabilidade distinta. Cada município faz parte de um estado que, por sua vez, tem um grau de governabilidade totalmente distinto também. Na verdade você está dentro do serviço, fazendo uma pesquisa que ao mesmo tempo está transformando aquele serviço e produzindo conhecimento.</p>	

J – Sim, a consulta pública foi muito interessante nesse sentido.

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
<p>E6 - A consulta pública foi muito interessante na questão da ética, do grupo poder considerar todas as possibilidades, os questionamentos. [...]</p>	<p>A consulta pública foi muito interessante na questão da ética, uma vez que foi possível considerar todas as possibilidades. Tivemos a</p>

<p>A gente teve a responsabilidade de fazer a devolutiva de todos os questionamentos. [...] A avaliação do próprio projeto, que teve essa participação externa, então acho que isso garantiu de certa forma, as questões éticas.</p>	<p>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.</p>
--	---

K – Sim, os coordenadores precisavam convencer as equipes a conduzirem um processo que eles não eram espelho.

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
<p>E8 - 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 elas tinham, no lugar em que elas ocupavam. O processo de trabalho que elas conduziam não tinha, necessariamente, uma metodologia. Elas não estavam verdadeiramente ocupando, de forma responsável, aquele lugar. Então, de repente, elas precisavam convencer outras pessoas a tomarem decisões e a conduzirem um processo que elas não eram espelho.</p>	<p>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 que eles não eram espelho.</p>

APÊNDICE F – INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO 2 DA PERGUNTA 4

Seguem, abaixo, os Instrumentos de Análise de Discurso 2 com as expressões-chave e os respectivos DSC de todas as ideias centrais obtidas na questão: “Além de possibilitar a geração de uma importante base de dados, que outras contribuições um inquérito como o SBBrasil 2010, financiado com recursos públicos, deveria prestar para a população?”.

A – Deveria gerar ação porque os benefícios de um inquérito para a população são indiretos.

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
E1 - Porque ele é um levantamento grande, muito importante, ele descreve a saúde bucal do brasileiro. Então a resposta daquilo que foi levantado tinha que vir associado. Não só ficar com o dado [...]. É vir política atrás, e não só políticas, mas recurso também, porque só a política, sem a parte de financiamento, não faz muita coisa.	É fundamental pensarmos o sistema de saúde, pensarmos o SUS, a organização da Política Nacional de Saúde Bucal, a partir de um referencial epidemiológico. Gerar a base de dados não é o fim, mas é a oportunidade do próprio SUS se apropriar dessas informações pra melhor organizar os serviços, melhor planejar os seus recursos financeiros, distribuí-los de maneira mais adequada, priorizar questões que se destacaram ou grupos populacionais que concentraram maiores agravos. A partir do momento em que se sabe como andam os problemas de saúde bucal, é possível investir mais ou menos em determinadas áreas em detrimento de outras. Eu acho que esse é o reflexo imediato, avaliar políticas públicas. Teoricamente, toda avaliação tem que levar a uma tomada de decisão. Pode até ser que a tomada de decisão seja a de não fazer nada, mas tem que dizer isso. A informação epidemiológica gera ação. Se não tem gerado, se perde. “O SB acabou! Que bom!”; entrega o relatório e está tudo certo. Está e não está. Até eticamente não estaria. Afinal, o ganho pra população é indireto, pois ela não faz nada com esse dado. Ela recebe benefícios indiretos quando a política se debruça sobre isso e define o
E5 - É fundamental pensarmos o sistema de saúde, pensarmos o SUS, a organização da Política Nacional de Saúde Bucal, a partir de um referencial epidemiológico.	
E6 - Teoricamente, toda avaliação tem que levar a uma tomada de decisão. Pode até ser tomada de decisão de não se fazer nada, mas tem que dizer qual é a tomada de decisão. A informação epidemiológica gera ação. Se ela não tem gerado ação, também se perde [...]. “O SB acabou! Que bom!”. Entrega o relatório e está tudo certo. Está e não está. Acho que até eticamente não estaria.	
E7 - A questão do dado pra população é importante. Infelizmente nós sabemos que isso não é o principal componente de formulação de políticas.	
E8 - Pra população é um ganho indireto, ela não faz nada com esse dado. Ela	

<p>recebe benefícios indiretos quando a política se debruça sobre isso e define o que é prioridade.</p>	<p>que é prioridade. Apesar da sua importância, a gente sabe que a questão do dado não é o principal componente de formulação de políticas. Enfim, o SBBrasil é um levantamento grande e muito importante, pois descreve a saúde bucal do brasileiro. Os dados obtidos devem resultar em políticas e recursos. Afinal, não se faz muita coisa sem a parte do financiamento.</p>
<p>E9 - A partir do momento que você sabe como andam os problemas de saúde bucal, você pode estar investindo mais ou menos em determinadas áreas em detrimento de outras. Eu acho que esse é o reflexo imediato, avaliar políticas públicas.</p>	
<p>E11 - Gerar a base de dados não é o fim, mas é a oportunidade do próprio Sistema Único de Saúde se apropriar dessas informações pra melhor organizar os serviços, melhor planejar os seus recursos financeiros, distribuí-los de maneira mais adequada, priorizar questões que tenham se destacado nessa pesquisa, grupos populacionais que tenham concentrado maiores agravos.</p>	

B – Deveria ser utilizado na geração de novos conhecimentos.

