



INVESTIGACIÓN

Dificultades de naturaleza ética en la realización de la Investigación Nacional de Salud Bucal

Flávia Reis de Andrade¹, Paulo Capel Narvai², Miguel Ângelo Montagner¹

1. Curso de Saúde Coletiva, Faculdade de Ceilândia (FCE) Universidade de Brasília (UnB), Brasília/DF 2. Departamento de Política, Gestão e Saúde, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo/SP, Brasil.

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo identificar y analizar las dificultades de naturaleza ética presentes en la realización de la Investigación Nacional de Salud Bucal (SBBrazil 2010). Se trata de una investigación cualitativa, en la cual se realizaron entrevistas con 12 miembros del Grupo Gestor y del Comité Técnico Asesor del Ministerio de Salud, y con dos coordinadores, uno estadual y otro municipal. Se utilizó la técnica del discurso del sujeto colectivo. Se identificaron seis ideas centrales, entre ellas: convencer al gestor municipal que no quiere autorizar al profesional para la realización del estudio; dialogar en los lugares en los que la gestión municipal y estadual recae en partidos políticos diferentes. El rechazo a participar se dio en dos niveles: dos cirujanos dentistas y dos gestores municipales de salud. En ambos casos, se evidencia una importante violación de la ética de la responsabilidad, individual y pública.

Palabras clave: Encuestas epidemiológicas. Ética. Gestor de salud. Autonomía profesional. Salud bucal.

Resumo

Dificuldades éticas na realização da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010

Objetivou-se neste estudo identificar e analisar as dificuldades éticas na realização da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal de 2010. Trata-se de estudo qualitativo, no qual foram entrevistados 12 membros do grupo gestor e do Comitê Técnico Assessor do Ministério da Saúde, além de dois coordenadores, um estadual e outro municipal. Utilizou-se a técnica do discurso do sujeito coletivo na sistematização dos depoimentos. Foram identificadas seis dificuldades centrais, entre as quais: convencer o gestor municipal a liberar o profissional para fazer a pesquisa; e dialogar nos locais em que as gestões do município e do estado são de partidos políticos diferentes. As recusas em participar da pesquisa nacional foram principalmente de cirurgiões-dentistas e gestores municipais de saúde. Em ambos os casos, constata-se grave violação da ética da responsabilidade individual e pública.

Palavras-chave: Inquéritos epidemiológicos. Ética. Gestor de saúde. Autonomia profissional. Saúde Bucal.

Abstract

Difficulties of an ethical nature involved in the National Oral Health Survey

The objective of this study was to identify and analyze the ethical difficulties present in the *Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - SBBrazil 2010* (National Oral Health Survey). This is a qualitative research, in which interviews were carried out with 12 members of the Management Group and the Advisory Technical Committee of the Ministry of Health, in addition to two coordinators, one State and the other Municipal. The discourse of the collective subject technique was used. Six central ideas were identified, among which are convince the municipal manager who does not want to release the professional to carry out the research; to negotiate in places where the Municipal and State administrations are from different political parties. The refusals to participate took place at two levels: dental surgeons and municipal health managers. In both cases, there is an important violation of responsibility, both individual and public.

Keywords: Health surveys. Ethics. Health manager. Professional autonomy. Oral health.

Declararam não haver conflito de interesse.

La eticidad, en sentido lato¹, es prerequisite de la legitimidad; por lo tanto, algo puede ser al mismo tiempo legal e ilegítimo. Si una acción, por ejemplo, no tiene justificación ética, su legitimidad se ve comprometida y no puede ser asegurada ni siquiera por fuerza de ley. Al respecto, Pfeiffer¹ argumenta que una ley puede ser considerada ilegítima si no fuera fundamentada éticamente. Aunque legalidad y legitimidad remitan a dimensiones distintas, las prácticas de salud deben buscar obedecer a ambas.

Dicho esto, se puede afirmar que son legítimas las investigaciones poblacionales realizadas en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS), dado que cuentan con amparo legal y fundamento ético. Su legalidad está garantizada por la Ley 8.080/1990, que determina el empleo de la epidemiología para definir prioridades y, en consecuencia, asignar recursos². En cuanto a la eticidad, deriva de sus contribuciones potenciales para los servicios públicos de salud, dado que generan conocimientos útiles para identificar y comprender las necesidades de la población.

Frente a esto, se verifica la creciente valoración de las encuestas de salud en Brasil, que se diferencian en cuanto a la temática, la forma de obtención de los datos, el público destinatario y la periodicidad³. Estas opciones metodológicas y operacionales traen dificultades específicas para formular e implementar encuestas. Por ejemplo, la extensión territorial de Brasil y la diversidad local y regional constituyen obstáculos para hacer un relevamiento de las necesidades nacionales que evidentemente no aparecen en las encuestas municipales⁴, así como las dificultades de las encuestas telefónicas no son las mismas que las domiciliarias.

La Política Nacional de Salud Bucal (PNSB), lanzada en marzo de 2004, proclama el uso de la epidemiología para asesorar la planificación y fortalecer la vigilancia de la salud, monitoreando constantemente los *daños, riesgos y determinantes del proceso salud-enfermedad*⁵. Para que estos presupuestos de la PNSB se efectivicen, es preciso un conocimiento epidemiológico y un dominio de sus herramientas, entre ellas, las encuestas poblacionales de salud⁶.

