

DESDE 1902

SANITATEM  
QUAERENS  
IN·TROPICOS



*Anais*

INSTITUTO DE HIGIENE E  
MEDICINA TROPICAL

**Equidade na Investigação em Saúde  
para o Desenvolvimento**



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA  
INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL  
Vol. 16 (Suplemento nº 2), 2017, S1- S118; ISSN 0303-7762

ISSN 0303-7762

ARCHIVOS

Hygiene

e

Pathologia Exoticas

PUBLICAÇÃO DIRIGIDA PELA

Escola de Medicina Tropical

DE

LISBOA



ARQUIVOS

DE

HIGIENE

e

PATOLOGIA EXÓTICAS



1926

1943

ANALIS  
DO  
INSTITUTO  
DE  
MEDICINA TROPICAL



ANALIS  
DA  
ESCOLA NACIONAL  
DE SAÚDE PÚBLICA  
E DE  
MEDICINA TROPICAL



1966

ANALIS  
DO  
INSTITUTO DE HIGIENE  
E  
MEDICINA TROPICAL



1972

*Anais*  
*Instituto*  
*de Higiene*  
*e Medicina*  
*Tropical*

1984

2012

*Anais*  
INSTITUTO DE HIGIENE E  
MEDICINA TROPICAL  
Edição Comemorativa





INSTITUTO DE HIGIENE E  
MEDICINA TROPICAL

**Equidade na Investigação em Saúde  
para o Desenvolvimento**



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA  
INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL  
Vol. 16 (Suplemento nº 2), 2017, S1- S118; ISSN 0303-7762

## **Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical Equidade na Investigação em Saúde para o Desenvolvimento**

Vol. 16 (Suplemento nº 2), 2017

### **Coordenação**

Biblioteca do Instituto de Higiene e Medicina Tropical  
Gabinete dos Anais

### **Design Gráfico e paginação**

2aocubo.pt

### **Edição**

Tiragem: 50 exemplares  
ISSN 0303 - 7762

(C) UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Instituto de Higiene e Medicina Tropical  
Rua da Junqueira, nº 100  
1349-008 Lisboa - PORTUGAL  
+351213 652 600 (geral)  
+351 213 632 105  
E-mail: informacao@ihmt.unl.pt  
Página web: www.ihmt.unl.pt

### **Impressão Digital:**

Gráfica 99, Lda.  
grafica99@grafica99.com

### **Depósito Legal**

428879/17

### **Distribuição**

Instituto de Higiene e Medicina Tropical  
Rua Junqueira, nº 100  
1349-008 Lisboa - PORTUGAL

## Editorial

### S05 - Cooperação, investigação e equidade em Saúde

Paulo Ferrinho e Paula Fortunato

## Editorial Convidado

### S09 - Para além das boas intenções – A Iniciativa para a Equidade na Investigação

Carel IJsselmuiden e Kirsty Klipp

## Artigos Originais

### S11 - A implementação da Iniciativa para a Equidade na Investigação

António Carvalho, Carel IJsselmuiden, Kirsty Klipp, Paulo Ferrinho e Zulmira Hartz

### S21 - Produção de conhecimentos, ação política e equidade: contribuições do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS)

Maria Guadalupe Medina e Jairnilson Silva Paim

### S31 - A equidade na investigação avaliativa com foco na cooperação em Saúde para o desenvolvimento

Isabel Craveiro e Zulmira Hartz

### S39 - Boas práticas de equidade em investigação em Saúde Pública: exemplos do Brasil e Portugal

Luís V. Lapão e Ricardo Arcêncio

### S47 - A gestão do conhecimento no contexto de uma emergência em Saúde Pública:

#### o caso da síndrome congénita do Zika vírus, em Pernambuco, Brasil

Luciana Caroline Albuquerque Bezerra, Eronildo Felisberto, Juliana Martins Barbosa da Costa, Marcella de Brito Abath e Zulmira Hartz

### S57 - Equidade e governança: análise da política de pesquisa e inovação em Saúde no Brasil

Antonia Angulo-Tuesta e Zulmira Hartz

### S65 - Implementação de um sistema de monitoramento e avaliação de âmbito federal: o caso do e-Car no Departamento de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (SUS) – Sistema de monitoramento e avaliação para o SUS

Ana Claudia Figueiró, Maria Aparecida dos Santos, Marly Marques da Cruz, Juliana Ubarana e Zulmira Hartz

### S75 - Avaliação dos estágios de curta duração para profissionais de Saúde dos PALOP e Timor-Leste promovidos pela Fundação Calouste Gulbenkian em Portugal, entre 2011 e 2016

Ana Cristina Garcia, Sónia Dias, Daniela Alves, João de Almeida Pedro, Maria Hermínia Cabral e Zulmira Hartz

### S85 - Da avaliação de projetos de fortalecimento de capacidades às políticas e práticas em Saúde: um estudo de caso em Moçambique

Mie Okamura, Sónia Dias e Zulmira Hartz

## Artigo de Revisão

### S93 - Saúde para o desenvolvimento, parcerias de investigação e equidade: uma revisão de literatura

António Carvalho, João Arriscado Nunes e Zulmira Hartz

## Notas de Investigação

### S105 - Fortalecimento dos Comitês de Bioética nos Países Africanos de Língua Portuguesa

João Schwalbach, Esperança Sevène, Ema Cândida Branco Fernandes, Isabel Inês Monteiro de Pina Araújo, Helena Pereira de Melo, Amílcar Bernardo Tomé da Silva, Emanuel Catumbela, Jahit Sacarlal, Jorge Seixas, Maria Chimpolo, Rassul Nala, Tazi Nimi Maria, Zulmira Hartz e Maria do Rosário Oliveira Martins

### S109 - Parcerias colaborativas e inovadoras na gestão do conhecimento para o desenvolvimento sustentável, no âmbito da Iniciativa para a Equidade na Investigação: o Projeto MedTROP - IHMT/FIOCRUZ

Paula C. Sousa Saraiva, André Pereira Neto e Zulmira Hartz

### S113 - Microbioma respiratório saudável: um projeto inovador na primeira coorte de nascimento em Angola

Miguel Lanaspa e Márcia Melo Medeiros

## Normas de Publicação

### S117 - Informações gerais | Instruções para autores

# MESTRADOS



## CIÊNCIAS BIOMÉDICAS

**Destinatários:** Profissionais que necessitam de competências sólidas nas áreas do diagnóstico molecular, microbiológico, parasitológico, clínico e laboratorial, e com interesse em investigação fundamental e sua aplicação.

### Principais Benefícios

- + Permite desenvolver competências na área da prevenção e diagnóstico de doenças globais com o auxílio de novas abordagens biomédicas;
- + Contribui para uma visão integrada da ligação funcional entre o laboratório de diagnóstico microbiológico, a prática clínica e decisão terapêutica. **120 ECTS**

**Coordenação:** Celso Cunha

## SAÚDE PÚBLICA E DESENVOLVIMENTO

**Destinatários:** Todos os profissionais das áreas da saúde e social que necessitem de desenvolver competências sólidas na dinamização de ações e programas de saúde.

### Principais Benefícios

- + Capacita para a gestão eficiente de instituições e de projetos em saúde;
- + Habilita à implementação de soluções adequadas que visam medir, vigiar e avaliar o estado de saúde, e seus determinantes, das populações. **93 ECTS**

**Coordenação:** Inês Fronteira

## PARASITOLOGIA MÉDICA

**Destinatários:** Estudantes, investigadores e profissionais com atividade ou interesses em questões de saúde das Regiões Tropicais e em doenças emergentes e negligenciadas à escala mundial.

### Principais Benefícios

- + Capacita para o desenvolvimento de investigação fundamental e translacional nas áreas da genética, imunologia e coevolução dos agentes etiológicos e vetores das doenças parasitárias e arbovíricas;
- + Oportunidade de integrar redes de investigação nacionais ou internacionais, agências governamentais, ONG e indústria. **120 ECTS**

**Coordenação:** Carla Sousa

## ESTATÍSTICA PARA A SAÚDE

**Destinatários:** Detentores de um 1.º ciclo em matemática, estatística, ciências da saúde e áreas afins.

### Principais Benefícios

- + Permite adquirir competências práticas necessárias para aplicar os métodos estatísticos mais comumente utilizados na área das ciências da saúde. **120 ECTS**

**Coordenação:** Maria do Rosário O. Martins  
Isabel Natário (FCT-UNL)

## SAÚDE TROPICAL

**Destinatários:** Profissionais da área da saúde que queiram desenvolver competências sólidas na área da Saúde e Medicina Tropical.

### Principais Benefícios

- + Permite o conhecimento teórico e prático das patologias e grandes questões da Saúde e Medicina Tropicais (epidemiologia, clínica, diagnóstico, tratamento);
- + Permite a aprendizagem de métodos de investigação epidemiológicos e laboratoriais, podendo vir a ser investigadores e podendo integrar equipas multidisciplinares que contribuem para a melhoria da saúde e dos sistemas de saúde. **120 ECTS**

**Coordenação:** Rosa Teodósio

# Cooperação, investigação e equidade em Saúde

*Cooperation, investigation and health equity*

---

**Paulo Ferrinho**

Diretor do Instituto de Higiene e Medicina Tropical

**Paula Fortunato**

Editora assistente dos ANAIS do Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Este suplemento aprofunda as questões da equidade na investigação e a partilha de conhecimento no âmbito das parcerias, além das boas intenções, com um sentido muito prático centrado na eficácia e medição dos resultados concretos, como evidencia o editorial convidado de Carel IJsselmuiden e Kirsty Klipp sobre *The Research Fairness Initiative (RFI)*.

Na sequência, “a implementação da iniciativa para a equidade na investigação”, da autoria de António Carvalho, Carel IJsselmuiden, Kirsty Klipp, Paulo Ferrinho e Zulmira Hartz, aborda a igualdade de oportunidades, partilha de custos e benefícios, num artigo que apresenta os passos necessários para a preparação do relatório RFI e a sua validação, servindo como instrumento de apoio a todas as instituições que se preparam para aderir a esta iniciativa.

Maria Guadalupe Medina e Jairnilson Silva Paim

analisam os contributos do Observatório de Análise Política em Saúde para a “Produção de conhecimentos, ação política e equidade”, num artigo onde se reconhece a complexidade dessa abordagem no setor da Saúde. O artigo descreve a experiência de construção do Observatório e o que ele pode contribuir para o aumento da equidade na formulação e implementação das políticas e da pesquisa em saúde no Brasil, considerando-o de facto uma ferramenta potente para lidar com essas questões.

“A equidade na investigação avaliativa com foco na cooperação em saúde para o desenvolvimento”, da autoria de Isabel Craveiro e Zulmira Hartz, faz uma síntese do conhecimento sobre a forma como o tema é abordado nessas avaliações de um ponto de vista intercultural e os vários desafios para a sua “descolonização” noutros contextos.

Partindo da consciência de que a Saúde Pública apresenta características de uma área particular-

mente sensível às questões de equidade, Luís V. Lapão e Ricardo Arcêncio, em “Boas práticas de equidade em investigação em Saúde Pública: exemplos do Brasil e Portugal”, aplicam o quadro de referência do RFI para melhor mapear as práticas de investigação equitativa nos dois países e a forma como a adoção de modelos colaborativos mais rigorosos ajuda a mitigar os desafios da sua complexidade e falta de recursos.

Luciana Caroline Albuquerque Bezerra, Eronildo Felisberto, Juliana Martins Barbosa da Costa, Marcella de Brito Abath e Zulmira Hartz analisam “a gestão do conhecimento no contexto de uma emergência em Saúde Pública: o caso da síndrome congénita do Zika vírus, em Pernambuco, Brasil”, tendo como foco estratégias de desenvolvimento, disseminação e uso do conhecimento influenciando ações e decisões emergenciais em contexto organizacional.

Em “Equidade e governança: análise da política de pesquisa e inovação em saúde no Brasil”, as autoras, Antónia Angulo-Tuesta e Zulmira Hartz, explicam como a saúde no Brasil melhorou notavelmente, fruto das transformações e mudanças em termos de desenvolvimento do país e no próprio sistema assistencial, mas ainda assim, salientam a manutenção de disparidades regionais, socioeconómicas, étnicas e de género afetando a saúde da população, e que necessitam ser consideradas no financiamento da investigação e translação de conhecimento .

Ana Claudia Figueiró, Maria Aparecida dos Santos, Marly Marques da Cruz, Juliana Ubarana e Zulmira Hartz analisam a “Implementação de um sistema de monitoramento e avaliação de âmbito federal: o caso do e-Car no Departamento de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (SUS) - Sistema de monitoramento e avaliação para o SUS”, para tomada de decisão, mas que requer esforço contínuo para que seja eficaz em todo o seu potencial.

Ana Cristina Garcia, Sónia Dias, Daniela Alves, João de Almeida Pedro, Maria Hermínia Cabral e Zulmira Hartz, apresentam-nos nesta edição os resultados da avaliação externa a seis edições de estágios de curta duração em Portugal para profissionais de Saúde dos PALOP e Timor-Leste, promovidos pela Fundação Calouste Gulbenkian. Os resultados são claramente positivos considerando-se que os 42 profissionais oriundos dos PALOP e Timor-Leste que responderam ao questionário, regressaram ao respetivo país de origem após o estágio com indicadores desejáveis do fortalecimento de capacidades, mudanças comportamentais e institucionais.

Um estudo de caso em Moçambique, de Mie Oka-

mura, Sónia Dias e Zulmira Hartz, sobre a “avaliação de projetos de fortalecimento de capacidades às políticas e práticas em saúde”, analisa o Projeto de Resposta ao VIH na Província de Gaza, com o objetivo de compreender como foram efetivamente implementadas as estratégias de coordenação, descentralização e comunicação no seu alinhamento com as necessidades dos parceiros e da comunidade.

António Carvalho, João Arriscado Nunes e Zulmira Hartz fazem uma síntese sobre uma base de evidências recentemente criada no âmbito do RFI em “Saúde para o desenvolvimento, parcerias de investigação e equidade: uma revisão de literatura”, artigo que elenca algumas das melhores práticas neste âmbito e conclui pela necessidade de adoção de padrões e modelos em áreas como financiamento, gestão de ciência, definição de prioridades ou partilha de benefícios, que promovam maior igualdade nessas colaborações internacionais.

Este suplemento dos ANAIS encerra com três interessantes notas de investigação. No 1º artigo - “Fortalecimento dos Comités de Bioética nos países africanos de língua portuguesa”, João Schwalbach, Esperança Sevane, Ema Cândida Branco Fernandes, Isabel Inês Monteiro de Pina Araújo, Helena Pereira de Melo, Amilcar Bernardo Tomé da Silva, Emmanuel Catumbela, Jahit Sacarlal, Jorge Seixas, Maria Chimpolo, Rassul Nala, Tazi Nimi Maria, Zulmira Hartz e Maria do Rosário Oliveira Martins falam-nos da iniciativa norte-sul que pretende fortalecer a capacidade de elaboração e revisão de projetos através da melhoria das capacidades institucionais dos comités de ética/bioética de Angola, Cabo Verde e Moçambique, para maior eficiência da investigação em saúde, na clínica e da promoção de atividades em rede.

Paula C. Sousa Saraiva, André Pereira Neto e Zulmira Hartz, em “Parcerias colaborativas e inovadoras na gestão do Conhecimento para o Desenvolvimento Sustentável, no âmbito da Iniciativa para a Equidade na Investigação: o Projeto MedTROP - IHMT/FIOCRUZ”, explicam a importância deste trabalho ligado à Agenda 2030 das Nações Unidas, com base num compromisso solidário no combate às doenças negligenciadas que potencie a sua disponibilização em acesso aberto na promoção da literacia digital a cidadãos e profissionais.

Miguel Lanaspa e Márcia Melo Medeiros na 3ª nota - “Microbioma respiratório saudável: um projeto inovador na primeira coorte de nascimento em Angola”, explicam como a coorte será uma estrutura de investigação capaz de atrair fundos, promover a investigação translacional e criar oportunidades de formação de investigadores angolanos, uma abor-

dagem particularmente importante se tivermos em conta que a pneumonia pediátrica permanece como a principal causa de mortalidade infantil nos países de África subsaariana.

Concluindo, o suplemento n° 2 dos ANAIS de 2017, representa um novo motivo de orgulho e alegria institucional ao apresentar o trabalho desenvolvido

pelos nossos investigadores, em colaboração com colegas de vários países, uma demonstração prática de como o IHMT quer contribuir para a equidade na investigação e gestão do conhecimento, através da partilha efetiva de oportunidades, aprendizagem e benefícios mútuos na cooperação internacional.



# DOUTORAMENTOS



## CIÊNCIAS BIOMÉDICAS

**Destinatários:** Graduados na área das ciências da vida com alto potencial e com interesse numa carreira de sucesso ligada à investigação científica em biomedicina tropical, em instituições públicas e privadas de cariz nacional e internacional.

### Principais Benefícios

- + Capacita para a formulação, implementação e análise crítica de projetos de investigação a nível internacional;
- + Possibilita a especialização e o desenvolvimento de competências de investigação nas áreas de Parasitologia e Microbiologia. **240 ECTS**

**Coordenação:** João Pinto

## GENÉTICA HUMANA E DOENÇAS INFECIOSAS

**Destinatários:** Profissionais que necessitam de especialização com alto índice de proficiência técnico-científica na área da interação hospedeiro-agente infecioso.

### Principais Benefícios

- + Permite a consolidação de competências nas componentes de Genética, Biologia Molecular e Celular e Doenças Infeciosas (Parasitologia e Microbiologia);
- + Possibilita desenvolver trabalho ou investigação na área emergente da Medicina Personalizada - já apontada como a grande revolução na área da saúde nos próximos anos. **240 ECTS**

**Coordenação no IHMT:** Isabel Maurício

PROGRAMA CONJUNTO DA UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Em colaboração com NOVA Medical School/Faculdade de Ciências Médicas

## DOENÇAS TROPICAIS E SAÚDE GLOBAL

**Destinatários:** Graduados na área das ciências da vida ou profissionais altamente motivados e com demonstrada capacidade intelectual, com interesse numa carreira de sucesso ligada à investigação científica em medicina tropical e saúde global.

### Principais benefícios:

- + Consolida as competências nas diferentes componentes das Doenças Tropicais e Saúde Global, com padrões internacionais de qualidade
- + Multidisciplinaridade e internacionalização do programa, possibilitando a mobilidade e o trabalho em rede. **240 ECTS**

**Coordenação:** Henrique Silveira

Em colaboração com Fundação Oswaldo Cruz, no Brasil.

## SAÚDE INTERNACIONAL

**Destinatários:** Profissionais ligados à saúde e ao desenvolvimento que necessitem de uma visão abrangente da saúde pública internacional, com o objetivo de contribuir para a melhoria da saúde e do bem-estar das populações.

### Principais Benefícios

- + Oportunidade para desenvolver trabalho em rede com organizações internacionais e de saúde pública, designadamente a nível europeu e da comunidade dos países de língua portuguesa;
- + Forma investigadores e docentes, num ambiente multidisciplinar, fornecendo capacidades de investigação autónoma na área da saúde internacional. **240 ECTS**

**Coordenação:** Sónia Dias

# Para além das boas intenções – A Iniciativa para a Equidade na Investigação

*Beyond Good Intentions – the Research Fairness Initiative*

**Carel IJsselmuiden**

Executive Director, COHRED  
carel@cohred.org

**Kirsty Klipp**

Research Fairness Initiative Implementation Manager, COHRED  
klipp@cohred.org

O objetivo para o desenvolvimento sustentável 17 está focado no desenvolvimento de parcerias internacionais. Os ODS são – essencialmente – impossíveis de atingir sem o desenvolvimento e manutenção de parcerias entre múltiplas disciplinas, setores, instituições e países para atingir os objetivos ambicionados para 2030 [1]. As parcerias também são tecnicamente relevantes – como um excelente suplemento da revista *Nature* recentemente ilustrou [2].

A Investigação, Ciência, Tecnologia e Inovação são dimensões fundamentais de como o desenvolvimento económico e social são atingidos. Estes aspetos são os grandes impulsionadores das modernas economias de conhecimento. Nenhum país tem levado a cabo um progresso substantivo em torno do desenvolvimento sem fomentar os seus sistemas de investigação e inovação. As parcerias são essenciais para criar capacidade nacional e sistemas de investigação – gerando acesso a expertise, ideias, financiamento, populações, equipamento, etc.

A investigação e inovação para a saúde (enquanto distinta da mais sectorial “investigação em saúde”) é uma dimensão fundamental deste processo – principalmente em países de renda média e baixa onde a investigação para a saúde, segurança alimentar e a biotecnologia são os grandes setores de investigação.

Os países não conseguem desenvolver excelência e relevância internacional sozinhos: as parcerias são fundamentais para atingir esses objetivos – desde que sejam ‘equitativas’, desenvolvendo benefícios apropriados para *todos* os stakeholders.

Tendo em conta a importância das parcerias para atingir os ODS, os objetivos de saúde e desenvolvimento dos países, os objetivos de produtividade das instituições de investigação assim como os valores de desenvolvimento e impacto tão importantes para os governos e financiadores

de investigação – porque é que não existe uma abordagem sistemática para definir, mensurar e, especialmente, melhorar sistematicamente as parcerias?

Uma pesquisa de literatura sobre equidade ‘fairness’ e iniquidade ‘unfairness’ em colaborações de investigação habitualmente resulta em centenas de artigos – muitos deles escritos há várias décadas. Todos os leitores estarão familiarizados com os conflitos que emergem da desigualdade da propriedade e acesso a dados, dos subsequentes direitos de propriedade intelectual, ou de pagamentos e benefícios radicalmente desiguais obtidos por diferentes membros da mesma parceria. A investigação sobre equidade ‘fairness’ ou iniquidade ‘unfairness’ pode salientar novos ou redescobrir antigos problemas ou boas práticas – mas parece não ser capaz de influenciar materialmente a forma como a colaboração de investigação deve ser feita.

Num esforço de gerar impacto acerca de como as investigações de colaboração são feitas, ‘diretrizes para as parcerias’

Fig. 1



têm sido desenvolvidas por um número de órgãos nacionais – mas caso não viva nesses países ou não leia francês, muito provavelmente nunca ouviu falar do KFPE, CCGHR, ou IRD [3,4,5]. E mesmo que conheça estas diretivas – elas são habitualmente vagas e a sua implementação é difícil de avaliar. (“Tratar os outros com respeito pela diversidade cultural” é um exemplo: claro, devemos fazê-lo, mas como é que isto é traduzido na prática? E, mesmo que isto seja feito, como é que um financiador avalia se tal foi feito, e de forma adequada?)

Para além das recomendações, existem ferramentas práticas que ajudam a alterar as relações de poder nas negociações – modelos de contratos, modelos para os acordos relativos aos testes clínicos – estas foram consideradas tão importantes que o governo do Reino Unido criou um website específico para ajudar as universidades britânicas a negociar os contratos com a indústria [6] e o COHRED desenvolveu um serviço de contratação equitativa [7]. Estas ferramentas, no entanto, são raras, e lidam apenas com um dos vários aspectos das boas parcerias. Do outro lado do espectro existem instrumentos ‘juridicamente vinculativos’, como acordos de comércio e propriedade intelectual, ou o protocolo Nagoya que define o acesso à diversidade genética e partilha de benefícios da investigação e inovação sobre a biodiversidade. [8] Apesar de serem muito importantes – esses acordos internacionais necessitam de anos de negociação e são muito complexos para implementar e monitorizar – mesmo entre parceiros bem intencionados, e são aplicáveis apenas em países signatários de um acordo específico.

Um aspeto fundamental em falta na gestão das parcerias de investigação é um mecanismo que crie transparência, permita uma aprendizagem global acerca do que realmente funciona, e que promova a utilização de melhores práticas, standards acordados ou novas benchmarks.

A Iniciativa para a Equidade na Investigação (RFI) (<https://rfi.cohred.org>) foi desenvolvida para fazer precisamente isso. As organizações signatárias do RFI (na saúde e noutras áreas) *reportam acerca do que fazem atualmente e de como pla-*

Fig. 2



### • Domínios de Equidade

## Esquema do Relatório do RFI

- 1. Equidade de Oportunidade (“antes da investigação”)
- 2. Processo Equitativo (durante a investigação)
- 3. Partilha Equitativa de Benefícios, Custos e Resultados (“depois da investigação”)
- 15 Tópicos
  - 5 tópicos em cada domínio
  - 3 Indicadores por tópico
- Formato do Relatório
  - 1. O que está a ser feito agora
  - 2. Documentação, Exemplos
  - 3. Planos para melhorar em 2 anos

[www.cohred.com](http://www.cohred.com)



*neiam melhorar as suas práticas nos próximos 2 anos* – focando-se nos 15 aspetos mais importantes das colaborações de investigação.

Os indicadores do Relatório RFI são relevantes para todos os principais stakeholders institucionais: departamentos governamentais, agências nacionais de investigação e inovação, organizações académicas e de investigação, financiadores de investigação e de corporações. Quanto mais instituições participarem e preparam relatórios a partir da sua perspetiva, mais dados são recolhidos, aumentando a aprendizagem global.

Por esse motivo, a CPLP tem um incentivo fundamental para considerar incluir o RFI como uma ferramenta chave nas colaborações de investigação e ciência – entre os próprios países da CPLP e entre os países da CPLP e o resto do mundo. Os potenciais benefícios mais importantes serão colaborações de investigação mais produtivas e com um maior nível de confiança, um maior impacto nas agendas de desenvolvimento nacionais e regionais, maior transferência tecnológica e de capacidades, e uma distribuição mais justa dos benefícios da ciência nos e entre os países.

O COHRED tem liderado as consultas e debates globais sobre a Iniciativa para a Equidade na Investigação com o objetivo de criar uma ferramenta independente e globalmente aplicável que não só complemente as iniciativas nacionais mas de facto crie uma base global de evidências [9] que possa levar a novos standards, benchmarks e melhores práticas na investigação global em saúde.

## Bibliografia

1. Sustainable Development Goals. <http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>
2. L.N. Developing Partnerships. How high-quality research collaborations are helping countries improve their nascent science infrastructure in different ways. *Nature Index*. 2015. Collaborations. S60 – S63.
3. KFPE’s Guide for Transboundary Research Partnerships. [https://naturalsciences.ch/organisations/kfpe/11\\_principles\\_7\\_questions](https://naturalsciences.ch/organisations/kfpe/11_principles_7_questions)
4. Principles for Global Health Research. <http://www.cgchr.ca/resources/principles-global-health-research/>
5. Ethique et Parité. Institut de Recherche pour le Développement, France. <http://www.ird.fr/l-ird/ethique-et-parite>
6. Lambert Toolkit. <https://www.gov.uk/guidance/university-and-business-collaboration-agreements-lambert-toolkit>
7. Fair Research Contracting <http://www.cohred.org/frc/>
8. Nagoya Protocol. <https://www.cbd.int/abs/about/>
9. Research Fairness Initiative – Global Evidence Base. <http://rfi.cohred.org/rfi-evidence-base/>

# A implementação da Iniciativa para a Equidade na Investigação

*The Implementation of the Research Fairness Initiative*

**António Carvalho**

Investigador em pós-doutoramento no GHTM/IHMT  
amcarvalho@ihmt.unl.pt

**Carel IJsselmuizen**

Executive director, Council on Health Research for Development  
Carel@cohred.org

**Kirsty Klipp**

Research Fairness Initiative Implementation Manager,  
Council on Health Research for Development  
klipp@cohred.org

**Paulo Ferrinho**

Professor Catedrático e Diretor  
Instituto de Higiene e Medicina Tropical  
pferrinho@ihmt.unl.pt

**Zulmira Hartz**

Professora Catedrática Convidada, Vice-Diretora  
Instituto de Higiene e Medicina Tropical  
zhartz@ihmt.unl.pt

## Resumo

Neste artigo apresentamos de forma sumária os vários passos e requerimentos necessários para a preparação do relatório RFI e sua validação, sendo por isso relevante para todas instituições que irão aderir a esta iniciativa no futuro próximo.

Contextualizamos também a pertinência do RFI no âmbito de debates mais vastos acerca das parcerias de investigação, em particular na área da saúde para o desenvolvimento.

Os diversos domínios e indicadores desenvolvidos no âmbito desta iniciativa abrangem aspectos ligados às áreas da equidade de oportunidade, processo, partilha de benefícios, custos e oportunidades.

**Palavras Chave:**

Iniciativa para a Equidade na Investigação; Parcerias de Investigação; Desigualdades Norte/Sul; Saúde para o Desenvolvimento; Investigação e Inovação Responsável.

## Abstract

In this article we present the various steps required to prepare and validate the RFI report, justifying its relevance to the institutions that will adhere to this initiative in the near future.

We also contextualize the pertinence of the RFI within broader debates on research partnerships, particularly in the field of health for development.

The various domains and indicators developed within this initiative encompass aspects related to the fields of fairness of opportunity, process, sharing of benefits, costs and opportunities.

**Key Words:**

Research Fairness Initiative; Research Partnerships; North/South unbalances; Health for Development; Responsible Research and Innovation.

## Introdução

A Iniciativa para a Equidade na Investigação (RFI) é um serviço do Council on Health Research for Development (COHRED) para melhorar a equidade, eficiência e impacto das colaborações na investigação ao nível global. O RFI surge como um apoio direto aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU – em particular o SDG 17 relativo às parcerias, reconhecendo-se o papel das colaborações em ciência, tecnologia e investigação para a saúde na diminuição das desigualdades entre Norte e Sul, no âmbito do paradigma de sociedades baseadas no conhecimento [1].

Apesar da literatura sobre parcerias emergir de um manancial de áreas disciplinares [2] e de conceitos como “colaboração” e “parcerias” serem alvo de um vasto debate [3, 4, 5, 6, 7, 8, 9], por vezes gerando alguma ambiguidade, é consensual afirmar que as relações estabelecidas entre instituições do Norte e Sul global acabam frequentemente por reproduzir as desigualdades que visam mitigar. Na prática, existem duas principais barreiras para parcerias eficazes: desigualdades e diferenciais de poder entre parceiros e os sistemas de gestão interna que podem ser superadas através da partilha de responsabilidade e propriedade com o parceiro com menos poder e através da implementação dos sistemas internos necessários para apoio efetivo à parceria. [10] As diferenças ao nível da capacidade económica, de gestão, conhecimento e de impacto sociopolítico fazem com que habitualmente as parcerias sejam monopolizadas pelos interesses das instituições do Norte. Os resultados das parcerias são posteriormente publicados em revistas científicas indexadas para fazer face às exigências administrativas do Norte e o papel dos investigadores do Sul não é devidamente reconhecido. De facto, estes estão muitas vezes relegados à mera função de “técnicos”, responsáveis pela recolha de dados e pela prestação de apoio logístico [11]. Este cenário reproduz as assimetrias epistemológicas características do período colonial e exige o desenvolvimento de mecanismos para promover uma maior igualdade, transparência e benefícios mútuos nas parcerias de investigação [12].

Como as parcerias de investigação Norte/Sul raramente são alvo de avaliação formal [13], tem sido reconhecida a necessidade de aplicar recomendações, princípios éticos e ferramentas normativas [2: 26] para colmatar estas assimetrias de poder/conhecimento [14]. Têm sido desenvolvidas políticas e estratégias organizacionais para promover parcerias equitativas por parte das instituições do Norte global que, apesar de serem diversas e de na prática nem sempre serem aplicadas de uma forma robusta, incluem habitualmente elementos éticos, substantivos e processuais [10]. A Coligação Canadiana para a Investigação sobre Saúde Global

(CCGHR) desenvolveu uma série de princípios éticos e baseados em evidências que promovem parcerias mais equitativas. Os 6 princípios promovidos pela CCGHR para uma maior equidade nas parcerias internacionais incluem: parcerias autênticas; inclusão; benefícios partilhados; comprometimento para o futuro; capacidade de responder às causas da desigualdade e humildade, incluindo metodologias simétricas [15] como a Pedagogia do Oprimido de Paulo Freire [16, 15]

Já a Comissão Suíça para as Parcerias de Investigação com os países em desenvolvimento (KPFE) propõe 11 princípios para estas parcerias. Estes princípios, acompanhados de recomendações práticas para que possam ser aplicados, são os seguintes: defina a agenda conjuntamente; interaja com os stakeholders; clarifique as responsabilidades; responda perante os beneficiários; promova uma aprendizagem mútua; aumente as capacidades; partilhe os dados e redes; dissemine os resultados; partilhe os lucros e méritos de forma equitativa; aplique e assegure os resultados [18].