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
<p>E3 - Eu acho que isso é uma coisa bem positiva, até porque o próprio município, os técnicos, as equipes técnicas, podem estar investigando determinados aspectos, utilizando esse banco e tudo o mais. Não só esse resultado geral que foi dado, como outros estudos que vão ser gerados a partir desse banco de dados por pesquisadores. Então eu achei isso extremamente positivo, de disponibilização do banco de dados. É tanto que já temos vários estudos sendo feitos por causa dessa disponibilização do banco.</p>	<p>Eu acho importante a forma como o Ministério da Saúde fez a disponibilização do banco de dados. Basicamente, você tem que encaminhar um formulário. Alguns pesquisadores estão falando que isso é burocratizar o processo porque antes bastava clicar e ter acesso ao banco. Só que eu acho importante para o Ministério saber que tipo de pesquisa está sendo feito, pra ter esse controle do uso dos dados. Então, a disponibilização é uma coisa bem positiva, até porque o próprio município, os técnicos, as equipes técnicas, podem estar investigando determinados aspectos, utilizando esse banco. Daí é possível ter não apenas o resultado geral, mas também outros estudos de pesquisadores gerados a partir do banco de dados. Afinal, do ponto de vista acadêmico, o SBBrasil deve contribuir para a geração de novos conhecimentos. A utilização, de fato, dessas informações pra gerar novos</p>
<p>E4 - Eu acho importante a forma como o Ministério fez a disponibilização do banco de dados. Você tem que encaminhar um formulário. Alguns pesquisadores estão falando que isso é burocratizar o processo porque antes você só clicava e tinha o acesso ao banco. Só que eu acho importante para o Ministério saber que tipo de pesquisa está fazendo, pra ter esse controle pra</p>	

usar esses dados depois.	conhecimentos, agregar valor a esse banco de dados, envolver um número de pesquisadores maior, crescer em termos de pesquisa nacionalmente. É tanto que já temos vários estudos sendo feitos por causa dessa disponibilização do banco.
E11 - Do ponto de vista acadêmico, a geração de novos conhecimentos. A utilização, de fato, dessas informações pra gerar novos conhecimentos, agregar valor a esse banco de dados, envolver um número de pesquisadores maior, crescer em termos de pesquisa nacionalmente.	

C – Deveria estimular a elaboração de políticas públicas mais equânimes.

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
E3 - Outra questão que ficou bem clara no SB é que é preciso que a gente tenha um olhar diferenciado pra Região Norte porque os seus indicadores não melhoraram. O acesso a serviços lá é ainda muito problemático, a oferta de serviços é pequena.	O resultado da Região Norte, a rigor, não mudou nada. É a única Região que não mudou o CPO. Na verdade, dá até um aumento, mas de casa decimal que não é estatisticamente significativa. Podemos dizer que o CPO é o mesmo do de 2003. Então, é preciso que a gente tenha um olhar diferenciado para essa Região porque os seus indicadores não melhoraram. O acesso a serviços lá é ainda muito problemático, a oferta de serviços é pequena. A centralidade em políticas mais equânimes por parte da bucal é relativamente recente. Aliás, é muito frágil ainda. Você não tem uma política de equidade do ponto de vista da bucal, do ponto de vista da distribuição de recursos. Até hoje a gente ainda tem o menor número de CEO [Centros de Especialidades Odontológicas], a menor cobertura de Estratégia Saúde da Família, uma menor cobertura de fluoretação de águas, menos tudo na Região Norte. E aí tem que botar o dedo na ferida, fazer uma meia culpa de que na verdade não se investiu em políticas equitativas de 2004 a 2009. Acho que isso tem que ser visto mais como um diagnóstico mesmo. É um pouco aquela lei da atenção inversa. Acabou que quem é, por exemplo, que expandiu a rede de Centros de Especialidades Odontológicas? Quem tinha capacidade técnica de mandar o
E12 - O resultado da Região Norte, a rigor, não mudou nada. É a única Região que não mudou o CPO. Na verdade ela dá até um aumento, mas de casa decimal que não é estatisticamente significativa. Podemos dizer que o CPO da Região Norte é o mesmo do de 2003. [...] A centralidade em políticas mais equânimes por parte da bucal é relativamente recente. Aliás, é muito frágil ainda. Você não tem uma política de equidade do ponto de vista da bucal, do ponto de vista da distribuição de recursos. Até hoje a gente ainda tem o menor número de CEO, a menor cobertura de Estratégia Saúde da Família, uma menor cobertura de fluoretação de águas, menos tudo na Região Norte. [...] E aí tem que botar o dedo na ferida, fazer uma meia culpa de que na verdade não se investiu em políticas equitativas de 2004 a 2009. Acho que isso tem que ser visto mais como um diagnóstico mesmo. É um pouco aquela lei da atenção inversa. Acabou que quem é, por exemplo, que expandiu a rede de Centros de Especialidades Odontológicas? Quem tinha capacidade técnica de mandar o	O resultado da Região Norte, a rigor, não mudou nada. É a única Região que não mudou o CPO. Na verdade, dá até um aumento, mas de casa decimal que não é estatisticamente significativa. Podemos dizer que o CPO é o mesmo do de 2003. Então, é preciso que a gente tenha um olhar diferenciado para essa Região porque os seus indicadores não melhoraram. O acesso a serviços lá é ainda muito problemático, a oferta de serviços é pequena. A centralidade em políticas mais equânimes por parte da bucal é relativamente recente. Aliás, é muito frágil ainda. Você não tem uma política de equidade do ponto de vista da bucal, do ponto de vista da distribuição de recursos. Até hoje a gente ainda tem o menor número de CEO [Centros de Especialidades Odontológicas], a menor cobertura de Estratégia Saúde da Família, uma menor cobertura de fluoretação de águas, menos tudo na Região Norte. E aí tem que botar o dedo na ferida, fazer uma meia culpa de que na verdade não se investiu em políticas equitativas de 2004 a 2009. Acho que isso tem que ser visto mais como um diagnóstico mesmo. É um pouco aquela lei da atenção inversa. Acabou que quem é, por exemplo, que expandiu a rede de CEO? Quem tinha capacidade técnica de mandar o projeto, de organizar uma rede, quem tem inteligência local, quem tem governabilidade. E onde é que está