En base a eso, el Ministerio de Salud instituyó el Comité Técnico Asesor (CTA) para estructurar e implementar la estrategia de vigilancia en salud bucal (VSB) en la PNSB (CTA-VSB), por medio de la Resolución 939/2006⁷. Le compete al CTA-VSB, entre otras atribuciones, *acompañar la situación epidemiológica en el área de la Salud Bucal*⁷. En

abril de 2009, el CTA-VSB inició la elaboración de la "Investigación Nacional de Salud Bucal – Proyecto SB Brasil 2010", que dio origen a la investigación ahora analizada, siendo un elemento estratégico en la Vigilancia de la Salud de la PNSB⁶.

El proyecto técnico y operacional del SB Brasil 2010 fue sometido a consulta pública y, seguidamente, a la Comisión Nacional de Ética en Investigación (CONEP). Su ejecución quedó bajo la responsabilidad de los ocho Centros colaboradores del Ministerio de Salud en Vigilancia de la Salud Bucal (CECOL), con sede en instituciones de enseñanza superior de las regiones Centro-Oeste, Nordeste, Sudeste y Sur del país. Las unidades federales fueron distribuidas entre los CECOL, y cada uno se quedó con 22 municipios. Además, cada CECOL señaló un representante para componer el grupo gestor de la investigación, con la incumbencia de mantener contacto con las secretarías estaduais y municipales de salud⁸.

El SB Brasil 2010 fue el último de los cuatro relevamientos nacionales de salud bucal realizados en el país. Se trata de un estudio multicéntrico que implicó a las tres esferas de gestión del SUS (municipal, estadual y federal), además de otros sectores, como instituciones de enseñanza superior. Los exámenes domiciliarios fueron realizados en 177 municipios de variados portes demográficos, en las cinco regiones del país.

Además, los propios profesionales del SUS integraron los equipos de campo, es decir, no se contrataron institutos de investigación⁴. La intención era que los trabajadores de la salud se apropiasen del método epidemiológico y, con ello, mejorasen sus prácticas a nivel local⁹. Esta decisión fue evaluada positivamente por personas que trabajaron como coordinadoras en la encuesta¹⁰. El SB Brasil 2010 contó con el apoyo de cerca de mil equipos⁴, entrenados y evaluados antes de la recolección de datos. A partir de eso, el objetivo de este artículo fue identificar y analizar las dificultades éticas encontradas en la realización de la encuesta epidemiológica SB Brasil 2010.

Método

Este estudio forma parte de una investigación más amplia con funcionarios del SB Brasil 2010. Se utilizó el estudio de caso como método cualitativo, conforme los presupuestos de Yin¹¹. Como informantes clave se seleccionaron miembros del grupo de gestión de la encuesta, teniendo en cuenta que

participaron activamente del trabajo de campo, etapa en que surgen los mayores impases éticos. Conforme lo mencionado, este grupo estuvo constituido por diez personas designadas por los CECOL para apoyar a los estados y municipios.

Se identificaron los primeros entrevistados por medio del informe final del SB Brasil 2010. Además, se empleó la técnica “bola de nieve”, es decir, luego de cada entrevista se solicitaba la indicación de posibles participantes de la investigación. Dos miembros del grupo de gestión no fueron incluidos en la primera relación de probables informantes, dado que sus atribuciones no se asemejaban a las de los demás: por trabajar en el Ministerio de Salud, quedaron como responsables del soporte institucional de la encuesta y no participaron directamente del trabajo de campo. No obstante, varios entrevistados señalaron el nombre de uno de ellos en la técnica “bola de nieve”, razón por la cual fue invitado para este estudio. Los miembros del CTA-VSB que, de acuerdo con los entrevistados, tuvieron un trabajo más cercano al grupo gestor, así como a los coordinadores locales y regionales, también fueron citados en la técnica mencionada.

Los datos fueron recolectados por medio de entrevistas individuales con un guion semiestructurado, dirigidas por la investigadora responsable del protocolo del estudio, siendo grabadas y transcritas. Los participantes fueron contactados personalmente o por e-mail para definir lugar, fecha y horario de las entrevistas; tres de ellas tuvieron lugar en un encuentro académico del área de salud colectiva, y las demás en los estados de origen de los informantes. La pregunta que dio origen a este artículo fue: “considerando su experiencia en el SB Brasil 2010, ¿qué dificultades destacarías en una encuesta poblacional de esta magnitud?” la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo (DSC) se utilizó para organizar y sistematizar los testimonios, cuyo análisis siguió las etapas del DSC descritas por Lefèvre y Lefèvre¹².

El proyecto que dio origen a este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Brasilia. Se cumplieron todas las etapas del Proceso de Consentimiento Libre e Informado.