Outras agências e entidades responsáveis por desenvolver princípios e dispositivos para parcerias mais equitativas incluem, por exemplo, a Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID), o Ministério Holandês dos Negócios Estrangeiros, o Instituto de Investigação para o Desenvolvimento do Canadá (IRD) ou até o Programa para Investigação e Educação para o Desenvolvimento do Conselho Norueguês de Universidades (NUFU) [10]. No âmbito mais vasto da ajuda para o desenvolvimento, a declaração de Paris de 2005 contribuiu para a formação de standards de qualidade para avaliar a eficiência das colaborações para o desenvolvimento [20: 13].

No entanto, e apesar da proliferação de princípios, recomendações e diretrizes promovidas pelas mais diversas agências, na prática não existe uma ferramenta baseada em evidências e com um caráter vinculativo para institucionalizar parcerias globais de investigação verdadeiramente equitativas. Como IJsselmuiden e Klijpp afirmam no seu editorial relativo a este suplemento:

Num esforço de gerar impacto acerca de como as investigações de colaboração são feitas, diretrizes para as parcerias têm sido desenvolvidas por um número de órgãos nacionais mas, caso não domine as línguas desses países, muito provavelmente nunca ouviu falar do KPFE, CCGHR, ou IRD. E mesmo que conheça estas diretrizes, elas são habitualmente vagas e a sua implementação é difícil de avaliar. Falta portanto um mecanismo que crie transparência, permita uma aprendizagem global acerca do que realmente funciona, e que promova a utilização de melhores práticas e padrões acordados. [19]

Tendo em conta as origens do COHRED, o RFI foi criado com o objetivo de melhorar a saúde, equidade e desenvolvimento globais. No entanto, com pequenas modificações, também é perfeitamente adequado para ser usado em outras áreas de colaboração em ciência. Como viemos a descobrir, melhorar a equidade é também uma vantagem estratégica em centros de pesquisa, instituições e corporações, tendo como pressuposto que uma maior equidade resulta em maior eficiência, parcerias duradoras, menos conflitos, maior entendimento e menos riscos com a reputação institucional. O RFI é, dessa forma, de relevo para todos os agentes envolvidos em colaborações de investigação em qualquer parte do mundo, independentemente da sua duração – apesar de o objetivo ser inicialmente aumentar a capacidade de investigação e inovação de países de baixo e médio rendimento. O seu impacto geral deve resultar em práticas de investigação e sistemas de inovação mais eficazes em todos os países do mundo, de forma a lidar com os importantes desafios de desenvolvimento e saúde ao nível local, regional e global, agora e no futuro.

## O Guia de Implementação do RFI

O Guia de Implementação Institucional do RFI foi desenvolvido de forma a facilitar a tarefa a qualquer parceiro de investigação para este começar a produzir um relatório RFI anual ou bienal. Assim que a “instituição” – através da qual se entende qualquer corporação, organização de investigação ou académica, financiadores ou departamentos governamentais – decidir que o RFI deve tornar-se parte da sua análise institucional, este guia irá ajudá-la a desenvolver o sistema e a infraestrutura para fazê-lo de forma eficiente e com o maior impacto possível. Assim, o guia de Implementação do RFI partilha as lições adquiridas até à data acerca de como beneficiar do relatório RFI para melhor gerir as parcerias de investigação, criar standards para a equidade e colaboração entre instituições e parceiros de pesquisa, construindo colaborações capazes de fomentar saúde, equidade e desenvolvimento em países de baixo e médio rendimento. Ele é indicado para todos os colaboradores de investigação em seis grupos essenciais: Departamentos governamentais com responsabilidades fundamentais no apoio e desenvolvimento de investigação, incluindo (mas não limitado a) Ministérios da Ciência e Tecnologia, Saúde e Educação Superior Agências Nacionais de Investigação e Inovação Instituições e Organizações académicas e de investigação Divisões de investigação e organizações do setor privado/indústria Financiadores da investigação, patrocinadores e filantropias

Outros stakeholders chave tais como grandes ONGs, organizações internacionais e multinacionais para o desenvolvimento que promovem e utilizam investigação global para a saúde

No âmbito de todos estes grupos devem existir membros fundamentais do staff que irão ser responsáveis por promover a adoção do RFI mas, provavelmente, os mais importantes são os pesquisadores e Chefes de Equipas que habitualmente iniciam, cuidam e mantêm as parcerias. É com eles que a percepção da necessidade do RFI habitualmente começa e são eles que conseguem envolver todos os atores previamente mencionados, despertando nestes o seu interesse tendo em vista os benefícios internos e externos, contribuindo para um mundo de investigação mais justo e capaz.

Com tantos atores diferentes envolvidos em investigação e inovação global, e com tantos diferentes modelos organizacionais e formas de trabalhar, é impossível criar um Guia de Implementação universalizante que não seja genérico. No entanto, é relativamente fácil transformar as suas sugestões num modelo pragmático de um sistema para análise institucional que:

- Produza o seu próprio relatório com um custo eficiente;
- Seja capaz de gerar ações e mudanças com base nos resultados do Relatório;
- Ofereça transparência e compromisso com a equidade.

## Requisitos de relatório do RFI

O guia do relatório do RFI fornece um quadro de análise pragmático para definir “equidade” nas colaborações e parcerias de investigação. Através de uma extensa consulta global, os seus requisitos foram definidos com base neste quadro de análise, em que as parcerias de investigação equitativas são caracterizadas por três fatores essenciais:

Equidade de Oportunidade

Processo Equitativo

Partilha equitativa de Benefícios, Custos e Resultados

Cada um destes três “domínios” de equidade pode ser analisado através de cinco elementos ou tópicos chave que dizem respeito a “Oportunidade”, “Processo”, “Benefício”, “Custo” e “Partilha de Resultados”. Por sua vez, cada tópico pode ser avaliado por 5 indicadores – para nos certificarmos de que todos os aspetos relevantes são incluídos. Nesse sentido, o relatório é construído através da recolha, compilação e análise do comportamento e políticas organizacionais nestas 45 áreas, começando com uma análise de cada indicador da seguinte forma: dar respostas específicas de acordo com o que é solicitado em cada tópico; documentação de apoio para

substanciar as suas respostas, podendo usar ou criar documentação inovadora ou qualquer outro método que demonstre como a sua organização lida com os assuntos específicos e providenciar planos a curto e médio prazo para a melhoria do comportamento, políticas e ações da sua organização em relação às parcerias e colaboração na investigação.

O próximo passo permite à instituição demonstrar outras ações, atividades, políticas e práticas que podem não se enquadrar em nenhum dos indicadores. Ao invés de o fazer para cada indicador, sugerimos que o seu relatório institucional reveja o conjunto de todas as respostas dadas e, para cada domínio, reforce a informação dada para os indicadores com outras boas práticas de colaboração utilizadas ou promovidas pela organização. O terceiro passo é produzir um relatório que serve dois objetivos principais:

Analizar a performance da organização numa área chave de colaboração na investigação – permitindo a definição de ações para otimizar este campo.

Providenciar as evidências e informações básicas de que a instituição necessita para completar o relatório externo do RFI.

O passo final é produzir o relatório externo do RFI – o relatório que é validado pela equipa RFI do COHRED e que é usado como parte da análise corporativa regular da sua instituição. Uma instituição que reporta para o RFI irá decidir quais as partes do relatório interno que são adequadas para publicação externa – que irão depois ser submetidas à equipa RFI para validação. É então que o Logo do RFI pode ser utilizado no relatório, websites e outros materiais que a instituição decidir usar para tornar a sua associação ao RFI conhecida.

O Relatório Externo serve dois propósitos fundamentais:

- Este é / torna-se uma parte essencial da sua análise institucional na área da investigação e inovação. É uma afirmação robusta da abordagem institucional ou corporativa no que diz respeito ao comportamento e valores relativos a stakeholders, potenciais parceiros, financiadores e outros atores interessados.
- Os dados associados aos relatórios RFI providenciam o substrato para a Plataforma de Aprendizagem Global do RFI: a base de evidências é criada para melhorar a forma como é feita e progride a investigação global e inovação para a saúde, equidade e desenvolvimento.

### 3- A implementação do RFI – Seis Passos Simples

A decisão de implementar equidade e eficiência em parcerias institucionais de investigação como um valor corporativo explícito é o primeiro e mais importante passo. Para que esta decisão tenha um impacto institucional alargado e para que seja benéfica para os parceiros exteriores, a decisão executiva de implementar o

RFI ao nível institucional é essencial.

A motivação para aderir ao RFI pode vir de investigadores seniores ou de assistentes de investigação, funcionários numa fase inicial da carreira ou gestores de projeto, membros de corporações e oficiais do governo – ou pode advir de Executivos ou CEOs interessados em definir mais claramente o papel da instituição enquanto um “cidadão corporativo responsável” no setor da investigação e inovação. Cada um destes atores pode estar envolvido na condução ou apoio à investigação em curso envolvendo uma variedade de parceiros, e pode ver a vantagem e ganhos em estabelecer valores de parceria e políticas de colaboração explícitas.

### **Passo um: atingir uma dimensão institucional**

Para que o seu impacto seja maximizado, tanto interna como externamente, o relatório RFI precisa de atingir uma dimensão institucional, corporativa, tornando-se num aspeto fundamental de negócios, organizações, financiadores e outros stakeholders. Por essa razão, uma decisão positiva e apoio por parte do CEO, diretor executivo, equipa executiva, ministro ou vice-ministro/secretário de Estado é um primeiro passo fundamental. Quais os motivos que levam uma instituição a envolver-se com o RFI? A Equidade é um valor amplamente partilhado e o RFI torna-o prático e explícito, trazendo potenciais benefícios tais como:

- Cria transparência perante os parceiros de investigação e, em retorno, gera transparência dos seus parceiros em relação à instituição, e o resultado são relações mais duradoras e produtivas.

- O RFI gera maior capacidade de investigação para aqueles que mais dela necessitam – em países de baixo e médio rendimento.

- As instituições que aplicam o RFI podem ser capazes de atrair mais fundos, melhores recursos humanos e um maior interesse global. Podem tornar-se num alvo visível de responsabilidade corporativa social com o benefício acrescido de aumentarem a sua própria competitividade num ambiente global de investigação progressivamente competitivo.

- Não existe outro mecanismo para avaliar, padronizar ou quantificar as colaborações na investigação. Juntando-se ao RFI, a sua instituição pode contribuir para uma base de dados/evidências nas colaborações de investigação e beneficiar das contribuições de terceiros.

- A rede do RFI fornece indicações para muitas “melhores práticas”, “standards”, “guias”, exemplos, estudos de caso, soluções locais que são provavelmente desconhecidas por si e que irão ser expandidas à medida que os utilizadores e usos do RFI aumentarem ao longo do tempo.

## Passo 2: Estabelecer a Equipa Institucional do Relatório RFI

Para estabelecer a equipa institucional responsável pelo relatório existem dois princípios realmente importantes na sua constituição:

O Líder da Equipa responsável pelo Relatório deve ser suficientemente sénior para ter acesso direto ao CEO/ Equipa Executiva / Gestão do Departamento Governamental e ser capaz de liderar uma equipa dos membros seniores da instituição a cargo de compilar o relatório institucional do RFI.

Os membros da Equipa devem ser aqueles cujas responsabilidades habituais estão fortemente alinhadas com o Domínio/Tópico/ Indicador específico, sendo suficientemente seniores para lidar com e aceder a toda a informação necessária e podendo, no futuro, levar a cabo ações baseadas no relatório do RFI.

- A equipa deve também manter-se com um tamanho razoável e refletir as diferentes áreas de interesse associadas às colaborações e parcerias que a instituição mantém ou deseja desenvolver.

- Por exemplo, uma organização de investigação com um tamanho significativo poderia criar uma equipa de 5 ou 6 pessoas – constituída pelo chefe dos serviços legais/administrativos, diretor de finanças, presidente do Comité de Ética, Vice-Presidente para a investigação e desenvolvimento, Diretor de Assuntos Médicos Internacionais, Vice-Presidente Sénior para Mercados Emergentes.

Como não existem duas organizações iguais, cada Instituição terá de decidir quem irá incluir na sua equipa responsável pelo relatório RFI – mantendo presente a necessidade de ser capaz de atuar futuramente em função dos resultados.

Em pequenas organizações, este trabalho poderia ser levado a cabo por uma pessoa sem necessidade de quaisquer reuniões. Em organizações maiores, isto pode exigir mais trabalho de equipa assim como tempo dedicado a reuniões, por isso o ideal é criar o modelo de trabalho que melhor se adequa à sua organização. No entanto sugere-se iniciar com uma primeira reunião para a definição da equipa responsável em que já se agenda uma segunda reunião para produzir o primeiro draft do relatório aproximadamente 3 meses depois.

## Passo 3: Ação Interna – Melhorar a Colaboração na Investigação

O principal objetivo desta reunião é fazer o primeiro relatório:

- O draft completo do relatório é circulado previamente pelos membros da equipa.
- Rever coletivamente as respostas e questões levanta-

das no seguimento da primeira versão do relatório interno do RFI.

- Não fique surpreendido pelo valor acrescido resultante da segunda reunião conjunta de todos os indivíduos envolvidos na investigação e gestão da investigação na sua instituição: pelo contrário – use esta mais-valia de forma criativa para gerar ações que irão melhorar a forma como a instituição lida com todos os aspetos de parcerias equitativas e eficazes na investigação.

- Chegue a um acordo acerca dos passos seguintes a tomar.

- Depois de levar a cabo as mudanças apropriadas, é agora que o Presidente da equipa deve reunir com o CEO/ Executivo para discutir o relatório interno do RFI, os seus resultados e as ações sugeridas (idealmente esta reunião é levada a cabo o mais rapidamente possível depois da finalização do draft do relatório interno do RFI).

- Cabe ao CEO/Executivo decidir aceitar o relatório interno do RFI, solicitar mais clarificações ou modificações, e concordar em agir em função dos resultados. Uma destas ações consiste em produzir o relatório externo do RFI depois de se definir quais as partes do relatório interno que serão publicadas externamente.

## Passo 4: Ação Externa – Publicar o Relatório RFI

- O relatório institucional do RFI é propriedade e responsabilidade da sua instituição /corporação/ organização/ departamento. No seguimento de um processo de aprovação interno, o relatório pode ser publicado como parte dos relatórios anuais da instituição.

- No entanto, e nesta fase, o relatório não pode ainda apresentar o Logo do RFI, nem pode ser chamado “[Nome da Instituição] Relatório RFI” dado que nenhuma forma de validação externa foi levada a cabo pela equipa RFI do COHRED. Sugere-se que não publique um relatório interno e posteriormente um relatório externo com o Logo do RFI – para reduzir confusão e custos. Assim que isto tiver sido feito de acordo com os standards de publicação da Instituição, pode ser submetido para validação por parte do RFI e posterior publicação. Ver Tabela 1.

## Passo 5: Submissão para Validação do RFI

Durante as exaustivas consultas globais que precederam e acompanharam a construção do RFI, um consenso alargado tornou evidente que o RFI deveria centrar-se em criar uma ferramenta que encorajasse a melhoria das relações e comportamentos de parceria, ao invés de desenvolver uma mera ferramenta de ranking.

Neste momento, o RFI pode ser entendido enquanto uma “ferramenta de adequação” e um “recurso e base de

evidências de parcerias equitativas”. Não visa “avaliar”, “julgar” ou “certificar” – pelo menos não por agora. Ao invés, o RFI visa:

Colocar as instituições participantes, corporações, financiadores, governos e outros stakeholders a par das várias publicações, guias, ferramentas de contratação e acordos globais existentes acerca de como construir e manter colaborações de investigação equitativas e eficazes que contribuam para a saúde, equidade e desenvolvimento globais.

A validação irá incluir uma análise se a sua instituição usa guias existentes, ou se pelo menos os considerou e encontrou melhores formas de lidar com assuntos chave na gestão das parcerias de investigação.

ii. O RFI requer às instituições que explicitem como é que lidam com assuntos chave abordados nos domínios / tópicos / indicadores do relatório do RFI. O objetivo é criar transparência, responsabilidade e uma base global de informação acerca do que funciona ou não. Completar o relatório RFI é outro critério chave para a validação.

É necessário o preenchimento de todos os indicadores do RFI. Apesar de ser evidente que muitas instituições de investigação ainda não desenvolveram enunciados ou políticas específicas ou ainda não padronizaram as suas próprias práticas em relação a todos os 45 indicadores, completar o relatório RFI irá permitir à sua instituição identificar lacunas fundamentais. Subsequentemente, o relatório RFI irá pedir-lhe que indique como irá lidar com essas lacunas nos próximos 2 anos.

O relatório RFI para a sua instituição é publicado como parte do processo geral da análise institucional ou corporativa. Não é um

documento produzido pelo gabinete de Responsabilidade Corporativa Social, ou uma declaração emitida por um funcionário ou gestor de projetos – o RFI é parte da análise corporativa geral, e publicado como tal.

Um relatório RFI poderia, neste caso, ser visto como um “relatório constitucional ou ético sobre o valor social na investigação” – ou qualquer outro termo que se adeque ao ambiente específico da instituição. Em qualquer dos casos, o relatório RFI deve ser considerado como um relatório suplementar a estes relatórios anuais – como parte do Portfólio de relatórios. Dada a natureza dos assuntos contemplados pelo RFI, é perfeitamente razoável produzir um relatório RFI apenas de dois em dois anos. Este é o período de validação máximo fornecido pela equipa RFI.

Neste momento, existem três critérios fundamentais para a validação:

**Tabela 1** -Sumário e Comparação do relatório RFI interno e externo

Relatório Institucional Interno	Relatório Institucional Externo
É produzido, revisto e editado pela equipa institucional do relatório RFI.	É revisto e validado pelo Secretariado do RFI / Equipa RFI do COHRED.
É um documento interno da instituição, que pode ser circulado para gerar ação no seio da instituição.	É publicado pela Instituição para comunicação externa como parte da sua Análise Corporativa e tornado público através do Portal Web do RFI.
É totalmente revisto pelo menos a cada dois anos, enquanto a monitorização do progresso é levada a cabo regularmente como parte da análise executiva. Pode ser usado, editado e melhorado internamente tão frequentemente como necessário para o desenvolvimento da instituição.	É comentado pelo público e por outras organizações participantes com feedback.
Consciencializa o staff e cria uma cultura corporativa de equidade nas colaborações de investigação.	A validação e uso do Logo RFI é autorizada por um período máximo de 2 anos.
Cria a oportunidade para sinergias e objetivos comuns entre divisões, equipas, departamentos e unidades de I&D – gerando maior eficiência e impacto.	Aumenta a consciência nos parceiros atuais e futuros, financiadores e o público em geral sobre os valores, políticas e práticas da sua organização.
Apoia o desenvolvimento de uma cultura interna de resolução de problemas e planeamento através da procura de respostas para os indicadores RFI, que requerem à instituição o fornecimento de soluções para problemas existentes.	Cria transparência e pode distinguir a sua instituição de outras organizações similares, criando uma potencial vantagem competitiva para atrair staff, parceiros e financiamento.
Cria uma base interna de evidências para criar e manter as colaborações de investigação e parcerias mais eficazes.	Fornece muitas oportunidades para resultados comparativos com outras instituições e providencia acesso institucional às práticas e políticas de outras instituições que podem ser usadas como modelos a seguir, estudos de caso e inspiração.
	Ajuda a criar a evidência global acerca do que constituem parcerias de investigação de alta qualidade, equitativas e eficazes que podem ter um impacto na saúde global, equidade e desenvolvimento.

**Tabela 2** -Processo de Validação do RFI

Submeter o relatório RFI na sua forma final à equipa do RFI
1.1. Submeter através do Portal Web do RFI ( <a href="https://rfi.cohred.org/validation">https://rfi.cohred.org/validation</a> )
Se deseja consultar a equipa RFI antes de submeter, isto pode ser feito para reduzir o tempo entre a submissão e a validação. Esta opção está ao dispor de todas as instituições que pagaram a sua contribuição RFI.
No caso de algumas condições não estarem totalmente cumpridas – feedback específico acerca de adaptações terá de ser facultado, e posteriormente a re-submissão poderá ser realizada.
1.2. Certifique-se de que a subscrição anual do RFI é paga
Uma escala baseada na dimensão orçamental da sua instituição está disponível no Portal RFI. Se estiver em dúvida, por favor contacte a equipa RFI e peça uma fatura.
1.3. A Validação irá ocorrer dentro de 2 meses depois da submissão.
Caso os três critérios sejam cumpridos na totalidade e a subscrição RFI seja recebida.
O período será mais longo se forem necessárias melhorias ao relatório RFI.
<b>Apoio Técnico</b>
A Equipa RFI está disponível para facultar apoio técnico através de telefone, teleconferência, ou providenciar reuniões para formação nas instituições. Estas terão de ser orçamentadas separadamente.
Na preparação para o primeiro relatório, a equipa do RFI irá estar disponível tanto quanto possível para consulta também via telefone – sem custos – mas pode não estar disponível para responder muito rapidamente.
<a href="http://rfi.cohred.org/support">http://rfi.cohred.org/support</a>

**Tabela 3** -Validação – conflitos e considerações para o futuro

É possível que surjam aspetos em desacordo como parte do processo de validação. Numa primeira instância, a equipa RFI do COHRED irá tentar resolvê-los com o líder da equipa do relatório RFI da instituição.
Caso isto não leve a uma solução rápida, então este desacordo será encaminhado para o Painel de Governação do RFI para consideração e resolução. O painel de resolução do RFI foi criado e desenvolvido em 2017 e é, essencialmente, um grupo que representa todos os <i>stakeholders</i> que usam o RFI.
Para versões futuras do relatório, outro critério de validação será adicionado - a avaliação do grau segundo o qual as melhorias anunciadas no relatório anterior foram cumpridas ou até excedidas.
Também para o futuro: é provável que a aprendizagem global (ver Passo 6) leve a “melhores práticas” e <i>benchmarks</i> para certos aspetos chave da equidade em parcerias de investigação. Requisitos futuros podem também incluir alguns daqueles para aprovação. No entanto, a inclusão destes será decidida exclusivamente pelo Painel de Governação do RFI.

1. O seu relatório RFI institucional é produzido de acordo com o Guia do Relatório RFI, e no que diz respeito aos recursos listados pelo website do RFI, estes foram utilizados ou considerados?
  2. O relatório do RFI está completo?
  3. Irá ser incluído enquanto parte do conjunto de relatórios institucionais ou corporativos?
- Se todas estas três condições forem satisfeitas na totalidade – então – para o primeiro relatório RFI:
- O Logo RFI pode ser usado no relatório Institucional
  - A Instituição responsável pelo relatório RFI pode mencionar que atua de acordo com o RFI em todos os seus documentos
  - O Portal Web do RFI irá incluir a sua organização com todas as outras organizações que aplicaram o RFI
  - Esta validação irá manter-se ativa por 2 anos a partir da data de validação

## Passo 6: Usar a Plataforma de Aprendizagem Global do RFI

A Equipa do RFI irá manter o website público do RFI que tem – nesta fase – três principais funções: Serve como uma base de dados com um motor de pesquisa que inclui todas as Instituições que implementaram o RFI, assim como um portal para os seus Relatórios RFI.

É um repositório de conhecimento e experiências sobre parcerias na investigação eficazes e equitativas com grande impacto – contendo exemplos, casos, artigos, diretrizes, contratos-módelo e outros recursos que podem ser utilizados por instituições de investigação de todo o mundo. Este website será usado para conduzir e apresentar resultados de meta-análises, estudos aprofundados e desenvolver benchmarks e melhores práticas como resultado direto de todos os relatórios RFI produzidos globalmente.

Pode ser surpreendente ler que depois de 150 ou mais anos de colaborações na investigação não existe uma base fundamentada em dados concretos sobre a criação e manutenção das melhores parcerias. De facto, existe muita literatura, diretrizes, ferramentas e instrumentos globais – mas o RFI constitui a primeira tentativa sistemática de criar uma base global de evidência neste campo que é tão crucial para a saúde global, equidade e desenvolvimento. Contribuindo para este website melhora o seu valor, e utilizando-o melhora a sua instituição.

## Implementando o RFI – Perguntas Frequentes

Quanto tempo é necessário para preparar o relatório? O tempo necessário para a preparação do relatório é diretamente proporcional ao volume da atividade de

investigação de uma instituição. Numa pequena organização sem fins lucrativos e envolvida em alguns projetos de investigação, uma pessoa dedicada pode completar o relatório RFI em menos de um dia e ter o acordo interno final no dia seguinte. Em agências nacionais de inovação, organizações multinacionais ou corporações com vastos orçamentos para I&D, a preparação do relatório pode exigir uma equipa de 6 pessoas para compilar todos os dados, e até 6 meses para submeter um relatório ao CEO.

No entanto, existem duas considerações fundamentais que podem indicar que a questão de “quanto tempo e esforço são necessários para produzir o relatório RFI” pode não ser a melhor pergunta para colocar e responder.

Em primeiro lugar, todos os tópicos abrangidos pelo RFI são dimensões essenciais de organizações de investigação eficazes e eficientes. Por isso, se a sua organização não tiver a informação para responder a estas questões, é de facto um grande investimento na melhoria do funcionamento da sua instituição.

Por exemplo: se a sua instituição não tem uma política organizacional clara que especifica como a avaliação da ética na investigação em países estrangeiros com parceiros estrangeiros tem de ser realizada, a sua reputação pode correr um sério risco. Através da avaliação de políticas e práticas institucionais, e comparando-as com as melhores práticas globais, a sua instituição pode prevenir estes riscos tanto internos como em relação aos seus parceiros, assim como a potenciais participantes em estudos.

Em segundo lugar, o tempo que demora a responder a uma questão é muito reduzido quando comparado com o que é necessário em muitos casos para mudar a política ou prática institucional. O RFI simplesmente indica uma área para melhoria – mas concordar acerca dela e atingir essa meta pode demorar anos.

Por exemplo, uma agência de inovação nacional de larga escala num país de médio rendimento aplicou o RFI. Ao responder ao indicador 2.10.3. “Auditoria Financeira Externa”, esta agência indicou que utilizou um standard de contabilidade aceitável a nível local. Depois de reflexão posterior com a equipa RFI do COHRED, ficou claro que perto de 50% do seu orçamento anual de investigação era derivado de financiamento estrangeiro, e portanto seria recomendável que esta instituição mudasse os seus standards contabilísticos para um modelo globalmente aceite. Neste caso, responder à questão demorou menos de um minuto, mas mudar o standard contabilístico pode perfeitamente demorar 3 anos antes da sua implementação. No entanto, isto foi visto pelo Executivo como um benefício chave de utilizar o RFI, e esta decisão foi apoiada.

## O que significa afirmar que o RFI é uma “ferramenta de adequação”?

As páginas web dos Recursos do RFI (<http://rfi.co-hred.org/resources>) listam muitos artigos, diretrizes, ferramentas, templates e até acordos internacionais que devem influenciar a forma como as parcerias de investigação são construídas, mantidas, desenvolvidas, monitorizadas e avaliadas. A análise RFI requer que tome nota destes recursos existentes, e que aplique um ou mais – ou adapte um ou mais – para melhorar a sua política e prática de parcerias institucionais.

Desta forma, o RFI é uma ferramenta que melhora a “adequação a diretrizes, políticas e práticas existentes”. O RFI não desenvolve novas diretrizes onde estas já existem. Pelo contrário, encoraja a partilha de experiências e melhorias a estas diretrizes através do Portal Web do RFI – que pode muito bem levar a novas e melhores diretrizes, standards e benchmarks ao longo do tempo.

Outra forma através da qual o RFI pode ser usado como uma ferramenta de adequação é através do requerimento de que os beneficiários de financiamento de investigação se tornem instituições que implementam o RFI. Isto iria fornecer alguma segurança ao financiador ou ao governo de países de instituições financiadas, por exemplo, de que várias abordagens das melhores práticas de investigação são explicitamente tomadas em conta, e as melhores são selecionadas para colaborações individuais.

Por exemplo: atualmente, uma Fundação Nacional de Ciência, uma fundação que financia investigação em corporações, e um ramo regional do governo com responsabilidades no financiamento da investigação estão a considerar requerer que a organização que lidera alguma parceria financiada se torne numa instituição que aplica o RFI.

O RFI é também aplicável para além da investigação em saúde? Pode ser usado em colaborações de ciência mais genericamente?

A resposta curta é “Sim – o RFI é uma ferramenta genérica – ele aplica-se a todos os tipos de parcerias e colaborações em investigação, ciência e inovação.”

O RFI foi inicialmente desenvolvido no âmbito do domínio alargado de “investigação sobre saúde” – simplesmente porque foi nesse domínio que o COHRED desenvolveu a sua competência desde 1993. No entanto, desde 2004 que esse trabalho foi consideravelmente estendido para o domínio mais vasto da “investigação e inovação para saúde, equidade e desenvolvimento”. Isto pode incluir virtualmente qualquer campo de ciência, e o RFI foi desenhado para cobrir esta área muito mais vasta.

Nós encorajamos o uso do RFI em qualquer esfera de colaboração em ciência, e almejamos “afinar” os tópicos e indicadores, caso seja necessário, para os tornar mais apropriados.

## **Será que o RFI pode reduzir o lado negativo da fuga de cérebros?**

A teoria na qual o RFI assenta é que:

A investigação e inovação são essenciais para o desenvolvimento de países de baixo e médio rendimento – para a saúde, equidade e desenvolvimento económico sustentável. O futuro de qualquer país – independentemente de quão distante possa parecer agora – é através do aumento do seu capital humano, transformando-o numa economia baseada no conhecimento. Isto não pode ocorrer sem investimento consistente, duradouro e substantivo em todos os países e regiões em investigação, ciência e inovação.

A investigação não acontece por acaso – requer sistemas de inovação fortes, multifacetados, resilientes e receptivos. Isto inclui capacidade de investigação mas também de gestão de investigação, comunicação de ciência e financiamento, incluindo o financiamento de start-ups, educação relevante para a investigação e um setor privado vibrante para lidar com design focado no utilizador e a habilidade de expandir as intervenções desenvolvidas.

As parcerias de investigação são o único veículo para atingir todos estes objetivos. Fazê-lo sozinho não é provavelmente uma opção nem sequer para os maiores países – certamente não é uma opção para todos os outros países e para as suas instituições e corporações, o que exige que as parcerias sejam “equitativas”. É exatamente isto que o RFI visa promover e alcançar.

De volta à questão colocada – se o RFI tiver sucesso em gerar mais equidade e eficácia em parcerias de investigação entre países de baixo e médio rendimento, então isto irá refletir-se em ambientes de investigação melhores, mais estáveis e mais competitivos em países de baixo rendimento. Isto significa na prática Universidades, agências de investigação nacionais, organizações não-lucrativas de investigação e corporações centradas na investigação mais capazes – o que reduz a fuga de cérebros e porventura leva a um ganho de cérebros em áreas específicas de excelência que podem ser desenvolvidas.

## **À guisa de conclusão: O RFI no IHMT**

A implementação da Iniciativa para a Equidade na Investigação pode gerar vários benefícios. Do ponto de

vista interno, promove o alinhamento com os valores organizacionais; promove a eficácia da investigação e melhora a qualidade, relação custo-benefício e impacto das parcerias. Já no que diz respeito ao ponto de vista externo, o RFI cria clareza e transparência para parceiros e stakeholders; gera equidade logo a partir do início; atrai os parceiros com os quais queremos trabalhar; é uma demonstração de cidadania corporativa / organizacional responsável em I&D e realça a inovação organizacional. No que concerne à perspetiva global, o RFI constrói uma base de dados/evidência global sobre colaboração na investigação; encoraja o uso e desenvolvimento de standards, benchmarks e melhores práticas e contribui para a capacidade de investigação global necessária para a saúde, equidade e desenvolvimento sustentável.

O IHMT decidiu aderir ao RFI em 2017, e durante os próximos meses o nosso relatório interno irá ser produzido. Os motivos para a implementação do RFI no IHMT prendem-se, por um lado, com a tentativa de gerar uma discussão interna sobre os tópicos da equidade, colaboração, impacto e desigualdades Norte/Sul; por outro lado, pretende-se também avançar com a implementação de standards de boas práticas relativos aos três domínios do RFI – equidade de oportunidade, processo equitativo e partilha equitativa de benefícios, custos e resultados.