<p>projeto, de organizar uma rede, quem tem inteligência local, quem tem governabilidade. E onde é que está isso? Nas regiões que menos precisam deles. Mesmo no Nordeste que teve queda, a queda é menor do que no Sudeste. Isso pra mim é um problema, talvez o pior deles. A gente deu conta de reduzir, uma redução sensivelmente maior, mas ela foi desigual, absurdamente desigual. É uma queda que foi puxada pelas regiões mais ricas. É uma queda puxada por Sul e Sudeste. [...] Lógico, não dá pra creditar tudo isso à Política, mas admitindo que há um efeito da Política nisso, ela está aparecendo mais em quem menos precisa dela.</p>	<p>isso? Nas regiões que menos precisam deles. Mesmo no Nordeste que teve queda, a queda é menor do que no Sudeste. Isso pra mim é um problema, talvez o pior deles. A gente deu conta de reduzir, uma redução sensivelmente maior, mas ela foi absurdamente desigual. É uma queda que foi puxada pelas regiões mais ricas, ou seja, Sul e Sudeste. Lógico, não dá pra creditar tudo isso à Política, mas admitindo que haja um efeito da Política nisso, ela está aparecendo mais em quem menos precisa dela. Enfim, enquanto as regiões Sul e a Sudeste continuam diminuindo seus índices epidemiológicos, outras estagnaram ou pioraram. No caso da Região Norte, piorou.</p>
<p>E14 - Enquanto a Sul e a Sudeste continuam diminuindo seus índices epidemiológicos, outras regiões estagnaram ou pioraram. No caso da Região Norte, piorou.</p>	

D – Deveria proporcionar maior aproximação entre a academia e o serviço.

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
<p>E3 - Eu acho que em algumas regiões deveria ter uma maior aproximação da academia com o serviço, pra que o serviço pudesse ser mais qualificado, pra que a universidade pudesse contribuir mais.</p>	<p>O ponto mais significativo é a importância que um inquérito dessa magnitude tem ao envolver atores com diferentes inserções no SUS, bem como de proporcionar uma aproximação entre academia e serviço. Esse é um ponto, em minha opinião, extremamente frágil no Brasil ainda. São dois mundos, são duas culturas, a academia e o serviço. Mas particularmente da academia, do mundo da pós-graduação, há uma visão muito utilitarista de rede pública, de sistemas públicos de saúde. É aquela coisa, então, do pesquisador que vê esse mundo como um mundo pra sua pesquisa, pra consecução dos seus objetivos acadêmicos.</p>
<p>E5 - São dois mundos, são duas culturas, a academia e o serviço. Mas particularmente da academia, do mundo da pós-graduação, há uma visão muito utilitarista de rede pública, de sistemas públicos de saúde. É aquela coisa, então, do pesquisador que vê esse mundo como um mundo pra sua pesquisa, pra consecução dos seus objetivos acadêmicos.</p>	
<p>E11 - O ponto mais importante que vale a pena destacar é a importância que um inquérito dessa magnitude tem ao envolver atores com diferentes inserções no Sistema Único de Saúde, bem como de proporcionar uma aproximação entre</p>	

academia e serviço. Esse é um ponto, em minha opinião, extremamente frágil no nosso país ainda. A gente tem uma distância enorme entre academia, ensino e os serviços de saúde.	universidade pudesse contribuir mais.
---	---------------------------------------

E – Deveria contribuir para que os profissionais revejam as suas práticas.

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
E5 - Seja como for, também no plano simbólico da construção do SUS, é uma presença capilarizada de equipes nos domicílios das pessoas. Claro que ali nós estamos com objetivos bem claros, bem traçados, mas de certo modo, eu acredito numa leitura social. A população que recebe o pesquisador, diz assim: “Puxa, olha aqui o Estado brasileiro se apresentando na minha casa pra saber o que eu penso dos meus dentes, se eu estou bem, se eu estou mal, se eu fui ao dentista no último ano, se eu tenho cárie, não tenho cárie”. Então, no plano simbólico, essa capilarização também traz ganhos numa luta política muito difícil, que é a nossa luta contra-hegemônica, com batalhas diárias que são perdidas pra mídia, porque a mídia trabalha contra o tempo todo.	Eu acho que a grande contribuição é a gente colocar os profissionais, principalmente da Saúde da Família, espalhados no Brasil, pra que eles possam estar revendo intervenções e práticas. Curiosamente, a maior dificuldade é o maior ganho do SBBrasil porque você implica as pessoas ali, com a pesquisa. Não dá pra dizer que 177 municípios acordaram pra questão da epidemiologia depois do inquérito. Não dá pra dizer isso, claro que não. Mas, minimamente, pra 177 municípios você envolveu a equipe local. Durante os vários processos de avaliação, nos vários locais em que as pessoas apresentaram as experiências, eu ouvi narrativas interessantíssimas sobre isso. De dentistas que, por exemplo, nunca tinham botado o pé fora do consultório. Tiveram experiência de andar no campo pela primeira vez com o SBBrasil. O cara bateu na porta do usuário dele a primeira vez na vida. Além disso, seja como for, também no plano simbólico da construção do SUS, é uma presença capilarizada de equipes nos domicílios das pessoas. Claro que ali nós estamos com objetivos bem claros, bem traçados, mas de certo modo, eu acredito numa leitura social. A população que recebe o pesquisador, diz assim: “Puxa, olha aqui o Estado brasileiro se apresentando na minha casa pra saber o que eu penso dos meus dentes, se eu estou bem, se eu estou mal, se eu fui ao dentista no último ano, se eu tenho cárie, não tenho cárie”. Então, no plano simbólico, essa capilarização também traz ganhos numa luta política muito difícil, que é a nossa luta contra-hegemônica, com batalhas
E7 - Eu acho que a grande contribuição é a gente colocar os profissionais, principalmente da Saúde da Família, espalhados no Brasil, pra que eles possam estar revendo intervenções e práticas.	
E12 - Curiosamente, a maior dificuldade é o maior ganho do SBBrasil porque você implica as pessoas ali, com a pesquisa. Não dá pra dizer que 177 municípios depois acordaram pra questão da epidemiologia. Não dá pra dizer isso, claro que não. Mas, minimamente, pra 177 municípios você envolveu a equipe local. Durante os vários processos de avaliação, nos vários locais em que as pessoas apresentaram as experiências, eu ouvi narrativas interessantíssimas sobre isso.	

