

Maria Lúcia Magalhães Bosi^IDenise Gastaldo^{II}

Construindo pontes entre ciência, política e práticas em saúde coletiva

Building bridges between research, policy and practice in public health

RESUMO

O artigo analisa elementos nucleares no debate nacional e internacional acerca da necessária integração entre ciência, política e práticas em Saúde Coletiva e apresenta subsídios para essa integração. São assinalados alguns obstáculos situados tanto no plano conceitual como aqueles presentes nas relações que se processam em outras esferas e se interpõem à pretendida integração. Dentre os elementos assinalados, evidencia-se que ciência, política e o âmbito das práticas no setor não são campos homogêneos nem tampouco contínuos, implicando relações situadas em diferentes planos e envolvendo diferentes atores. Tais processos desenvolvem-se em arenas distintas, sustentados igualmente por distintas ações, paradigmas e interesses, não isentos de conflitos. Portanto, tal integração é um desafio de grande magnitude, dada sua complexidade e diversidade, objetiva e subjetiva.

DESCRITORES: Pesquisa. Ciência. Política Social. Prática Profissional. Saúde Pública.

ABSTRACT

The article examines core elements of the national and international discussion on the required integration between research, policy and practice in public health, and provides input for this integration. Some conceptual barriers and other barriers at different spheres that interfere with the desired integration are discussed. Evidence has shown that research, policy and practice in health are not continuous, homogenous areas but rather involve different levels and actors. Their processes develop in different grounds supported by a variety of actions, paradigms and interests that are not conflict-free. Thus, this integration is a major challenge given its complexity and multiplicity of objective and subjective aspects.

DESCRIPTORS: Research. Science. Public Policy. Professional Practice. Public Health.

^I Laboratório de Avaliação e Pesquisa Qualitativa em Saúde. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil

^{II} Faculty of Nursing and Centre for Critical Qualitative Health Research. University of Toronto. Toronto, Canada

Correspondência | Correspondence:
Maria Lúcia Magalhães Bosi
R. Prof. Costa Mendes, 1608 - 5º andar
21943-570 Fortaleza, CE, Brasil
E-mail: malubosi@ufc.br

Recebido: 18/1/2011
Aprovado: 25/7/2011

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

INTRODUÇÃO

Este artigo tem como força motriz algumas “idéias geradoras”, bem como a visibilidade que certos projetos vêm recebendo na literatura nacional e internacional com vistas a enfatizar a necessidade de integração entre pesquisa científica, políticas e práticas em saúde (coletiva). Ilustramos essa tendência com o artigo *Public Health Science and Practice: From Fragmentation to Alignment*, de Butler-Jones,⁵ no qual são sintetizados os elementos nucleares que circulam no debate internacional sobre o tema, ao mesmo tempo em que neles ressoam questões que também vêm nos desafiando nos planos do ensino, da pesquisa e das práticas em curso na saúde coletiva brasileira.

Na impossibilidade de, no breve espaço deste comentário, contemplar a discussão sobre o tema em toda a sua amplitude, recuperaremos certos elementos que nos parecem essenciais para, na seqüência, acrescentar alguns subsídios no intuito de fomentar o referido debate e propor algumas alternativas. Para tanto, selecionamos quatro aspectos centrais nessa análise: 1) relevância de se recolocar o tema da indispensável conexão pesquisa-política-prática profissional; 2) urgência de uma mudança paradigmática no âmbito da saúde (coletiva) que possibilite conectar tais “funções”, aqui entendidas como *campos de ação*, cujas configurações gozam de certa autonomia ante os demais, não obstante suas interfaces; 3) necessidade de fomentar a efetividade das intervenções em saúde coletiva; e, por fim, 4) alusão na literatura referida à importância do que se considera “práticas reflexivas”.