Resultados

Participaron de este estudio 14 entrevistados de 11 estados y del Distrito Federal, siendo nueve miembros del grupo gestor, tres del CTA-VSB y dos coordinadores, uno estadual, otro municipal. Hubo

una negación a participar. Las respuestas de los entrevistados sobre las dificultades inherentes a una encuesta de la magnitud del SB Brasil 2010 resultaron en las siguientes ideas centrales: 1) convencer al funcionario municipal de liberar al profesional para realizar la investigación; 2) dialogar en los lugares en que las gestiones del municipio y del estado son de partidos políticos diferentes; 3) hacerle entender al funcionario municipal la importancia de la investigación, a pesar de que los datos no sean aplicables a nivel local; 4) lidiar con la “irresponsabilidad” de la macropolítica al designar personas sin perfil para cargos de gestión; 5) convencer a los profesionales de la importancia de encuestas como el SB Brasil 2010; y 6) acceder a sectores censales sorteados en contextos de violencia. A continuación, estas ideas se acompañan de los respectivos DSC.

Idea central 1 – Convencer al funcionario municipal de liberar al profesional para realizar la investigación

“Tuvimos dificultades con la gestión local en el sentido de liberar al profesional para realizar la investigación. En una capital, por ejemplo, yo tuve que negociar eso con el coordinador municipal: ‘Mire, no es necesario que el equipo se quede 40 horas haciendo la investigación. Podemos dividirnos eso, él puede quedarse 20 horas en la investigación y 20 horas en la asistencia’. Sólo que había otro problema: los profesionales tenían un contrato de 40 horas, pero no trabajaban 40 horas. A veces, hay profesionales que quieren participar y el funcionario no los deja, no quiere. Esto pasó en un municipio de pequeño porte, en el cual un profesional tuvo problemas con la gestión, que alegaba: ‘No, usted se va a quedar mucho tiempo sin estar en su equipo de salud bucal, que es de la Estrategia’. El municipio lo destituyó del cargo y le impidió participar del SB Brasil 2010. Si no me equivoco, ese municipio contaba con sólo uno o dos equipos. Si ya se le había prohibido a un profesional, cualquier otro sería imposible. Esas dificultades de entendimiento del proyecto ocurrieron a pesar de que él hubiese presentado y pactado en la Comisión Intergestores Tripartita (CIT). Teóricamente, las personas que representan a los funcionarios estaduais y municipales, bien o mal, están en la CIT para representar. Al no tener ese conocimiento, algunos gestores municipales generaban cierta dificultad en la conducción del proceso en el ámbito local. Entonces, el interés político es importante para que la cosa suceda, porque sentimos una diferencia muy grande cuando el funcionario es sensible a iniciativas como el SB Brasil 2010. Depende, por lo tanto, del perfil de quien está haciendo las

cosas, para entender cuánto la epidemiología es importante para la planificación y evaluación de las políticas”.

Idea central 2 – Dialogar en los lugares en que las gestiones del municipio y del estado son de partidos políticos diferentes

“Las cuestiones ideológicas complican un poco. Si otro tiene la idea, a veces es más difícil. En un estado, por ejemplo, los coordinadores estadual y municipal fueron muy receptivos y solícitos conmigo para la organización y la ejecución del relevamiento. Sólo que había un problema político interno: las gestiones del municipio y del estado eran de partidos diferentes. Entonces, a veces, el estado tenía cierta dificultad para estar coordinando, organizando y operando en la capital. A veces, hace falta tener estrategias dialógicas, sentarse a la mesa, hablar: ‘Mire, ¿vamos a ponernos de acuerdo? No es para el PT, no es para capitalización política de Lula, de Gilberto Pucca. Nosotros estamos construyendo un paso más, un movimiento más para el Sistema Único de Salud, siendo PSDB, DEM, PT, el que fuera. ¿Este no es un municipio que quiera construir bien su sistema de salud? ¿No quiere tener una buena organización del subsistema de salud bucal? Tenemos que hacerlo’. Uno construye imágenes que responsabilizan a la gestión. Las cuestiones políticas son, tal vez, las de más difícil enfrentamiento”.

Idea central 3 – Hacerle entender al funcionario municipal la importancia de la investigación, a pesar de que los datos no sean aplicables a nivel local

“Trabajamos con la idea de que quien hace la investigación es el dentista del municipio sorteado para componer la muestra. Ahí uno tiene que llegar y decirle al funcionario: ‘Mire, su municipio fue sorteado y haremos una investigación de salud bucal aquí. Usted no va a gastar casi nada, pero tiene que liberar a su profesional’. En las capitales era necesario liberar, mínimamente, 10 dentistas para componer 10 equipos. En algunos municipios, uno a dos dentistas, va variando. El funcionario municipal responde: ‘Ok, al final tendré datos para ver cómo anda la salud bucal en mi municipio’. El problema es que la investigación no es inferencial para el municipio, es decir, el dato del SB Brasil 2010 no tiene una aplicación programática para el nivel local porque no tiene representatividad. Entonces aclaramos: ‘Hay un problema. Esta es una investigación de base nacional que va a dar el perfil de salud bucal de Brasil, capitales y Distrito Federal. Si quisiera, va a tener que entrar con el capital’. Ahí él responde: ‘Pero yo ya estoy liberando

mi profesional, a quien le pago un salario. Estoy participando, es lo que puedo’. Creo que esa fue la primera dificultad, hacer que los funcionarios entendiesen que es una investigación importante para el país, capitales y macrorregiones; y que su municipio haya sido sorteado. Después él veía que no era ninguna suerte: ‘¿Pero qué suerte es esa? Voy a poner a disposición mi profesional y a tener por dos, tres meses la población reclamando que tengo un dentista menos en la unidad de salud y no tendré resultados para planificar y evaluar mis servicios”.