<p>De dentistas que, por exemplo, nunca tinham botado o pé fora do consultório. Tiveram experiência de andar no campo pela primeira vez com o SBBrasil. O cara bateu na porta do usuário dele a primeira vez na vida.</p>	<p>diárias que são perdidas pra mídia, porque a mídia trabalha contra o tempo todo.</p>
---	---

F – Deveria gerar memória, ou seja, materializar mudanças nas condições de saúde em dado epidemiológico.

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
<p>E5 - É fundamental nos responsabilizarmos pela análise de tendências macroestruturais que afetam a saúde bucal. E obviamente que um sistema melhor planejado, melhor referido por referências fortes como são os referenciais epidemiológicos, é um sistema que vai trazer mais benefício pra população. O duro é produzir serviços pra população, ações e serviços, baseados no achismo.</p>	<p>O SBBrasil é uma ferramenta tanto para a política nacional quanto para a local. Para as capitais, a gente produziu dados com representatividade, o que cria uma memória também. É fundamental nos responsabilizarmos pela análise de tendências macroestruturais que afetam a saúde bucal. A situação de hoje vai ser muito diferente da situação daqui a 30 anos. Então, é importante materializar isso. Fazer essa vigilância com a possibilidade de materializar isso em dado epidemiológico. Acho que o SBBrasil tem uma contribuição para o pensamento da epidemiologia na saúde bucal, tem uma contribuição pra gestão das ações em saúde bucal, enfim. E obviamente que um sistema melhor planejado, melhor referido por referências fortes como são os referenciais epidemiológicos, é um sistema que vai trazer mais benefício pra população. O duro é produzir serviços pra população, ações e serviços, baseados no achismo.</p>
<p>E8 - É uma ferramenta pra política nacional e pra política local, porque para as capitais a gente produziu dados com representatividade e cria uma memória também [...]. A situação de hoje vai ser muito diferente da situação daqui a 30 anos. Então, poder materializar isso [...]. Fazer essa vigilância com a possibilidade de materializar isso em dado epidemiológico. Acho que ele tem uma contribuição para o pensamento da epidemiologia na saúde bucal, tem uma contribuição pra gestão das ações em saúde bucal, enfim.</p>	

APÊNDICE G – INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO 2 DA PERGUNTA 5

Seguem, abaixo, os Instrumentos de Análise de Discurso 2 com as expressões-chave e os respectivos DSC de todas as ideias centrais obtidas na questão: “Agora eu vou dizer uma frase e gostaria de saber se você concorda ou discorda e por que: Tendo em vista que as resoluções normativas do Conselho Nacional de Saúde têm como foco principal os estudos experimentais, ou seja, as pesquisas clínicas e laboratoriais, é preciso elaborar normas e regras éticas que atendam as particularidades das pesquisas de base populacional”.

A – Discordo, não acho que sejam necessárias novas resoluções.