DOS CONCEITOS À MATERIALIDADE: UM TRÂNSITO NECESSÁRIO

Se analisarmos tais destaques à luz do que vem sendo discutido em incontáveis fóruns e divulgado na literatura especializada em saúde pública, os temas desta análise podem parecer demasiado evidentes e por demais discutidos: como pensar prioridades em pesquisa sem que haja correspondência com as necessidades e demandas da população usuária? Quem se oporia à premissa do necessário estabelecimento de parcerias e de estruturas facilitadoras de transferência de conhecimento para as práticas em curso? Ou discordaria de que pesquisa e avaliação são ferramentas para a gestão da rede ou dos sistemas de saúde? Maior tradição ainda encontra o princípio de “aprender com a prática” ou gerar *practice-based-evidence*, objeto que permeia tantos discursos e constitui promessa em incontáveis experiências. Contudo, se à primeira vista tais premissas podem se mostrar evidentes, cabe indagar o porquê de, paradoxalmente, ainda permanecerem como desafio ou “idéia força” a ser materializada, em um futuro no qual tais projetos se mostram incertos, quando não utópicos.

A compreensão desse cenário, conforme argumentamos, impõe que se considerem as complexas relações entre os planos envolvidos, aqui considerados *campos*, com suas economias internas específicas, tal como postulado por Bourdieu ao se referir ao *campo científico*.⁴ Noutras palavras, cabe, logo de início, reconhecer que ciência, política, avaliação e prática profissional não são campos homogêneos – nem tampouco contínuos; ao contrário, os processos que os constituem se desenvolvem em arenas distintas, sustentados por igualmente distintos paradigmas, interesses e ações, não isentos de conflitos inter e intracampos.

Não pretendemos aqui explorar os conhecidos conflitos de interesses prevalentes nesses domínios. Basta-nos mencionar que tal movimento ganha em complexidade quando se pretende *construir pontes* entre esses distintos planos. Para além de desafios técnicos, esfera a que muitas vezes as análises se restringem, há que considerar valores, o que exige transitar pela dimensão ético-política. E se a recolocamos no contexto dessa discussão é para realçar a importância do que Butler-Jones⁵ nomeia práticas reflexivas – haja vista o reconhecimento de que mesmo as evidências científicas mais potentes podem não ter impacto se formuladores de políticas e profissionais não são capazes de colaborar de forma crítica, contextualizando tais evidências, incluindo, ao fazê-lo, várias perspectivas, em particular as dos usuários, alvos das intervenções. Acrescente-se, ainda, a pluralidade de orientações teóricas adotadas por pesquisadores que resulta na caracterização bastante diversa dos elementos constitutivos de um mesmo fenômeno. Assim, no lastro dos que apostam em projetos dessa natureza, delineamos contribuições direcionadas a alguns dos obstáculos que se interpõem à consecução desse urgente e auspicioso projeto.

DERRUBANDO MUROS PARA ERIGIR PONTES: ALGUNS SUBSÍDIOS

Focalizando no campo científico, um primeiro aspecto refere-se ao predomínio da ciência tradicional como modelo de “boa ciência”. Referimo-nos aqui à clara prioridade de se estudarem resultados (*outcomes*) em detrimento da análise de processos dos quais os resultados são o produto e como tal deveriam ser considerados para uma possível utilização em outros contextos. A literatura científica é rica em argumentações que sustentam ser a saúde (e os problemas no setor) um fenômeno que exige uma abordagem e, por conseguinte, modelos de investigação e de avaliação de caráter integrado, multidimensional e intersetorial.^{1,3,8,12} Contudo, ao se recuperar o investimento em pesquisa, constata-se uma clara dissociação entre o que se apregoa, e em vários círculos se mostra consensual, e o que efetivamente se dá na concretude da prática científica em

saúde. Isso é corroborado pelo predomínio, em certas áreas quase absoluto, da biotecnologia, dos modelos quantitativos e *objetivadores*. Acrescente-se a visão de mundo hegemônica na ciência contemporânea, na qual, de forma crescente, se prioriza a produtividade e a serialidade na produção, muitas vezes sem examinar a missão a que se destina.^{7,10,11}

No âmbito da saúde coletiva, tal política de produtividade tem levado a que se negligencie algo cujo reconhecimento se revela como decisivo: trata-se da saúde *humana*. E se insistimos em adjetivar o objeto desse campo de saberes e práticas é porque julgamos ainda necessário fazê-lo, tendo em vista a necessidade de diálogo entre os distintos paradigmas que compõem o campo. De modo a contemplar a complexidade inerente ao fenômeno saúde, há que se enfatizar o aporte das ciências humanas e sociais, sem negação dos demais núcleos de saberes, mas complementando-os, reconhecendo seu papel estratégico.²

