

www.anvisa.gov.br/servicosauade/avalia/index.htm, acessado em 07/Jun/2004), que pode, em certas situações, tornar-se indistinto. Não se sabe até que ponto, ao desvendar o papel das variáveis de serviço no perfil de morbidade e de mortalidade, por intermédio da inocente modelagem dos dados, surgem significativos desvios na gestão, na condução e na execução dos atos médicos e sanitários, que exigem pronta ação da vigilância sanitária. Os que estudam os serviços de saúde, através da abordagem direta destes, enfrentam dificuldade e dilemas, alguns deles com implicações éticas relevantes. Entre os problemas mais freqüentes destacam-se: a necessidade de contar com a cumplicidade dos responsáveis pelas unidades para se obterem os objetivos e as metas acadêmicas; o dilema de identificar e nomear, ou não, os serviços pesquisados e seus eventuais resultados desfavoráveis; o formato através do qual os resultados devem ser devolvidos não só aos responsáveis pelas políticas setoriais e pela prestação de assistência, como também à própria sociedade.

Um último aspecto que a leitura do texto suscita é a necessidade urgente de aprimorar as bases de dados nacionais existentes. É de surpreender que o Sistema Autorização de Internação Hospitalar de informações, que contém os registros de todas as autorizações para internações hospitalares, além de outras, sofra a incompreensível lacuna de não conter informação sobre os medicamentos empregados durante as internações. Sabe-se que as bases de dados, mesmo as administrativas, são cada vez mais empregadas em estudos de avaliação da qualidade da atenção². Então, trata-se de melhorar a qualidade delas para torná-las instrumentos úteis para pesquisa e para a tomada de decisões.

Certamente, o texto de Novaes, exposto ao debate aberto, vai provocar outras questões relevantes, resultado da sua qualidade. Espera-se também que impulse o campo dos estudos sobre serviços de saúde entre nós.

1. Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients. *JAMA* 1998; 279:1200-5.
2. Weingart SN, Lezzoni LI, Davis RB, Palmer RH, Cahalane M, Hamel MB, et al. Use of administrative data to find substandard care - validation of the complications screening program. *Med Care* 2000; 38:796-806.

*Eleonor Minho
Conill*

*Centro de Ciências
da Saúde, Universidade
Federal de Santa
Catarina,
Florianópolis, Brasil.
eleonorc@bol.com.br*

Entre tantas contribuições interessantes, Novaes aponta em seu texto para a existência de uma "compartimentalização" dos campos do conhecimento, sugerindo também a criação de fluxos comunicativos para facilitar o impacto dos estudos realizados. A separação de campos do conhecimento caracterizou-se pela ausência de preocupação dos estudos em clínica e epidemiologia com os efeitos que os serviços poderiam ter no uso individual das tecnologias e com a pouca problematização de suas dimensões específicas nos trabalhos das ciências humanas. Mas, se a necessidade de uma interface pode ter sido uma das razões que facilitaram o surgimento de uma área para apreender essas especificidades, na medida em que o campo se expande, os formuladores de políticas, gestores e a própria área clínica parecem ser pouco influenciados por ela. Então, além da necessidade do crescimento da pesquisa científica nessa área, principalmente no Brasil, é necessário melhorar sua difusão e utilização.

Por compartilhar profundamente com tal argumento, optei por agregar mais alguns elementos a esse respeito. Por exemplo, repensar o uso do conhecimento produzido parece-me essencial antes mesmo de aumentá-lo. Por vezes, tem-se a impressão de que um novo estudo é proposto ou desenhado sem que a etapa de uma adequada revisão bibliográfica tenha sido cumprida ou a discussão dos resultados com os interessados tenha sido feita.

Em seu artigo, a autora enumera algumas iniciativas nesse sentido, e outras poderiam ser acrescentadas. Elas envolvem o estímulo a temáticas específicas ou à criação de uma cultura de difusão de resultados, tais como o financiamento de estudos realizados por pesquisadores locais e oriundos de demandas dos serviços, como foi feito pela Rede de Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde do Cone Sul¹; o estabelecimento de agendas de prioridades de investigações conduzidas por instâncias gestoras (Ministério da Saúde. Contribuições à I Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde; 1994); a mudança do modo de apresentação de teses e dissertações em favor de artigos publicados; a crescente incorporação do item divulgação dos resultados nos roteiros para financiamentos de projetos de pesquisa. Todas parecem ainda limitadas no alcance de seus objetivos, além de descontínuas.

O que está em discussão são as dificuldades e as possibilidades para que se estabeleça um diálogo ou uma interação mais proveitosa entre espaços ou territórios institucionais, atores

e grupos sociais. Quais seriam os aspectos essenciais a serem levados em conta na busca de novas alternativas? Discuti-los parece tão amplo e audacioso como teorizar acerca da transformação social e, considerando os limites deste debate, meu esforço deve ser considerado exploratório, um compartilhar de idéias e dúvidas.