Dado o passado colonial de Portugal, a nossa abordagem é eminentemente pós-colonial/intercultural, o que faz com que a implementação do RFI também vise responder às nossas preocupações epistemológicas e políticas com as colaborações Norte/Sul no âmbito da investigação em saúde para o desenvolvimento e da C&T em geral. Muitos dos projetos levados a cabo pelo IHMT são realizados em colaboração com instituições da CPLP (25% em 2016), pelo que ambicionamos divulgar e promover esta iniciativa com os nossos parceiros para que estes também tenham acesso às melhorias práticas que regem os processos associados às colaborações de investigação, tanto a priori como a montante e a jusante.

A estratégia do GHMT (o centro de I&D do IHMT) para 2018-2022 no que diz respeito à gestão de conhecimento assenta em publicitar os resultados e impactos científicos do GHMT e dos seus investigadores através dos Anais do IHMT, congressos, seminários, e a realização de relatórios de elevada qualidade. Esta estratégia é suportada pela mobilização de parcerias de excelência, pelo que o RFI terá um papel fundamental na promoção desta agenda.

A colaboração em saúde na CPLP é um processo dinâmico, consolidado por dispositivos como a PECS-CPLP, o RINSP – CPLP, a RESP – CPLP e a RETS-CPLP. O IHMT tem, ao longo da sua história, participado ativa-

mente na cooperação portuguesa em saúde principalmente ao nível da ajuda humanitária, assistência técnica e no apoio ao desenvolvimento [21]. No que diz respeito ao PECS, Ferrinho e Hartz (2016) consideram que este é “um instrumento estruturante da reflexão e da cooperação em saúde entre os Estados membros da CPLP e da forma como eles se relacionam com outros parceiros internacionais” [22: 5].

Consideramos que a implementação do RFI, uma ferramenta inovadora e baseada em evidências para operacionalizar a equidade nas colaborações internacionais, pode trazer muitas vantagens para as instituições aderentes, gerando não só uma discussão interna acerca destes temas mas também uma verdadeira cultura de equidade suportada por indicadores e standards baseados nas melhores práticas.

Durante os próximos meses e anos, várias instituições irão aplicar o RFI, o que irá gerar potencial material empírico para avaliar o impacto de ferramentas e recomendações normativas no campo das parcerias interna-

cionais, em particular na área da saúde. Uma reflexão crítica acerca do processo de implementação do RFI irá permitir-nos, no futuro, analisar de que forma é que é que diferentes instituições, oriundas de distintos contextos geográficos, socioeconómicos e epistemológicos, se situam perante os vários indicadores nos quais os RFI se baseia, e de que forma aplicam e fazem sentido das práticas e ferramentas presentes na base de evidências.

A progressiva disseminação do RFI pode então constituir um excelente estudo de caso para analisar como fatores culturais, epistemológicos, económicos e políticos têm um papel fundamental na definição do que conta como “equidade” e “igualdade” nas colaborações de investigação. Dessa forma, poderemos submeter os quadros normativos recrutados nos processos de avaliação a um escrutínio crítico e intercultural, permitindo-nos também refletir acerca do potencial do RFI para implementar uma mudança de paradigma nas parcerias de investigação na saúde e C&T em geral.

## Bibliografia

1. Foray D, Lundvall, BA. The knowledge-based economy: from the Economics of knowledge to the learning economy. In: OECD [1996]. Employment and Growth in the Knowledge-Based Economy. OECD, Paris.
2. Horton D, Prain G, Thiele G (2009). Perspectives on partnership: A literature review. International Potato Center, Lima, Peru.
3. Bezanson K, Narain, S, Prante, G (2004). Independent evaluation of the partnership committees of the CGIAR. CGIAR Secretariat, Washington, USA.
4. Picciotto R. The logic of partnership. In: Liebenthal A, Feinstein O, Ingram G (2004). Evaluation and development: The partnership dimension. Transaction Publishers, New Brunswick, USA.
5. Axelrod R. Theoretical foundations of partnership. In: Liebenthal A, Feinstein O, Ingram G (2004). Evaluation and development: The partnership dimension. Transaction Publishers, New Brunswick, USA.
6. Lawrence T, Hardy C, Phillips N (2002). Institutional effects of interorganizational collaboration: the emergence of proto-institutions. *Academy of Management Journal* 45(1): 281–290.
7. Kitzi J. Cooperative strategy: building networks, partnerships, and alliances. In: Dees J, Emerson J and Economy P (2002). Strategic tools for social entrepreneurs. John Wiley & Sons: New York.
8. Mattessich P, Murray-Close M, Monsey B (2001). Collaboration: What makes it work. Amherst H. Wilder Foundation, Saint Paul USA.
9. Brinkerhoff J (2002). Government-nonprofit partnership: a defining framework. *Public Administration and Development* 22: 19–30.
10. Blagescu M, Young J (2005). Partnerships and Accountability: Current thinking and approaches among agencies supporting Civil Society Organisations. Working Paper 255. Overseas Development Institute, London.
11. Nording L (2015). Africa aims for research autonomy: regional hub intends to manage international grants and develop science strategy. *Nature* 520: 142–143.
12. Hatton MJ, Schroeder K (2007). Partnership theory and practice: Time for a new paradigm. *Canadian Journal of Development Studies* 28 [1]: 165–170.
13. Serafin R, Bustamante C, Schramm C (2008). What is current practice in evaluating cross-sector partnerships for sustainable development? TPI Working Paper No. 1/2008. The Partnering Initiative – International Business Leaders Forum, London.
14. Foucault M [1980] Power/Knowledge - Selected Interviews and Other Writings 1972-1977. Pantheon Books, New York.
15. Carvalho A, Nunes JA (2013). Technology, Methodology and Intervention: performing nanoethics in Portugal. *Nanoethics* 7(2): 149–160.
16. CCGHR (2016). CCGHR Principles for Global Health Research - Learning Guide. <https://ccgrocni.files.wordpress.com/2016/09/ccghr-principles-of-global-health-research-learning-guide-2016.pdf>.
17. CCGHR (2015). CCGHR Principles for Global Health Research. <http://www.ccghr.ca/wp-content/uploads/2015/10/CCGHR-Principles-for-GHR-FINAL.pdf>.
18. KFPE (2014). A Guide for Transboundary Research Partnerships (2nd edition - 2014). [https://naturalsciences.ch/organisations/kfpe/11\\_principles\\_7\\_questions](https://naturalsciences.ch/organisations/kfpe/11_principles_7_questions)
19. IJsselmuider C, Klipp K (2017). Para além das boas intenções – A Iniciativa para a Equidade na Investigação. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical* 16 (Supl. 2):S9-S10.
20. Peter T (2016). The stony path to greater knowledge. *Horizons* 111: 12–13.
21. Ferrinho P et al (2015). Compromisso com a saúde dos povos: O papel do Instituto de Higiene e Medicina Tropical. In Gabinete de Estratégia e Planeamento/ Direção de Serviços de Relações Internacionais e Cooperação (Org.) O Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social e a Cooperação para o Desenvolvimento. Lisboa, Gabinete de Estratégia e Planeamento; 80-98.
22. Ferrinho P, Hartz Z (2016). O PECS: instrumento estruturante da reflexão e da cooperação em saúde entre os Estados membros da CPLP. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical* 15 (Sup. 1): 5-6.

# Produção de conhecimentos, ação política e equidade: contribuições do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS)

*Knowledge production, political action and equity: observatory of political analysis in health (OAPS) contributions*

---

## Maria Guadalupe Medina

Pesquisadora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Médica sanitarista. Doutora em Saúde Pública. Mestre em Saúde Comunitária. Coordenadora Executiva do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS)  
Salvador-Bahia. Brasil.  
medina@ufba.br

## Jairnilson Silva Paim

Professor titular do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.  
Médico. Doutor em Saúde Pública. Mestre em Medicina. Coordenador Geral do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS)

## Resumo

O enfrentamento das desigualdades é uma questão de extrema complexidade e avanços na situação de saúde das populações não necessariamente vêm acompanhadas de redução das iniquidades. Este artigo apresenta a conceção e descreve a experiência de construção do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS), ao tempo que busca discutir até que ponto o OAPS se constitui em uma ferramenta capaz de contribuir com a adoção da perspetiva da equidade na formulação e implementação das políticas e da pesquisa em saúde no Brasil. Apresenta-se uma breve contextualização das desigualdades em saúde no Brasil; descreve-se as origens, fundamentos e arquitetura do OAPS dialogando com alguns referenciais teóricos da ação social e de políticas de saúde; e argumenta-se que o OAPS se constitui em uma ferramenta potente para lidar com as questões de pesquisa, com a prática da investigação, com a difusão de resultados, com a análise política em saúde e com o estudo de políticas de saúde, tendo como foco a equidade.

## Palavras Chave:

Equidade em saúde, Política, Pesquisa em Sistemas de Saúde Pública, Observatórios nacionais de saúde, Brasil.

## Abstract

Addressing inequalities is a matter of extreme complexity and advances in population health are not necessarily accompanied by a reduction in inequities. This article presents the conception and describes the experience of building the Observatory of Political Analysis in Health (OAPS), while trying to discuss to what extent the OAPS constitutes a tool capable of contributing to the adoption of the perspective of equity in the formulation and implementation of health policies and research in Brazil. It is presented a brief contextualization of health inequalities in Brazil; it is described the origins, fundamentals and architecture of the OAPS in dialogue with some theoretical references of social action and health policies; and it is argued that OAPS is a powerful tool for dealing with research issues, research practice, dissemination of results, health policy analysis, and health policy study focusing on equity.

## Key Words:

Health equity, Politics, Public Health Systems Research, National health observatories, Brazil.

## 1. Introdução

No Brasil, como em diversos países do mundo, têm sido observados consideráveis processos de mudança na conformação do sistema de saúde, resultados de reformas institucionais e sociais mais globais que ganharam expressão setorial importante. No caso da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), é consenso entre diversos autores que as lutas pela saúde foram subsidiárias das lutas pela democracia no final dos anos 70 e década de 80, e que o Sistema Único de Saúde (SUS), considerado um dos maiores sistemas públicos do mundo, representou uma inflexão radical na configuração e organização do sistema [1, 2].

Entretanto, apesar de ter por substrato princípios e diretrizes abrangentes, incluindo a universalidade, igualdade e integralidade da atenção, a trajetória de quase 30 anos do SUS tem sido marcada por inúmeras contradições: parcelas importantes da população continuam desassistidas e com dificuldades de acesso [3, 4] a estrutura das unidades de saúde é precária em inúmeros casos [5], há problemas de qualidade dos serviços [6] na oferta e distribuição de medicamentos [7], na efetividade do controle social [8], há inúmeras desigualdades regionais e de grupos sociais [9] que atestam as idas e vindas e a grande complexidade dos processos de mudança.

Nesse particular, cabe destacar certas dificuldades enfrentadas pelo SUS no que diz respeito à operacionalização dos princípios da igualdade e da equidade. Ainda que se observe uma significativa produção de publicações contemplando esses princípios doutrinários, parte dela utiliza tais noções como sinônimos e uma proporção ainda menor empenha-se em explicitar definições, conceitos e referenciais teóricos relacionados com os mesmos. Do ponto de vista semântico e etimológico, a palavra *equidade* está próxima da *igualdade* e ambas podem ser admitidas como sinônimos. São consideradas contraponto para as desigualdades, sejam as sócio-económicas, sejam as de saúde. Em texto muito divulgado pelo Escritório Regional da OMS na Europa, ressalta-se que equidade supõe superar diferenças evitáveis, desnecessárias e consideradas injustas [10].

No Brasil, por exemplo, a equidade tem sido compreendida, normativamente, como a obtenção igualitária, entre os cidadãos, de ações e serviços no âmbito do SUS [11]. Sugere uma perspetiva restrita de operacionalização, centrada exclusivamente no acesso a bens e serviços de saúde.

O enfrentamento das desigualdades é uma questão de extrema complexidade e avanços na situação de saúde das populações não necessariamente acompanhada de redução das iniquidades. Às vezes ocorre o contrário. A literatura tem demonstrado que nem sempre, ou quase nunca, as intervenções voltadas para a melhoria de indicadores

de saúde apresentam correspondência com a sua melhoria entre os grupos mais excluídos. O estudo de Gwatkin (2002) [12] sobre políticas públicas é ilustrativo e apresenta resultados impressionantes: a revisão internacional mostrou que não houve sequer um país em que os 20% mais pobres da população tenha recebido ao menos 25% do benefício económico dos gastos de governo.

Nesse ponto, cumpre assinalar a importância da investigação permanente dos resultados das intervenções em saúde por referência ao alcance da equidade e da implementação de meios de difusão de um pensamento crítico e comprometido com a inclusão social, que fortaleça a adoção da perspetiva da equidade tanto na implementação das políticas públicas quanto no desenvolvimento da pesquisa em saúde.

Em diversos países, as preocupações com os efeitos da crise económica e do cenário político no estado de saúde das populações e na organização dos sistemas de saúde têm suscitado a emergência de Observatórios. Estes utilizam informações dos sistemas de monitorização, avaliação e vigilância, mas não se propõem a ser meras “réplicas ou substituições de quaisquer partes dos sistemas de informação sanitária ou de repositórios crus ou inteligentes de estatísticas de saúde”. A missão dos observatórios está estritamente relacionada com a sistematização do conhecimento produzido e com a realização de análises críticas e elaboração de proposições adequadas, identificando lacunas e promovendo melhorias nos processos de informação sanitária, e articulando os centros produtores de conhecimento com os centros de decisão política em saúde [13].

Recentemente, o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (Brasil) liderou um grande projeto de pesquisa [14] cujo propósito incorporava, além da produção de conhecimento científico sobre políticas de saúde, o compromisso com a construção e fortalecimento de sistemas universais de saúde, [...] baseados nos princípios da solidariedade, equidade, universalidade e integralidade da atenção à saúde, utilizando como uma das estratégias para o alcance desse objetivo a formulação e implementação de um Observatório de Saúde.

Este artigo apresenta a conceção e descreve a experiência de construção do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS), ao mesmo tempo que busca discutir até que ponto o OAPS se constitui em uma ferramenta capaz de contribuir com a adoção da perspetiva da equidade na formulação e implementação das políticas e da pesquisa em saúde.

## 2. Contextualização

No início da década, um balanço da situação de saúde da população e do sistema de saúde brasileiro deu origem a um número especial da série *Lancet: Health in Brazil* (2011). Nessa oportunidade, foi possível identi-

ficar avanços importantes da situação de saúde (como a melhoria da expectativa de vida, controlo de doenças imunopreviníveis, doenças respiratórias, SIDA, tuberculose, entre outros) [15], assim como progressos na organização do sistema (como a expansão da atenção primária e melhoria do acesso às emergências, universalização da cobertura vacinal, expansão de recursos tecnológicos e de produção de medicamentos essenciais, entre outros) [16]. Ao mesmo tempo, assinalava-se o subfinanciamento crónico do sistema público aliado ao crescimento do mercado privado de saúde subsidiado pelo Estado, limites importantes na garantia da universalidade, equidade e sustentabilidade do sistema a longo prazo [16].

Com relação à equidade, indicadores que mensuram desigualdades em saúde mostraram melhoria importante entre a década de 90 e o início dos anos 2000. Segundo o IBGE, o índice de Gini foi estimado em 0,56 no período 2010-2013, e girava em torno de 0,6 no início dos anos 90. Ainda assim, o país ocupa a décima posição mundial em desigualdade. O índice de Palma, utilizado internacionalmente<sup>1</sup>, reduziu de 4,3 para 3,1 entre 2004 e 2014 [17]. Entretanto, há fortes indícios que a situação esteja piorando em anos mais recentes. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), por exemplo, estabilizou em 2014 fazendo o Brasil ocupar a 79<sup>a</sup> posição no ranking mundial [18], a parcela de brasileiros abaixo da linha da pobreza aumentou pelo segundo ano consecutivo em 2016 e o índice de Gini teve a primeira elevação (0,52) após muitos anos de tendência a melhoria. A pobreza subiu 19,3% apenas no ano de 2015 sendo que enquanto a média de renda caiu 7%, para os 5% mais pobres, a queda foi de 14%, ou seja, duas vezes mais [19].

A tendência em priorizar dos indicadores não surpreende, diante da crise que o país atravessa e da redução dos investimentos nas áreas sociais, com efeitos negativos na situação de vida e saúde das populações, especialmente as mais vulneráveis, como alertam especialistas no assunto [20]. A crise económica, política, social e institucional trouxe consigo “intensificação de tensões e conflitos relacionados a questões de género, raça/etnia e, em última instância, a vigência da luta de classe, acirrada, nesta conjuntura, pela insatisfação da élite com os resultados das políticas de combate à pobreza e inclusão social desenvolvidas nos últimos 13 anos” [21].

No final do ano de 2016 foi publicado um número especial do *International Journal for Equity in Health* cujo objetivo era apresentar um panorama da situação brasileira em relação às iniquidades em saúde, a partir de dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS 2013). As principais conclusões apontaram para melhoria de indicadores relacionados com as condições de saúde da população, com redução de iniquidades no que tange à

saúde materna e reprodutiva e à realização de consulta médica e odontológica. Por outro lado, chamava a atenção para a desaceleração dos progressos no acesso a serviços de saúde, a partir de 2008, e a permanência de desigualdades em saúde, mesmo em situações onde foram evidenciadas melhorias (como em relação à saúde do idoso) e até piora em alguns casos, como a ocorrência de diabetes, com a tendência de ampliação de disparidades ao longo do tempo [22].

### 3. A experiência do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS)

O Observatório de Análise Política em Saúde foi implantado em 2015, sendo constituído por uma rede de pesquisadores de Planejamento e Gestão em Saúde no Brasil, vinculados a mais de 15 instituições de pesquisa, liderado pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA).

#### Origens e fundamentos

O OAPS (<http://observatoriodeanalisepoliticaemsaudade.org>) resultou de uma proposta que concorreu a um Edital do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) [23] elaborada por docentes e pesquisadores do ISC/UFBA, juntamente com parceiros de outros centros de pesquisa, ensino e cooperação técnica do país, integrando o Projeto Análise de Políticas de Saúde no Brasil (2013-2017).

A missão do Observatório é “*proporcionar um espaço de reflexão e análise crítica das políticas de saúde no Brasil*”, pautando-se em quatro princípios fundamentais: “*comprometimento com a defesa da saúde enquanto direito das pessoas e da cidadania como princípio da relação dos indivíduos com o Estado*”; “*compromisso com a construção e fortalecimento de sistemas universais de saúde, de natureza pública baseados nos princípios da solidariedade, equidade, universalidade e integralidade da atenção à saúde*”; “*produção de um pensamento crítico sobre a realidade, alicerçado em bases científicas e eticamente responsáveis*” e “*autonomia de pensamento em relação a interesses de grupos ou instituições*” [24].

O OAPS se organiza em 12 eixos temáticos de pesquisa, por referência às políticas específicas que acompanha e sobre as quais são recortados os objetos de investigação<sup>2</sup>. Foram definidos sete objetivos centrais: “a) realizar o acompanhamento de políticas de saúde selecionadas; b) promover o debate fundamentado sobre decisões no âmbito de políticas de saúde específicas; c) sistematizar a produção de

1 - Relação entre o percentual do total dos rendimentos apropriados pelos 10% com maiores rendimentos sobre o percentual do total dos rendimentos apropriados pelos 40% com menores rendimentos.

*conhecimento científico sobre questões de relevância no âmbito de políticas de saúde específicas; d) contribuir com a democratização da informação e da veiculação de pontos de vista plurais no âmbito das políticas de saúde; e) favorecer a inclusão social através da criação de espaços de expressão de movimentos sociais em saúde; g) servir de instrumento pedagógico e estímulo à capacidade crítico-reflexiva de alunos na análise de políticas de saúde”* [24].

O público alvo que o OAPS procura alcançar é constituído por académicos, pesquisadores, gestores, trabalhadores e organizações da sociedade civil, especialmente os movimentos sociais através de suas lideranças ou representantes. Não está submetido a um vínculo governamental, embora tenha sido financiado por órgão federal de fomento à pesquisa e esteja sediado numa universidade pública federal. A ancoragem académica confere autonomia e pluralidade, permitindo o exercício de uma perspetiva ética e política plural e inclusiva, embora não neutra, afinada com a missão da universidade pública e de excelência.

Sua estrutura de governança inclui uma coordenação geral e um conselho gestor, aos quais se vinculam uma coordenação executiva e um grupo operativo que implementam as decisões tomadas. Há, ainda, um conselho consultivo composto por representantes dos grupos de pesquisa e instituições integrantes do Observatório, de modo que as decisões estratégicas podem ser discutidas e aprovadas em instâncias com ampla participação de seu corpo de pesquisadores.

O formato de governança do OAPS, assim como todo o seu desenho, foi concebido autonomamente pelo grupo que liderou sua implementação, tendo como guia os princípios norteadores e os pressupostos teórico-metodológicos que fundamentaram a elaboração do projeto de pesquisa, não sofrendo, até ao presente, qualquer tipo de constrangimento por parte de instituições financeiras ou de ensino e pesquisa às quais se vinculava o projeto. Nesse particular, vale a pena destacar a autonomia do grupo que liderou a execução do projeto, no tocante à gestão e à condução intelectual do projeto, isto é, das formas de articulação, engajamento e participação dos pesquisadores, de produção de conhecimento e de difusão de informação em seus diversos tipos e formas.

### Arquitetura, produtos e serviços

A arquitetura do OAPS (Figura 1), cuja modelagem foi concebida em sucessivas camadas, com estratos e perfis distintos de análise da realidade social da saúde, baseia-se numa engenharia que privilegia a democratização do conhecimento científico e a produção de informação relevante para a ação política.

A investigação científica está na base do OAPS, sustentada pela produção intelectual e política do campo da

Saúde Coletiva, em especial, da área de Política, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde. Os produtos específicos dessa camada, em formatos tradicionais de divulgação da pesquisa académica, podem ser obtidos através do site do Observatório (<http://www.analise-politicaemsaudade.org/>), ou do Centro de Documentação Virtual (<http://analise-politicaemsaudade.org/cdv/home/>) que incorpora um arsenal mais vasto, utilizado em grande parte das investigações realizadas. Essa camada de fundação, base da estrutura do OAPS, está disponível aos usuários que podem beneficiar do acesso a todo tipo de material, não apenas os produtos e as referências utilizadas como fontes de pesquisa dos 12 eixos temáticos (estado da arte) mas, também, de documentos e sítios oficiais, textos sobre teorias e metodologias usadas nas pesquisas da área, e documentos produzidos por organismos da sociedade civil organizada: entidades, partidos políticos e movimentos sociais.

Uma segunda camada da arquitetura do OAPS está voltada para a monitorização das políticas, sendo apresentados, através de textos breves, relatórios anuais sobre as políticas de saúde que são acompanhadas pelo Observatório. Para a elaboração dos relatórios, são coletadas informações produzidas por sítios governamentais, entidades profissionais, movimentos sociais, além de sistemas de informação em saúde, artigos e outros documentos considerados pertinentes, respetivamente, para cada eixo. O propósito é produzir uma análise circunstanciada de cada política ao longo do tempo - análise da política -, especialmente quanto à sua implantação, financiamento e resultados, levando em conta a dinâmica das relações entre os atores - análise política -, ou seja, a análise do processo político na formulação e implementação das políticas públicas. Os textos produzidos são especialmente úteis para subsidiar a análise da conjuntura brasileira [25] e alimentar outros estudos, além de disponibilizar ao usuário uma síntese de informações que ele teria dificuldades em compilar e sistematizar. Os principais acontecimentos, bem como o contexto em que foram produzidos, são apresentados numa linha do tempo, contribuindo com a análise histórica das políticas. O usuário pode observar os eventos críticos nas diferentes conjunturas e o posicionamento dos atores envolvidos. Não apenas como uma análise linear do que aconteceu, com os factos que tradicionalmente são encontrados em qualquer documento, mas favorecendo o entendimento sobre a dinâmica do processo político que produziu tais factos.

A segunda camada do OAPS representa o primeiro esforço de tradução do conhecimento produzido em textos mais amigáveis para o usuário que não está vinculado a um ambiente académico. Pode ser considerada uma espécie de metainformação, pois compila e analisa um conjunto de dados a partir de uma matriz própria,

ao tempo em que apresenta os resultados da análise em um formato e linguagem mais acessíveis que as comunicações científicas.

A terceira camada do OAPS é aquela que apresenta uma interface mais imediata com o usuário e a partir da qual ele pode interagir. Com o apoio de jornalistas e profissionais de *webdesigner*, é onde se opera, de facto, a tradução (ou translação) da linguagem científica e metodologicamente mais hermética, para uma linguagem orientada principalmente para o ato de comunicar<sup>3</sup> [26, 27]. As conexões nesse nível são estabelecidas através de:

a) notícias - que apresentam e dão um tratamento específico à produção divulgada pelo OAPS; b) textos de usuários do OAPS (sobretudo pesquisadores, até o momento) que analisam e se posicionam frente a eventos ou factos da conjuntura, relacionados com as políticas de saúde (na seção Debates e Pensamentos); c) entrevistas de convidados do Observatório (em geral, indivíduos pertencentes ao campo científico, mas com militância política no campo da Saúde Coletiva); e) vídeos produzidos pelo Observatório (documentários e outros).

Ressalta-se, nesse particular, as características pretendidas pela comunicação em contexto de jornalismo digital, em que se busca uma interação mútua e colaborativa entre usuário e veículo de comunicação - no caso, o Observatório [28]. É interessante refletir sobre essa singular característica da tecnologia da qual se faz uso no Observatório, pois ela está em sintonia e adequa-se à perspetiva colaborativa da rede de pesquisadores que integram o OAPS, rede esta constituída por um conjunto heterogêneo de docentes e estudantes dos eixos de pesquisa, com interesses, formas e intensidade de participação e vinculação diversos, mas que se alinham em torno dos princípios e objetivos comuns do OAPS. Pode suspeitar-se, neste caso, que o Observatório replica “para fora” aquilo que experiência “para dentro” ou, em outros termos, que o exercício do agir comunicativo [29] na integração (real, mas que se dá através

Fig.1 - Arquitetura do Observatório de Análise Política em Saúde (<http://www.analisepoliticaemsaud.org/>)



da realidade virtual) dos pesquisadores, condição que viabiliza a própria existência do OAPS, tem expressão no mundo virtual, transcendendo as formas interativas e colaborativas de comunicação na relação (externa) entre pesquisador-usuário, relação esta que se dá mediante uso de tecnologia digital.

Como bem assinalam Teixeira e Paim [25],

“...a implantação do site do OAPS (...) representa uma mudança tecnológica que incide sobre a organização do processo de trabalho da Rede de pesquisa (...) e implicou na definição de mecanismos de sistematização e difusão de informações científicas e políticas que ultrapassam o formato tradicional de artigos em periódicos, capítulos e livros, cujo tempo editorial

2 - Os eixos temáticos do OAPS são: Análise do Processo da Reforma Sanitária Brasileira no Período 2007 a 2016; Acompanhamento de Iniciativas do Poder Legislativo Federal em Saúde; Acompanhamento das Decisões Judiciais Relativas à Saúde; Estudos e Pesquisas em Políticas de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde; Estudos e Pesquisas em Atenção Primária e Promoção da Saúde; Trabalho e Educação na Saúde; Análise de Políticas de Saúde Voltadas para a Infância; Políticas de Medicamentos, Assistência Farmacêutica e Vigilância Sanitária; Análise de Políticas de Saúde Bucal no Brasil; Análise Sócio-Histórica de Políticas de Saúde; Modelos de Gestão Hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS); Mídia e Saúde.

3 - Veja-se, nesse particular, a teoria da tradução / translação, presente nos trabalhos de Bruno Latour, Michel Callon e outros autores, que problematiza a articulação entre ciência, tecnologia e sociedade. O processo de tradução é fundamental para a expansão e consolidação da rede sócio-técnica, formada por atores (actantes) com identidades e interesses próprios, mas que se alinham de maneira crescente (a partir do alinhamento de objetivos) e à medida em que a rede se consolida.

*próprio se estende por meses e até anos. O desafio de implantar o site do OAPS representou, portanto, uma oportunidade para se trabalhar com outra dimensão temporal, um tempo comprimido, acelerado, com o propósito de oferecer aos usuários, o mais rápido possível, os resultados do trabalho cotidiano do conjunto de pesquisadores envolvidos no acompanhamento do processo político em saúde (...).*

#### **4. OAPS: uma ferramenta para o SUS em prol da equidade em saúde?**

Neste tópico procura argumentar-se que o OAPS se constitui, conforma e organiza como uma rede de pesquisadores que se materializa numa ferramenta virtual com potência distintiva em prol da defesa da equidade em saúde.

A criação do OAPS é consentânea com recentes iniciativas de âmbito internacional que resultaram na emergência de Observatórios de Saúde. Entre os propósitos dessas iniciativas destaca-se o de realizar análises e sistematizar informações de saúde de alto nível, produzindo uma “inteligência” sobre questões críticas e atuais da saúde da população e seus determinantes, ao mesmo tempo que, também, pretende reduzir as lacunas existentes entre a Academia e decisores políticos [13]. Além disso, os observatórios produzem dados e informações para a formulação de políticas públicas, podendo incluir a análise, a crítica, a síntese e a intervenção [30]. A sua missão pode concentrar-se no desenvolvimento de políticas de saúde, contribuindo para aqueles que fazem ou influenciam tais políticas [31]. Assim, é comum verificar uma vinculação a instituição governamental, mesmo contando com o apoio de universidades com troca de experiências e disseminação de métodos e resultados. No caso do National Health Service (NHS), por exemplo, os observatórios foram inseridos numa agência governamental de Saúde Pública [32]. Recentemente, nos Estados Unidos foi organizado um observatório de saúde, sob a orientação académica do Departamento de Epidemiologia e do Instituto de Saúde Urbana da Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (BSPH), articulando a formação profissional em Saúde Pública numa plataforma para o ensino e pesquisa, e oferecendo uma infraestrutura física e metodológica para alunos, docentes e parceiros [33].

No Brasil, também é possível identificar observatórios vinculados a órgãos de governo, como a Rede ObservaRH, ligada ao Ministério da Saúde (<http://www.observarh.org.br/>), e outros inseridos em ambiente académico, a exemplo do Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte (OSUBH), com objetivos ligados à pesquisa e ao planejamento de saúde [34]. Nessa perspectiva, os observatórios de saúde têm ressaltado a

problemática das desigualdades em saúde, fornecendo informações que contribuam para a formulação de políticas baseadas em evidências [35].

Embora inspirado em experiências internacionais – especialmente o Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory>) e o Observatório Iberoamericano de Políticas e Sistemas de Saúde (<http://www.oiapss.org>) – o OAPS caracteriza-se pela sua não vinculação a instituição governamental. Ao inserir-se numa universidade pública, articulando uma rede de pesquisadores de diferentes centros de investigação e de ensino, goza de uma autonomia relativa que lhe permite o exercício de uma crítica fundamentada, respeitando os padrões de rigor académico e de ética, e a capacidade propositiva no âmbito das políticas e da gestão em saúde.

No tocante à questão das desigualdades em saúde, ao estabelecer-se como um ente portador de autonomia relativa e pensamento plural, o OAPS constitui-se numa ferramenta muito potente para lidar com as questões de pesquisa, com a prática da investigação, com a difusão de resultados, com a análise política em saúde e com o estudo de políticas de saúde, tendo como foco a equidade.

#### **5. Discussão**

O primeiro ponto que merece uma reflexão diz respeito à mencionada autonomia relativa por referência ao campo político, tal como concebido na aceção Bourdieusiana [36]. Tal construção permite o exercício do pensamento crítico científico ou, em outros termos, a produção de análises das tomadas de posição dos agentes do campo político com independência relativa<sup>4</sup>. Ademais, agrega-se a esta possibilidade uma outra, potenciadora da primeira, qual seja, a diversidade de pontos de vista (a partir das respetivas posições) dos agentes do campo científico (pesquisadores), portadores, estes, de diferentes trajetórias e experiências institucionais. Como agentes do espaço da Saúde Coletiva que transitam tanto no campo político quanto no campo científico [37], são potencialmente portadores de visões distintas (não necessariamente conflituantes), não apenas por suas diferentes inserções no campo político mas, também, por suas afinidades e tradições epistemológicas, teóricas e metodológicas. Vale a pena lembrar que, apesar de tais distinções, este corpo de pesquisadores se estrutura em corpo pelo *habitus* científico e pela pertença ao espaço da Saúde Coletiva.