Ao nos referirmos à política, à ciência, bem como à produção cotidiana do cuidado em saúde, tratamos com ações humanas, nas quais a dimensão técnica se conjuga a processos simbólicos. Isso impõe considerar que nenhuma tecnologia – seja ela uma vacina, um aparelho de ressonância magnética, seja uma estratégia de fortalecimento comunitário, dentre inúmeros exemplos que poderíamos citar – poderá ser efetiva sem a mediação subjetiva. Em outras palavras, a operacionalização de qualquer intervenção em saúde (coletiva) depende de processos de simbolização, mediante os quais a tecnologia poderá ser ou não aceita, ser mais ou menos efetiva, ou seja, servir ou não ao que se propõe. Falar em efetividade significa, portanto, ir além do sentido restrito referente à dimensão técnica, uma vez que tal sentido será sempre uma construção social, imersa na cultura, com a qual a tecnologia terá sempre que “negociar”.¹

Corroborando tais assertivas, estudos realizados em distintos países evidenciam que, por mais sofisticada que seja uma tecnologia, como evidências científicas aplicadas em políticas ou programas, ela terá que se capilarizar na cultura, no processo em que ganham dominância os significados atribuídos.^{9a} Pouco ou nada ajudarão artefatos que não sejam acolhidos nos complexos processos, os quais se revestem de representações e, dessa forma, são (ou não) absorvidos nos processos saúde-doença. Muitos são os exemplos mostrando, por um lado, os ganhos em efetividade, mas, por outro lado, os desafios com que se deparam os profissionais, gestores do sistema e redes mais amplas diante de problemas, como abandono ou não adesão a tratamentos, uso inadequado de tecnologias, necessidades insatisfeitas em saúde, aceitação ou oposição à “racionalidade biomédica”, em temas tão variados

como uso da mamografia, prevenção do HIV, fumo passivo, aplicações de evidências na prática clínica, dentre tantos outros.^{6,13,14}

O importante é que investir na mensuração de impacto/resultados é apenas uma parte (certamente imprescindível) do que precisa ser realizado em uma pesquisa comprometida com a construção da saúde coletiva; impõe-se também a compreensão dos processos. Nesse sentido, estudos que utilizam modelos distantes da ciência tradicional, mas com o rigor e refinamento necessários para explorar mediações que exigem combinação de estratégias, vêm aportando elementos fundamentais à integração, objeto desta discussão. Nesse escopo, ganha relevo a tradição qualitativa de investigação em saúde, em especial aquela fundamentada em enfoques críticos. Para essa tradição, importa, sim, o estudo de resultados, mas entendendo que resultado pressupõe processo. E na saúde, processo humano e coletivo.

Nesse ponto, inserimos mais um elemento àqueles realçados no início deste artigo: o lugar do usuário. Ao se falar nas interfaces pesquisa-política-assistência, observa-se tanto nos discursos atinentes ao tema como na literatura científica que cientistas, tomadores de decisão, gestores e avaliadores têm lugar assegurado. De forma surpreendente, mesmo em propostas pretensamente inovadoras e nos posicionamentos supostamente críticos, os avanços pretendidos raramente incluem os usuários na “força-tarefa”, embora estratégias já consagradas e seguidas vezes mencionadas em artigos e informes oficiais reconheçam ser imperiosa essa inclusão.⁸ Também os trabalhadores do setor são muitas vezes ignorados. No modelo da ciência tradicional, a participação do usuário ou do trabalhador, sobretudo sem estudo universitário, é tida como inviável em virtude da complexidade do processo ou considerada como *bias*. Já no enfoque qualitativo, a pesquisa participativa se inclui como metodologia científica, que por opção ético-política democratiza a produção do conhecimento e afirma a importância do entendimento de processos como uma forma de saber.