Idea central 4 – Lidar con la “irresponsabilidad” de la macropolítica de designar personas sin perfil para cargos de gestión

“Hay estados que no tienen la figura del coordinador de salud bucal. No se sabía a quién recurrir, salía buscando. Además, está la irresponsabilidad de la macropolítica de designar personas sin perfil. Había un estado que designó a una estudiante de derecho. Entonces, ella era mi interlocutora. No es que ella haya sido un problema, muy por el contrario. Ella hizo un esfuerzo personal enorme. No fue malo trabajar con ella, pero es una irresponsabilidad de la macrogestión y macropolítica. En el primer taller de un estado que nos dio mucho trabajo, las personas más tradicionalmente ligadas a la salud bucal colectiva y a las entidades odontológicas no conocían a la coordinadora de salud bucal del estado porque había sido una designación de las bases aliadas. Una persona completamente neófita. Las personas simplemente la desconocían. Una persona que había egresado seis, tres meses antes. No conocía el organigrama de la Secretaría Estadual de Salud. Imagínate lo que es activar un proyecto de esa envergadura para que una persona con esa formación lo administre”.

Idea central 5 – Convencer a los profesionales de la importancia de las encuestas como el SB Brasil 2010

“La primera tarea es convencer a los profesionales de la importancia de encuestas como el SB Brasil 2010 porque algunos creen que sus atribuciones son más clínicas. La primera cosa que los profesionales de una capital dijeron fue: ‘No, olvida mi nombre. Yo no quiero hacerlo porque es muy cansador. Prefiero quedarme atendiendo’. Muchos quieren reproducir en el SUS la práctica del consultorio privado. En otro municipio, los dentistas vinieron para un taller regional y dijeron: ‘No quiero, no lo voy a hacer’. No todos los profesionales tienen perfil, algunos vienen medio forzados o interesados en alguna ganancia financiera que no existe, es prácticamente nulo. Pero el hecho es que, en la regulación del papel del Equipo de Salud

de la Familia, principalmente del PSF, está incluida la cuestión de la coordinación y de la comprensión del diagnóstico local, de las encuestas. Inclusive el objetivo de la inclusión del Equipo de Salud Bucal en la Salud de la Familia fue reducir los indicadores de salud bucal y mejorar el acceso de la población a las acciones en salud bucal. Entonces es obvio que para reducir indicadores necesito conocer la realidad; y la encuesta epidemiológica es una de las herramientas para eso. Creo que esto tiene que ser trabajado, tanto en los servicios como en las instituciones formadoras. Debemos calificar mejor a nuestros recursos humanos mientras están en el grado o luego cuando entran en el Sistema Único de Salud, para que ellos sepan lo que le compete a un profesional del SUS”.

Idea Central 6 – Acceder a sectores censales sorteados en contextos de violencia

“Tuvimos profesionales que llegaron a pagar de su bolsillo el pase al traficante, al líder de la comunidad para hacer la encuesta. En un municipio relativamente pequeño fuimos impedidos absolutamente de acceder a uno de los sectores sorteados porque estaba tomado por el tráfico. En una capital, los profesionales hicieron un acuerdo con el centro de salud, pues no podían entrar en cualquier horario. Tenían que salir a las 4 hs de la tarde porque era muy violento. Hubo también otra situación en la que la coordinadora municipal eligió un lugar para hacer la calibración que era muy peligroso en la ciudad, un área de riesgo de tráfico de drogas. Inclusive los instructores ya habían conversado con ella que no era un buen lugar por esas cuestiones. Ella dijo que era tranquilo, que el equipo de salud de la familia funcionaba bien. Hubo un problema serio en el área durante el proceso de calibración. Hubo un tiroteo y los instructores salieron escoltados por la policía. Además, algunos equipos de campo fueron asaltados durante la recolección de datos. Entonces, no sé si los profesionales cumplieron las normas que decían para examinar sólo a quien estaba indicado en la hoja y seguir por el lado correcto de la cuadra, porque eran momentos de tensión”.

Discusión

Los municipios que integraron la muestra del SB Brasil 2010 fueron seleccionados de modo aleatorio. De acuerdo con los entrevistados, algunos funcionarios municipales se negaron a participar de la encuesta, principalmente por ser conscientes de las dificultades provenientes de las actividades de

campo. La realización de los exámenes domiciliarios por parte de los equipos de salud disminuía o interrumpía las atenciones en las unidades y servicios del SUS. Estas modificaciones, aunque provisionarias, en la cotidianidad de los servicios de salud no son aceptadas por el funcionario que basa sus acciones en medidas cuantitativas de productividad, y no en indicadores epidemiológicos.