Um segundo ponto a problematizar diz respeito aos processos de gestão e de trabalho dos pesquisadores do OAPS. Nesse aspecto particular, toma-se como re-

ferência a conceção de organização elaborada por Testa (1997) [38] para refletir sobre o funcionamento e a gestão do OAPS. Para este autor, há uma distinção entre o que seja instituição (o matrimónio, a empresa, a legislatura) e organização (o casamento, o processo de trabalho, a discussão pública). A organização reporta-se à forma de relação entre as pessoas para a realização de alguma tarefa ou cumprimento de uma função, relacionamento este que se redefine de forma permanente. A instituição, por sua vez, apresenta uma estrutura que deixou de ser “dissipativa” para adquirir solidez e permanência, garantindo a sua continuidade mediante um comportamento estável. A organização critica a instituição, gerando uma tensão permanente entre função e estrutura, que pode ser compreendida como tensão entre o instituinte e o instituído, consoantes, respetivamente, com a legitimidade e a legalidade dos processos sociais. Tanto a construção do instituinte quanto a legalização do instituído se fazem, necessariamente, através da atividade de atores sociais, e a mudança resulta do pensamento crítico sobre o instituído (p.58 e 59).

Considera-se que o OAPS é uma organização, no sentido atribuído por Testa (1997), ancorada em uma instituição – ISC/UFBA que, pela sua natureza (de base científica e virtual), composição (pesquisadores vinculados a múltiplas instituições) e pressupostos (princípios e governança) tende a estabelecer-se permanentemente no lugar do instituinte. De facto, a sustentação científica (com uma compreensão de ciência produtora de verdades provisórias) é potencialmente dinamizadora e a afirmação do pensamento crítico como guia da prática de pesquisa e da ação política, tradição da Saúde Coletiva no Brasil, tende a reforçar configurações que se movem no tempo. Um dos exemplos disso é o surgimento de um novo eixo de pesquisa (Mídia e Saúde) em apenas dois anos de existência do Observatório. A perspetiva científica, ademais, tem contribuído com a reflexão permanente dos referenciais teóricos e metodológicos que orientam a investigação científica em política, planejamento, gestão e avaliação em saúde e, de certa forma, dá a direccionalidade dos processos de trabalho do OAPS, na medida em que os produtos e serviços ofertados são produzidos de acordo com a própria dinâmica de funcionamento dos grupos de pesquisa.

Vale a pena mencionar que a composição dos grupos de pesquisa no formato em que são estabelecidos no Instituto de Saúde Coletiva, que lidera a maioria dos grupos de pesquisa do OAPS, incorpora a participação de pesquisadores, estudantes, mas também, de outros agentes representantes de movimentos sociais e da sociedade civil. No âmbito dos grupos de pesquisa, há espaços de discussão dos objetos e resultados dos projetos de investigação. A existência de reuniões

regulares, fóruns, seminários, colóquios, oficinas de trabalho e outras atividades afins, abertas ao público externo e com participação de representantes da sociedade mediante convite são usuais. Como exemplo, pode ser ressaltado o amplo processo de discussão dos textos relativos ao acompanhamento das políticas em 2016, que foi organizado em sessões semanais por um período de 3 meses (de dezembro de 2016 a fevereiro de 2017). Assim, a abertura e permeabilidade, harmónicas à natureza instituinte do OAPS, conferem uma dinâmica própria a essa organização, favorecendo um processo produtivo participativo, com voz ativa de agentes externos à Academia, que contribui, nessa perspetiva, com a incorporação da equidade.

Finalmente, um terceiro ponto a discutir diz respeito às formas de comunicação e ao modelo tecnológico adotado pelo Observatório. É um desafio permanente dos integrantes do OAPS traduzir, transformar o conhecimento científico noutro tipo de informação, capaz de ser assimilada, digerida e utilizada por aqueles que podem influenciar as políticas, especialmente, a sociedade civil organizada, as instituições, os movimentos sociais e os gestores. Trata-se, portanto, da transmutação da linguagem científica, técnica e política [26, 27], sem a qual o Observatório seria incapaz de cumprir sua missão. Isso requer criatividade e expertise, incorporando ao processo de trabalho agentes de outras áreas de conhecimento como tecnologia de informação, comunicação, *webdesigner*, produção visual, entre muitas outras. Nesse sentido, o êxito do OAPS reside na articulação e integração de um conjunto de competências cuja produção requer a intencionalidade de abertura ao novo, o exercício de rutura de fronteiras linguísticas e de matrizes discursivas de modo a que se produza uma comunicação eficiente e de dupla via, onde os interessados, além de serem alcançados, sejam proativos, estabelecendo-se uma verdadeira interlocução.<sup>5</sup>

4 - É relativa, dado que há interfaces e entrecruzamentos dos diversos campos no espaço social onde transitam os agentes.

5 - Distintos referenciais relativos às teorias da ação social têm sido acionados em algumas teses produzidas no ISC/UBA nessa perspetiva, tais como Habermas (comunicação), Paulo Freire (pedagogia) Ricardo Bruno (tecnologia) Latour (rede sociotécnica) Testa (sujeito epistêmico), entre outros:

Habermas J. (1987). Relaciones con el mundo y aspectos de la racionalidad de la acción en cuatro conceptos sociológicos de acción. In: Habermas J. Teoría de la acción comunicativa I. Madrid: Taurus; (1a ed, 1981) pp 110-146. / Freire P (1983). Extensão ou comunicação? 7<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 93 p. / Latour, B. Changer de société: refaire de la sociologie. Paris: la découverte, 2006. / Mendes Gonçalves, RB. (1994). Tecnología e organización social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO. / Testa, M. Saber en Salud. La construcción del conocimiento. Buenos Aires: Lugar Editorial., 1997. / Matus, C. Teoría de la acción e Teoría do Planejamento. In: Matus C. Política, Planejamento e Governo.(1997) Brasília: IPEA. p 81-98. / Bourdieu P.(1996). Razões Práticas. Sobre a teoria da ação. Campinas-SP: Papirus. / Collins R (2009). Quatro tradições sociológicas. Petrópolis, RJ:Vozes, 277p. / Kallscheuer O (1989). Marxismo e teoria do conhecimento. In: Hobsbawm EJ. História do marxismo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, Vol. 12. p.13-101.

## 6. Comentários finais

Observatórios no mundo inteiro têm buscado alternativas inovadoras de comunicação: o Observatório Português dos Sistemas de Saúde elabora anualmente um relatório (Relatório da Primavera) sobre as questões consideradas mais relevantes da política de saúde no ano correspondente, e convoca gestores e mídia para a sua apresentação ([http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/Relatorio\\_Primavera\\_2017.pdf](http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/Relatorio_Primavera_2017.pdf)). O Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde promove policy dialogs (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/activities/policy-dialogues/>) e produz policy briefs (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/policy-briefs-and-summaries>). São formas de tornar o conhecimento científico produzido como um insumo que influencie processos decisórios em saúde.

O OAPS está imbuído de princípios de democracia, direito à saúde e defesa de sistemas universais. Dialogar com gestores tem sido reconhecido como fundamental, mas não suficiente para contribuir para a adoção de políticas mais equitativas. Nesse sentido, tem buscado produzir materiais para públicos distintos (gestores, estudantes, profissionais de saúde e movimentos sociais), como documentários em vídeo e boletins, sendo alguns projetos implementados e outros em fase de formulação. Essa tem sido uma preocupação constante dos pesquisadores que lideram a condução do OAPS e, apesar de resultados já alcançados, consideram que a interlocução com os movimentos sociais ainda tem um grande potencial para se desenvolver de forma mais efetiva.

No que tange à equidade, trata-se de um princípio constitucional da Seguridade Social no Brasil e uma imagem-objetivo do SUS que tem sido esboçada no âmbito de políticas públicas de sistemas universais de saúde em vários países do mundo. Concretamente, é um termo ainda cercado de imprecisão, cujas interpretações e formas de operacionalização não são claras nem, tão pouco, consensuais. Como assinalam Vieira-da-Silva e Almeida-Filho (2009) [39], a maioria dos estudos empíricos não se preocupa especificamente com a explitação dos conceitos adotados, havendo superposição e diversidade de significados quando abordados termos como equidade, iniquidade, diferença, disparidade e desigualdade.

Embora internacionalmente a temática tenha sido largamente explorada, com a criação, inclusive de centros de documentação sobre iniquidades em saúde [40], no Brasil a produção é mais recente, crescendo especialmente a partir de 1989 [41]. Um recente estudo de revisão que analisou o emprego do princípio da equidade nos estudos brasileiros em saúde [42] observou que apenas 34 (de um total de 422 artigos originais, ou

seja, cerca de 8%) discutiam o conceito de equidade. Destes, a maioria (21) atrelava a noção de equidade ao elemento de justiça social. Nesse sentido, a alocação de recursos públicos teria o propósito de eliminar as iniquidades, promovendo uma discriminação positiva em relação àqueles “menos favorecidos”, “mais pobres”, “mais vulnerados” ou aqueles “sem condições de arcar com suas necessidades de saúde via modelos liberais de mercado” (p.125).

A associação entre iniquidade/injustiça equidade/justiça social não resolve, contudo, os problemas conceituais e operacionais que circundam o tratamento da questão da equidade, uma vez que há inúmeras interpretações do que sejam necessidades de saúde e várias formas de se compreender a justiça formal [39]. Mesmo não sendo propósito deste artigo aprofundar esta discussão, não é possível negligenciar algumas questões importantes trazidas neste debate:

- A primeira delas é reiterar que a equidade continua a ser um termo nebuloso, permanecendo atual a necessidade de se aprofundar o debate teórico e metodológico que envolve essa noção, que se configura como uma das mais importantes proposições do SUS. Com a realização do referido trabalho teórico sobre a noção de *equidade* [39] os autores examinaram certas possibilidades abertas pela obra *Além da Justiça* [43], quando a filósofa húngara admite um outro critério para a equidade: *para cada um, aquilo que lhe é devido por ser um membro de um grupo ou categoria essencial*. Assim, o conceito de *equidade* permitiria orientar a identificação de determinado *grupo* ou *categoria* que seria alvo especial de intervenção. Este processo, desenvolvido na esfera pública, possibilitaria a existência da justiça, como *responsabilidade simétrica, comunicação e cooperação* [43].

- A segunda é assinalar que a opção pela equidade enquanto um princípio de justiça social não pode ser meramente formal. Ao contrário, ela opera discriminações de fundo e inclui a definição de políticas de inclusão social num movimento de discriminação positiva [12, 44, 45, 46]. Por isso mesmo, a equidade tem-se constituído num dos temas mais debatidos nos países que adotaram como modelo sistemas públicos universais. A equidade exprime a responsabilidade coletiva de realização de um princípio de justiça social. Como assinala Blais (2003) [47] “a saúde constitui, entre outros, um dos bens que devem promover a justiça”.

- Por fim, cumpre reconhecer que os ganhos de universalidade não reduzem necessariamente as iniquidades em saúde. Pelo contrário, a literatura tem demonstrado que nem sempre ou quase nunca as intervenções voltadas para a melhoria de indicadores de saúde apresentam correspondência com a sua melhoria entre os grupos mais excluídos. Contrariamente ao que se supõe em geral, a melhoria daqueles faz-se pela elevação dos valores

médios numa determinada população e tem como contraponto a ampliação das desigualdades, com aumento da amplitude da variação de tais medidas na respetiva população. Por isso, para alcançar maior igualdade, as políticas públicas devem mirar a equidade [12, 48, 49], com responsabilidade, comunicação e cooperação. Nesse sentido, o OAPS tem-se posicionado a respeito das ameaças aos direitos sociais, ao SUS e à democracia no Brasil, divulgando oportunamente textos analíticos e críticos dos mais variados sujeitos individuais e coletivos, integrantes ou não da rede de pesquisadores.

## Bibliografia

1. Paim JP (2002). Saúde, política e reforma sanitária. Salvador: CEPES/ISC. 447 p.
2. Noronha JC, Lima LD, Machado CV. O Sistema Único de Saúde. In: Giovanella L, Escoré S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI (orgs.). (2012) Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 365-393.
3. Oliveira LS, Almeida LGN, Oliveira MAS, Gil GB, Cunha ABO, Medina MG, Pereira RAG. (2012). Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. Ciência & Saúde Coletiva, 17(11): 3047-3056.
4. Alves MGM, Casotti E, Oliveira LGD, Machado MTC4, Almeida PF, Corvino MPF, Marin J, Flauzino RF, Montenegro LAA (2014). Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. Saúde em Debate, 38 (n. especial): 34-51.
5. Soares-Neto JJ, Machado MH, Alves CB (2016). O Programa Mais Médicos, a infraestrutura das unidades básicas de saúde e o índice de desenvolvimento humano municipal. Ciência & Saúde Coletiva, 21(9): 2709-2718.
6. Gonçalves CV, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA (2009). Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública, 25(11): 2507-2516.
7. Mendes LV, Campos MR, Chaves GC, Silva RM, Freitas PS, Costa KS, Luiza VL (2014). Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. Saúde em Debate; 38 (n. especial): 109-123.
8. Espírito MA. Controle social do SUS: conselhos e conferências de saúde. In: Paim JS e Almeida-Filho N (org) (2013). Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook, 245-259.
9. Rasella D, Machado DB, Castellanos MEP, Paim J, Szwarcwald CL, Lima D, et al. Assessing the relevance of indicators in tracking social determinants and progress toward equitable population health in Brazil. Global health action. 2016; 9: 29042 - <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v9.29042>
10. Whitehead, M (1990). The concepts and principles of equity and health. Copenhagen, World Health Organization, 29p.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva (2000). Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília, DF.
12. Gwatkin, D. (2002) La necesidad de hacer reformas del sector de la salud orientadas hacia la equidad. Rev. Panam. Salud Pública, 11(5/6):310-315.
13. Pournalek F National health observatories: Need for stepped-up action (2012). The Health, 3(3): 63-64 [Editorial].
14. Análise de políticas de saúde no Brasil (2003-2017). Projeto submetido à Chamada MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit N° 41/2013. Rede Nacional de Pesquisas sobre Política de Saúde: Conhecimento para efetivação do Direito Universal à Saúde. Salvador, Universidade Federal da Bahia / Instituto de Saúde Coletiva. Coordenação: Prof. Jaínilson Silva Paim.
15. Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, Ximenes RA, Barata RB, Rodrigues LC (2011). Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. Lancet, 377: 1877-1889.
16. Paim JS Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J (2011). The Brazilian health system: history, advances, and challenges. Lancet, 377: 1778-1797.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2015). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Série Estudos e Pesquisas 35.
18. United Nations Development Programme (UNDP). Human Development Report, 2016. [Disponível em <http://www.br.undp.org/content/dam/brasil/docs/RelatoriosDesenvolvimento/undp-br-2016-human-development-report-2017.pdf>. Capturado em 08/09/2017.]
19. Neri M. Alta da desigualdade e da pobreza, superação da crise e políticas de renda [versão preliminar] FGV Social/CPS. Agosto de 2017. [Disponível em <http://www.cps.fgv.br/cps/bd/papers/ALTA-DA-DESIGUALDADE-E-DA-PÓBREZA-SUPERACAO-DA-CRISE-E-POLITICAS-DE-RENDA-FGV-SOCIAL-MARCELO-NERI.pdf>. Capturado em 14/09/2017]
20. Observatório de Análise Política em Saúde. Crise no Brasil: qual o impacto na saúde das populações? Disponível em <http://www.analisepoliticaemsaudade.org/oaps/boletins/edicoes/24> Capturado em 8/09/2017]
21. Teixeira C. A saúde no Brasil em 2016 através das lentes do OAPS. Observatório de Análise Política em Saúde. Disponível em <http://www.analisepoliticaemsaudade.org/> Capturado em 14/09/2017]
22. Landmann-Szwarcwald C, Macinko J (2016). A panorama of health inequalities in Brazil. International Journal for Equity in Health: (15) 174.
23. Chamada MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit N° 41/2013 – Rede Nacional de Pesquisas sobre Política de Saúde: Conhecimento para Efetivação do Direito Universal à Saúde).
24. Observatório de Análise Política em Saúde. Regimento interno do Observatório de Análise Política em Saúde. Salvador, 2014. [Disponível em <http://www.analisepoliticaemsaudade.org/oaps/quem-somos/governanca> Capturado em 13/09/2017]
25. Teixeira C, Paim J. Análise Política em Saúde: contribuição do OAPS (2017). Editorial. Ciência & Saúde Coletiva, 22(6) 1744.
26. Callon M. Éléments pour une sociologie de la traduction. L'année sociologique, 1986.
27. Latour, b. Changer de société: refaire de la sociologie. Paris: la découverte, 2006.
28. Belochio V. O jornalismo digital e os efeitos da convergência: meta-informação, encadeamento midiático e a cauda longa invertida. (2009) Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. XXXII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação – Curitiba, PR – 4 a 7 de setembro de 2009.
29. Habermas, J. Teoria do agir comunicativo. Racionalidade da ação e racionalização social (2012). São Paulo, Editora WMF Martins Fontes, 473-581.
30. Hemmings J, Wilkinson J. What is a public health observatory? (2003) Epidemiol Community Health, 57: 324-326, 2003.
31. Barbosa P. Política social e observatórios sociais de saúde: que relação? (2005) Relatório de estágio do Observatório Português do sistema de saúde. (Disponível em: [http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/PatBarbosa\\_PoliticasSociais.pdf](http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/PatBarbosa_PoliticasSociais.pdf) . Acesso em: 02 set. 2014).
32. Wilkinson J (2015). Public health observatories in England: recent transformations and continuing the legacy. Cad Saúde Pública; 31 Supp I: S269-76.
33. Castillo-Salgado C (2015). Developing an academia-based public health observatory: the new global public health observatory with emphasis on urban health at Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Cad Saúde Pública, 31 Suppl 1: S286-93.
34. Dias MAS, Friche AAL, Oliveira VB, Caiaf WT (2015). The Belo Horizonte Observatory for Urban Health: its history and current challenges. Cad. Saúde Pública, 31 Sup: S277-S285.
35. Santos-Neto, PM dos (2012). Análise da política de recursos humanos em saúde: o caso da rede observatório de recursos humanos em saúde do Brasil. Tese de Doutorado em Saúde Pública. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife/Brasil.
36. Bourdieu P. O campo político (2011). Revista Brasileira de Ciencia Política, no 5. Brasma 193-216.
37. Vieira-da-silva LM. Gênese Sócio-Histórica da Saúde Coletiva no Brasil. In: Lima NT, Santana E e Paiva J. Saúde Coletiva (2015). A Abrasco em 35 anos de história. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz. 1: 25-48.
38. Testa M. Análisis de instituciones hipercomplejas. In: Merhy & Onocko, R.

## Artigo Original

- Agir em saúde: Um desafio para o público (1997). São Paulo / Buenos Aires: Hucitec / Lugar Editorial, 17-70.
39. Vieira-da-Silva LM, Almeida-Filho N de (2009). Eqüidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25 Sup 2:S217-S226.
40. Stronks K, Trirum H van, Mackenbach JP (1996). A documentation centre on socioeconomic inequalities in health. *JJournal of Epidemiology and Community Health*, 50:5. [Downloaded from <http://jech.bmjjournals.org/> on September 18, 2017-Published by group.bmj.com]
41. Almeida-Filho N, Kawachi I, Pellegrini A, Dachs JNW (2003). Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive content analysis (1971-1995). *Am J Public Health* 93:2037-43.
42. Albrecht CAM, Rosa RS, Bordin, R (2017). O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão. *Saúde Soc* 26 (1): 115-128.
43. Heller A (1998). Além da justiça. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 464p.
44. Teixeira C (2000). Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade e necessidades prioritárias de saúde. *Cadernos da 11º Conferência Nacional de Saúde*. Brasília. pp 261-282.
45. Giffin K. (2002) Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cad. Saúde Pública*, 18 (suplemento): 103-112.
46. Heringer R. (2002) Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. *Cad. Saúde Pública*, 18 (suplemento): 57-65.
47. Blais F. (2003). Choix et limites de l'allocation des ressources en santé. Pourquoi est-ce nécessaire? Pourquoi est-ce si difficile ?. *Éthique publique*, 5(1) : 9-14.
48. Sin D.D, Svenson LW, Cowie, R; Man P. (2003) Can universal access to health care eliminate health inequities between children of poor and nonpoor families? *Chest*, 124: 51-56.
49. Potvin L, Gendron S, Bilodeau A, Chabot P. (2005) Social determinants of health inequities: Integrating social theory into public health practice. *American Journal of Public Health* 591-595.

## Conflito de interesses

Os autores declaram não haver quaisquer conflitos de interesses.

# A equidade na investigação avaliativa com foco na cooperação em Saúde para o desenvolvimento

*Equity in evaluative research focusing on health cooperation and development*

**Isabel Craveiro**

Unidade de Saúde Pública Internacional e Bioestatística, Universidade Nova de Lisboa,  
Instituto de Higiene e Medicina Tropical.  
Global Health and Tropical Medicine, UNL-IHMT, Lisboa, Portugal

**Zulmira Hartz**

Unidade de Saúde Pública Internacional e Bioestatística, Universidade Nova de Lisboa,  
Instituto de Higiene e Medicina Tropical.  
Global Health and Tropical Medicine, UNL-IHMT, Lisboa, Portugal

## Resumo

O objetivo do presente artigo é fazer uma síntese do conhecimento sobre a forma como o tema da equidade é abordado nas publicações sobre investigação avaliativa na cooperação para o desenvolvimento, de um ponto de vista intercultural.

O número especial do *Canadian Journal of Program Evaluation*, Vol 30, No 3 (2015): "Decolonizing International Development Evaluation" [1] é composto por um conjunto de sete artigos originais, dos quais consideramos cinco para a presente síntese sobre as principais questões levantadas acerca do tema da equidade na investigação avaliativa. O número especial procura realçar a relevância das dimensões cultura e contexto para a avaliação realizada na área do desenvolvimento internacional.

Uma das constatações prende-se com a existência de vários desafios para a descolonização da avaliação em contextos de desenvolvimento internacional, nomeadamente no que se refere aos parâmetros cultura e contexto.

**Palavras Chave:**

Equidade, avaliação transcultural, cooperação para o desenvolvimento.

## Abstract

The aim of this paper is to summarize the knowledge about the different approaches to equity in publications on evaluative research in development cooperation from an intercultural lens.

The special issue of the *Canadian Journal of Program Evaluation*, Vol 30, No 3 (2015): "Decolonizing International Development Evaluation" [1] consists of a set of seven original articles, and we consider five for the present synthesis on the main issues raised on the theme of equity in evaluative research. This special issue intends to highlight the relevance of the culture and context dimensions for the evaluation executed in the area of international development.

One of the findings is the existence of several challenges for the decolonization of evaluation in international development contexts, in particular regarding culture and context.

**Key Words:**

Equity, intercultural evaluation, development cooperation.

## 1. Introdução

O número especial [1] contém cinco artigos diretamente relacionados com a temática da equidade na investigação avaliativa [2,3,4,5,6], que nos oferecem uma perspetiva acerca da avaliação quando efetuada em contexto internacional e os desafios que os avaliadores têm de enfrentar, nomeadamente os que estão relacionados com a dimensão cultural do processo avaliativo, conduzindo a uma necessidade de efetuar uma avaliação de tipo intercultural, com base em equidade e orientada muitas vezes por preocupações com as questões de género.

A cultura está no cerne de qualquer atividade avaliativa, assim sendo não existe avaliação sem cultura e esta por sua vez é resultado de uma construção social, política e histórica, sendo expressão de normas e valores sociais [7] O conceito de cultura e as suas múltiplas ligações à avaliação são importantes no contexto de avaliações em ambientes internacionais, sobretudo se levarmos em linha de conta a história recente do passado colonizador. O papel da cultura na avaliação do desenvolvimento internacional foi analisado por uma revisão de 71 estudos de avaliação em contextos de desenvolvimento internacional publicados nos últimos 18 anos [2].

Apesar de os discursos sobre avaliação a nível global serem cada vez mais imbuídos de uma perspetiva de avaliações culturalmente relevantes, permanecem muitos desafios de integração das vozes Africanas. É neste contexto que Chilisa e colegas [3] discutem as perspetivas Africanas sobre a descolonização e indigenização da avaliação.

Tendo por base o pressuposto de que a compreensão das dimensões culturais é fundamental nas avaliações cujo objetivo é melhorar programas sociais e gerar os resultados pretendidos [8], Hudib e colegas [4] partilham o resultado de uma conversa informal entre um avaliador Canadiano e um grupo de avaliadores Indianos acerca das suas experiências de colaboração na avaliação de projetos de capacitação nos últimos cinco anos. O foco principal foi precisamente refletir acerca da experiência intercultural, dos benefícios e desafios encontrados no processo de superação dos sistemas de conhecimento de avaliação Ocidental e Indiano.

Uma outra área de crescente interesse está relacionada com a avaliação focada na equidade o que deu origem à publicação de documentos orientadores por parte de diversas organizações internacionais de desenvolvimento [9,10,11]. Neste sentido, Robertson [5] descreve de que forma as organizações internacionais de desenvolvimento recomendam abordar os determinantes sociais da equidade nos seus documentos de orientação para a prática de avaliação. As implicações para a qualidade da avaliação, a capacidade de resposta cultural e a descolo-

nização da avaliação são discutidas e é apresentado um resumo de exemplos e orientações práticas.

A maior parte da formação em termos de avaliação tem-se concentrado a nível nacional, o que é necessário e importante, mas poderá ser desadequado tendo em conta que os principais problemas que o mundo enfrenta atualmente são globais por natureza [6]. O número especial em análise centra-se nos impressionantes desenvolvimentos internacionais e interculturais na área da avaliação, mas segundo Patton [6] o passo seguinte é tratar o sistema global como avaliado e desenvolver avaliadores capazes de realizar avaliações das mudanças dos sistemas globais transculturais.

## 2. O papel da cultura na avaliação na cooperação para o desenvolvimento internacional

Nos últimos 30 anos o campo da avaliação tem verificado um significativo incremento em termos globais, tanto no número de publicações, como na procura por trabalhos de natureza avaliativa, em grande parte devido a pedidos de organizações não-governamentais e agências de cooperação internacional [12].

Assim, a Organização Internacional de Cooperação em Avaliação (*International Organization for Cooperation in Evaluation - IOCE*) está neste momento a organizar uma comunidade de associações nacionais de avaliação profissional em todo o mundo, cujo ponto de partida foi a Sociedade Canadiana de Avaliação, criada nos anos 1980, sendo atualmente constituída por mais de 158 organizações. A par deste crescimento, assiste-se também a um aumento no número de conferências, revistas de avaliação, cursos de formação e consultorias com o foco internacional [2].

Num contexto de aumento da avaliação e da sua crescente globalização, existe a necessidade de introduzir na análise a questão dos contextos e espaços culturais em que a pesquisa avaliativa ocorre. De facto, a avaliação do desenvolvimento ocorre em contextos de diversidade e complexidade cultural e socioeconómica, existindo a necessidade de se compreender temas como: competências culturais, capacidade de resposta e sensibilidade cultural. Os avaliadores de programas trabalham em diferentes comunidades locais e internacionais e países em todo o mundo, e em programas que são projetados para abordar questões sociais, económicas e ambientais cada vez mais imprevisíveis, tornando-se necessário compreender melhor a cultura e o contexto cultural das comunidades (introdução do número especial em análise) [13].

Ou seja, “a cultura é uma parte inegavelmente integrada dos diversos contextos de avaliação e, portanto, parte integrante

da avaliação. A cultura está presente na avaliação não apenas nos contextos em que os programas são implementados, mas também nos projetos desses programas e na abordagem, posição ou métodos que os avaliadores optam por usar no seu trabalho" (SenGupta, Hopson e Thompson-Robinson 2004 cit in Chouinard 2015: 238) [13].

Assim, é importante elencar as dimensões do contexto cultural, bem como as questões orientadoras para prática de avaliação (Tabela 1) tal como identificadas por Chouinard [13], que as considera fundamentais para refletir como e de que forma a cultura é implicada (e expressa) na avaliação e, mais especificamente, nos contextos em que a avaliação ocorre. De facto, o contexto internacional não é um espaço neutro, persistindo questões relacionadas com as lutas sobre o significado, a identidade, a representação, o poder e a igualdade [14]. A avaliação não consegue ficar isenta das agendas do desenvolvimento. Ela é considerada uma prática intensamente cultural e enraizada nos princípios da modernidade ocidental e muitos dos avaliadores exercem a sua atividade a pedido das agências de desenvolvimento e cooperação para avaliar o impacto da ajuda [15]. Aliás a avaliação no Sul Global é considerada ela mesma uma necessidade das agências de financiamento.

E embora tenha havido progressos significativos em termos de reconhecimento da cultura e do contexto cultural nas avaliações realizadas em contextos norte-americanos e europeus, inclusive nas comunidades indígenas e imigrantes (Hood, Hopson e Frierson, 2015; Hood,

Hopson, & Kirkhart, 2015, Kawakami, Aton, Cram, Lai e Porima, 2008 cit in Chouinard e Hopson, 2015) [2], tal parece não se verificar a nível global (Bhola, 2003; Denzin & Lincoln, 2008; Ofir & Kumar, 2013 cit in Chouinard e Hopson, 2015) [2].

Chouinard e Hopson (revisão incluída no número especial) [2] fizeram uma revisão de 71 estudos sobre

**Tabela 1:** As dimensões da cultura nas práticas avaliativas do desenvolvimento internacional

Dimensões da prática cultural	Principais questões que orientam a análise
<b>Epistemológica</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abordagens à construção do conhecimento</li> <li>- Paradigmas ocidentais vs. Locais/indígenas</li> <li>- Papel/posicionamento do avaliador</li> <li>- Quadros de representação e significado</li> </ul>	Quais são as formas de conhecimento privilegiadas? Quais as formas dominantes? Quais as excluídas? Quais as perspetivas utilizadas no desenho da avaliação? De quem são as vozes e as perspetivas que enquadram a análise? E as excluídas? Qual o papel desempenhado pelo avaliador na avaliação? Em que medida o avaliador está envolvido no processo?
<b>Ecológica</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreensão e explicitação do contexto e cultura</li> <li>- História, cultura e antecedentes da comunidade</li> <li>- História e influências sociais, históricas e económicas mais vastas</li> <li>- Necessidades locais de programa / informação</li> </ul>	Qual é a história do programa da comunidade? Em que medida a história, a cultura e os antecedentes da comunidade são a base para o desenho, o processo e as consequências da avaliação? De que maneira as realidades sociais, históricas e económicas da comunidade são consideradas? Como é que as suas necessidades de informação são manifestadas na avaliação? Qual o equilíbrio entre as necessidades de informação locais e externas?
<b>Metodológica</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Variedade de abordagens filosóficas</li> <li>- Validade multicultural / definições de qualidade de dados</li> <li>- Níveis de inclusão / exclusão e voz</li> <li>- Método e desenvolvimento de instrumentos</li> <li>- Adaptação local e conveniência cultural</li> </ul>	Em que medida os métodos são compatíveis com a cultura local? Eles refletem as diversas necessidades da população? Quais os pontos de vista representados, de quem, por quem e como? Quem está excluído? Quem na comunidade participa da avaliação? Quais os fatores considerados na formação da equipe de avaliação? Quem interpreta, escreve, relata e usa os resultados? De quem é a linguagem usada / traduzida na documentação de avaliação? A validade é definida de forma culturalmente apropriada?
<b>Política</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poder e privilégio</li> <li>- Diversidade de valores e discursos dominantes</li> <li>- Normas de representação</li> <li>- Conflito / compatibilidade de políticas e agendas</li> </ul>	Que manifestações de poder podem ser observadas na avaliação? Quem detém o poder? Quem não? De quem são os valores dominantes? Em que medida a avaliação é conduzida por normas externas e padrões de responsabilização? Como é que os problemas de poder e privilégio são a base para o desenho e o processo de avaliação? Qual é o racional para a avaliação (por exemplo, responsabilidade, aprendizagem, justiça social)?
<b>Pessoal</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- "Crítica" / reflexividade e autoconsciência</li> <li>- Valores e preconceitos pessoais</li> <li>- Abertura e aprendizagem</li> <li>- Cultura e localização social do pesquisador</li> </ul>	As semelhanças / diferenças culturais são observadas? Em que medida os avaliadores estão conscientes da sua própria localização e valores culturais? Como é que a sua posição influencia o seu trabalho e compreensão do contexto e da abordagem? Quão abertos eles estão para aprender sobre o contexto cultural? De que maneira as suas auto reflexões e consciência afetam a sua abordagem de avaliação?
<b>Relacional</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identidade situacional (insider / outsider)</li> <li>- Co-construções de conhecimento</li> <li>- Relação e compreensão</li> <li>- Tempo gasto na comunidade</li> </ul>	Que atenção é dada ao estabelecimento de relacionamentos com membros da comunidade e outras partes interessadas? Como é que o conhecimento é enquadrado e construído dentro do processo de avaliação? Quanto tempo é gasto na construção de relacionamentos e familiarização das normas, valores e costumes comunitários?
<b>Institucional</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Políticas e agendas políticas</li> <li>- Objetivo / racional da avaliação</li> <li>- Necessidades do programa e de informações</li> <li>- Normas e ideologias profissionais</li> <li>- Tempo e recursos</li> </ul>	Quais as políticas / agendas políticas que orientam a prática? Qual é o racional orientador por trás da abordagem e intenção da avaliação? Como é que as necessidades da comunidade e do financiador são equilibradas / contrabalançadas? Quanto tempo e recursos são dedicados ao projeto? Os recursos dedicados são viáveis? De quem são as normas profissionais e as ideologias que orientam a prática? Como é que essas normas são equilibradas com as práticas locais?