Para concluir este breve posicionamento, gostaríamos de reafirmar a importância de repensar, na perspectiva de uma postura crítica e reflexiva, o lugar que deve ser reservado à população e, em especial, aos usuários do sistema público de saúde, nos três campos mencionados, com vistas a integrar esses domínios. Quanto a isso, um projeto inovador não há que ser aquele no qual a política, a pesquisa científica e a assistência em saúde sigam à margem da participação da população, sem considerá-la em sua diversidade, objetiva e subjetiva. Tendo em vista o exposto, advogamos por modelos qualitativo-participativos³ de pesquisa e avaliação,

^a Zaforteza C. Promoción de los cuidados dirigidos a los familiares del paciente crítico a través de una investigación-acción participativa [tese de doutorado]; Palma: Universitat de les Illes Balears; 2010.

entendidos como fundamento e ferramenta de gestão compartilhada, se efetivamente quisermos contribuir na edificação de pontes que venham substituir os atuais

abismos que ainda persistem entre pesquisa, política, avaliação e assistência, desafiando a sustentabilidade da saúde e o bem-estar humanos.

REFERÊNCIAS

1. Bosi ML, Uchimura KY. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? *Rev Saude Publica*. 2007;41(1):150-3. DOI:S0034-89102007000100020
2. Bosi ML, Prado SD. Alimentação e nutrição em saúde coletiva: constituição, contornos e estatuto científico. *Cienc Saude Coletiva*. 2010;16(1):7-17. DOI:10.1590/S1413-81232011000100002
3. Bosi MLM, Mercado-Martinez FJ. Modelos avaliativos e reforma sanitária brasileira: acerca do enfoque qualitativo-participativo. *Rev Saude Publica*. 2010;44(3):566-70. DOI:10.1590/S0034-89102010000300022
4. Bourdieu P. O campo científico. In: Ortiz R, organizador. Pierre Bourdieu. São Paulo: Ática; 1983. p.122-55.
5. Butler-Jones D. Public health science and practice: from fragmentation to alignment. *Can J Public Health*. 2009;100(1):11-2.
6. Gastaldo D, Holmes D, Lombardo A, O'Byrne P. Unprotected sex among men who have sex with men in Canada: Exploring rationales and expanding HIV prevention. *Crit Public Health*. 2009;19(3):399-416. DOI:10.1080/09581590802566453
7. Gastaldo D, Bosi MLM. ¿Qué significa tener impacto en un mundo globalizado? Los efectos de las políticas de productividad científica. *Enferm Clin*. 2010;20(3):145-6. DOI:10.1016/j.enfcli.2010.03.008
8. Guba E, Lincoln Y. Fourth generation evaluation. Newsbury Park: Sage; 1989.
9. Holmes D, Gastaldo D, Perron A. Paranoid investments in nursing: a schizoanalysis of the evidence-based discourse. *Nurs Philos*. 2007;8(2):85-91. DOI:10.1111/j.1466-769X.2007.00302.x
10. Kerr-Pontes LRS, Pontes RJS, Bosi MLM, Rigotto RM, Silva RM, Bezerra-Filho JG, Kerr WE. Uma reflexão sobre o processo de avaliação das pós-graduações brasileiras com ênfase na área de saúde coletiva. *Physis (Rio J)*. 2005;15(1):83-94. DOI:10.1590/S0103-73312005000100004
11. Luz MT. Prometeu acorrentado: análise sociológica da categoria produtividade e as condições atuais da vida acadêmica. *Physis (Rio J)*. 2005;15(1):39-57. DOI:10.1590/S0103-73312005000100002
12. Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma nova saúde pública; ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev Saude Publica*. 1998;32(4):299-316. DOI:10.1590/S0034-89101998000400001
13. Poland B, Gastaldo D, Pancham A, Ferrence R. The interpersonal management of environmental tobacco in the home - a qualitative study. *Crit Public Health*. 2009;19(2):203-21. DOI:10.1080/09581590802395416
14. Vahabi M, Gastaldo D. Rational choice(s)? Rethinking decision making on breast cancer risk and screening mammography. *Nurs Inq*. 2003;10(4):245-56. DOI:10.1046/j.1440-1800.2003.00190.x

Bosi MLM foi apoiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes – Processo nº 1066-09; bolsa de pós-doutorado).

Trabalho apresentado na Qualitative Inquiry 2011, realizado em Illinois, Estados Unidos, em 2011.

Os autores declaram não haver conflitos de interesses.