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
E1 - Se abrisse a porta e já fosse considerada autorização, seria mais rápido e facilitaria, mas eu acho que tem que existir o termo. [...] Eu acho que tem que ter esse cuidado, porque tem muita coisa que se faz em nome de pesquisa e invadindo as pessoas [...]. Não é uma cirurgia, uma coisa que abre o corpo, mas invade a pessoa, vai fazer um exame na boca, tem a parte psicológica ligada à boca.	Não acho que sejam necessárias novas resoluções. Essa cultura da eticidade da pesquisa com seres humanos já devia estar bem absorvida. A 196 estabelece como razão fundante a proteção da dignidade dos sujeitos de pesquisa. Fazer entrevista, tirar foto, usar imagem de uma pessoa, tudo isso tem um componente que pode ser de constrangimento, pode ser de invasão de privacidade, de uso do tempo alheio. Há que se considerar que as recomendações sucedâneas da 196 a aperfeiçoam, preenchendo lacunas e alguns aspectos que lá atrás pareciam pétreos da 196; e que depois foram reanalisados, recontextualizados e ressignificados com base em novas realidades que foram se apresentando na medida em que a pesquisa no Brasil se constituía melhor com base na sua eticidade. Por exemplo, eu acho que precisa ter mesmo o esclarecimento e assinar. Não acredito que em pesquisa de base populacional, inquéritos, por exemplo, o fato de a pessoa abrir a porta e receber já seja um consentimento implícito. Não acredito nisso. É necessário, claro, respeitosamente, que ela abra as portas e te receba e que você esclareça o que está fazendo ali. Eu acho que é importante a gente saber que houve anuência, porque às vezes você
E2 - Não acho que sejam necessárias novas resoluções. Eu acho que nós não temos problema com a questão do aceite [...]. Eu acho que é importante a gente saber que houve anuência, porque às vezes você entra na casa e a pessoa simplesmente não quer ser examinada. Nós tivemos essa situação: “As perguntas eu respondo, pôr a mão na minha boca não”. A pessoa precisa ter clara a finalidade.	
E4 - Eu acho que precisa ter mesmo o esclarecimento e assinar.	
E5 - Essa cultura da eticidade da pesquisa com seres humanos já devia estar bem absorvida [...]. A 196 estabelece como razão fundante a proteção da dignidade dos sujeitos de pesquisa. Fazer entrevista, tirar foto, usar imagem de uma pessoa, tudo isso tem um componente que pode ser de constrangimento, pode ser de invasão	

<p>de privacidade, de uso do tempo alheio [...]. Há que se considerar que as recomendações sucedâneas da 196, aperfeiçoam a 196, preenchem lacunas e alguns aspectos que lá atrás pareciam pétreos da 196, depois foram reanalisados e recontextualizados, ressignificados com base em novas realidades que foram se apresentando na medida em que a pesquisa no Brasil se constituía melhor com base na sua eticidade. Não acredito que em pesquisa de base populacional, inquéritos, por exemplo, o fato de a pessoa abrir a porta e receber já é um consentimento implícito. Não acredito nisso. É necessário, claro, respeitosamente, que ela abra as porta e te receba e que você esclareça o que está fazendo ali.</p>	<p>entra na casa e a pessoa simplesmente não quer ser examinada. Nós tivemos essa situação: “As perguntas eu respondo, pôr a mão na minha boca não”. A pessoa precisa ter clara a finalidade. Não é uma cirurgia, uma coisa que abre o corpo, mas invade a pessoa, vai fazer um exame na boca, tem a parte psicológica ligada à boca. Se abrisse a porta e já fosse considerada autorização, seria mais rápido e facilitaria, mas eu acho que tem que existir o termo. Eu acho que tem que ter esse cuidado porque tem muita coisa que se faz em nome de pesquisa e invadindo as pessoas. O TCLE cria uma noção para o pesquisador de que ele precisa oficializar esse aceite, o consentimento. O consentimento tem um valor. Além disso, a gente se depara com pessoas que, de alguma forma, acham que podem ter alguma vantagem sobre isso, no sentido de: “Não, eu não sabia o que era isso. Então, eu não fui bem esclarecido e agora eu quero te processar”.</p>
<p>E9 - Primeiro que cria uma noção para o pesquisador de que ele precisa oficializar esse aceite, o consentimento. O consentimento tem um valor.</p>	
<p>E10 - A gente se depara com pessoas que, de alguma forma, acham que podem ter alguma vantagem sobre isso, no sentido de: “Não, eu não sabia o que era isso. Então, eu não fui bem esclarecido e agora eu quero te processar”.</p>	

B – Concordo parcialmente, pois talvez seja necessária uma releitura.

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
<p>E6 - Talvez seja necessária mesmo uma releitura desse consentimento para as pesquisas de base populacional [...]. Eu acho que seria importante a flexibilização de alguns instrumentos [...]. Até porque nas pesquisas, pelo menos nos inquéritos populacionais em saúde bucal, os riscos e os incômodos são mínimos. A entrevista em si não tem nenhum... gera alguns constrangimentos só a questão da renda[...]. Eu acho que tem que garantir minimamente um protocolo também de consentimento pra fazer as pesquisas mesmo que elas não tenham tanto risco como as de caráter</p>	<p>Talvez seja necessária uma releitura desse consentimento para as pesquisas de base populacional. Eu tenho pouca vivência nisso, mas tenho observado que em outros países a questão ética do consentimento é muito mais simples do que aqui no Brasil. A Resolução 196/96 é muito preocupada com estudos de intervenção e acho que a gente poderia evoluir mais nesse sentido, até porque nas pesquisas, pelo menos nos inquéritos populacionais em saúde bucal, os riscos e os incômodos são mínimos. A entrevista em si não tem nenhum... gera alguns constrangimentos</p>

experimental, até laboratoriais.	só a questão da renda. Eu acho que a
E7 - Eu acho que a questão do TCLE tem complicado muito levantamentos e estudos epidemiológicos e precisa ser discutido. Eu não diria dispensá-los, mas eu acho que precisaria ter algumas autorizações. Eu acho que poderia, por exemplo, ter uma autorização geral, como anuência geral do conselho municipal de saúde, no caso de municípios, ou conselho de pais e mestres.	questão do TCLE tem complicado muito levantamentos e estudos epidemiológicos e precisa ser discutido. Eu não diria dispensá-los, mas eu acho que precisaria ter algumas autorizações. Por exemplo, ter uma autorização geral, como anuência geral do conselho municipal de saúde, no caso de municípios, ou conselho de pais e mestres. Então, eu acho que tem que garantir minimamente um protocolo de consentimento pra fazer as pesquisas mesmo que elas não tenham tanto risco como as de caráter experimental, até laboratoriais. Talvez não seja o caso de:
E9 - Talvez também não seja o caso de: “Não, simplesmente não existe nada”. Talvez devesse haver um protocolo de explicação padrão. Que isso não fique ao sabor de centenas de pessoas espalhadas pelo Brasil.	“Não, simplesmente não existe nada”. Talvez devesse haver um protocolo de explicação padrão. Que isso não fique ao sabor de centenas de pessoas espalhadas pelo Brasil.
E11 - Ela é muito preocupada com estudos de intervenção e acho que a gente poderia evoluir mais nesse sentido. [...] Eu tenho pouca vivência nisso e tenho observado que em outros países a questão ética do consentimento é muito mais simples do que aqui no Brasil.	Talvez devesse haver um protocolo de explicação padrão. Que isso não fique ao sabor de centenas de pessoas espalhadas pelo Brasil.