Fonte: Chouinard, Jill Anne (2015). Introduction: Decolonizing International Development Evaluation. *Canadian Journal of Program Evaluation*. Vol. 30 Special Issue (nº 3), 237–247 doi: 10.3138/cjpe.30.3.02

avaliação em contextos de desenvolvimento internacional publicados nos últimos 18 anos, explorando onde, como, e se a cultura é considerada nos estudos de avaliação internacionais publicados. Especificamente, analisaram os conceitos e definições de cultura em contextos de desenvolvimento internacional e como os profissionais de avaliação, académicos e / ou formuladores de políticas que trabalham na avaliação de desenvolvimento internacional enquadram o papel da cultura e do contexto cultural na sua prática.

Da análise resultou a identificação de cinco áreas:

(a) A manifestação da cultura ao longo de um continuum de explícito para implícito.

Por um lado, os estudos com menções explícitas ao conceito de cultura ultrapassam o foco nas práticas participativas e inclusivas dos atores chave, destacando uma abordagem de avaliação sensível aos valores e contextos culturais. Muitos desses estudos também abordam questões de poder, com foco no desenvolvimento de abordagens metodológicas culturalmente relevantes que refletem possíveis viés e pressupostos culturais por parte do avaliador ou pesquisador. Para além das abordagens participativas, este tipo de estudos também descreve a necessidade de fundamentar a avaliação e os métodos segundo o contexto cultural da comunidade (e.g. Abes, 2000; Van Vlaenderen, 2001 cit in Chouinard e Hopson, 2015) [2].

Por outro, os artigos com menções implícitas ao conceito de cultura identificam a necessidade de aproveitar o conhecimento local / indígena (McDuff, 2001 cit in Chouinard e Hopson, 2015) [2], compreender o contexto local e dar voz aos participantes e abordar as questões de poder (Mullinix e Akatsa-Bukachi, 1998 cit in Chouinard e Hopson, 2015) [2], não havendo menção de cultura ou implicações culturais da avaliação. De uma forma geral, neste tipo de estudos não existe qualquer alusão à cultura ou às implicações culturais das abordagens metodológicas e epistemológicas da avaliação. Este continuum é considerado reflexo da complexidade das práticas avaliativas nos contextos de desenvolvimento internacional e dos desafios de alterar metodologias Ocidentais em contextos não-Ocidentais (Smith, 2009 cit in Chouinard e Hopson, 2015) [2].

(b) A crítica cultural da prática participativa no desenvolvimento internacional. A revisão identificou uma grande variedade de programas, contextos geográficos e culturais, abordagens avaliativas e resultados, reforçando a necessidade de perceber o contexto e as suas variabilidades na avaliação do desenvolvimento internacional.

(c) Os limites das epistemologias de construtivismo social e representações de voz. A maioria dos estudos da revisão usou uma abordagem participativa ou colaborativa na avaliação, uma abordagem interativa da pesquisa social que ultrapassa o empirismo tradicional e está enraizada em epistemologias derivadas da teoria social construtivista (Heron & Rason, 1997 cit in Chouinard e Hopson, 2015) [2]. Ou seja,

os relacionamentos dos atores chave, do avaliador e do doador são socialmente construídos antes da avaliação (ou do projeto de desenvolvimento) e, portanto, devem ser entendidos nesta narrativa histórica, cultural, política e económica mais ampla. As avaliações acontecem envolvidas por meta-narrativas (Lyotard, 1979 cit in Chouinard e Hopson, 2015) [2] do Norte e do Sul, países desenvolvidos vs. países em desenvolvimento, que servem para criar, decretar e reinscrever discursos coloniais e processos e práticas socio-históricos em curso. Ou seja, a discussão acerca da inclusão da cultura na avaliação do desenvolvimento internacional deve ir muito além dos descritores demográficos e integrar preocupações epistemológicas e ontológicas sobre quem está envolvido na construção do conhecimento, como são definidos os parâmetros do que é considerado conhecimento e quais as formas de conhecimento validadas e valorizadas.

(d) Avaliação como uma prática cultural. As avaliações continuam a refletir as perspetivas, normas e valores Ocidentais (Bhola, 2003 cit in Chouinard e Hopson, 2015) [2], o que é considerado por muitos como “*reducionista, linear, objetivo, hierárquico, empírico, estático, temporal, singular, especializado e escrito*” (Smylie et al 2003 cit in Chouinard e Hopson, 2015) [2].

(e) Envolvimento cultural e papel multifacetado do avaliador. Na avaliação, o papel do avaliador é considerado uma construção dinâmica e fluída (Kushner, 2000 cit in Chouinard e Hopson, 2015) [2] caracterizada por múltiplas dimensões (e.g., facilitador, mediador, parceiro, observador, juiz) e continuamente alterada e transformada pelas especificidades socioculturais do programa e contexto comunitário. A revisão sugere que o conceito de papel assume um significado particular em ambientes cultural e socio-politicamente complexos, pois os avaliadores devem assumir múltiplos papéis, que se revelam muitas vezes conflituantes à medida que a avaliação decorre (Hamilton et al., 2000 ; Laperrière, 2006 ; Parkinson, 2009 ; von Bertrab & Zambrano, 2010 cit in Chouinard e Hopson, 2015) [2].

### 3. Descolonização e indigenização das práticas avaliativas em África

A avaliação é sobre valores, e o que é avaliado depende da forma como a realidade é percebida, o que é considerado conhecimento válido, e para quem esse conhecimento é válido [16].

Segundo a Teoria da Árvore (*Theory Tree*) descrita no livro *Evaluation Roots* de Alkin [17,18] a avaliação contém três ramos principais: **métodos** – ramo em que os teóricos estão particularmente preocupados com a construção o mais rigorosa possível do conhecimento, considerando os constrangimentos específicos dessa avaliação; **valorização** – ramo inicialmente inspirado por Scriven (1967 cit in

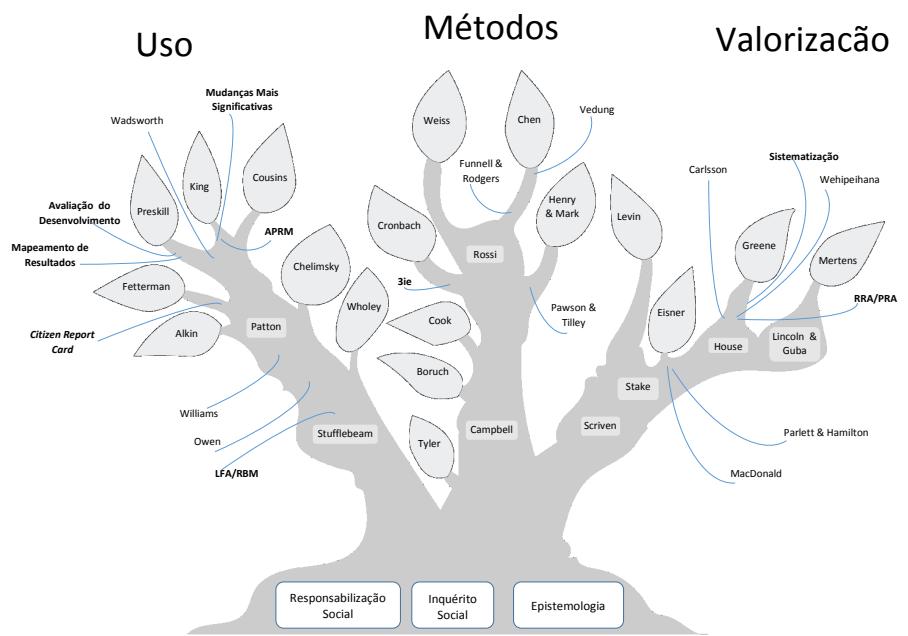
Carden e Alkin) [15], o teórico que inicialmente preconizou que não há avaliação sem valores, na medida em que o trabalho da avaliação consiste em fazer julgamento de valor acerca do objeto em estudo. Este ramo subdivide-se em dois: os objetivistas, segundo os quais o avaliador tem o papel de avaliar com valores e os subjectivistas, para quem a valorização tem de acontecer num contexto de compreensão do “significado subjetivo” da informação da avaliação. Ao contrário dos objetivistas, estes teóricos não fazem sozinhos o julgamento de valorização; e **uso** – originalmente direcionado para a avaliação e tomada de decisão. Os primeiros teóricos neste ramo informavam os agentes com poderes para usar a informação, tipicamente os que haviam contratado a avaliação. Os teóricos que lhes seguiram alargaram a preocupação do uso para uma audiência mais ampla bem como para a capacitação (formação) dentro das próprias organizações alvo dos processos de avaliação.

Os três ramos da árvore não são independentes, mas antes apresentados de uma forma que reflete o carácter interativo das suas relações mútuas. Cada teórico situa-se na árvore num ramo que representa a sua ênfase principal entre os três ramos. A versão revista de 2012 [18] integrou teóricos Norte Americanos, Europeus e Australianos. Carden e Alkin [15] adicionaram à árvore outras perspetivas de outras partes do mundo, que se encontram ligadas à árvore original (Figura 1).

Embora reconhecendo que a teoria no campo da avaliação é ainda incipiente nos Países de Baixa e Média Renda (*Low and Midle Income Countries* – LMICs), o volume crescente de avaliações nestes contextos justifica um primeiro exercício na definição do que constitui avaliação para o desenvolvimento e revisão da árvore de avaliação.

Os autores [15] realçam o facto de as raízes da avaliação nos LMICs serem inicialmente as deixadas pelas Organizações de Ajuda do Norte. Neste sentido, as raízes são institucionais e não independentes e contextualmente garantidas por uma perspetiva enraizada em MÉTODOS, Valorização ou Uso. E as abordagens impostas neste processo têm a sua origem na América do Norte ou na Europa e nos desenvolvimentos na área da avaliação que aconteceram nesses países e não nos LMICs. Mas à medida que a avaliação passou a ser usada mais frequentemente nos LMICs e mais localizada, os preceitos da avaliação (ou “teorias descritivas”) começaram a refletir os contextos locais. E esta é uma das razões para os autores admitirem a dificuldade de encontrar teóricos

Fig.1 - Árvore da Teoria da Avaliação – proposta original com teóricos Norte Americanos, Europeus e Australianos, modificada com contributos do Sul global (individuais e coletivos)



Fonte: Adaptado de Carden, Fred e Alkin, Marvin C. (2012). Evaluation Roots: An International Perspective. *Journal of MultiDisciplinary Evaluation*, Vol. 8, Number 17. January 2012, 102-118.

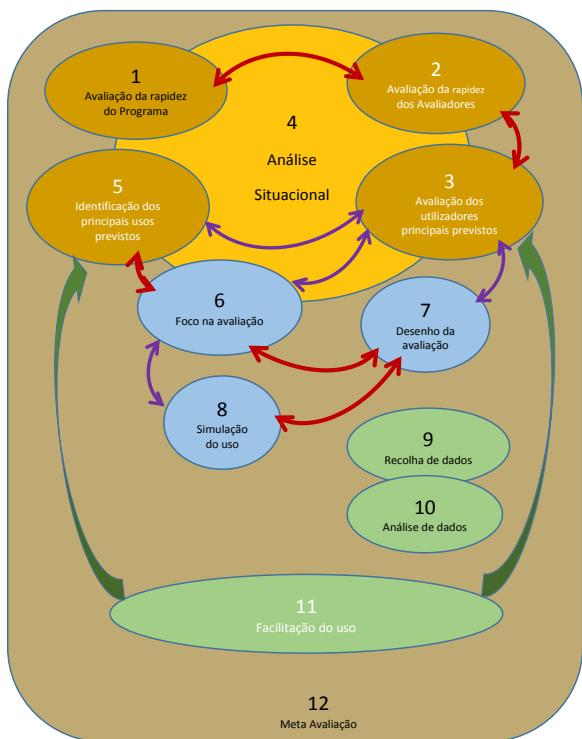
individuais, porque os esforços de avaliação são coletivos, cultural e politicamente contextualizados. Por esta razão, as ligações à árvore original são um misto de teóricos individuais e contributos coletivos (e.g. 3ie - *International Initiative for Impact Evaluation*; Mapeamento de Resultados – *Outcome Mapping*; APRM – *The African Peer Review Mechanism*; *Citizen Report Card* – desenhado para melhorar o acesso e desempenho de serviços públicos).

Carden e Alkin [15] salientam ainda a importância de os analistas da avaliação construírem conhecimento e documentação mais completos acerca da avaliação de desenvolvimento nomeadamente nos LMICs.

Como salientado por Chouinard e Hopson (no número especial em análise) [2], existe uma distinção entre “metodologias adoptadas” e “metodologias adaptadas” [15]. Embora ambas tenham origem no Ocidente, as “metodologias adoptadas” representam as abordagens coloniais à avaliação e são desenhadas para satisfazer as exigências de responsabilização das nações doadoras Ocidentais; as “metodologias adaptadas” têm um foco colaborativo e são elaboradas para responder às necessidades do contexto local. Carden e Alkin [15] fazem ainda referência às “metodologias indígenas”, ou seja, as que se desenvolveram no Sul global. Estas metodologias parecem ser específicas da região e normalmente não são partilhadas entre regiões.

Um exemplo das “metodologias adaptadas” é precisamente a avaliação do desenvolvimento, definida como a avaliação que “*apoia o desenvolvimento da inovação para orientar a adaptação às realidades emergentes e dinâmicas em ambientes complexos*” (Patton 2011 cit in Carden e Alkin 2012: 110) [15]. A

Fig.2 - Etapas da Avaliação Centrada na Utilização



Fonte: Ramirez, Ricardo; Kora, Galin e Brodhead, Dal (2017). Translating Project Achievements into Strategic Plans: A Case Study in Utilization-Focused Evaluation. *Journal of MultiDisciplinary Evaluation*. Volume 13, Issue 28, 1-23.

ênfase na avaliação do desenvolvimento é a aprendizagem adaptativa, o feedback em tempo real, a flexibilidade e a apreensão da dinâmica do sistema (Gamble, 2008; Patton, 2011 cit in Ramirez et al 2017) [19]. A *avaliação centrada na utilização* é um quadro de tomada de decisão dentro do qual a avaliação do desenvolvimento pode inserir-se, dependendo dos usos e das principais questões de avaliação. A noção de *avaliação de desenvolvimento centrada na utilização* foi avançada por Patton (2008 cit in Ramirez et al 2017) [19] e tem sido descrito por vários estudos (Patton et al., 2016; Ramírez, Kora & Shephard, 2015 cit in Ramirez et al 2017) [19]. Na Figura 2 apresentamos as principais etapas da *avaliação centrada na utilização*, embora Ramirez e colegas [19] chamem a atenção para o facto de a sua implementação não corresponder a um processo linear.

Chilisa e colegas [3] (no número especial em análise) observaram a reconfiguração de Carden e Alkin [15] da metáfora da árvore de avaliação (ver Figura 1) para localizar vozes africanas, perspetivas e epistemologias que considerem a descolonização e indigenização de novas ferramentas e práticas de avaliação com ecos culturais em África. Os autores começam por uma crítica dos paradigmas e abordagens euro-ocidentais dominantes na avaliação, posicionando-os como um artefacto cultural, uma forma de “imperialismo epistemológico” que reforça abordagens focadas nos doadores e baseadas na responsabilização. afirmam que a

“contextualização cosmética” é insuficiente, pois o que é necessário é uma teoria de avaliação africana que enfatize as formas de avaliação relacionais africanas num paradigma de avaliação relacional africano. E a questão sobre “Quem define a agenda?” é primordial.

Segundo os autores [3], nos países em desenvolvimento a avaliação tornou-se o pior instrumento de imperialismo epistemológico, traduzido no tipo de factos recolhidos, nas técnicas usadas para os recolher e na teorização subsequente.

No debate acerca do papel da cultura no desenvolvimento internacional, é preciso perceber se os paradigmas de avaliação são culturalmente neutros. Permanecendo a questão: será possível que os métodos e procedimentos usados na avaliação se mantenham enviesados culturalmente, racistas e ainda dominados pelo capitalismo global e o lucro e também com eventuais resquícios do que Bhabha (1994 cit in Chilisa et al 2015) [3] designa de “absurdo colonial” sobre o “outro”?

A avaliação em África e nos países em desenvolvimento em geral está na mira da crítica devido à utilização de abordagens epistemológicas ocidentais nas pesquisas sociais que reforçam uma abordagem baseada na responsabilização dos doadores para medir os resultados da avaliação. Os paradigmas de pesquisa euro-ocidentais reforçam a dependência de modelos, estratégias e técnicas eurocêntricas que muitas vezes levam a avaliações inadequadas, prescrições erradas e modelos de avaliação vácuos (Jeng 2012 cit in Chilisa et al 2015) [3]. Daí que a compreensão da política em torno da avaliação possa fornecer informações sobre a cultura dominante, a potencial dinâmica de poder na avaliação do desenvolvimento internacional e como é que o conhecimento é produzido na investigação avaliativa.

#### 4. Benefícios, desafios e lições aprendidas numa experiência de avaliação intercultural na Índia – relatos de uma conversa entre avaliadores

Existe uma necessidade reconhecida de compreender a complexidade das avaliações que ocorrem em contextos multiculturais e interculturais [4], ancorada na evidência de que a compreensão da dimensão cultural é essencial nas avaliações que pretendem melhorar programas sociais [8]. Hudib e colegas [4] (no número especial em análise) apresentam sob a forma de diálogo uma experiência de avaliação intercultural realizada num período de cinco anos entre avaliadores externos do Canadá e um grupo de avaliadores indianos locais. O foco da conversa incide sobre os benefícios obtidos e os desafios encontrados no processo de superação dos sistemas de conhecimento ocidentais e indianos. Esta conversa destaca as diferenças culturais entre os avalia-

dores no que diz respeito à seleção de questões de avaliação, aos atores chave e aos potenciais utilizadores, aos métodos de recolha de dados e de elaboração dos relatórios. No artigo ressaltam as tensões que se colocam em termos de percepção sobre o rigor da avaliação e as expressões indígenas locais de conhecimento e quadros hierárquicos impostos, tanto interna como externamente.

## 5. Os Determinantes Sociais da Equidade na Avaliação de Desenvolvimento Internacional

Robertson [5] (no número especial em análise) analisa os documentos de orientação de avaliação centrados na equidade publicados por grandes organizações internacionais de desenvolvimento (N=21). No artigo o autor analisa em que medida a política de avaliação do desenvolvimento internacional e os documentos de orientação prática fornecem recomendações para considerar as barreiras à equidade social e à igualdade em várias etapas do processo de avaliação, com implicações para a qualidade da avaliação, a capacidade de resposta cultural e a descolonização da avaliação.

A importância de incluir a equidade e o género nos estudos de avaliação vem sendo abordada [5]. O conceito de “avaliação focada na equidade” é definido como: uma avaliação do que “funciona e o que não funciona para reduzir a desigualdade” e dos “resultados pretendidos e não intencionais para os grupos mais desfavorecidos, bem como as lacunas entre os grupos mais, menos e medianamente desfavorecidos” [9]. Ou seja, são avaliações que observam explicitamente as dimensões de equidade das intervenções.

É ainda considerado que, apesar do recente aumento das publicações de avaliação focadas na equidade, a literatura e a orientação sobre este tipo de avaliação ainda estão emergindo e são algo limitadas [9].

Robertson [5] identificou as lacunas existentes na literatura de avaliação de desenvolvimento internacional que tem importantes implicações práticas e teóricas para a qualidade do desenho, métodos e relatórios de avaliação num contexto de avaliação focado na equidade.

Na análise que Robertson [5] efetuou dos documentos orientadores da avaliação de desenvolvimento internacional, a autora considerou as dimensões cultura e contexto, tendo colocado as seguintes questões:

De que forma é situado o conceito de cultura nas definições de avaliação, nas práticas metodológicas, numa perspetiva de saúde global?

Como é que a cultura é conceptualizada nos contextos de desenvolvimento internacional e qual o grau de inclusão das culturas locais, indígenas e até certo ponto extremamente marginalizadas, neste diálogo?

Embora o autor [5] reconheça algum progresso, considera ainda haver “espaço para melhoria” em termos de clareza e direção da linguagem nos documentos de orientação de

avaliação e em termos de qualidade e nível de detalhes sobre como abordar os determinantes sociais da equidade em avaliação.

## 6. Sistemas globais transculturais: em busca de avaliadores de mármore azul

Patton [6] (no número especial em análise) começa por apresentar o que considera ser a “cultura de inquérito” centrada numa perspetiva de avaliação com foco no Estado-nação como unidade de análise (o avaliado), fazendo uma sugestão de mudança para uma “perspetiva transcultural” que é global e inclui a Terra e todos os seus habitantes como unidade de análise. O autor argumenta que os problemas globais exigem um pensamento global, uma mudança de paradigma que se afaste de uma avaliação internacional com foco nos estados nacionais para uma perspetiva de avaliação dos sistemas globais. É uma abordagem provocadora que exige o reforço das capacidades e competências dos avaliadores que já detêm competências de análise de sistemas globais (por exemplo, aqueles que possuem perspetivas globais, conhecimento de sistemas mundiais, competências de análise de sistemas globais e redes em sistemas globais em mudança).

### Avaliação dos sistemas transculturais globais

Para Patton [6], uma perspetiva transcultural coaduna-se com uma abordagem descolonizadora da avaliação, pois é inclusiva das perspetivas locais, indígenas, integradas num quadro transcultural global. Nos últimos 15 anos registou-se um crescimento significativo da avaliação intercultural e internacional. O reconhecimento da importância de compreender a dimensão intercultural tem aumentado à medida que a avaliação se vem tornando mais internacional. Ou seja, o facto de a avaliação se internacionalizar trouxe a necessidade de considerar a dimensão cultural.

Fazer da cultura a unidade de análise e o foco de investigação chama a atenção para a dinâmica transcultural e, especialmente, os conflitos interculturais, sejam eles manifestados em epistemologias opostas (ciência ocidental versus formas indígenas de conhecimento), dinâmicas de poder (desenvolvimento feito às pessoas em vez de *com* as pessoas), agendas opostas (mandatos e planos das agências internacionais versus necessidades reais das populações locais e interesses autodeterminados), diferentes níveis de resultados (resultados individuais versus impactos da comunidade) e objetivos de avaliação conflituantes (responsabilidade versus aprendizagem).

### Descolonização da avaliação

O processo de descolonização da avaliação requer uma avaliação cultural e contextualmente sensível que seja autêntica e comprometida dialogicamente, inclusiva, reflexiva, capacitante, mutuamente respeitosa, consciente da complexidade e transformadora. Tais avaliações não são

atualmente a norma na avaliação de desenvolvimento internacional, mas Patton (20015) apresenta exemplos, que considera mesmo exemplares, de tais abordagens de avaliação de todo o mundo [6].

A descolonização da avaliação como apresentada no número especial em análise [1] significa reafirmar a importância, o valor e os direitos das culturas pré-coloniais e pré-imperialistas, ou o que é deixado deles ou pode ser recriado. O que tem geralmente faltado nas discussões de avaliação de enquadramento cultural e intercultural é uma perspetiva transcultural, genuinamente global, que faz da Terra e de toda a família humana a unidade de análise.

#### Competências da avaliação global

Para que a avaliação desempenhe um papel apropriado nas iniciativas e nas diversas plataformas globais e possa contribuir para resolver os problemas à escala global, são precisos avaliadores conhecedores de e competentes na análise dos sistemas globais [6].

Um dos desafios desta perspetiva é que não será suficiente reforçar a capacidade de avaliação nacional se o foco for abordar os assuntos globais. Mas há perguntas por responder nomeadamente, como formar avaliadores sensíveis a esta perspetiva transcultural, avaliadores de sistemas globais. Assim, Patton [6] propõe quatro dimensões da competência da avaliação global:

- 1) Perspetiva global: a lente de *mármore azul* – significa pensar globalmente, holisticamente e sistematicamente, ou seja, pensar no planeta e seus habitantes como o *avaliado*;
- 2) Conhecimento de sistemas mundiais – a literatura existente sobre o sistema mundial e os assuntos globais constituem conhecimento especializado que são a base para um

avaliador global (e.g. World Systems Analysis - Wallerstein, 2004 cit in Patton 2015) [6] e incluem temas como a saúde global, as interligações do sistema económico, assuntos de segurança internacional, os sistemas alimentares globais, a pobreza global ou a globalização das desigualdades. Precisamos de mudanças nos sistemas globais para avaliar essas análises e estratégias de intervenção;

3) Competências em análise de sistemas globais - uma abordagem avaliativa para a mudança de sistemas globais precisará incorporar e aplicar diferentes abordagens para a avaliação; criação e aplicação de rubricas inovadoras; critérios para julgamentos de mérito, valor e significado; e pensamento avaliativo por toda parte;

4) Ligações a redes de sistemas globais.

## Considerações finais

Seguindo o desafio de Carden e Alkin [15] este artigo de síntese do conhecimento sobre os temas da avaliação em contexto de desenvolvimento, escrito em português, tem o potencial de chegar aos colegas da Comunidade de Países de Língua Portuguesa, contribuindo para uma divulgação da temática e potencial uso do conhecimento para incentivo à divulgação das experiências avaliativas nos seus países. Esse passo é essencial para reforçar o campo da avaliação no desenvolvimento internacional e cooperação para a saúde, como uma área global, com necessidade de incluir os parâmetros contexto e cultura nas suas práticas, mas também nos seus avanços metodológicos, teóricos e conceptuais.

## Bibliografia

1. <https://journalhosting.ucalgary.ca/index.php/cjpe/issue/archive>
2. Chouinard, Jill Anne and Hopson, Rodney (2015). A Critical Exploration of Culture in International Development Evaluation. Canadian Journal of Program Evaluation. Vol.30 Special Issue (nº 3), 248–276 doi: 10.3138/cjpe.30.3.02
3. Chilisa, Bagele; Major Thenjiwe Emily; Gaotlhobogwe Michael and Mokgolodi Hildah (2015). Decolonizing and Indigenizing Evaluation Practice in Africa: Toward African Relational Evaluation Approaches. Canadian Journal of Program Evaluation. Vol.30 Special Issue (nº 3), 313–328 doi: 10.3138/cjpe.30.3.05
4. Hudib, Hind Al; Cousins, J. Bradley; Oza, Jayshree; Lakshminarayana, Undurthy and Bhat, Vasant D. (2015). A Cross-cultural Evaluation Conversation in India: Benefits, Challenges, and Lessons Learned. Canadian Journal of Program Evaluation. Vol. 30 Special Issue (nº 3), 329–343 doi: 10.3138/cjpe.30.3.06
5. Robertson, Kelly N. (2015). Considering the Social Determinants of Equity in International Development Evaluation Guidance Documents. Canadian Journal of Program Evaluation. Vol.30 Special Issue (nº 3), 344–373 doi: 10.3138/cjpe.30.3.07
6. Patton, Michael Quinn (2015). A Transcultural Global Systems Perspective: In Search of Blue Marble Evaluators. Canadian Journal of Program Evaluation. Vol.30 Special Issue (nº 3), 374–390 doi: 10.3138/cjpe.30.3.08
7. Kirkhart, K. E. (2015). Unpacking the evaluator's toolbox: Observations on evaluation, privilege, equity and justice. Evaluation Matters / He To Te Aromatawai , 1 , 7–24. <http://dx.doi.org/10.18296/em.0002>
8. Hopson , R. K. ( 2009 ). Reclaiming knowledge at the margins: Culturally responsive evaluation in the current evaluation moment . In K. E. Ryan & J. B. Cousins (Eds.), The Sage international handbook of educational evaluation (pp. 429 – 446). Thousand Oaks, CA: Sage . <http://dx.doi.org/10.4135/9781452226606.n24>
9. Bamberger , M., & Segone , M. ( 2011 ). How to design and manage equity-focused evaluations. New York, NY : UNICEF .
10. Jones, H. ( 2009 ). Equity in development. Why it is important and how to achieve it? (Working paper No. 311). London, UK: Overseas Development Institute.
11. United Nations Development Programme . ( 2013 ). Humanity divided: Confronting inequality in developing countries . New York, NY: Author.
12. Leeuw, F.L., & Furubo, J.-E.(2008). Evaluation systems:What are they and why study them? Evaluation, 14 ( 2 ), 157 – 169 . <http://dx.doi.org/10.1177/1356389007087537>
13. Chouinard, Jill Anne (2015). Introduction: Decolonizing International Development Evaluation. Canadian Journal of Program Evaluation. Vol.30 Special Issue (nº 3), 237–247 doi: 10.3138/cjpe.30.3.02
14. Bauman, Z. ( 2000 ). Liquid modernity . Cambridge, UK: Polity Press.
15. Carden, Fred e Alkin, Marvin C. (2012). Evaluation Roots: An International Perspective. Journal of MultiDisciplinary Evaluation, Vol. 8, Number 17. January 2012, 102-118.
16. Chilisa, B. ( 2015 ). A synthesis on the made in African evaluation concept. (Working paper). Gaborone, Botswana : University of Botswana
17. Alkin, M. C. (Ed.). (2004). Evaluation roots: tracing theorists' views and influences. Thousand Oaks, CA: Sage.
18. Alkin, M. C. (Ed.). (2012). Evaluation roots (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
19. Ramirez, Ricardo; Kora, Galin e Brodhead, Dal (2017). Translating Project Achievements into Strategic Plans: A Case Study in Utilization-Focused Evaluation. Journal of MultiDisciplinary Evaluation. Volume 13, Issue 28, 1-23.

# Boas práticas de equidade em investigação em Saúde Pública: exemplos do Brasil e Portugal

*Best practices of Public Health research equity: examples from Brazil and Portugal*

**Luís V. Lapão**

Global Health and Tropical Medicina, Instituto de Higiene e Medicina Tropical,  
Universidade Nova de Lisboa, Portugal  
luis.lapao@ihmt.unl.pt

**Ricardo Arcêncio**

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Brasil

## Resumo

No contexto da Research Fairness Initiative, quer a Universidade Nova de Lisboa, quer a Universidade de São Paulo, têm procurado ao longos dos últimos anos consolidar a equidade na investigação em Saúde Pública. Estas iniciativas necessitam de ser contextualizadas para melhor promoverem a sua real adoção, sobretudo em áreas como a Saúde Pública. A Saúde Pública apresenta duas características principais que a tornam numa área da ciência particularmente sensível a questões de equidade: a relevância das intervenções de Saúde Pública e o facto de esta estar a evoluir para uma saúde global, sensível às pressões da globalização, do aquecimento global e do multiculturalismo.