Los funcionarios del SUS tienen responsabilidades éticas inherentes a la posición que ocupan en el sistema. Conocer el perfil epidemiológico es una de ellas, pues los municipios que ignoran la situación de salud de su población son incapaces de conciliar decisiones políticas y realidad local de modo responsable. Sin embargo, la encuesta no permite generar datos representativos de cada lugar, lo que en parte explica la percepción de los funcionarios que no veían la utilidad para su municipio de participar de este trabajo nacional.

Por otro lado, esta visión opera en el plano inmediato de las acciones, siendo difícil para muchos de estos funcionarios comprender que la colaboración con el SB Brasil 2010 proporcionaría a los equipos de salud aprendizajes y experiencias que, en un momento posterior, permitirían producir encuestas similares abarcando sólo indicadores municipales. En el SB Brasil había un entrenamiento y un perfeccionamiento de los equipos de salud que, si eran bien aprovechados, podían integrar una política municipal de educación permanente en salud, como ocurrió en varios municipios.

Además, conforme lo informado en uno de los DSC, algunos funcionarios optaron por partidizar la decisión sobre el SB Brasil 2010, tomándolo como moneda política. Con esto, se negaron a apoyar la encuesta nacional de irrefutable interés público y con el cual todos debían comprometerse, independientemente del partido político del intendente o del gobernador. Lo que era una iniciativa efectivamente nacional fue percibido de modo restricto, como algo de interés sólo del gobierno federal. Por lo tanto, estos funcionarios tomaron decisiones como si el futuro de los servicios de salud bucal no estuviese en el alcance de su función.

Ambas situaciones remiten al concepto de la ética de la responsabilidad pública¹³. Según Kuiava, *desde el punto de vista de la gestión pública, la responsabilidad puede ser entendida como una capacidad que el funcionario público tiene de sentirse comprometido a responder o cumplir una tarea que es suya sin ninguna presión externa a su conciencia ética*¹⁴.

De acuerdo con Barata¹⁵, los datos producidos por las encuestas de base poblacional generalmente no son *desagregables para el uso a nivel local*. Estudios menos abarcativos y, en consecuencia, más viables en lo que se refiere al tiempo y costo son más apropiados para dar cuenta de las demandas de la gestión local del SUS¹⁶. No obstante, las encuestas de base poblacional, de alcance nacional o incluso estadual, son oportunidades inestimables para que los equipos municipales desarrollen, amplíen o mejoren sus calificaciones. Sin embargo, según los entrevistados de este estudio, la no representatividad del SB Brasil 2010 para el municipio dificultó el involucramiento de algunos funcionarios, que veían una supuesta colisión entre los intereses del municipio y de la colectividad más amplia, objeto de la investigación.

Este aspecto, que surgió de modo bastante claro en este estudio, remite a una dimensión poco analizada de las restricciones e impases contemporáneos en el proceso de municipalización de la salud en Brasil: el papel del municipio como un ente federal en iniciativas de la Vigilancia en Salud. Los alcances y objetos de estas iniciativas no siempre son pasibles de “recortes” en los límites jurídico-administrativos del municipio, sino, por el contrario, se refieren a los intereses sanitarios de regiones, macrorregiones y del país.

La municipalización de la salud fue crucial para efectivizar la descentralización como principio organizativo del SUS, particularmente en las dos primeras décadas de construcción del sistema. No obstante, Campos y Campos alertan que *a pesar de que haya ciertas reglas generales para regular el SUS; hay una autonomía casi absoluta para que cada secretario municipal decida en función de qué principios o lógica organizará el sistema local*¹⁷. En la perspectiva de la salud pública, es preciso indagar si es éticamente adecuado que un funcionario determine la relevancia de que el municipio bajo su autoridad administrativa participe o no de una encuesta nacional.

El ejercicio responsable de la autonomía del municipio debe incluir la colaboración en proyectos colectivos y de utilidad pública que interesan a todo el país y no sólo a la esfera federal, aunque esta colaboración no resulte en beneficios inmediatos para el lugar, como es el caso de SB Brasil 2010. No se pretende con esto discutir motivaciones político-administrativas, sino indagar el significado ético de las decisiones de autoridades municipales.

Una encuesta nacional está influenciada por factores no sólo políticos, sino también técnicos e

institucionales. La naturaleza e intensidad de estos factores determinan diferencias entre municipios y estados en el ritmo de las etapas previstas. En la evaluación de los entrevistados, algunos problemas interfirieron de modo sustancial en la ejecución del proyecto, como *falta de profesionalización de funcionarios, reproducción de prácticas clientelistas y corporativas en la indicación de ocupantes de los cargos de dirección e interferencia político-partidaria en el funcionamiento de los servicios*, elementos enumerados por Paim y Teixeira¹⁸ como barreras para el *pleno desarrollo del SUS*. Prácticas consideradas antidemocráticas, por ejemplo, el clientelismo y la falta de preparación de las personas que ocupan cargos de coordinación y dirección en las tres esferas de gobierno del SUS dificultan, y a veces invisibilizan, acciones cuyos requisitos son competencia gerencial y compromiso ético-político.