C – Concordo inteiramente porque o inquérito é um ato do serviço público odontológico.

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
E9 - Num inquérito de base populacional como foi o SB, os TCLE acabam sendo um componente mais burocrático do que prático, do que resguardar ao sujeito de pesquisa um direito que está obviamente resguardado independente da assinatura ou não. O simples fato de a pessoa te acolher, te receber na sua casa, abrir a sua porta, literalmente abrir a sua boca ou a do seu filho, está implícito que ela está sabendo pra que o profissional está ali. [...] Agora que eu acho que a Resolução não serve mesmo pra esse fim, não serve. Talvez seja o caso pra uma pessoa que vai testar uma nova droga, uma nova insulina, um ensaio clínico, uma nova técnica cirúrgica, enfim. [...] Era um documento padrão,	Concordo inteiramente com isso. Eu acho que a discussão fundamental é a seguinte: o que é uma pesquisa epidemiológica? Ela é um ato odontológico do serviço público de saúde. Ela é um diagnóstico epidemiológico. Equivale você pesar uma criança pra fazer o controle do crescimento e desenvolvimento, entende? Num inquérito de base populacional como foi o SB, os TCLE acabam sendo um componente mais burocrático do que prático, do que resguardar ao sujeito de pesquisa um direito que está obviamente resguardado independente da assinatura ou não. O simples fato de a pessoa te acolher, te receber na sua casa, abrir a sua porta,

<p>uniforme, ele era igual para todo o Brasil. Servia para o cidadão paulistano médio, alfabetizado, consciente, e relativamente, mas, enfim, politizado, e ele servia pra pessoa do interior do Acre, muitas vezes analfabeto, descontextualizado. Acho que é um documento único, ele não atendeu as especificidades regionais.</p>	<p>literalmente abrir a sua boca ou a do seu filho, está implícito que ela está sabendo pra que o profissional está ali. No SBBrazil 2010, o TCLE era um documento padrão, uniforme, igual para todo o Brasil. Servia para o cidadão paulistano médio, alfabetizado, consciente, e relativamente, mas, enfim, politizado, e ele servia pra pessoa do interior do Acre, muitas vezes analfabeto, descontextualizado. Acho que é um documento único, ele não atendeu as especificidades regionais. Às vezes eu acho que tem uma coisa meio freudiana... acho que os comitês de ética tem uma certa sede de poder. É como se dissesse assim: “Eu sou capaz de fazer com que essa pesquisa não comece”. O cara simplesmente acha isso e não se importa de atrasar uma pesquisa por dois ou três meses. Eu acho um grande avanço essa questão dos comitês de ética porque a coisa estava muito solta. Mas acho que eles põem no mesmo prato um cara que coleta sangue pra fazer tráfico de DNA com um sujeito que faz pesquisa epidemiológica, pesquisa de campo com entrevistas. Você pegar uma filigrana e fazer um projeto voltar sem ter a noção que isso é um projeto nacional, que depende de agendas pactuadas anteriormente, que tem que prestar contas, que tem dinheiro pra gastar, que tem prazos pra cumprir. Eu entendo pesquisa como um ato, como uma ação do serviço.</p>
<p>E12 - Concordo inteiramente com isso [...]. Eu acho que a discussão fundamental é a seguinte: o que é uma pesquisa epidemiológica? Ela é um ato odontológico do serviço público de saúde. Ela é um diagnóstico epidemiológico. Equivale você pesar uma criança pra fazer o controle do crescimento e desenvolvimento, entende? [...] Às vezes eu acho que tem uma coisa meio freudiana... acho que os comitês de ética tem uma certa sede de poder. É como se dissesse assim: “Eu sou capaz de fazer com que essa pesquisa não comece”. O cara simplesmente acha isso e não se importa de atrasar uma pesquisa por dois ou três meses. [...] Eu acho um grande avanço essa questão dos comitês de ética, acho que a coisa estava muito solta. Mas acho que eles põem no mesmo prato um cara que coleta sangue pra fazer tráfico de DNA com um sujeito que faz pesquisa epidemiológica, pesquisa de campo com entrevistas. [...] Você pegar uma filigrana e fazer um projeto voltar sem ter a noção que isso é um projeto nacional, que depende de agendas pactuadas anteriormente, que tem que prestar contas, que tem dinheiro pra gastar, que tem prazos pra cumprir. Eu entendo pesquisa como um ato, como uma ação do serviço.</p>	

D – Discordo, pois não acho que passa pela questão de ter uma resolução diferente.