A investigação em saúde é uma atividade importante e complexa. Mais ainda quando envolve doentes e vários países, criando desafios que devemos compreender e mitigar. Aplicou-se o quadro de referência do COHRED para melhor mapear as práticas de investigação equitativa em Portugal e no Brasil.

A equidade em investigação de Saúde Pública é um dever ético, que grande parte dos investigadores abraça com dedicação. A falta de recursos muitas vezes dificulta essa equidade, mas a adoção de modelos colaborativos mais rigorosos tem vindo a ajudar a mitigar.

## Palavras Chave:

Equidade em Investigação, Saúde Pública, Capacitação, Brasil, Portugal.

## Abstract

In the context of the Research Fairness Initiative, both the Universidade Nova de Lisboa and the Universidade de São Paulo have sought, over the last few years, to solidify equity in public health research. However, these initiatives need to be contextualized to better promote their real adoption, especially in areas such as Public Health. Public Health presents two main characteristics that make it an area of science that is particularly sensitive to issues of equity: the relevance of public health interventions and the fact that it is evolving towards global health, sensitive to the pressures of globalization, global warming and of multiculturalism. Health research is an important and complex activity. More so when it involves patients and several countries, creating challenges that we must understand and mitigate. The COHRED reference framework was applied to better map fair research practices in Portugal and Brazil. Equity in public health research is an ethical duty, which most researchers embrace with dedication. Lack of resources often hinders such equity, but the adoption of more rigorous collaborative models has helped to mitigate.

## Key Words:

Research Equity, Public Health, Capacity, Brazil, Portugal.

## Introdução

No contexto da Research Fairness Initiative (RFI), quer a Universidade Nova de Lisboa, quer a Universidade de São Paulo, têm procurado ao longos dos últimos anos consolidar a equidade na investigação em Saúde Pública. Estas iniciativas necessitam de ser contextualizadas para melhor promoverem a sua real adoção, sobretudo em áreas como a Saúde Pública.

A Saúde Pública apresenta duas características que a tornam numa área da ciência particularmente sensível a questões de equidade. Por um lado a relevância das intervenções, cujo sucesso depende largamente da interação equilibrada e consistente com as populações, obrigando quase sempre a incluir equipas multi-profissionais. Por outro lado, o facto da Saúde Pública estar a evoluir para uma saúde global, sensível às pressões da globalização, do aquecimento global e do multiculturalismo.

Uma das grandes áreas de atuação, na área da investigação em Saúde Pública, tem sido na capacitação da força de trabalho. A importância que cada país, disponha de recursos humanos qualificados ao nível dos laboratórios, de investigação clínica e nas áreas das políticas é clara. É a esta força de trabalho qualificada que compete liderar e desenvolver os diversos projetos de investigação e de implementação no terreno.

Muito da atividade de RFI, passa por envolver as comunidades, nos diversos atores, na definição das prioridades; no envolvimento ativo destes mesmos atores, tornando-os também partes integrantes dos processos de investigação; na definição de objetivos credíveis e com importância para as comunidades e para a investigação justa e ética; na negociação de contactos de financiamento adequados e justos; e finalmente no envolvimento de todos os atores nos processos de gestão e, sempre que possível, na definição das próprias regras de governação associados aos projetos de investigação.

Quanto ao desafio da globalização, e em face à dimensão cada vez mais global da saúde, nas ameaças e na própria definição de políticas, o envolvimento justo e equitativo dos vários parceiros é crucial para sucesso das intervenções e da investigação relacionada. Mas aqui surgem desafios prementes, como a coordenação de projetos envolvendo muitos parceiros, difi-

culdade de obtenção de consentimentos informados, em garantir padrões (comuns de) segurança, e em lidar com regulação complexa, e por vezes anacrónica. Estão também presente tensões do foro ético, na harmonização de prioridades científicas (e.g., alinhadas com necessidades locais de saúde), na obtenção das aprovações das comissões de ética (frequentemente com falta de recursos e de conhecimento), na clarificação das responsabilidades éticas dos investigadores depois de completos os estudos.

Neste artigo serão explorados os novos desafios da equidade na investigação em Saúde Pública, com especial atenção à lusofonia. Serão estudados exemplos de investigação, onde se utilizam as boas práticas de equidade em investigação no Brasil (Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo) e em Portugal (Instituto de Higiene e Medicina Tropical, da Universidade Nova de Lisboa). Estes exemplos servirão como base para recomendações em termos de melhor adoção de práticas de equidade na investigação.

## Materiais e métodos

### Os desafios da equidade na investigação em saúde no contexto da lusofonia

A investigação em saúde é uma atividade importante e complexa. Mais ainda quando envolve doentes e vários países, criando desafios que devemos compreender e mitigar.

O modelo de quadro (conceptual) de referência apresenta três principais pontos (Fig.1):

1. Aumento da capacidade de investigação dos países em desenvolvimento (e com os quais se faz investigação);
2. Melhorar a apropriação local da investigação, dos seus resultados e benefícios;
3. Reduzir os riscos de credibilidade e “reputacionais” e melhorar o impacto social;

Estes pontos devem ser considerados nos casos de estudo a desenvolver.

Por outro lado a COHRED (2017) contribui para o rigor desta abordagem, ao focar no processo de identificação de prioridades de investigação, que integra os

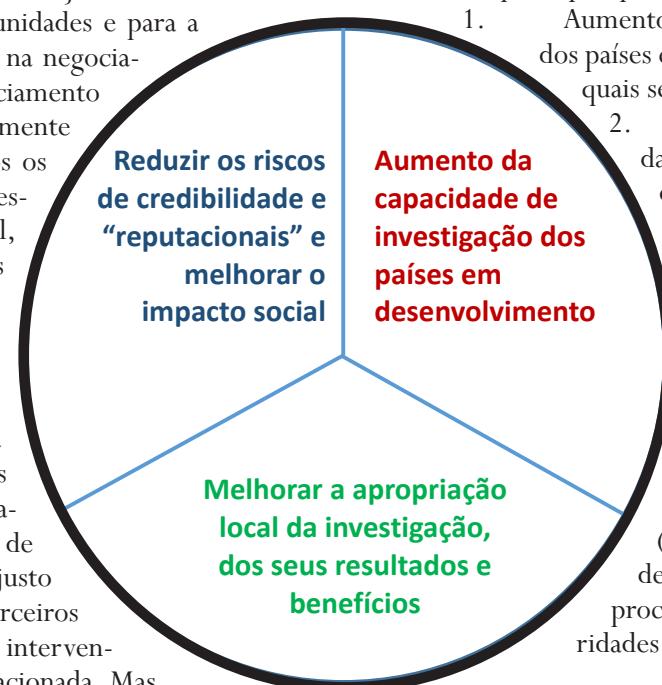
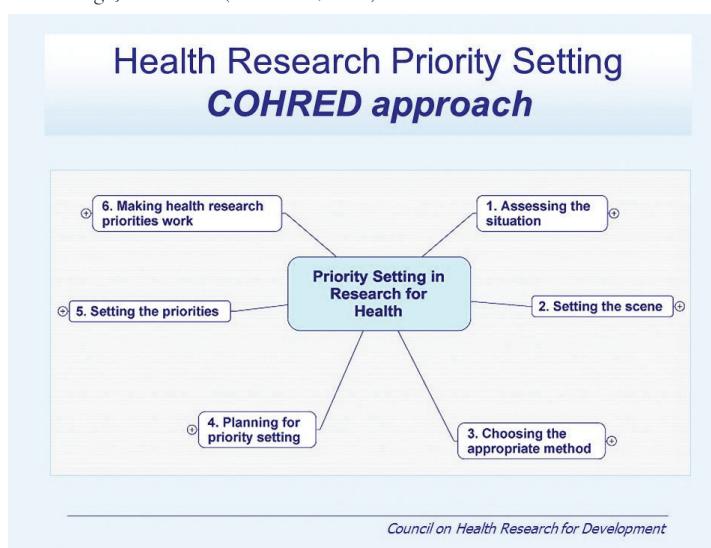


Fig.1 - Quadro conceptual para a Equidade em Investigação (UN, 2009)

**Fig.2** - Abordagem COHRED para definição de prioridades em investigação na saúde (COHRED, 2017)



três aspectos anteriores de uma forma muito concreta (fig. 2). Esta abordagem de definição de prioridades, desenvolvida em colaboração com os vários parceiros, inclui:

1. Avaliação da situação (i.e. perceber os problemas);
2. Definir contexto;
3. Seleção do método de investigação pretendido;
4. Planear para uma adequada definição de prioridades;
5. Definição de prioridades; e,
6. Operacionalizar as prioridades de investigação em saúde (e.g. definir concursos para áreas específicas);

Dada a importância da Saúde Pública no espaço lusófono, largamente dependentes de intervenções nas comunidades e envolvendo uma miríade de parceiros, estas orientações são fundamentais para a coesão das equipas mas sobretudo para que os resultados tenham impacto.

O espaço lusófono beneficia ainda de uma grande diversidade de contextos que não só permitem compreender diferentes realidades mas também gerar conhecimento, de alternativas distintas, donde a importância da equidade como mecanismo de sustentabilidade das intervenções.

A diversidade e a complexidade inerente à Saúde Pública e aos contextos de intervenções em Saúde Pública trazem desafios importantes e que estes quadros de referência contribuem com pistas para a sua mitigação. Os exemplos do Brasil e de Portugal trazem mais detalhe concreto e contributos da evidência desta abordagem que ajudam a elucidar os políticos.

Desta forma, cada caso vai ser organizado da seguinte forma:

- I. Contexto, objetivos do projeto de investigação e parceiros envolvidos;

II. Como o projeto contribuiu para aumentar a capacidade de investigação dos países em desenvolvimento, ou dos parceiros com os quais se faz investigação;

III. Como o projeto contribuiu para melhorar a apropriação local da investigação, dos seus resultados e benefícios;

IV. Como o projeto contribuiu para reduzir os riscos de credibilidade e “reputacionais” e melhorar o impacto social;

V. Como o projeto envolve os parceiros na definição das prioridades e objetivos de investigação (COHRED);

## Resultados

Aplicando-se o quadro de referência apontado no ponto anterior, sucessivamente ao Brasil e a Portugal.

### Exemplos de investigação equitativa no Brasil

Do lado do Brasil, experiências interessantes vêm sendo desenvolvidas no tocante ao avanço dos sistemas de serviços de saúde para produção da equidade em Saúde Pública. Como exemplo, os trabalhados sob a liderança do Grupo de Estudos Epidemiológicos e Operacionais da Rede Brasileira Pesquisa em Tuberculose (GEOTB) e do Grupo de Altos Estudos de Avaliação de processos e práticas da Atenção Primária à Saúde e Enfermagem – GAAPS, que tem como premissa oferecer suporte aos processos decisórios na Atenção Primária à Saúde (APS), subsidiando a identificação de problemas, avaliando o impacto destas práticas e auxiliando na reorientação das ações e serviços prestados à população, incluindo a prática por trabalhadores de saúde. Para este fim, são utilizadas ferramentas específicas como a epidemiologia e indicadores de desempenho em saúde. Relevantes produtos vem sendo propiciado por estes grupos, como um projeto multicêntrico intitulado “*A mortalidade por tuberculose e sua relação com as iniquidades sociais: um estudo multicêntrico*” (2015-2017) com financiamento da Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) que tem como objetivo primário a avaliação do impacto das iniquidades da mortalidade por tuberculose em diferentes macrorregiões do Brasil como Manaus (AM), Natal (RN), São Luis (MA), Cuiabá (MT), Ribeirão Preto (SP), Curitiba (PR) e Foz do Iguaçu (PR) (figura 3). Cenários estes que foram seleccionados na conveniência dos autores da pesquisa e congregam pesquisadores, estudantes, profissionais de saúde, gestores dos respectivos cenários e da sociedade civil.

Desde que a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a estratégia “EndTB”, que tem como objetivos a eliminação

**Fig.3 - Abrangência Projecto Multicêntrico – FAPESP-**  
*“A mortalidade por tuberculose e sua relação com as iniquidades sociais: um estudo multicêntrico”*  
 (2015-2017)



da TB até 2050 (<1 caso por 100.000 habitantes) e redução em 95% da mortalidade até 2035 e não mais gastos catastróficos, diversas pesquisas vem sendo conduzidas no sentido de dar respostas aos serviços de saúde para o alcance da equidade e justiça na oferta das ações e isso inclui as pesquisas sob a liderança do GEOTB e GAAPS.

É importante frisar que a base precípua que dá força ao projeto advém da motivação dos pesquisadores de se articular em Redes colaborativas notadamente envolvendo profissionais oriundos de regiões carenciadas no Brasil em termos de pesquisa e com problemáticas em termos de sua condição sanitária e social. O último relatório da CAPES na área de enfermagem evidenciou que dos 76 programas de pós

graduação *strictu sensu*, 43,3% destes estão concentrados na região Sudeste, 26,1% na região Nordeste, 20,7% no Sul, 8,1% Centro Oeste e 1,8% no Norte do país.

Percebe-se portanto com estes dados uma disparidade em termos da cobertura e distribuição dos programas de pós

graduação, estando historicamente concentrados na região Sul e Sudeste, que tendem também gozar de melhores indicadores de saúde comparados à região Norte do país. Assim, à luz do princípio da equidade e até para se alcançar um equilíbrio no desenvolvimento científico e tecnológico, iniciativas vem sendo tomadas em nível do projecto multicêntrico com vistas ao progresso dessas regiões quanto à qualidade dos seus serviços para a melhoria do acesso, orientada por produções decorrentes do GEOTB e GAAPS. Manaus está entre as principais capitais brasileiras com maior número de casos de tuberculose e por sua vez, nela se concentra o número maior de óbitos por tuberculose (mortalidade média entre os anos 2006 e 2015 foi em torno de 3,7 casos para cada 100.000, acima da média nacional que foi de 2,1).

O trabalho de Arroyo (2017), parte do projecto matriz, evidenciou a desigualdade na distribuição da mortalidade por TB na referida cidade, apontando as áreas mais críticas para morrer de tuberculose (RR: 1,97, IC95%: 1,73-2,19), constando nelas situações mais problemáticas quanto às condições sociais, de oportunidades, de renda, educação e renda; nessas regiões também se observou baixa cobertura do Tratamento Diretamente Observado (DOT), importante tecnologia de cuidado para garantia da continuidade e adesão ao tratamento.

Assim, resultados do trabalho orientam às políticas públicas a redimensionar o problema, ajustando assim a oferta das ações em função da realidade epidemiológica constatada. As mortes por tuberculose expressam um desajuste que há entre a oferta de ações e as necessidades de saúde de um território; áreas mais vulneráveis (moradores de rua, pessoas confinadas, dependentes químicos em áreas como “cracolândia”, imigrantes), não tem recebido por parte do Estado ações em doses que precisam, a ponto de se chegar a morte, em contra-partida outras, em que esse gradiente de necessidade é menor, há um investimento mais que o suficiente.

Desse modo no projecto, por meio de mapas e estimadores, se cartografa a as mortes por tuberculose e seus determinantes nas distintas regiões e mostra suas tendências em médio e longo prazo, o que é muito profícuo para gestão para a organização da oferta em função das necessidades e o alcance da equidade.

Uma das premissas do projecto, é o investimento que se faz em termos de capital humano, assim os pesquisadores recebem formação em nível de pós graduação, produzindo trabalhos embebidos pelo compromisso com a realidade sanitária dos seus cenários, que gerem para a melhoria desses

loais, sem desconsiderar o rigor científico e toda a conjuntura que se impõe ao mundo académico, do avanço de uma área de conhecimento, da produção científica e avanço da ciência em base sólida e bem fundamentada. Um efeito esperado do projecto, além da formação para pesquisa, é contribuir também para formação de massa crítica e emergência de lideranças e linhas de pesquisas em áreas tidas como prioritárias nessas regiões mais carentes. A nucleação de novos grupos de pesquisa e estabelecimento ou fortalecimento de programas de pós graduação são também indicadores de progresso esperados dentro do projecto.

Nunca é de mais realçar, que a experiência do GEOTB junto a Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose, que foi apontada pela STOP-TB, como experiência pioneira em nucleação de grupos de pesquisas emergentes e para alavancar a pesquisa em áreas tidas como “remotas”, o que contribui substancialmente para progressão científica e tecnológica dessas áreas.

Outra experiência igualmente importante e fruto da motivação do GEOTB-REDE-TB e GAAPS da EERP – USP com vistas ao alcance da equidade em pesquisa na Saúde Pública, foi a encomenda pelo projecto também financiado pela FAPESP intitulado “*A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: validação de um instrumento*” com vigência entre os anos de 2013 e 2015, esta investigação, embora de menor abrangência que a anterior, incumbiu-se da validação de uma escala para avaliar da qualidade dos serviços de saúde, especificamente no que se refere à Atenção Primária à Saúde na coordenação de Redes de Atenção à Saúde (RAS).

A ideia original do projecto é que esse instrumento pudesse ser usado indiscriminadamente nas distintas regiões do Brasil e servir com um termómetro no sentido de evidenciar o quanto os sistemas estavam avançando em termos de conjunção do seu sistema em RAS. Acresce-se a observação, que embora a FAPESP esteja alocada no Estado de São Paulo, também se preocupou com as questões sanitárias e dos serviços que transcendem seus limites geográficos e são do seu país, assim a agência reconheceu o mérito da proposta e financiou a pesquisa.

No tocante à problemática e as lacunas que sustentaram a investigação residiam no fato da ausência de instrumentos suficientemente válidos que pudessem ser utilizados para um diagnóstico situacional das RAS sob a égide da APS. Um dos pontos críticos hoje deparado pelos diversos sistemas de serviços de saúde é sua configuração fragmentada, onde há redundância e sobreposição de ações, em que todos fazem tudo mas não há uma coordenação entre as ações e o doente fica relegado à própria sorte. Há ainda dentro desse modelo de atenção, uma sobreposição e verticalidade entre os níveis de atenção (entendidos como níveis e não pontos de atenção), com tendência de privilegiamento das ações curativas ou episódios agudos com prejuízos as ações de alcance colectivo, de promoção da saúde, vigilância e pre-

venção das doenças.

Considerando o crescimento progressivo das condições crónicas no cenário nacional, decorrente principalmente do envelhecimento populacional, de 14,9 milhões em 2013 e com estimativa de chegar a 58,6 milhões em 2060 segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013), tornou-se quase que praticamente compulsório buscar novas formas de organização do sistema, sob pena de colapso financeiro, iatrogenias, filas e perda exponencial de capacidade resolutiva do sistema.

Um instrumento de diagnóstico para mapear potencialidades e fragilidades do sistema foi uma das saídas, sendo assim validado o instrumento “*COPAS - Avaliação da Coordenação das RAS pela APS*” (MENDES, 2011). Tal instrumento foi construído por um importante teórico de APS no Brasil e idealizador das RAS, que gentilmente consentiu a validação, em que sua anuência se deu mediante nos termos formais e foi celebrada em Belo Horizonte e a validação pelo grupo de pesquisa da EERP -EERP e hoje está disponível a todos os que tenham interesse em versar sobre o tema.

COPAS foi o nome sugerido ao instrumento em decorrência ao momento importante que se passava o Brasil em 2014, de receber a copa mundial de Futebol. Além do pretendido título de campeão mundial, esperado à época (o que não aconteceu e a Alemanha levou a melhor!), também nutria-se uma expectativa da evolução e desenvolvimento dos sistemas de serviços de saúde em RA e que a ferramenta fosse um facilitador para tal.

Duas produções das fases de validação foram alcançadas com o estudo, sendo uma publicação, da validação semântica em prestigiado periódico de Saúde Pública (Rodrigues et al., 2014) e outra numa revista estrangeira, igualmente da área. Havia naquele momento a intenção de dar visibilidade ao instrumento no cenário internacional, que padecem na mesma problemática, de sistema fragmentado (Rodrigues et al., 2015)

No curso da investigação, novas parcerias se abriram como com o Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) da Universidade Nova Lisboa, o que ampliou o leque do projeto com a entrada de novas correntes teóricas, atores e possibilitou a circulação do mesmo nos países europeus. O desenvolvimento do estudo possibilitou formação de recursos humanos em nível de excelência para essa área e mais uma vez houve alocação de recursos humanos para a pesquisa num Centro Emergente no interior do Mato Grosso, na região Centro Oeste; actualmente esse é um centro que é nucleado pelo GEOTB- REDE-TB e GAAP da EERP-USP.

Assim, os relatos de experiências coadunam com a proposta da presente investigação de experiências no que se refere evidenciar o primeiro ponto, do contexto da pesquisa arrolada por grupos de pesquisa de fôlego no Brasil, seus objectivos e ainda os principais atores envolvidos. Traz ainda os valores que permeiam tais grupos de pesquisa no que se

refere a solidariedade com demais grupos no que concerne ao surgimento de liderança, linhas de pesquisa e instalação ou fortalecimento de programas em áreas carentes em termos de produção científica em tecnológica.

Há ainda uma preocupação além é claro da formação de recursos humanos, avanço científico, que as áreas em que tais pesquisadores estão alocados se desenvolvam; que haja desenvolvimento de uma massa crítica em termos da realidade que hoje elas enfrentam e que atrelado a grandes grupos se desenvolvam.

Seguramente essa forma de trabalho e de cooperação tem levado de uma certa forma uma progressão científica e tecnológica em áreas antes tidas como remotas, o que é um ponto muito positivo para equidade de pesquisas em Saúde Pública. A conformação dos grupos em Redes nacionais como a REDE-TB e outras Redes Colaborativas, é um componente interessante pois dá visibilidade social às pesquisas produzidas pelo grupo. Essa forma ainda de organização tem propiciado financiamento para pesquisas preocupadas com questões de Saúde Pública; embora as pesquisas experimentais tenham sido priorizadas nos principais editais no âmbito nacional; a conjunção em Redes de Pesquisa tem forçado às agências a repensar sobre às prioridades em pesquisa, não somente do ponto de vista da inovação tecnológica (tecnologia de novos fármacos, métodos diagnósticos, entre outros) mas pesquisas direcionadas a melhor organização dos serviços no sentido de produção da equidade e da justiça social. Porque há um pensamento, e isso parece ser um consenso nas REDE, do que adianta a descoberta de novos insumos tecnológicos, se o sistema não é ou está organizado para tais insumos cheguem as populações que mais carecem deles.

## **Exemplos de investigação equitativa em Portugal**

O IHMT, criado em 1911 com o objetivo de desenvolver investigação e intervenções de Saúde Pública nos trópicos, vem desde essa altura a cooperar com as comunidades locais para promover a saúde nos trópicos.

Neste sentido a equidade em investigação de Saúde Pública tem sido uma aposta, que integra as intervenções, a investigação e a educação dos estudantes. Como, exemplo paradigmático todos os estudos de mestrado e de doutoramento são submetidos obrigatoriamente à comissão de ética.

De entre os vários exemplos possíveis ir-se-á debruçar em quatro casos específicos:

- Capacitação de Gestores de RH da Saúde para os Ministérios da Saúde dos PALOP (projeto europeu);
- Desenvolvimento de serviços de telemedicina nos PALOP;
- Implementação de boas práticas de gestão de antibióticos em Portugal e nos PALOP (projeto EEA Grants);

### **a) Capacitação de Gestores de RH da Saúde para os Ministérios da Saúde dos PALOP (projeto europeu);**

#### **I. Contexto, objetivos do projeto de investigação e Parceiros envolvidos;**

Capacitação de gestores de RH dos ministérios da Saúde dos PALOP. Financiamento da EU, no âmbito de um programa co-financiado pelo Programa PADRHS da União Europeia (PIR-PALOP). Contou com a participação de outros parceiros como a OMS, os Ministérios da Saúde dos PALOP, IHMT e UERJ (Brasil). O programa FORGEST visou formar interessados nos problemas de gestão de recursos humanos em saúde (e intervenções de controlo) nos PALOP.

Os objetivos do FORGEST são muito claros: desenvolver o conhecimento multidisciplinar, introdução à investigação e análise crítica, para gestores preocupados com os problemas de gestão de Recursos Humanos em saúde nos PALOP.

Pretendeu-se que o programa fosse estendido e promovido nos PALOP, o que está mesmo a acontecer em alguns casos: Moçambique, Angola e Cabo Verde.

Este programa teve além da coordenação do IHMT e da parceria com a Universidade do Estado Rio de Janeiro (Brasil) e da Organização Mundial de Saúde, a colaboração dos vários Ministérios da Saúde dos PALOP na identificação de candidatos e na promoção dos seus projetos.

#### **II. Como o projeto contribuiu para aumentar a capacidade de investigação dos países em desenvolvimento, ou dos parceiros com os quais se faz investigação;**

Rácio aproximado de 14 docentes para 21 alunos. Este programa formou 6 profissionais do Ministério de Saúde de Angola, 6 de Moçambique, 3 de Guiné-Bissau, 3 de Cabo Verde, 2 de São Tomé e Príncipe e 1 de Timor Leste. Destes 21, 12 alunos (57%) propuseram-se e 11 conseguiram completar o 2º ciclo de Mestrado em Saúde e Desenvolvimento (MSD).

Com uma estrutura de 3 módulos (semestrais) e com apoio de “elearning” e vídeo-conferência responde aos objetivos, embora os conteúdos e metodologia docente de algumas UC's necessite maior integração e o elearning melhorado. Houve um esforço maior na UC de seminário para suportar aspectos de formação de formadores em gestão de RH para a Saúde pois pretendia-se que os alunos viessem a promover como formadores um cursos semelhante nos seus países, bem como é esperado que cada grupo de alunos por País desenvolva e apresente o plano nacional de RH (com apoio do Ministério da Saúde dos seus Países). Tratando-se de um curso de gestão de RH para a Saúde, a interdisciplinaridade foi grande, para promover a procura de soluções que possam responder à diversidade dos problemas e aos vários determinantes da saúde, do desempenho dos

sistemas de saúde e sua utilização, em diferentes contextos sócio-económicos.

Várias UCs promoveram a iniciação à investigação: “Métodos de Investigação e Saúde Pública” e “Gestão da Informação e do Conhecimento”, Bioestatística e Epidemiologia e Seminário temático dedicado ao desenvolvimento de Planos de Formação para Gestão de RH dos PALOP.

**III.** Como o projeto contribuiu Melhorar a apropriação local da investigação, dos seus resultados e benefícios;

Sendo o FORGEST um programa especial com o envolvimento dos Ministérios da Saúde dos PALOP, os seus objectivos foram muito bem definidos e para os alunos, sendo profissionais dos ministérios, estes também são claros.

Os que pretendem continuar os seus estudos tiveram que preparar um protocolo de dissertação, devidamente acompanhados por um orientador, a ser submetido à comissão científica do MSD. Tendo depois desenvolvido investigação (formação-acção).

**IV.** Como o projeto contribuiu para reduzir os riscos de credibilidade e “reputacionais” e melhorar o impacto social;

A definição de objectivos e desenvolvimento foi feita de forma colaborativa, alinhados com as necessidades de um maior ajuste à realidade dos PALOP; Cada aluno desenvolveu os seus projectos de acordo com os seus problemas específicos, valorizando a sua abordagem e o impacto na organização.

**V.** Como o projeto envolve os parceiros na definição das prioridades e objectivos de investigação (COHRED);

A participação de parceiros académicos (IHMT e UERJ) e da OMS ajudou na definição dos objectivos de investigação, sobretudo tendo em conta os desafios da gestão de RH da Saúde.

### **b) Desenvolvimento de serviços de telemedicina nos PALOP;**

**I.** Contexto, objectivos do projeto de investigação e parceiros envolvidos;

No âmbito da cooperação da CPLP, o hospital pediátrico do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC), potenciou a sua rede de telemedicina para prestar serviços para Cabo Verde, Angola e São Tomé e Príncipe. O objectivo foi partilhar conhecimento e capacitar profissionais de saúde (cardiologistas ou pediatras) dos PALOP em áreas da cardiologia pediátrica e obstétricia. Os parceiros envolvidos são o CHUC, a Portugal Telecom (com a plataforma tecnológica) e o IHMT (avaliação) e os vários serviços hospitalares dos PALOP.

**II.** Como o projeto contribuiu para aumentar a capacidade de investigação dos países em desenvolvimento, ou dos parceiros com os quais se faz investigação;

Os clínicos que participaram puderam partilhar informação e debater casos com especialistas.

**III.** Como o projeto contribuiu melhorar a apropriação local da investigação, dos seus resultados e benefícios;

Nos vários países, os clínicos que participaram, além da possibilidade de partilhar informação e debater casos, ficaram com um sistema que tem todos os dados registados potenciando, desta forma a possibilidade de usar estes dados para investigação.

**IV.** Como o projeto contribuiu para reduzir os riscos de credibilidade e “reputacionais” e melhorar o impacto social;

Estes projetos são coordenados localmente e ajudam a aumentar a credibilidade, por aumentar a rede de suporte do profissional e saúde e por ele, estar a ter a oportunidade de simultaneamente aprender e evoluir com as discussões.

**V.** Como o projeto envolve os parceiros na definição das prioridades e objectivos de investigação (COHRED); A coordenação é local, a definição de objectivos é local e frequentemente envolve a participação de jovens investigadores locais em formação.

**c) Implementação de boas práticas de gestão de antibióticos em Portugal e nos PALOP (projeto EEA Grants);**

**I.** Contexto, objectivos do projeto de investigação e Parceiros envolvidos;

Translação da evidência científica para a prática dos médicos prescritores de antibióticos. Um objectivo foi envolver os profissionais na organização e no desenho de um sistema de informação que apoio os profissionais a prescrever melhor antibióticos e de forma mais fácil. Foram envolvidos vários parceiros, principalmente três serviços hospitalares, a Direcção Geral da Saúde e o Hospital Universitário do Norte da Noruega em Tromso. Em Cabo Verde, contou-se com a parceria da Direção Nacional de Saúde e do Hospital de Agostinho Neto.

**II.** Como o projeto contribuiu para aumentar a capacidade de investigação dos países em desenvolvimento, ou dos parceiros com os quais se faz investigação;

Com a participação dos profissionais de Portugal e de Cabo Verde, e com a interação intensa com os investigadores foi possível que localmente desenvolvem-se nova compreensão sobre a implementação de boas práticas de gestão e prescrição de antibióticas;

**III.** Como o projeto contribuiu para melhorar a apropriação local da investigação, dos seus resultados e benefícios;

Vários profissionais de saúde se envolveram na investigação,

inclusive na escrita de artigos em conjunto.

**IV.** Como o projeto contribuiu reduzir os riscos de credibilidade e “reputacionais” e melhorar o impacto social; A participação e a liderança dos processos de mudança são entregues aos responsáveis dos serviços locais. Esta liderança permite que os processos são orientados à cultura local, o que permite aumentar a adesão à mudança de procedimentos.

**V.** Como o projeto envolve os parceiros na definição das prioridades e objetivos de investigação (COHRED); Este projeto permitiu que, quer em Portugal, mas sobretudo em Cabo Verde se considerasse o tema da infecção hospital e da gestão de antibióticos um tema de debate científico. Este processo garantiu que quatro pessoas passassem a incluir este tema na sua agenda de investigação.

## Discussão

O estudo teve como objetivos trazer experiências interessantes tanto no âmbito de Brasil como de Portugal, de experiências de investigações que tenham propiciado o alcance da equidade na Saúde Pública. Embora recortada para duas experiências, o estudo é muito interessante no sentido de evidenciar a preocupação da envolvência, desde início dos estudos dos profissionais locais no sentido de garantir a adequação dos mesmos a esse contexto. De notar que quer o IHMT, quer a EERP, adoptam modelos de “co-design” de investigação, que abrange as várias fases de investigação, culminando na publicação científica.

Existem contudo vários desafios, como sejam a falta de recursos para a investigação e a falta de disponibilidade dos profissionais de saúde que prolongam os estudos por mais tempo. Estes exemplos também sugerem formas de mitigar, quer pela envolvência directa dos profissionais, quer pela própria liderança local.