De acuerdo con los entrevistados, algunos servidores del SUS – muchos de ellos titulares de cargos públicos (“efectivos”) – no aceptaron participar del SB Brasil 2010. Tal negación era especialmente problemática en los municipios de hasta 20 mil habitantes, que frecuentemente contaban sólo con un cirujano dentista. En estos casos, para garantizar la permanencia del municipio en la muestra, las coordinaciones estaduais tuvieron que asumir prerrogativas locales.

La mayoría de estas negaciones se relacionaban con la percepción de los profesionales de salud bucal sobre el propio trabajo, muchas veces reducido a la asistencia a los individuos. No obstante, las atribuciones de un trabajador del SUS tienen doble naturaleza – técnico-asistencial y político-social – y son complementarios. Por lo tanto, un titular de cargo público en una institución que compone el SUS no debe restringir su campo de actuación profesional a la esfera asistencial, sino considerar todas las acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades y, en sentido amplio, la vigilancia en salud, incluyendo encuestas poblacionales.

A pesar de eso, algunos profesionales, como los que se negaron a participar del SB Brasil 2010, optaron por restringir sus actividades a la naturaleza técnico-asistencial, no reconociendo el compromiso de su cargo con la encuesta poblacional. Actúan como si fuesen profesionales del sector privado, cuyas acciones responden más a la lógica de la salud como mercancía que como derecho social. En otras palabras, no se trata de individuos vinculados a la iniciativa privada, sino de responsables de cargos públicos, lo que hace de ellos agentes del Estado. Es la negación a asumir ese papel lo que está en cuestión en esta discusión.

Cabe también enfatizar que las encuestas epidemiológicas no pueden ser comprendidas como una acción esporádica u opcional, principalmente por parte de los equipos de salud bucal de la Estrategia Salud de la Familia, dado que la epidemiología es primordial para planificar actividades en la atención básica¹⁹. Se trata, por lo tanto, de una responsabilidad inherente al cargo del profesional de salud. Para Campos, *al recortar radicalmente su propio objeto de trabajo, al excluir de él las otras dimensiones de la realidad so pretextos variados, [los profesionales que así proceden] siempre reducirán, como resultado, el compromiso ético con la reproducción de la vida*²⁰.

No está en cuestión la necesidad de reconocer y garantizar la autonomía de los profesionales del SUS. No obstante, vale ponderar que la autonomía es un concepto *por sí sólo incompleto. Éste se completa con, por la y en la alteridad*²¹. Por lo tanto, debe venir acompañada de la responsabilización por los problemas de los otros. No hay cómo ejercer autonomía sin disponer de libertad.

Por su parte, la responsabilidad por el otro debe preceder a la libertad, es decir, la existencia de la libertad individual no debe ser vista como un daño al otro, sino como responsabilidad junto al otro²². En base al pensamiento de Lévinas²³, se espera que los profesionales del SUS, frente a los proyectos colectivos como el SB Brasil 2010, busquen percibir el rostro del otro como de hecho lo es, es decir, inevitablemente diferente al suyo, pero merecedor de su responsabilidad. No importa exactamente cuál sea ese “rostro del otro”, ya sea un habitante de la ciudad beneficiado con acciones resultantes de la encuesta, el colega de trabajo que participó de la recolección de datos, el instructor de calibración o incluso el miembro del equipo de coordinación.

Para Barros²⁴, las encuestas poblacionales con recolección de datos en domicilios presentan algunas cuestiones éticas que requieren discusión, como *el riesgo que envuelve el trabajo de los entrevistadores, especialmente en situación de intensa violencia urbana*, dificultad ésta relatada por los entrevistados.

La acumulación empírica y teórica aumentaron la complejidad del plan muestra del SB Brasil 2010 con relación a la encuesta precedente, concluida en 2013. En la recolección de 2010, los equipos de campo necesitaban recorrer muchas cuadras, y el acceso a los domicilios fue particularmente problemático en los municipios cuyos sectores censales sorteados comprendían dos formas diametralmente opuestas de organización del

ambiente urbano: 1) condominios y lotes cerrados; 2) aglomerados anormales (favelas y similares)²⁵. Gran parte de esta dificultad puede ser atribuida a la violencia urbana, señalada como uno de los factores que aumentan la proporción de no respuesta en encuestas^{24,26}.

La realización del SB Brasil 2010 en lugares con altos índices de violencia dependió de la articulación entre poder público y liderazgos comunitarios. De acuerdo con los entrevistados, los equipos de campo recurrieron a estrategias como la restricción de la recolección de datos a horarios considerados seguros. Cabe destacar el papel de los agentes comunitarios de salud (ACS) como movilizados de la población en los municipios con alta cobertura de la Estrategia Salud de la Familia. La proximidad de estos profesionales con la población hizo viable la presencia de examinadores y anotadores en conglomerados de riesgo, principalmente en las capitales. En iniciativas como el SB Brasil 2010, los valores éticos de solidaridad y cooperación son esenciales para alcanzar los objetivos. Solidaridad es la “necesidad moral” de dar apoyo al otro²⁷ que sirve de sustrato para construir vínculos de cooperación, como se observa en la práctica de los ACS.