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
E2 - Não acho que passa por ter uma resolução diferente ou não. Passa pela receptividade das pessoas em receber	Não acho que passa por ter uma resolução diferente ou não. Passa pela receptividade das pessoas em receber

<p>uma equipe de pesquisadores no seu domicílio, que é um espaço privado. A gente entende como é difícil você entrar na casa das pessoas, não é todo mundo que abre a porta. Tem gente receptiva, tem gente menos receptiva. [...] Eu acho que a gente precisa de tempo, quase que criar um vínculo. Claro que vínculo é uma coisa demorada, mas é possível. Você precisa de profissionais que tenham o perfil pra fazer isso, que tenham facilidade de se relacionar [...]. Lembro-me de alguns casos contados pelos examinadores onde chama o filho mais velho pra ler. Às vezes é uma pessoa até jovem, que sabe ler, mas não entende o que está escrito, aí chama filho, chama vizinho.</p>	<p>uma equipe de pesquisadores no seu domicílio, que é um espaço privado. A gente entende como é difícil você entrar na casa das pessoas, não é todo mundo que abre a porta. Tem gente receptiva, tem gente menos receptiva. Eu acho que a gente precisa de tempo, quase que criar um vínculo. Claro que vínculo é uma coisa demorada, mas é possível. Por isso que o melhor é quando a equipe que está fazendo a pesquisa é a equipe do bairro que já trabalha lá, que ele já conhece, ele não vai nem questionar. De qualquer modo, é obrigação nossa tornar claro e tirar os constrangimentos, os medos e os sustos eventuais que pessoas têm de assinar. Então, você precisa de profissionais que tenham o perfil pra fazer isso, que tenham facilidade de se relacionar. Você tem uma gama de pessoas como anotador e examinador, têm uns que tem mais habilidade de fala que outros. Isso é importante porque a falta da compreensão, do entendimento, da própria leitura do que é que você está assinando, muitas vezes pode levar a pessoa a não querer participar, a não querer assinar o termo.</p>
<p>E3 - Ainda tem o analfabeto funcional que só sabe assinar o nome, mas não sabe ler. Na verdade eu acho que eles se sentem muito expostos porque eles têm que confiar no que você diz [...]. Eu acho que a falta da compreensão, do entendimento, da própria leitura do que é que você está assinando, muitas vezes pode levar a pessoa a não querer participar, a não querer assinar o termo.</p>	<p>Então, é um momento no qual você se disponibiliza a explicar pra todos, porque você tem um documento e precisa de uma assinatura. Você tem que parar e tem que explicar o que é aquilo. Ainda tem a questão do analfabeto funcional que só sabe assinar o nome, mas não sabe ler. Na verdade eu acho que eles se sentem muito expostos porque têm que confiar no que você diz. Lembro-me, no entanto, de alguns casos contados pelos examinadores em que o sujeito de pesquisa chama o filho mais velho pra ler. Às vezes é uma pessoa até jovem, que sabe ler, mas não entende o que está escrito, aí chama filho, chama vizinho.</p>
<p>E5 - É obrigação nossa tornar claro e tirar os constrangimentos, os medos e os sustos eventuais que pessoas têm de assinar.</p>	<p>Então, é um momento no qual você se disponibiliza a explicar pra todos, porque você tem um documento e precisa de uma assinatura. Você tem que parar e tem que explicar o que é aquilo. Ainda tem a questão do analfabeto funcional que só sabe assinar o nome, mas não sabe ler. Na verdade eu acho que eles se sentem muito expostos porque têm que confiar no que você diz. Lembro-me, no entanto, de alguns casos contados pelos examinadores em que o sujeito de pesquisa chama o filho mais velho pra ler. Às vezes é uma pessoa até jovem, que sabe ler, mas não entende o que está escrito, aí chama filho, chama vizinho.</p>
<p>E6 - Se a equipe que está fazendo a pesquisa é a equipe do bairro que já trabalha lá, que ele já conhece, ele não vai nem questionar.</p>	<p>Então, é um momento no qual você se disponibiliza a explicar pra todos, porque você tem um documento e precisa de uma assinatura. Você tem que parar e tem que explicar o que é aquilo. Ainda tem a questão do analfabeto funcional que só sabe assinar o nome, mas não sabe ler. Na verdade eu acho que eles se sentem muito expostos porque têm que confiar no que você diz. Lembro-me, no entanto, de alguns casos contados pelos examinadores em que o sujeito de pesquisa chama o filho mais velho pra ler. Às vezes é uma pessoa até jovem, que sabe ler, mas não entende o que está escrito, aí chama filho, chama vizinho.</p>
<p>E10 - É um momento no qual você se disponibiliza a explicar pra todos, porque você tem um documento e precisa de uma assinatura. Então você tem que parar e tem que explicar o que é aquilo.</p>	<p>Então, é um momento no qual você se disponibiliza a explicar pra todos, porque você tem um documento e precisa de uma assinatura. Você tem que parar e tem que explicar o que é aquilo. Ainda tem a questão do analfabeto funcional que só sabe assinar o nome, mas não sabe ler. Na verdade eu acho que eles se sentem muito expostos porque têm que confiar no que você diz. Lembro-me, no entanto, de alguns casos contados pelos examinadores em que o sujeito de pesquisa chama o filho mais velho pra ler. Às vezes é uma pessoa até jovem, que sabe ler, mas não entende o que está escrito, aí chama filho, chama vizinho.</p>
<p>E13 - Você tem uma gama de pessoas como anotador e examinador, têm uns que tem mais habilidade de fala que outros.</p>	<p>Então, é um momento no qual você se disponibiliza a explicar pra todos, porque você tem um documento e precisa de uma assinatura. Você tem que parar e tem que explicar o que é aquilo. Ainda tem a questão do analfabeto funcional que só sabe assinar o nome, mas não sabe ler. Na verdade eu acho que eles se sentem muito expostos porque têm que confiar no que você diz. Lembro-me, no entanto, de alguns casos contados pelos examinadores em que o sujeito de pesquisa chama o filho mais velho pra ler. Às vezes é uma pessoa até jovem, que sabe ler, mas não entende o que está escrito, aí chama filho, chama vizinho.</p>

E – Discordo, considero o TCLE importante.