## Bibliografia

1. Arroyo, L. H. Risco espacial e espaço-temporal da mortalidade por tuberculose e as características socioambientais em Manaus- Amazonas. [Dissertação de Mestrado] . Ribeirão Preto, 2017.
2. Leone, C., Dussault, G., & Lapao, L. V. (2014). Reforma na atenção primária à saúde e implicações na cultura organizacional dos Agrupamentos dos Centros de Saúde em Portugal. *Cad. Saúde Pública*, 30(1), 149-160.
3. Lapão, L. V. (2015). Seriously implementing health capacity strengthening programs in Africa: comment on “Implementation of a health management mentoring program: Year-1 evaluation of its impact on health system strengthening in Zambezí Province, Mozambique”. *International journal of health policy and management*, 4(10), 691.
4. Lapão, L. V. L., & Dussault, G. D. (2012). Formação de gestores e responsáveis clínicos no âmbito da reforma da atenção primária em Portugal. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 6(4), 13-29.
5. Lapão, L. V., & Dussault, G. (2012). From policy to reality: clinical managers' views of the organizational challenges of primary care reform in Portugal. *The International journal of health planning and management*, 27(4), 295-307.
6. Lapão, L. V., & Dussault, G. (2011). PACES: a national leadership program in

As diferenças e similitudes entre Brasil e Portugal não são lineares. Por um lado, o Brasil é por si só um continente e portanto, a maioria dos casos estão relacionados com a colaboração das grandes universidades federais e estaduais no apoio ao desenvolvimento de regiões mais fragilizadas. Portugal, país integrado na União Europeia, procura fazer um caminho mais próximo das demandas baseadas na evidência ao mesmo tempo que, e num diálogo norte-sul, contribuir para a promoção da Saúde Pública nos PALOP.

Onde as semelhanças são maiores é ao nível da maturidade dos investigadores, que adoptando uma cultura de equidade e de colaboração, acabam por desbravar um território difícil para conseguir aumentar a capacitação dos profissionais locais em investigação em aspectos importantes para eles, o que aumenta a sua credibilidade e assegura melhor a continuidade destes processos de investigação e de desenvolvimento de políticas de Saúde Pública.

Em termos de recomendações, a mais importante passa pela divulgação destes casos, que pela riqueza de resultados pode ajudar à promoção mais séria de mais investigação em Saúde Pública.

## Conclusão

A equidade em investigação de Saúde Pública é um dever ético, que grande parte dos investigadores abraça com dedicação. A falta de recursos muitas vezes dificulta essa equidade, mas a adoção de modelos colaborativos mais rigorosos tem vindo a ajudar a mitigar.

A investigação em Saúde Pública, no Brasil e em Portugal, é hoje um bom exemplo.

## Agradecimentos

Agradecemos a todos os nossos colaboradores locais, que muitas vezes com esforço pessoal, contribuíram para o bom resultado destes projectos de investigação.

support of primary-care reform in Portugal. *Leadership in Health Services*, 24(4), 295-307.

7. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: OPAS; 2011.

8. Rodrigues, L. B. B et al. Coordenação das redes de atenção à saúde pela atenção primária: validação semântica de um instrumento adaptado. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2014, vol.30, n.7 [cited 2017-09-12], pp.1385-1390.

9. Rodrigues LB, Dos Santos CB, Goyatá SL, Popolin MP, Yamamura M, Deon KC, Lapão L, Santos Neto M, Uchoa SA, Arcêncio RA. Assessment of the coordination of integrated health service delivery networks by the primary health care: CO-PAS questionnaire validation in the Brazilian context. *BMC Fam Pract*. 2015 Jul 22;16:87. doi: 10.1186/s12875-015-0299-5.

10. Simões, A. S., Couto, I., Toscano, C., Gonçalves, E., Póvoa, P., Viveiros, M., & Lapão, L. V. (2016). Prevention and Control of Antimicrobial Resistant Healthcare-Associated Infections: The Microbiology Laboratory Rocks!. *Frontiers in microbiology*, 7.

## Conflito de interesses

Declaramos que não temos conflitos de interesse.

# A gestão do conhecimento no contexto de uma emergência em Saúde Pública: o caso da síndrome congénita do Zika vírus, em Pernambuco, Brasil

*The knowledge management in the context of a public health emergency: the case of Zika virus congenital syndrome in Pernambuco, Brazil*

## Luciana Caroline Albuquerque Bezerra

Graduada em Odontologia; Mestre em Saúde Pública; Doutoranda em Saúde International do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa; Pesquisadora do Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde (GEAS) e Docente do Programa de Pós-Graduação em Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP; Secretária Executiva de Vigilância em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife (PE), Brasil  
lua\_cad@yahoo.com.br

## Eronildo Felisberto

Graduado em Medicina; Doutor em Saúde Pública; Pesquisador do Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde (GEAS) e Docente do Programa de Pós-Graduação em Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, Recife (PE), Brasil  
eronildo.felisberto@gmail.com

## Juliana Martins Barbosa da Costa

Graduada em Odontologia; Doutora em Saúde Pública; Pesquisadora do Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde (GEAS) e Docente do Programa de Pós-Graduação em Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP; Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) - Caruaru (PE), Brasil  
julimartins.costa@gmail.com

## Marcella de Brito Abath

Graduada em Fonoaudiologia; Doutora em Saúde Pública; Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) – Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde, Recife (PE), Brasil

## Zulmira Hartz

Professora catedrática convidada de Avaliação em Saúde; Global Health and Tropical Medicine, GHTM, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, IHMT, Universidade Nova de Lisboa, UNL, Lisboa, Portugal  
zhartz@ihmt.unl.pt

## Resumo

A Gestão do Conhecimento (GC) agrupa estratégias de desenvolvimento, aprimoramento, disseminação e uso do conhecimento influenciando ações e decisões no contexto organizacional. Tem a ver com a criação, identificação, captura, compartilhamento e uso do conhecimento, aproximando-se do que se espera na resposta a uma Emergência em Saúde Pública (ESP). O objetivo desse estudo foi analisar a GC da epidemia de Síndrome Congénita do Zika Vírus (SCZ), em Pernambuco, estado do nordeste do Brasil. Com base num modelo analítico que explora capacidades diádicas fundamentais à cadeia de valor da GC: Mapeamento e aquisição do conhecimento; produção e destruição do conhecimento; integração e compartilhamento do conhecimento; multiplicação e proteção do conhecimento; desempenho do conhecimento e inovação, adaptado aos componentes de uma ESP, foi realizado um estudo qualitativo com entrevistas abertas e análise documental. Os resultados apontam para a produção de eventos e inscrições nos critérios definidos para as cinco capacidades diádicas da GC estudadas, na ocasião da epidemia de SCZ, encontrando lacunas apenas no desempenho do conhecimento/inovação, sobretudo no que se refere à medição dos resultados e consequências alcançadas pela reprodução do conhecimento.

## Palavras Chave:

Gestão do conhecimento; Políticas de Saúde; Gestão da Saúde; Vigilância Epidemiológica; Síndrome Congénita do Vírus Zika.

## Abstract

The Knowledge Management (GC) aggregates strategies of development, improvement, dissemination and use of knowledge influencing actions and decisions in the organizational context. It has to do with the creation, identification, capture, sharing and use of knowledge, approaching what is expected in response to a Public Health Emergency (ESP). The objective of this study was to analyze the GC of the Zika Virus Congenital Syndrome (SCZ) epidemic, in Pernambuco, state of northeastern Brazil. Based on an analytical model that explores dyadic capacities fundamental to the value chain of the KM: Mapping and acquisition of knowledge; production and destruction of knowledge; integration and knowledge sharing; multiplication and protection of knowledge; knowledge performance and innovation, adapted to the components of an ESP, a qualitative study was conducted with open interviews and documentary analysis. The results point to the production of events and registrations in the criteria defined for the five dyadic capacities of the KM studied at the time of the SCZ epidemic, finding only knowledge / innovation performance gaps, especially with regard to the measurement of results and consequences achieved by the reproduction of knowledge.

## Key Words:

Knowledge management; Health Policies; Health Management; Epidemiological Surveillance; Zika Virus Congenital Syndrome.

## 1. Introdução

O desenvolvimento de condições que auxiliem os gestores a tomar decisões num ambiente institucional e social complexo, em permanente evolução e de rápidas mudanças, tem demandado a estruturação e implantação de dispositivos que contribuam com a institucionalização de práticas de gestão, de maneira sistemática e articulada, apoiadas na produção, disseminação e apropriação de saberes. Esses dispositivos e práticas ajudam a fortalecer a interação entre gestão, formuladores de políticas, profissionais, rede de assistência, instituições de ensino e pesquisa e organizações de apoio, favorecendo a aplicação do conhecimento na formulação de políticas e na tomada de decisões [1].

O conhecimento tem sido um elemento vital de relativização da dicotomia entre conceção e execução do trabalho, e de aproximação das organizações com a eficiência e a qualidade [2]. Pode ser definido como “um processo humano dinâmico de justificação de crenças pessoais como parte de uma aspiração para a verdade”[3,4], ou ainda como a informação combinada com a experiência, contexto, interpretação e reflexão[5]. É o resultado de três transformações sucessivas: da realidade aos dados; dos dados à informação (*know-what*) e da informação ao conhecimento (*know-how*, ação aplicada)[6,7].

A Gestão do Conhecimento (GC), por sua vez, agrupa estratégias de desenvolvimento, aprimoramento, disseminação e uso do conhecimento influenciando ações e decisões no contexto organizacional [6,7,8,9,10]. Está relacionada ao desenvolvimento de uma malha de conhecimentos tácitos e explícitos que respondem questionamentos básicos:

**1. Ponto de partida:** que tipo de conhecimento é produzido? Que produtos são criados? Como a cultura e o sistema influenciam as práticas de GC?

**2. Ponto de chegada:** como uma estratégia de GC muda a organização? Como saber quando se tem um sistema GC? Como medir o valor dos esforços realizados?

**3. Como chegar:** que ferramentas e práticas específicas usar? Como motivar as pessoas a mudarem suas práticas[7]?

São várias as abordagens e ferramentas que podem ser empregadas numa estratégia de GC, no entanto todas parecem depender da disponibilidade de recursos (humanos, financeiros, tecnológicos) e do tipo de conhecimento produzido [4,5,7,8]. Torna-se imprescindível, então, a articulação conceitual de GC com as práticas organizacionais de criação, identificação, captura, compartilhamento e uso do conhecimento.

Nesta perspectiva, quando as organizações de Saúde Pública são o foco da gestão do conhecimento, duas características emergem: a primeira tem a ver com o processo de aplicação do conhecimento; e a segunda, com o objetivo desse processo, que é o de criar valor para as organizações. Essas duas características sugerem que o conhecimento deve ser gerenciado e usado como um recurso que agregue valor às atividades executadas nos processos de produção e prestação do serviço pelas organizações, a partir de capacidades diádicas: mapeamento e aquisição do conhecimento; produção e destruição do conhecimento; integração e compartilhamento do conhecimento; multiplicação e proteção do conhecimento; desempenho do conhecimento e inovação [6].

No contexto de uma emergência em Saúde Pública [11,12], é esperado que essas capacidades sejam bastante exploradas. Desde quando constatada a mudança no padrão de ocorrência da microcefalia, após infecção pelo vírus zika na gestação, muito conhecimento tem sido mapeado, buscado, construído, desconstruído, compartilhado e divulgado. A rápida disseminação do vírus zika, estabeleceu novos desafios para as autoridades de saúde e pesquisadores sobre a magnitude e possíveis complicações causadas pela infecção. Hoje, existem mais perguntas do que respostas, e mais estudos serão necessários para resolver questões sobre a competência do vetor, proporção de casos assintomáticos e sintomáticos, duração da imunidade natural, se a relação do zika com a microcefalia e distúrbios neurológicos é causal, e a proporção dos defeitos congênitos de acordo com a idade gestacional da infecção [13,14,15,16,17,18].

A microcefalia, que até outubro de 2015 não era de notificação compulsória, passa a ser registrada em Pernambuco - Brasil, chegando a registrar 1.150 casos de agosto a dezembro de 2015, quando a mediana entre 2005 e 2014 era de 09 casos anuais, o que possibilitou a confirmação da epidemia. Ainda em 2015, o Ministério da Saúde confirma a relação entre os casos de microcefalia ocorridos e o Zika vírus, e chega-se à conclusão de que a microcefalia não era o único sinal decorrente dessa infecção, mas a Síndrome Congénita do Zika Vírus (SCZ)[19,20]. Considerando que o manejo e o desenvolvimento da capacidade de resposta de forma mais eficiente e eficaz, têm como principal subsídio o conhecimento [11,12,21], analisar a Gestão do Conhecimento no contexto da epidemia de SCZ, pode contribuir para alcançar resultados na perspectiva da aprendizagem, inovação, qualificação da tomada de decisão e institucionalização das estratégias adotadas.

## 2. Materiais e métodos

Foi realizado um estudo qualitativo, analisando-se a Gestão do Conhecimento na Secretaria de Saúde de Pernambuco (SES/PE), estado situado no nordeste do Brasil, e tomando como objeto de análise uma Emergência em Saúde Pública, a Epidemia de SCZ, nos anos de 2015 e 2016. A SES/PE possui seis Secretarias Executivas de: Atenção à Saúde, Vigilância em Saúde, Coordenação Geral, Administrativo-Financeira, Gestão do Trabalho e Regulação em Saúde. Para fins administrativos, esta mesma estrutura gerencial é replicada em 12 Gerências Regionais de Saúde (Geres) que dividem as atribuições referentes ao papel do estado na Saúde dos municípios.

Foram utilizadas duas técnicas de coleta de dados: a entrevista estruturada com informantes-chave (fonte de dados primária) e a análise documental (fonte de dados secundária). As duas técnicas foram escolhidas, pois de forma complementar permitem que conhecimentos, percepções e motivações sejam esclarecidas e confrontadas de forma individual e institucional.

As entrevistas foram realizadas considerando 4 unidades de análise: 1. O nível central da Secretaria Estadual de Saúde (SES/PE); 2. As Gerências Regionais da Secretaria Estadual de Saúde (Geres); 3. As unidades de referência para diagnóstico da microcefalia; 4. Instituições externas à SES/PE. Em cada unidade de análise, foram selecionados os informantes-chave que participaram ativamente do processo de construção e gestão do conhecimento (Quadro 1).

A coleta de dados aconteceu entre julho e agosto de 2017.

**Quadro 1:** Unidades de análise e respectivos informantes-chave da pesquisa

UNIDADE DE ANÁLISE	INFORMANTE CHAVE
<b>Nível Central da SES</b>	
Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde	Diretores, gerentes envolvidos e o responsável pelo Centro de Informações Estratégicas da Vigilância em Saúde – CIEVS estadual
Secretaria Executiva de Atenção à Saúde	Secretária executiva
Secretaria Executiva de Regulação	Secretária executiva
Secretaria Executiva de Coordenação Geral	Secretária executiva
Superintendência de Comunicação	Superintendente
<b>Nível Regional da SES (Gerências Regionais de Saúde - Geres)*</b>	
I Geres	Gerente da Geres e Técnico responsável pela SCZ
IV Geres	
VIII Geres	
XI Geres	
<b>Unidades de Referência no atendimento</b>	
IMIP	Médico responsável pelo serviço de diagnóstico e acompanhamento dos bebês com microcefalia
HUOC	
<b>Instituições externas à SES/PE</b>	
MS	Profissional que esteve à frente de todo o processo
OPAS	
IAM	

\*Das 12 Geres, 4 serão abordadas, pelo facto de terem sido definidas como referências macrorregionais para os municípios, tanto no que se refere ao acesso ao diagnóstico e acompanhamento, quanto à sistematização das informações.

Fonte: a autora.

Dois entrevistadores realizaram as entrevistas e transcrições, após processo de calibração. A análise documental levou em conta os documentos produzidos pela Secretaria de Saúde de Pernambuco, pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial de Saúde: protocolos, notas técnicas, informes, boletins e relatórios, no período de outubro de 2015 a agosto de 2017.

Os roteiros das entrevistas e da análise documental foram construídos a partir de uma matriz de análise elaborada com base nas capacidades diádicas fundamentais à cadeia de valor da gestão do conhecimento propostas por Landry *et al.* (2006): Mapeamento e aquisição do conhecimento; produção e destruição do conhecimento; integração e compartilhamento do conhecimento; multiplicação e proteção do conhecimento; desempenho do conhecimento e inovação. Para delineamento do modelo de análise (Figura 1), também foram considerados os componentes e ações de uma emergência em Saúde Pública [11,12,21]:

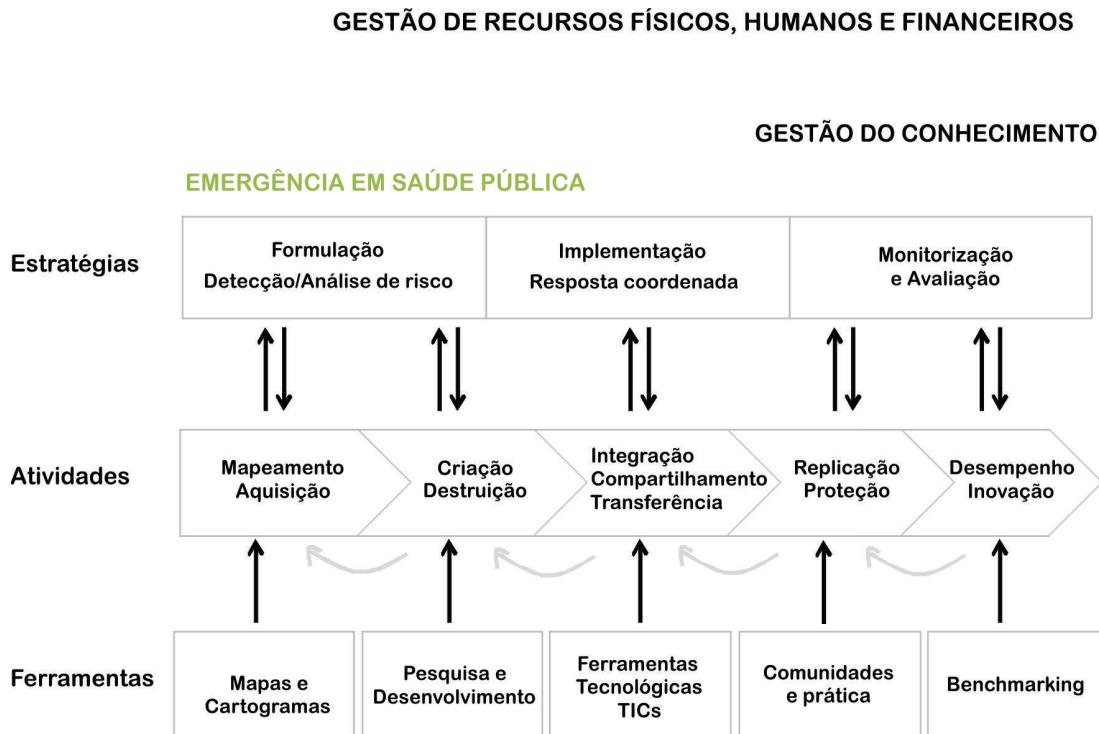
**- Detecção/Análise do risco:** mobilização das unidades de saúde de referência para notificação diária; instituição de Comitê de Emergência; elaboração de plano de resposta; realização de reuniões sistemáticas do Comitê de Emergência.

**- Resposta Coordenada:** ações de resposta à emergência; investigação da emergência; articulação com as áreas técnicas para a elaboração de material (notas técnicas, informes e alertas) e divulgação; registro das atualizações relacionadas à emergência (epidemiológica, laboratorial, controle de doenças, promoção, apoio logístico ou de insumos e orientação técnica); articulação intra/intersetorial e interinstitucional para resposta; elaboração de relatórios semanais; realização de novos estudos epidemiológicos / investigação.

**- Avaliação:** acompanhamento da emergência; elaboração de gráficos para divulgação e interpretação dos indicadores; realização de reuniões semanais para a avaliação da emergência monitorada para tomada de decisão em comitê técnico; avaliação da adequação e da eficácia das medidas de contenção; mudança da política de Saúde Pública, se indicado.

Para cada capacidade diádica foram definidos critérios a serem identificados nas entrevistas e documentos analisados. Para cada critério foram mapeados eventos e inscrições

Fig 1: A cadeia de valor do conhecimento numa emergência em Saúde Pública, 2016



Landry 2006; Trad. Adapt. Hartz, 2015 - \*TICs: Tecnologia da Informação e de Comunicação

que favoreceram à Gestão do Conhecimento na epidemia. Eventos são os acontecimentos que trazem consequências para a historicidade da intervenção, são elementos que acontecem, geralmente, em ordem temporal. Inscrições são todos os tipos de transformação que materializam uma entidade num signo, num arquivo, num documento; são consequências dos eventos [22,23]. A descrição dos eventos e inscrições seguiu a lógica das ações de uma ESP. A técnica utilizada para análise dos dados foi a análise de conteúdo, uma vez que articula as informações coletadas com o referencial científico por meio de um processo analítico-sintético [24].

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), conforme protocolo 62352616.8.0000.5201.

### 3. Resultados

Os eventos e inscrições produzidos a partir dos critérios estabelecidos caracterizaram a interdependência das cinco capacidades diádicas na geração da cadeia de valor da GC, quando adaptadas a uma Emergência em Saúde Pública (ESP), conforme apresentado na figura 1. No geral, a ideia de sequência temporal inerente à cadeia de valor da GC e à ESP pode ser observada.

O primeiro componente de uma ESP - formulação da estratégia - em que se detectam e analisam os riscos da

emergência corresponde às capacidades de mapeamento/aquisição e de criação/destruição na cadeia de valor da GC. No evento **Constatação da alteração no padrão de ocorrência da microcefalia**, médicos dos serviços de saúde estadual relataram o atendimento de um número maior de bebês com microcefalia, o que gerou a necessidade de mapear o conhecimento existente para compreender melhor esse aumento. A única fonte de dados interna era o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), onde se registram todos os nascidos vivos do Brasil, cuja mediana era de 9 casos anuais de 2005 a 2014. Além disso, o que se tinha de fonte de informação externa à Secretaria Estadual de Saúde (SES/PE) era a literatura científica internacional que relatava epidemias do vírus zika na Ásia, porém sem relatos de microcefalia (Quadro 2).

A **Conceção de equipas e instrumentos de notificação e acompanhamento** contribuiu com a conceção de um novo conhecimento interno sobre o perfil das crianças com microcefalia e das gestantes com exantema notificados em PE. A construção de uma ferramenta de notificação *on line* e de uma planilha de acompanhamento das crianças e gestantes nas referências foram a base para a instituição, um mês depois, do **Registro de Eventos em Saúde Pública** (RESP – microcefalia) pelo Ministério da Saúde (MS), que permitiu o conhecimento do panorama nacional, agora não apenas de microcefalia, mas das alterações no sistema nervoso central (Quadro 2).

Ainda na etapa de formulação da estratégia, as capacidades de produção/destruição foram exploradas nessa emergê-

cia, no que diz respeito à combinação dos conhecimentos tácitos/explícitos e internos/externos, à mudança de rotina, à substituição de protocolos e incentivo à pesquisa. O conhecimento tácito existia sobre microcefalia, porém nenhum profissional tinha vivido qualquer experiência com as consequências da infecção pelo vírus zika. O conhecimento foi sendo explicitado, na medida em que foi produzido, e analisado junto com o existente sobre microcefalia por outras causas e epidemias de zika em outros países (Quadro 3).

Nos eventos que dizem respeito à **Elaboração/ atualização dos protocolos e diretrizes**, houve uma combinação dos conhecimentos tácitos, explícitos, internos, externos, individuais e coletivos, a partir das informações obtidas na vivência dos profissionais

da gestão da saúde e dos serviços de referência (Hospital Universitário Oswaldo Cruz - HUOC; Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP); do MS; da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS/OMS) e da bibliografia existente. O primeiro protocolo serviu de base para o nacional. Mudanças eram realizadas nos documentos e na rotina dos serviços, ao passo em que novas descobertas foram sendo feitas, como: definição de novo critério para notificação da microcefalia; orientações para notificação e acompanhamento das gestantes com exantema; redefinição da necessidade de exames laboratoriais. Em julho de 2016, o conhecimento produzido contribuiu com a caracterização da Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZ), a partir da descoberta de outras alterações neurológicas, físicas e funcionais importantes, além da microcefalia (Quadro 3). A instituição de uma **Coordenação de Vigilância da SCZ e outras síndromes neurológicas causadas por arbovírus** com dedicação exclusiva fez com que o conhecimento fosse produzido, divulgado e compartilhado com a agilidade e cuidado necessários. Os **gestores e profissionais de saúde passaram a colocar a microcefalia/SCZ na rotina**, com decisões e discussões

**Quadro 2:** Matriz de análise da Gestão do Conhecimento no componente Formulação da Estratégia (Detecção e análise de risco) e na capacidade diádica Mapeamento/Aquisição, Pernambuco, 2017.

Estratégia da ESP: Componente Formulação da Estratégia (Detecção e análise de risco)			
Capacidades diádicas (Atividades)	Critérios	Eventos	Inscrições
1. Mapeamento/Aquisição	1. Identificação das fontes de informação internas e externas	Constatação da alteração no padrão de ocorrência da microcefalia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Em outubro de 2015, um número maior de bebês com microcefalia chega aos serviços de saúde (média de 5 atendimentos por semana)</li> <li>- Tomada de decisão imediata de montar um sistema de vigilância.</li> <li>- A única fonte de informação interna existente era o SINASC, cuja mediana era de 09 casos/ano.</li> <li>- Não havia fontes de informações externas ao sistema de saúde pública, além dos estudos sobre epidemias de zika e síndrome de Guillain-Barré na Ásia, porém não relatavam microcefalia relacionada a essas epidemias.</li> </ul>
	2. Localização da informação	Concepção de equipes e instrumentos de notificação e acompanhamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Construção de uma ferramenta para notificação obrigatória e imediata da microcefalia e das gestantes com exantema (FormSUS)</li> <li>- Elaboração de planilha para coleta de dados sobre o acompanhamento das crianças e gestantes com exantema nas unidades de referência.</li> <li>- Os serviços públicos foram responsáveis por mais de 95% das notificações, quando comparados aos privados.</li> <li>- O CIEVS e técnicos recrutados de outras áreas da vigilância epidemiológica ficaram responsáveis pela coleta e análise dos dados, até a divulgação do conhecimento produzido</li> </ul>
	3. Contratação/de signação de pessoas para coleta de dados	Criação do Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP) – microcefalia, pelo MS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O MS cria o RESP- microcefalia, em novembro de 2015, onde todos os estados iriam notificar os casos, agora não apenas de microcefalia, mas de alterações no sistema nervoso central.</li> <li>- PE foi o último estado do Brasil a aderir ao RESP, pelo fato do FormSUS atender melhor às necessidades locais</li> <li>- Em janeiro de 2016, PE passa a notificar no RESP, de forma a contribuir com a análise do cenário nacional</li> </ul>

SINASC: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos; CIEVS: Centro de Informações Estratégicas da Vigilância em Saúde; MS: Ministério da Saúde; RESP: Registro de Eventos em Saúde Pública; PE: Pernambuco

Fonte: a autora.

sistemáticas dos documentos produzidos à luz dos novos conhecimentos. No nível da gestão foi instituído um Comitê permanente, com discussões sistemáticas com foco na resposta rápida. A rotina do pré-natal, parto e puericultura foi modificada por orientação dos protocolos/diretrizes a propósito da notificação, acompanhamento e encaminhamento dos casos, com criteriosa atenção à medição do PC (Quadro 3).

A **parceria com instituições de pesquisa** foi imprescindível para o embasamento científico das condutas adotadas ou para mudanças de estratégia. O Instituto Aggeu Magalhães (IAM), unidade da Fundação Oswaldo Cruz, assumiu a linha de frente das pesquisas em Pernambuco, pelo seu reconhecido papel na Saúde Pública do estado. Reuniões sistemáticas entre os pesquisadores, profissionais dos serviços de referência e gestores estaduais eram realizadas para definição e acompanhamento dos estudos (Quadro 3). Na fase de implementação da estratégia nas ESP foram mapeados eventos e inscrições referentes à integração, compartilhamento e transferência na cadeia de valor da GC. A integração das peças de conhecimento bruto (interno e externo), transformando em conhecimento funcional, foi

**Quadro 3:** Matriz de análise da Gestão do Conhecimento no componente Formulação da Estratégia (Detecção e análise de risco) e na capacidade diádica Produção/ Destrução, Pernambuco, 2017.

Estratégia da ESP: Componente Formulação da Estratégia (Detecção e análise de risco)			
Capacidades diádicas (Atividades)	Critérios	Eventos	Inscrições
2. Produção/ Destrução	1. Combinação de conhecimentos tácito, explícito, interno, externo, individual e coletivo 2. Mudança de rotinas organizacionais e comportamentos profissionais 3. Substituição de normas/protocolos antigos por novos 4. Realização/incentivo a pesquisas científicas	<b>Elaboração/atualização dos protocolos e diretrizes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Em novembro de 2015, elaboração da primeira versão do protocolo clínico e epidemiológico</li> <li>- A primeira versão do protocolo serviu de base para a elaboração do protocolo nacional.</li> <li>- Em dezembro de 2015, atualização do protocolo (2ª versão) com mudanças nos critérios de notificação dos casos de microcefalia e orientações para notificação das gestantes com exantema</li> <li>- Em julho de 2016, encontro internacional promovido pela OPAS/OMS, em Pernambuco, reunindo profissionais e cientistas do Brasil, Colômbia, Argentina, Estados Unidos, OPAS e OMS para caracterização da Síndrome Congénita do Zika Vírus (SCZ)</li> </ul>
		<b>Criação de setores responsáveis pela Vigilância da SCZ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Em janeiro de 2016, foi instituída no nível central da SES/PE a Coordenação de Vigilância da SCZ e outras síndromes neurológicas causadas por arbovírus</li> <li>- Todo o processo de produção do conhecimento fica sob a responsabilidade dessa coordenação</li> </ul>
		<b>Gestores e profissionais da Saúde colocam a microcefalia/SCZ na rotina</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instituição de comitê permanente integrando as áreas de Assistência, Vigilância e Regulação no nível central da SES e nas Geres</li> <li>- Os profissionais das maternidades e puericultura passam a ser mais criteriosos na medição do PC e a notificar os casos com base nos protocolos</li> <li>- Os profissionais dos serviços de referência passam a acompanhar os casos e registrar o acompanhamento.</li> </ul>
		<b>Parceria com instituições de pesquisas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intensa mobilização da comunidade científica frente ao desconhecido</li> <li>- Parceria com o Instituto Aggeu Magalhães (IAM/Fiocruz-PE) para realização das pesquisas em consonância com as necessidades do sistema de saúde</li> <li>- Reuniões periódicas entre os pesquisadores do IAM, profissionais dos serviços de saúde e gestores da SES/PE para compartilhamento das pesquisas em andamento.</li> </ul>

OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde; OMS: Organização Mundial da Saúde; SES/PE: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco; Geres: Gerência Regional de Saúde; PC: Perímetro Cefálico

Fonte: a autora.

viabilizada com a **elaboração de informes** diários/ semanais que transformavam os dados da notificação e do acompanhamento em informação acionável para os serviços de referência no atendimento; as Geres e municípios envolvidos. O acesso básico a informações-chave e ao conhecimento é possibilitado pela **divulgação dos documentos** produzidos no site da SES/PE, na plataforma do CIEVS, por e-mail (mala direta) e pelo *whatsapp* (Quadro 4).

Houve uma rápida **adequação dos serviços de saúde e criação de novos** para atendimento da microcefalia/ SCZ. O conhecimento contribuiu para qualificação e regionalização dos serviços de referência com a contratação de novos profissionais (pediatras, neurologistas, ginecologistas, terapeutas ocupacionais, fisioterapeuta, profissionais de laboratório); readequação das unidades de especialidades; capacitação dos profissionais em vigilância e atenção à saúde dos bebês com SCZ, a partir das necessidades que foram surgindo; formação de uma rede de apoio às famílias das crianças afetadas. O atendimento que era, inicialmente, centralizado na capital, na medida em que as notificações abrangiam todo o estado, a rede de assistência regionalizada

ia se desenhando com neurologistas, exames para diagnóstico e reabilitação (Quadro 4).

A **codificação do conhecimento para a população** teve como tônica a transparência e a pronta informação. Em um contexto de pânico social, houve grande um esforço dos gestores para disseminar o conhecimento, reduzir o temor, propor e intensificar as medidas de prevenção. A imprensa se esforçou para decodificar as informações para a população, em coletivas que aconteciam semanalmente com todos os envolvidos, desde os gestores da linha de frente, até os profissionais das unidades de saúde (Quadro 4).