Sin el propósito de adentrarse en la producción sociológica, cabe destacar que la violencia es *objeto de la intersectorialidad*²⁸ y, por lo tanto, debe incluirse en la reflexión bioética, así como *el impacto de la violencia en la organización, en el funcionamiento de los servicios y en los costos del sistema de salud*²⁹. Se verifica en el discurso de los entrevistados la preocupación ética por la integridad física y psíquica de los individuos que formaban parte de los equipos de campo, dado que el trabajo con poblaciones en situación de violencia expone a los profesionales a riesgos adicionales.

En una encuesta como el SB Brasil 2010, tal constatación debería llevar a los poderes públicos y a la sociedad a asumir un compromiso ético con la protección de estos trabajadores, actuando con transparencia y reciprocidad. En otras palabras, es necesario garantizarles a estos equipos que serán adecuadamente informados sobre posibilidades de daño y que habrá un soporte institucional para prepararlos para identificar y actuar en situaciones de emergencia³⁰.

Consideraciones finales

Las negaciones a participar del SB Brasil 2010 tienen lugar en dos niveles. En el primero de ellos,

la negativa de cirujanos dentistas – a veces, los únicos de sus municipios – perjudicó la realización de la encuesta en algunos lugares, evidenciando la imprescindibilidad y, al mismo tiempo, la insuficiencia de la autonomía.

Es ético asegurar la autonomía de los profesionales de servicios públicos de salud, pero en contrapartida estos profesionales deben asumir su responsabilidad por el otro. Por lo tanto, los argumentos sobre la decisión de participar o no de los equipos de campo deberían basarse en la responsabilidad por todos los implicados en la encuesta.

En contextos específicos, la violencia fue señalada como uno de los desencadenantes de cierta aprensión ética en cuanto a posibles daños a los equipos, lo que comprometería la calidad del trabajo de campo. No obstante, no se registraron negaciones de profesionales para participar de la encuesta bajo la alegación de vulnerabilidad en ambientes urbanos violentos. Cabe reiterar que la base de todas las negaciones en este nivel fue la falta de una percepción sobre el compromiso del cargo con ese tipo de investigaciones.

El otro nivel de negación, comprende a los funcionarios municipales de salud. Así como el SUS, el SB Brasil requiere una articulación entre las tres esferas de gobierno, lo que fue realizado en el caso analizado. Aún durante la planificación, la encuesta fue objeto de negociación en la Comisión Intergestores

Tripartita, que involucra a representantes de gobiernos municipales, estatales y federal. Pero eso no es suficiente, pues en varios contextos esta importante investigación de las condiciones de salud bucal de la población brasileña fue reducida a una mera acción partidaria, desconsiderándose que los resultados de las encuestas nacionales interesan a gobiernos, pero también a la sociedad civil.

Cuando se negaron a participar del SB Brasil 2010, tanto cirujanos dentistas como funcionarios municipales, negaron la relevancia pública de las encuestas nacionales. Esta reacción, además de expresar una significativa limitación para el ejercicio de funciones públicas en el sector, expone la fragilidad de la formación de estos profesionales en cuanto a la dimensión ética del trabajo que realizan. Por un lado, está la restricta ejecución de funciones asistenciales atribuidas a un profesional de odontología; por el otro, las consecuencias nocivas de las decisiones tomadas por alguien investido de la máxima autoridad sanitaria local.

Ambas situaciones muestran que la participación en iniciativas como el SB Brasil no puede ser comprendida como una decisión basada en un concepto equivocado de autonomía profesional, no estar influenciada por éste o aquel gobierno debido a intereses partidarios. Se evidencia, sobre todo, una grave violación a la ética de la responsabilidad, individual y pública.

Referências

1. Pfeiffer ML. Legitimidad In: Tealdi JC, coordinador. Diccionario latinoamericano de bioética. Bogotá: Unesco; 2008. p. 125-6.
2. 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 [Internet]. Diário Oficial União. Brasília, p. 18055, 20 set 1990. [acesso 6 jan 2012]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/1UVpr2U>
3. Barros MBA. Introdução. In: Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, coordenadores. As dimensões da saúde: inquérito populacional em Campinas. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 19-33.
4. Roncalli AG, Silva NN, Nascimento AC, Freitas CHSM, Casotti E, Peres KG *et al.* Aspectos metodológicos do Projeto SBBrasil 2010 de interesse para inquéritos nacionais de saúde. Cad Saúde Pública [Internet]. 2012 [acesso 9 out 2013];28(Supl):S40-57. Disponível: <https://bit.ly/2OBhhN8>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 4.
6. Roncalli AG. Projeto SB Brasil 2010: elemento estratégico na construção de um modelo de vigilância em saúde bucal. Cad Saúde Pública [Internet]. 2010 [acesso 27 jun 2012];26(3):428-9. Disponível: <https://bit.ly/2JSFr4Z>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SAS nº 939, de 21 de dezembro de 2006. Institui o Comitê Técnico Assessor para estruturação e implantação da estratégia de vigilância em saúde bucal dentro da Política Nacional de Saúde Bucal – CTA-VSB [Internet]. Diário Oficial União. Brasília; 22 dez 2006 [acesso 27 jun 2012]. Seção 1. p. 151. Disponível: <https://bit.ly/2Pm3BuW>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SBBrasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: manual do coordenador municipal [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [acesso 9 nov 2018]. Disponível: <https://bit.ly/217Hlhr>