Motivada pela afirmativa da necessidade de que se estabeleçam “fluxos de comunicação oportunos e compartilhados”² (p. 27), fui procurá-los nas propostas que têm o diálogo como base em seus desenvolvimentos metodológicos, em três enfoques relacionados com os serviços de saúde: o planejamento comunicativo², o método Paidéia³ e a avaliação participativa⁴. Ainda que com referenciais diferentes, todos têm em comum a criação de espaços interativos para negociação ou envolvimento direto dos interessados na ação a ser realizada, com ênfase na mudança de atitudes e de comportamentos dos que supostamente detêm saber ou poder.

A avaliação participativa reconhece suas raízes na pesquisa-ação, na antropologia social e na pedagogia do oprimido de Paulo Freire. Vem sendo usada como uma metodologia de *empowerment*, por envolver os interessados no desenho e demais etapas da pesquisa, facilitando a reflexão e a ação através do uso de técnicas qualitativas e visuais (<http://www.ids.ac.uk/ids/particip/index.html>, acessado em 28/Mai/2004).

Ao propor um novo modo interativo, o método Paidéia faz a distinção entre o que define como sendo núcleo e campo das competências profissionais. O primeiro refere-se às especificidades de cada formação e o segundo seria o espaço propício para as interações. O núcleo das competências da atividade de produção de conhecimento caracteriza-se pela busca da validade na realização de um estudo. Talvez resida aí um dos nós críticos sobre o qual possamos refletir. Ao garanti-la, distanciamos-nos do valor de uso do conhecimento produzido, causado pelo descompasso que se estabelece entre os tempos desses procedimentos e as necessidades mais imediatas de gestores e gerentes.

Vínculo, escuta, diversidade, incerteza, são categorias que aparecem com frequência nesses enfoques e nos obrigam a rever posturas e procedimentos. Como fazê-lo, respeitando as especificidades do processo de pesquisa?

O debate epistemológico acerca dos impasses da ciência é amplo e diverso, com novas configurações do fazer científico que aproximam senso comum e ciência, impondo limites ao rigor científico. A maneira de encontrar tais limites e novos horizontes deve ser dada pelo

diálogo entre as diversas razões, com processos sistemáticos que traduzam e articulem lógicas diferentes⁵.

Tive a oportunidade de participar recentemente de um projeto dessa ordem, visando a avaliar a qualidade da atenção primária de um Distrito de Londres, em interação com o Primary Care Trust (PCT), nova estrutura de gestão local do National Health Service (NHS) (<http://www.cai-haz.org.uk/publications/pdf/hsislington.pdf>, acessado em 11/Jun/2004). Entre seus inúmeros aspectos interessantes, destacaria um, cuja aplicação é relativamente viável: a criação de um grupo de referência composto por representantes dos diversos serviços locais, com a função de acompanhar o projeto de pesquisa desde seu início até a etapa de divulgação dos resultados. Todavia, é verdade que nem sempre isso pode ser feito e nem todas as temáticas podem ser abordadas dessa forma. Além disso, trabalhos recentes mostram que a implicação de usuários nas pesquisas não garante a implementação de mudanças na qualidade dos serviços⁶.

Pode-se argumentar com otimismo que houve um crescimento importante da pós-graduação na área de saúde coletiva. Os espaços acadêmicos tenderiam a cumprir essa função interativa, na medida em que grande parte dos mestrandos e doutorandos provém dos serviços e dali extraem as temáticas para seus trabalhos de pesquisa. Nota-se uma crescente preocupação com a criação de interfaces entre a pesquisa e os serviços nas propostas de institucionalização da avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), do Ministério da Saúde. O atual processo de ajuste de metas nas programações dos Sistemas Municipais de Saúde também oferece um campo promissor para esse tipo de interação, conforme sugerido no texto.

Mas sabemos o quanto é demorada a passagem entre a produção de conhecimento e a ação. Foram necessários quase cinqüenta anos entre os achados de Doll & Hill⁷ sobre as relações entre fumo e câncer de pulmão até a visibilidade de programas visando a apoiar a suspensão do tabagismo. Isso não nos isenta de procurar caminhos, pois, como sugere o texto, a pesquisa deve ser em, sobre e para os serviços de saúde.

1. Myashiro G, Arias O, Conill E, Silver L. Incentivando investigaciones en servicios de salud: experiencia de un Programa de Enseñanza-Investigación en el Paraguay. In: Libro de Resúmenes Economía, Ciudadanía y Derecho a la Salud. VII Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Buenos Aires: Asociación Latinoamericana de Medicina Social; 1997.