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
<p>E1 - A pessoa que tem condição socioeconômica menor e é mais simples, ela não se preocupa com o documento, ela abre a casa, ela faz café [...]. Na minha experiência, não é a pessoa que tem a condição socioeconômica mais simples que impede. É a outra. Nos bairros mais simples não teve recusa, muita recusa [...]. Nós tivemos problema nos setores mais privilegiados, nos outros não. E eles pediam pra assinar.</p>	<p>Na minha experiência, não é a pessoa que tem a condição socioeconômica mais simples que impede. É a outra. Quanto mais rica a área, mais recusa. Quando você é de um nível sociocultural maior, você questiona: “Por que tem que fazer? Por que eu fui sorteado?”. Mas as pessoas com um nível socioeconômico menor, muitas vezes se sentem, sei lá, até coagidas a fazer mesmo. Então, eu acho que é importante ter um consentimento principalmente para as comunidades mais carentes, pois abrem as portas com mais facilidade. A pessoa que tem condição socioeconômica menor e é mais simples, ela não se preocupa com o documento, ela abre a casa, ela faz café. Nos bairros mais simples não teve recusa, muita recusa. Nós tivemos problema nos setores mais privilegiados, nos outros não. E eles pediam pra assinar. Era mais fácil porque você tinha uma leitura, tinha um papel timbrado. Você entregava para as pessoas e aquilo lá era um documento muitas vezes pra eles. Nas comunidades onde a população é mais desconfiada era extremamente importante aquele papel. Eles pegavam aquilo, liam com toda atenção do mundo, assinavam ou liam e se recusavam. Os examinadores chegavam a contar conflitos dentro da casa de adolescentes ou de crianças que queriam participar e, às vezes, a mãe, por ignorância, por desconhecimento, porque é um novo rico, porque é um cara que tem convênio... Argumentos dos mais bizarros possíveis vinham pra fazer a recusa. Daria pra conseguir uma adesão maior se a gente conseguisse ampliar a divulgação na mídia. Acho que faltou um pouco disso nessa pesquisa. Uma divulgação no sentido de esclarecer a importância daquele inquérito, que benefícios poderiam trazer para a saúde bucal da população em termos de assistência, de serviços, de melhorias. Eu achei que faltou uma coisa mais</p>
<p>E2 - Os examinadores chegavam a contar conflitos dentro da casa de adolescentes ou de crianças que queriam participar e, às vezes, a mãe, por ignorância, por desconhecimento, porque é um novo rico, porque é um cara que tem convênio... Então os argumentos dos mais bizarros possíveis vinham pra fazer a recusa [...]. Daria pra você conseguir uma adesão maior se a gente conseguisse uma divulgação maior da mídia.</p>	
<p>E3 - Faltou um pouco de divulgação dessa pesquisa, entendeu? Uma divulgação no sentido de esclarecer a importância daquele inquérito, que benefícios poderiam trazer para a saúde bucal da população em termos de assistência, de serviços, de melhorias [...]. Eu achei que faltou uma coisa mais nacional [...]. Teve cidade que fez isso, com outdoor chamando, comunicando que ia ter a pesquisa. Então eu acho que faltou um pouco isso.</p>	
<p>E4 - Quanto mais rica a área, mais recusa [...]. Eles fizeram um trabalho muito bacana de divulgação anterior, panfletaram nos bairros. Antes disso, teve todo um trabalho junto com os agentes comunitários, de entregar o panfleto.</p>	
<p>E6 - Quando você é de um nível sociocultural maior, você questiona: “Por que tem que fazer? Por que eu fui sorteado?”. Mas as pessoas com um nível socioeconômico menor, muitas vezes se sentem, sei lá, até coagidas a fazer mesmo.</p>	

E13 - Era mais fácil porque você tinha uma leitura, tinha um papel timbrado. Você entregava para as pessoas e aquilo lá era um documento muitas vezes pra eles. Eu acho que é importante ter um consentimento principalmente para as comunidades mais carentes, que eles abrem as portas com mais facilidade. Nas comunidades onde a população é mais desconfiada era extremamente importante aquele papel. Eles pegavam aquilo, liam com toda atenção do mundo, assinavam ou liam e se recusavam.

nacional, mas teve cidade que fez, por exemplo, outdoor chamando, comunicando que ia ter a pesquisa. Alguns locais fizeram um trabalho muito bacana de divulgação anterior, panfletaram nos bairros. Antes disso, teve todo um trabalho junto com os agentes comunitários, de entregar o panfleto, mas ainda assim eu acho que faltou um pouco isso.

ANEXO

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: **007/12**

Título do Projeto: “A dimensão da ética em um inquérito populacional em saúde”


Pesquisadora Responsável: Flávia Reis de Andrade

Data de Entrada: 12/03/2012

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto: **007/12** com o título: “A dimensão da ética em um inquérito populacional em saúde”, analisado na 2ª reunião ordinária realizada no dia 21 de março de 2012.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 23 de maio de 2012.


Natan Menseiros de Sá
Coordenador do CEP-FS/UnB