9. 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 Saúde Pública* [Internet]. 2010 [acesso 4 mar 2012];26(4):647-70. Disponível: <https://bit.ly/2FevTMV>
10. Soares FF, Freire MCM, Reis SCGB. O processo de trabalho da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (Projeto SBBrasil 2010) na perspectiva dos coordenadores do inquérito. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2017 [acesso 2 abr 2018];20(1):176-88. Disponível: <https://bit.ly/2FaW6lB>
11. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.
12. Lefèvre F, Lefèvre AMC. *O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa: desdobramentos*. Porto Alegre: Educs; 2003.
13. Garrafa V. Bioética. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 853-70.
14. Kuiava EA. A responsabilidade como princípio ético em H. Jonas e E. Levinas: uma aproximação. *Veritas* [Internet]. 2006 [acesso 23 out 2013];51(2):55-60. p. 57. Disponível: <https://bit.ly/2PJCNE>
15. Barata RB. Inquérito nacional de saúde: uma necessidade? *Ciêns Saúde Coletiva* [Internet]. 2006 [acesso 25 jan 2012];11(4):870-1. p. 871 Disponível: <https://bit.ly/2DwuiXm>
16. 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 Saúde Pública* [Internet]. 1996 [acesso 12 fev 2012];12(Supl 2):59-70. Disponível: <https://bit.ly/2RKWd8X>
17. Campos RTO, Campos GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 669-88. p. 681.
18. Paim JS, Teixeira CF. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciêns Saúde Coletiva* [Internet]. 2007 [acesso 14 set 2013];12(Supl 1):1819-29. p. 1820. Disponível: <https://bit.ly/2DvSmK0>
19. Brasil. Ministério da Saúde. *Cadernos de atenção básica, nº 17: saúde bucal* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [acesso 9 nov 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2o4xPVs>
20. Campos GWS. A ética e os trabalhadores de saúde. *Saúde Debate*. 1994;(43):60-3. p. 62.
21. Correia FA. *A alteridade como critério fundamental e englobante da bioética* [tese] [Internet]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1993 [acesso 23 out 2013]. p. 47. Disponível: <https://bit.ly/2z0qb21>
22. Ruiz CMMB. Ética, biopolítica e alteridade no capitalismo líquido. In: Vieira AR, organizador. *Ética e filosofia crítica na construção do socialismo no século XXI*. Nova Petrópolis: Nova Harmonia; 2011. p. 82-110.
23. Levinas E. *Totalidade e infinito*. Lisboa: Edições 70; 2011.
24. Barros MBA. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2008 [acesso 27 set 2013];11(Supl 1):6-19. p. 16. Disponível: <https://bit.ly/2qCjQVN>
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Coordenação de Comunicação Social. Guia do Censo 2010 para jornalistas* [Internet]. Brasília: IBGE; 2010 [acesso 27 jun 2012]. Disponível: <https://bit.ly/2QvwMs8>
26. Waldman EA, Novaes HMD, Albuquerque MFM, Latorre MRDO, Ribeiro MCSA, Vasconcellos M *et al.* Inquéritos populacionais: aspectos metodológicos, operacionais e éticos. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2008 [acesso 11 out 2013];11(Supl 1):168-79. Disponível: <https://bit.ly/2z1jZXI>
27. Vergès C. *Injerencia-asistencia-solidaridad*. In: Tealdi JC, coordenador. *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: Unesco; 2008. p. 123-4.
28. Rivas F. La violencia como problema de salud pública en Colombia: otro campo para la bioética. *Acta Bioeth* [Internet]. 2000 [acesso 9 set 2013];6(2):337-46. p. 337. Disponível: <https://bit.ly/2qENvh0>
29. Fortes PAC. As condições de vida, de trabalho e de saúde como “caldo de cultura” para a violência. *Bioética* [Internet]. 2004 [acesso 16 set 2013];12(2):113-9. p. 117. Disponível: <https://bit.ly/2qG1t25>
30. Singer PA, Benatar SR, Bernstein M, Daar AS, Dickens BM, MacRae SK *et al.* Ethics and SARS: lessons from Toronto. *BMJ* [Internet]. 2003 [acesso 23 set 2013];327(7427):1342-4. Disponível: <https://bit.ly/2yYT8Lt>

Correspondência

Flávia Reis de Andrade – Centro Metropolitano, conjunto A, lote 1 CEP 72220-275. Ceilândia/DF, Brasil.

Flávia Reis de Andrade – Doutora – flaviaandrade@unb.br

Paulo Capel Narvai – Doutor – pcnarvai@usp.br

Miguel Ângelo Montagner – Doutor – montagner@unb.br

Participación de los autores

Flávia Reis de Andrade elaboró el proyecto, analizó e interpretó los datos y redactó el artículo. Paulo Capel Narvai y Miguel Ângelo Montagner contribuyeron con la revisión crítica del contenido y la aprobación de la versión a ser publicada.