No evento **Compartilhamento do conhecimento com instituições de ensino/pesquisa** houve uma circunstância excepcional na relação serviço x academia, com estreito trabalho colaborativo diário entre pesquisa, instância gestora estadual (SES/PE), instância gestora nacional (MS) e organismos internacionais (OPAS/OMS), visando o compartilhamento do conhecimento e resposta conjunta em um curto espaço de tempo. Foi criado o Grupo de Pesquisas da Epidemia de Microcefalia (MERG) pelo IAM, com a

**Quadro 4:** Matriz de análise da Gestão do Conhecimento no componente Implementação da Estratégia (Resposta Coordenada) e na capacidade diádica Integração/ Compartilhamento e Transferência, Pernambuco, 2017.

Estratégia da ESP: Componente Implementação da Estratégia (Resposta Coordenada)			
Capacidades diádicas (Atividades)	Critérios	Eventos	Inscrições
3. Integração/ Compartilhamento e Transferência	1. Integração das peças de conhecimento bruto (interno e externo), transformando em conhecimento funcional 2. Acesso básico a informações-chave e expertise 3. Acesso fácil ao conhecimento 4. Desenvolvimento de intervenções e serviços, a partir do conhecimento integrado 5. Codificação do conhecimento (redução da distância cognitiva entre produtores e usuários do conhecimento) 6. Conversão do conhecimento individual e tácito em conhecimento organizacional (compartilhamento) 7. Troca de conhecimento entre organizações (transferência) 8. Criação de valor organizacional, a partir da troca de conhecimento 9. Compatibilidade do conhecimento com as atribuições, contextos históricos, valores, competências, recursos e investimentos anteriores em tecnologia da instituição 10. Criação de comunidades de práticas	<b>Elaboração de informes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Em novembro de 2015, eram elaborados e divulgados informes contendo o perfil dos casos de microcefalia e das gestantes com exantema</li> <li>- Em janeiro de 2016, os informes passaram a ser semanais</li> <li>- A partir de março de 2016, quinzenalmente, são divulgados informes sobre o perfil da SCZ</li> </ul>
		<b>Divulgação do conhecimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os informes, notas técnicas, protocolos e diretrizes ficam disponíveis na plataforma CIEVS e no site da SES/PE, além dos artigos científicos publicados no Brasil e no mundo</li> </ul>
		<b>Adequação da rede de saúde e criação de novos serviços</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conformação e regionalização da rede de saúde para diagnóstico e acompanhamento dos bebês em curto tempo</li> <li>- Novos procedimentos e condutas criados e modificados ao longo desses dois anos, a partir do conhecimento gerado e da vivência nos serviços de saúde.</li> </ul>
		<b>Codificação do conhecimento para a população</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grande esforço dos gestores e da imprensa em decodificar e disseminar o conhecimento, reduzir o temor, propor e intensificar as medidas de prevenção para a população, numa parceria sem conflitos com a imprensa.</li> <li>- Coletivas de imprensa semanais para atualizar a população dos acontecimentos</li> <li>- Participação das médicas dos serviços de saúde, auxiliando na tradução do que na clínica para a população.</li> </ul>
		<b>Compartilhamento do conhecimento com instituições de ensino/pesquisa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Circunstância excepcional de estreito trabalho colaborativo diário entre academia x serviço</li> <li>- Praticado um novo modelo, não apenas de transferência de conhecimento, mas de participação ativa da gestão, profissionais das unidades de saúde e pesquisadores na construção científica.</li> <li>- Envio do banco de dados diariamente de microcefalia/SCZ para os pesquisadores do IAM</li> <li>- Criação de um grupo de pesquisas (MERG) pelo IAM</li> </ul>
		<b>Compartilhamento do conhecimento com os profissionais da saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compartilhamento do conhecimento em rede: do nível central da SES com as unidades estaduais e Geres; das Geres para as unidades regionais e municípios; dos municípios para as unidades municipais</li> <li>- Intercâmbio permanente dos prestadores de serviços com os produtores do conhecimento.</li> <li>- Reuniões sistemáticas sempre que tem algum evento relevante (discussão dos protocolos e dos óbitos).</li> </ul>
		<b>Troca de conhecimento com o Ministério da Saúde (MS)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Envio de uma equipe do EPISUS para investigação dos casos de microcefalia notificados</li> <li>- Alinhamento das informações a serem divulgadas no informe semanal do MS.</li> <li>- Divergências entre as instâncias estadual e nacional</li> <li>- Criação da Renezika, coordenada pelo MS, com a participação de 189 especialistas de 20 instituições de todas as áreas</li> </ul>
		<b>Troca de conhecimento com a OPAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relação amistosa com a OPAS, de parceria nas decisões.</li> <li>- Possibilitou dar visibilidade ao que estava acontecendo no Brasil, com a promoção de intercâmbio entre países, o que foi determinante nas respostas e na preparação para possíveis epidemias.</li> <li>- Visita da diretora geral da OMS, Margaret Chan, a Pernambuco</li> </ul>

SCZ: Síndrome Congênita do Zika Vírus; CIEVS: Centro de Informações Estratégicas da Vigilância em Saúde; SES/PE: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco; MERG: Grupo de Pesquisa da Epidemia da Microcefalia; IAM: Instituto Aggeu Magalhães; SES: Secretaria Estadual de Saúde; Geres: Gerência Regional de Saúde; MS: Ministério da Saúde; EPISUS: Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS; Renezika: Rede Nacional de Especialistas em Zika e Doenças Correlatas; OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde; OMS: Organização Mundial da Saúde

Fonte: a autora.

participação de profissionais da SES e dos serviços de saúde (Quadro 4).

**O Compartilhamento do conhecimento com os profissionais dos serviços de saúde** se deu em reuniões presenciais e videoconferências para discutir e tirar dúvidas, o que gerava um feedback para todos. As notas técnicas e protocolos divulgados pelo nível central da SES eram discutidos pela instância regional com os profissionais da vigilância em saúde, atenção primária e gestores dos municípios. Os profissionais instituíram um intercâmbio próprio de informações e se reuniam sempre que tinha algum evento relevante (Quadro 4).

**A Troca de conhecimento com o Ministério da Saúde (MS)** foi constante e sistemática. Uma equipa do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS (EPISUS) foi disponibilizada para investigação dos casos de microcefalia, cujo conhecimento produzido foi de grande importância naquele momento: conclusão de que 68% das mães de bebês notificados com microcefalia relataram quadro exantemático durante a gra-

vez. No meio do processo, a negociação em termos de informação tornou-se difícil, pois havia claras divergências com relação à ferramenta de notificação; aos protocolos; à criação de um setor de vigilância da SCZ pela SES/PE. Um importante legado foi uma comunidade de práticas instituída pelo MS - a Renezika - com a participação de 189 especialistas de 20 instituições, cuja finalidade é produzir e trocar conhecimentos e vivências, além de direcionar as pesquisas (Quadro 4).

**A Troca de conhecimento com a OPAS/OMS** moveu o intercâmbio entre países, possibilitando dar visibilidade ao que estava acontecendo no Brasil, o que foi determinante nas respostas e na preparação para possíveis epidemias. Vários países vieram aprender com a experiência de PE; e a SES/PE teve a oportunidade de ir a outros países para essa transferência de conhecimento. Uma importante inscrição foi a visita a Pernambuco da diretora geral da OMS, Margaret Chan (Quadro 4). Com relação à fase de monitorização e avaliação da ESP, duas capacidades diádicas da GC são correspondentes: replicação/proteção

**Quadro 5:** Matriz de análise da Gestão do Conhecimento no componente Monitorização e Avaliação e nas capacidades diádicas Replicação/ Proteção e Desempenho do Conhecimento/ Inovação, Pernambuco, 2017.

Estratégia da ESP: Componente Monitorização e Avaliação					
Capacidades diádicas (Atividades)	Critérios	Eventos	Inscrições		
4. Replicação/ Proteção	1. Replicação de normas e protocolos, considerando os contextos, ações e decisões locais 2. Proteção do conhecimento por meio de patentes, direitos autorais, marcas registradas e acordos de confidencialidade	<b>Utilização e replicação dos documentos produzidos</b>	- Protocolos e diretrizes utilizados pelas Geres, municípios e pela rede de saúde estadual, de acordo com o perfil da rede de referência mobilizada em cada instância. - Utilização dos documentos produzidos pelo MS, Opas e as instituições de pesquisa como referência para as publicações e desenho dos estudos - Instituição do MERG contribuiu no fomento ao compartilhamento e, de certa forma, proteção do conhecimento científico produzido.		
5. Desempenho do Conhecimento/ Inovação	1. Medição dos resultados e consequências alcançadas pela reprodução do conhecimento 2. Aferição dos investimentos na produção, compartilhamento e aplicação de conhecimento 3. Contribuição para o desenvolvimento de novos produtos e serviços ou seu aperfeiçoamento	<b>Resultados alcançados com a aplicação do conhecimento produzido</b>	- Publicação de artigos relevantes para tomada de decisão imediata na gestão, no atendimento às crianças e gestantes; na realização de novos estudos - Resultados imediatos observados decorrentes do conhecimento produzido pelas pesquisas e pela vivência nas unidades de referência: - Criação e manutenção de uma coordenação de vigilância da SCZ e das síndromes neurológicas causadas pelas arboviroses em PE. - Empresas estão reinventando produtos e formas de controle do mosquito (utilização de mosquitos transgênicos, bactérias, criação de aplicativos)	<b>Investimento na produção do conhecimento</b>	Investimento estadual de R\$ 3 milhões na publicação de editais de pesquisas sobre o vírus zika e SCZ, que estão sendo desenvolvidas.

OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde; OMS: Organização Mundial da Saúde; SES/PE: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco; Geres: Gerência Regional de Saúde; PC: Perímetro Cefálico

Fonte: a autora

e desempenho do conhecimento/inovação. Na replicação/proteção, o evento **Utilização e replicação dos documentos produzidos** produz inscrições que tratam da divulgação e circulação do conhecimento contido nos protocolos e diretrizes pela OPAS/OMS, MS, instituições de pesquisa, Geres, municípios e pela rede de saúde estadual, sendo utilizado de acordo com o perfil e necessidade de cada um. O MERG contribuiu com a replicação e, de certa forma, proteção do conhecimento produzido (Quadro 5).

Na capacidade de desempenho do conhecimento/inovação, a **aplicação do conhecimento** interno trabalhado e do conhecimento científico gerado alcançou resultados imediatos. Alguns artigos científicos foram relevantes para tomada de decisão imediata: descrição dos casos; sensibilidade e especificidade do perímetro cefálico para notificação dos casos; o caso- controle que reforça a associação do vírus zika com a microcefalia; comparação das tomografias dos bebês com e sem microcefalia; presença do vírus zika no líquido amniótico (Quadro 5).

Dentre os principais resultados do conhecimento produzido podem ser citados: ampliação e adequação do perfil de alguns serviços de saúde para atender às demandas que aparecem de forma gradual ao longo do tempo (Ex: compra de novos anticonvulsivantes, contratualização com outros serviços para consultas com gastropediatras e cirurgias gástricas); inclusão da reabilitação nas unidades de especialidades, maior precisão na medição do perímetro cefálico na puericultura, incorporação de técnicas de estimulação precoce, regionalização dos serviços deixando mais próximo das famílias. Um resultado estruturante foi a criação

de uma Coordenação de Vigilância da SCZ e das síndromes neurológicas causadas pelas arboviroses e houve um **investimento** de R\$ 3 milhões pelo governo estadual para realização de pesquisas na área. O próximo passo é ampliar para a vigilância das síndromes congénitas, independente da etiologia infecciosa, para conseguirmos avaliar o impacto delas na vida da população (Quadro 5).

#### 4. Discussão e conclusões

As transformações necessárias à produção do conhecimento, desde o desenvolvimento de instrumentos de notificação e acompanhamento dos casos de microcefalia/SCZ, a partir da realidade captada, passando pelo processamento dos dados que gerou os informes, protocolos e diretrizes; até a interpretação e transformação da informação em ação pelos gestores e serviços de saúde foram observadas em todo o período da epidemia [6,7,25].

Ainda que a Gestão do Conhecimento não tenha sido planejada desde o início da epidemia de SCZ em Pernambuco, eventos e inscrições foram identificados nas cinco capacidades diádicas da sua cadeia de valor [6], conforme o modelo proposto neste estudo. Sob tal perspectiva, duas questões podem ter favorecido: o fato de que a própria gestão da Emergência em Saúde Pública (ESP), em muitos momentos, se confunde com a gestão do conhecimento; e a tese de que o contexto é determinante no seu uso pelos gestores e tomadores de decisão, limitando o valor prescritivo e comprometendo a sua sustentabilidade [6,26,27,28].

É certo que a sustentabilidade de um sistema de gestão do conhecimento exige de toda a organização investimentos significativos e implica grande esforço, bem como mudanças de comportamento por um período de tempo significativo. Princípios básicos como: estratégia, organização, orçamento, comunidade de prática, tecnologia, incentivos e medição - precisam ser postos em prática para que a organização esteja no bom caminho. [5,8,10,29].

Por outro lado, há várias dificuldades relatadas por Schlesinger (2008) e por Gonzales e Martins (2015) para a implantação deste sistema de gestão numa organização, tais como: o pouco conhecimento dos processos básicos de gerenciamento da informação; a falta de recursos humanos e financeiros; e a diferença de linguagens entre os diversos setores organizacionais, numa emergência em Saúde Pública que precisam ser superadas, pela necessidade de resposta rápida.

Tornaram-se facilidades, por exemplo, a Secretaria de Saúde ter um setor que lida com informação e sistemas de informações, rotineiramente - a Vigilância em Saúde - fazendo com que se encontrasse um lócus gerencial de imediato; a criação de uma unidade de coordenação de vigilância da SCZ, contribuindo com a aquisição de recursos humanos; o uso da informação, transformando-a em ação, que é sempre o grande desafio do conhecimento, se deu instantaneamente numa via de mão de dupla entre produtores e usuários do conhecimento.

Do ponto de vista gerencial, alguns eventos e inscrições produzidos na epidemia de SCZ pareceram aumentar o valor da GC [6]. Fatos como o de o conhecimento gerado ter promovido a adoção de novas condutas clínicas e epidemiológicas; ter provocado a adequação e ampliação dos serviços de saúde, dando acesso ao cuidado de mais crianças; ter possibilitado, com a descoberta da SCZ, a compreensão de que as malformações congénitas têm a sua importância no sistema de saúde; ter criado oportunidades para implantação de uma vigilância e atenção à saúde das pessoas com malformação congénita, ter sido compartilhado e utilizado por diferentes países, instituições, gestores, profissionais dos serviços de saúde, pesquisadores e imprensa, aumentaram o valor do conhecimento na Secretaria Estadual de Saúde de PE.

No que se refere ao compartilhamento do conhecimento, os quatro modos possíveis, delineados por Nonaka [1994], puderam ser observados. Houve **socialização**, na medida em que os profissionais dos serviços de referência e pesquisadores se apropriavam do entendimento que os gestores e técnicos que gerenciavam a informação tinham da epidemia, ao passo que os gestores e técnicos absorviam as vivências dos profissionais das referências e dos pesquisadores no campo. Essas vivências eram consideradas nas apresentações, coletivas de imprensa e nos documentos elaborados (**externalização**). Os documentos foram divulgados para os diversos públicos, que incorporaram o conhecimento às

sus ações e práticas (**internalização**). O envolvimento de grupos diferentes na produção, sistematização, integração, comunicação e difusão do conhecimento contribuiu com a **combinação**.

Um evento inusitado foi a relação estabelecida entre o serviço e a pesquisa. Foi praticado um novo modelo, não apenas de transferência de conhecimento, mas de participação ativa da gestão e dos profissionais de saúde no delineamento e acompanhamentos das pesquisas. É bem provável que a contingência aliada à escassez de conhecimento tenham contribuído com os esforços alinhados a uma necessidade comum. A instituição do MERG, grupo de pesquisas que reúne pesquisadores e profissionais de saúde, pode ter sido um exemplo de rede de inovação e desenvolvimento, que o tempo irá dizer [29].

Apenas na capacidade de Desempenho do Conhecimento/Inovação, o critério de Medição dos resultados e consequências alcançadas pela reprodução do conhecimento não foram identificados eventos e inscrições nas falas dos entrevistados e documentos analisados. Todavia, uma etapa essencial para saber se os investimentos e esforços bem-sucedidos valeram a pena e terão continuidade, é colocar em prática um sistema para medir o seu progresso. A medição contínua dos retornos e benefícios constitui um dos principais desafios para a GC ser, de fato, implantada além da cultura organizacional, comportamento humano e criação de um contexto de aprendizagem permanente [5,29,30].

Embora os eventos e inscrições produzidos na epidemia de SCZ tenham atendido aos pressupostos da cadeia de valor da GC, é necessário que haja mudanças na gestão, no processo de trabalho e na cultura organizacional para a implantação da GC de forma mais concreta, para não se incorrer no risco de achar que novas tecnologias da informação e um conjunto de ferramentas e métodos gerenciais são suficientes para manter a GC. O primeiro passo é pensar numa estratégia de motivação e facilitação, no sentido dos trabalhadores desenvolverem, aprimorarem e usarem sua capacidade de interpretação de dados e informações utilizando fontes de informação disponíveis, experiência, habilidades, cultura, caráter, personalidade e sentimentos, através de um processo de o que significação da GC [9,10].

Apesar das consonâncias encontradas entre as ações de resposta à epidemia de SCZ e a cadeia de valor da GC, há limitações no estágio do conhecimento atual nas decisões e práticas. Muitas questões serão resolvidas e respondidas com as pesquisas em andamento que tratam: da interrupção da ação do vírus na gestante; da efetividade da vacina contra o vírus zika; dos achados tardios (sequelas auditivas, cognitivas e visuais); da compreensão sobre todo o espectro clínico do vírus zika (síndrome congénita, quadro clínico inaparente, quadros leves e moderados, síndrome adquirida, síndromes neurológicas, óbitos); do desenvolvimento de novas técnicas de diagnóstico do vírus zika e da SCZ; da produção de novas medicações. As pesquisas do ponto de

vista do controle vetorial precisam avançar para contribuir com a inovação tecnológica das ações nessa área. A causalidade ainda é um debate em aberto, principalmente quando pensamos no problema como causa suficiente.

Há limitações também no que diz respeito à perenização da cadeia de valor gerada pelo desenvolvimento interdependente das capacidades diádicas, considerando que se utilizou como objeto de análise uma emergência em Saúde Pública, cujo caráter de transitoriedade limita a gestão do conhecimento enquanto parte dos objetivos e estratégias da gestão, cujos componentes e fases de implantação precisam de tempo. O conhecimento deve ser reconhecido, conforme defendido por Landry (2006), como um dos recursos de mais alto valor estratégico na instituição, e para tal, os que fazem a gestão da saúde precisam estar convencidos e preparados.

A criação de um modelo de enfrentamento a uma Emer-

gência em Saúde Pública pela SES/PE em pouco tempo, remete agora a um momento de avaliação e sistematização desse modelo criado e utilizado ao mesmo tempo. A rede de informação, comunicação e compartilhamento do conhecimento criada em decorrência dessa epidemia precisa sobreviver a ela. Os planos de respostas, mecanismos de gestão, salas de situação, monitoramento de casos, precisam ser mantidos, no formato da rotina.

## 5. Agradecimentos

Ao Instituto de Higiene e Medicina Tropical - IHMT / Universidade Nova de Lisboa – UNL; à Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE); ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) e ao Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC).

## 6. Bibliografia

1. Felisberto E, Samico I, Bezerra LCA, Hartz Z. Institucionalizando a avaliação nas organizações e agências de pesquisas: um estudo de caso exemplar. *Saúde debate* [Internet]. 2017 Mar [citado 2017 Set 20]; 41(spe): 387-399. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042017000500387&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000500387&lng=pt).
2. Hojlund S. Evaluation use in the organizational context - changing focus to improve theory. *Evaluation* 2014; 20: 26-43.
3. Nonaka I. A dynamic theory of organizational knowledge creation. *Organization Science*, 5, 1 [1994], 14-37.
4. Nonaka I, Takeuchi H. The knowledge-creating company: how Japanese companies create the dynamics of innovation. New York: Oxford University Press, 1995.
5. Denning S. What is Knowledge? Definitions of Knowledge. Disponível online em <http://www.stevedenning.com/Knowledge-Management/default.aspx> (acesso em 01 de agosto de 2015).
6. Landry Réjean, Amara Nabil, Pablos-Mendes Ariel, Shademan Ramesh and Gold Irving. The knowledge-value chain: a conceptual framework for knowledge translation in health. *Bulletin of the World Health Organization*. August 2006, 84 (8).
7. Bennet G, Jessani N (2011). The knowledge translation toolkit: bridging the know-do gap: a resource for researchers. Retrieved from: <http://web.idrc.ca/open-ebooks/508-3/>
8. Schlesinger CCB et al. Gestão do Conhecimento na Administração Pública. Curitiba, Instituto Municipal de Administração Pública – IMAP, 2008. 120p.
9. Beijerse RP. uit [1999] "Questions in knowledge management: defining and conceptualising a phenomenon", *Journal of Knowledge Management*, Vol. 3 Issue: 2, pp.94-110. In: <https://doi.org/10.1108/13673279910275512>
10. Rowley J [1999]. "What is knowledge management?", *Library Management*, Vol. 20 Issue: 8, pp.416-420, <https://doi.org/10.1108/01435129910291175>
11. Hage CE, Penna G, Oliveira WK de. Emergências de saúde pública: conceito, caracterização, preparação e resposta. *Estud. av.* [online]. 2008, vol.22, n.64, pp.19-32. ISSN 0103-4014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142008000300003>
12. World Health Assembly, 2005. *Revision of the International Health Regulations*, WHA 58.3 (May 23, 2005) Disponível em: <<http://www.who.int>>
13. Cauchemez Simon et al. Association between Zika virus and microcephaly in French Polynesia, 2013–15: a retrospective study. *The Lancet*, mar., 2016. Volume 387 , Issue 10033, 2125 - 2132
14. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Rapid risk assessment: Microcephaly in Brazil potentially linked to the Zika virus epidemic – 24 November 2015. Stockholm: ECDC; 2015.
15. Oliveira WK de, Cortez-Escalante J, Oliveira WT de, Carmo GM do, Henriques CM and Coelho GE. Increase in reported prevalence of microcephaly in infants born to women living in areas with confirmed Zika virus transmission during the first trimester of pregnancy—Brazil, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2016;65:242-7. In: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6509e2>
16. Microcephaly Epidemic Research Group (MERG). Microcephaly in Infants, Pernambuco State, Brazil, 2015. *Emerging Infectious Diseases*. [www.cdc.gov/eid](http://www.cdc.gov/eid).
17. Miranda-Filho DB, Martelli CM, Ximenes RA, Araújo TV, Rocha MA and Ramos RC. Initial description of the presumed congenital Zika syndrome. *Am J Public Health*. 2016;106:598–600. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2016.303115>
18. Souza WV de, Araújo TVB de, Albuquerque MFP, Braga MC, Ximenes RAA, Miranda-Filho DB. Microcefalia no Estado de Pernambuco, Brasil: características epidemiológicas e avaliação da acurácia diagnóstica dos pontos de corte adotados para notificação de caso. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2016. Consultado em 21 de julho de 2016. In: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00017216>.
19. Pernambuco. Centro de Informações Estratégicas da Vigilância em Saúde (CIEVS). 2017. Informe Técnico – nº 18/2017. Síndrome congénita relacionada à infecção pelo vírus Zika. Consultado em 16 de setembro de 2017. In: [https://docs.wixstatic.com/ugd/3293a8\\_6df5c877feed41bbb0591a066484c19.pdf](https://docs.wixstatic.com/ugd/3293a8_6df5c877feed41bbb0591a066484c19.pdf)
20. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Diretrizes de Vigilância Epidemiológica da Síndrome Congénita relacionada à Infecção pelo Vírus Zika em Pernambuco. Pernambuco: Secretaria Estadual de Saúde, 2017. 43p. In: [https://docs.wixstatic.com/ugd/3293a8\\_af73f07e7a-4f4c4e89561c4151748102.pdf](https://docs.wixstatic.com/ugd/3293a8_af73f07e7a-4f4c4e89561c4151748102.pdf)
21. World Health Organization (WHO). Communicable disease control in emergencies: a field manual. Edited by M. A. Connolly, 2005.
22. Latour B. A esperança de pandora. São Paulo: EDUSC; 2001.
23. Pluye P, Potvin L, Denis J-L, Pelletier J, Mannion C. Program sustainability begins with the first events. *Evaluation and Program Planning* (28) 123–137, 2005.
24. Minayo MCS. (2004). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde, 8<sup>ª</sup> ed. São Paulo: Hucitec.
25. Chaim Z. (2006). Redefining information science: from "information science" to "knowledge science", *Journal of Documentation*, Vol. 62 Issue: 4, pp.447-461.
26. Champagne F. O uso de evidências científicas e de conhecimento por gestores. Papel apresentado na "Fechando o Loop: 3<sup>ª</sup> Conferência sobre Base Científica de Saúde" Toronto, 1 a 3 de outubro de 1999. Universidade de Montreal N99 01.
27. Becerra-Fernandez I, Sabherwal R (2001). Organizational Knowledge Management: A Contingency Perspective. *Journal of Management Information Systems*. Volume 18, p. 23-55.
28. Gonzalez RVD, Martins M.F (2015). Gestão do conhecimento: uma análise baseada em fatores contextuais da organização. *Production*, v. 25, n. 4, p. 834-850
29. Craveiro I, Hartz Z. Investigação do papel das redes de investigação na translação do conhecimento. Suplemento dos Anais do IHMT. An Inst Hig Med Trop 2016; 15 (Supl. 2): S35- S40.
30. Batista FF. Governo que aprende: gestão do conhecimento em organizações do executivo federal. Texto para discussão N° 1022, Brasília, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 108 p., junho, 2004.

## 7. Conflito de interesses

Os autores declararam não haver conflitos de interesse.

# Equidade e governança: análise da política de pesquisa e inovação em Saúde no Brasil

*Equity and governance: analysis of health research and innovation policy in Brazil*

## Antonia Angulo-Tuesta

Doutora em Ciências da Saúde.

Curso de Saúde Coletiva, Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília

Brasília, Brasil

antonia.unb@gmail.com

## Zulmira Hartz

Professora catedrática convidada de Avaliação em Saúde;

Global Health and Tropical Medicine, GHTM, Instituto de Higiene e Medicina

Tropical, IHMT, Universidade Nova de Lisboa, UNL, Lisboa, Portugal

zhartz@ihmt.unl.pt

## Resumo

A saúde no Brasil melhorou notavelmente influenciada por transformações nos determinantes sociais da saúde e no sistema de saúde, e por mudanças no desenvolvimento social e económico do país. Permanecem, ainda, disparidades regionais, socioeconómicas e étnicas, e desigualdades de gênero que afetam a saúde da população. Políticas de financiamento, produção e translação de conhecimento do sistema de pesquisa em saúde devem orientar-se pela equidade a fim de influenciar a implementação de programas eficazes e custo-efetivo e o desempenho do sistema de saúde. Este artigo apresenta o protocolo do projeto para analisar a equidade nas colaborações e parcerias interinstitucionais na política de pesquisa e inovação em saúde no Brasil. Trata-se de pesquisa avaliativa, baseada na abordagem da Iniciativa para a Equidade na Pesquisa (Research Fairness Initiative) e dos princípios para a Pesquisa Global em Saúde, aplicados a políticas de financiamento. Resultados preliminares apontam desequilíbrios no financiamento a pesquisa sobre equidade em saúde em relação ao financiamento global em pesquisa; ao cofinanciamento das parcerias interinstituições e à capacidade de pesquisa regional no tema de equidade em saúde.

## Abstract

Health in Brazil improved notably influenced by changes in the social determinants of health and the health system, and by changes in the social and economic development of the country. However there are still regional, socioeconomic and ethnic disparities and gender inequalities that affect the health of the population. Funding policies, production and transaction of knowledge from the health research system should be guided by equity in order to influence the implementation of effective and cost-effective programs and the performance of the health system. This article presents the project protocol for analyzing equity in collaboration and interinstitutional partnerships in health and innovation research policy in Brazil. This is an evaluative research, based on the Research Fairness Initiative approach and the principles for global health research applied to funding policies. Preliminary results reveal imbalances in the financing of research on health equity in relation to global research funding; the co-financing of interinstitutional partnerships, and regional research capacity in health equity.

## Palavras Chave:

Pesquisa em saúde, financiamento da pesquisa; avaliação de políticas de pesquisa, Brasil.

## Key Words:

Health research, research funding, research policy evaluation, Brazil.

## Introdução

A situação de saúde no Brasil apresenta avanços relevantes no padrão de morbimortalidade decorrente de transformações nos determinantes sociais da saúde e no sistema de saúde, de mudanças na estrutura populacional e de câmbios no desenvolvimento social e económico no país. Expressam esses avanços, por exemplo, reduções significativas nas taxas de mortalidade infantil, principalmente, pós-neonatal; na taxa de desnutrição em crianças menores de cinco anos, com ênfase nos grupos de mais baixa renda e na Região Nordeste; na ocorrência das doenças imunopreveníveis associado à eficiência do programa de imunização e do fortalecimento da produção nacional de vacinas [1,2] e no aumento do acesso à atenção materna - pré-natal, realização de procedimentos assistenciais e parto hospitalar [3].

Entretanto, persistem desigualdades sociais da saúde nas periferias dos centros urbanos, nas áreas rurais e inter e intrarregionais atribuídas às condições de distribuição de riqueza, da estrutura de classes sociais, da distribuição de renda; questões étnicas e de gênero; urbanização acelerada com infraestrutura inadequada; mudanças ambientais; ampliação de fronteiras agrícolas; processos migratórios e grandes obras de infraestrutura que afetam a saúde e produzem iniquidades na saúde. No contexto atual, novas ameaças na Saúde Pública como o Zika e a implementação de políticas económicas de forte contenção de recursos para as políticas públicas sociais (saúde, educação) podem agravar as iniquidades em saúde [4,5].

Evidências demonstram que modificações significativas dos padrões de morbimortalidade dependem do desenvolvimento de contextos favoráveis de interação entre o sistema de saúde e políticas económicas, sociais e ambientes equânimes que promovam a equidade do acesso ao sistema de saúde e a redução de iniquidades sociais [6].

Nesse sentido, os sistemas nacionais de pesquisa em saúde tem papel fundamental para demonstrar políticas custo-efetivas de promoção da saúde e prevenção das doenças e, de desenvolvimento e acesso a inovações tecnologias visando a enfrentar as necessidades de saúde de populações vulneráveis e as iniquidades em saúde [7].

Esse estudo busca analisar a equidade nas colaborações e parcerias interinstitucionais na política de pesquisa em saúde e inovação no Brasil. Especificamente, propõe-se responder: como a equidade está sendo considerada para a definição de necessidades de saúde locais; como as prioridades de pesquisa são orientadas pelas necessidades de saúde e equidade (relevância social); como os princípios de equidade na pesquisa

refletem (ou não) nas políticas de (co)financiamento; como a equidade em saúde é considerada pelas pesquisas financiadas; como a equidade está sendo utilizada nas pesquisas financiadas.

As dimensões de análise baseiam-se na Iniciativa para a Equidade na Pesquisa (Research Fairness Initiative - RIF) elaborada pelo Cohred [8]. Entretanto, considerando a literatura do campo de avaliação que recomenda definir aspectos prioritários de análise [9] focaremos em 5 Eixos Centrais de Análise:

- 1) equidade, relevância social e prioridades de pesquisa financiadas;
- 2) financiamento global e parcerias interinstitucionais equitativas;
- 3) capacidade de gestão de pesquisa e do sistema de inovação equitativos;
- 4) capacidades da apreciação ética na investigação;
- 5) promoção de questões societais.

A análise fundamenta-se nos Princípios para a Pesquisa Global em Saúde, aplicados a políticas de financiamento [10] e da abordagem de sistema de pesquisa e desenvolvimento em saúde equitativo [11]. Esse sistema inclui, entre outros elementos, o financiamento da pesquisa orientado por necessidades que aborda a carga global da doença, os compromissos para compartilhar os resultados da pesquisa e os compromissos para tornar acessíveis os produtos finais da pesquisa.

Promover a equidade em saúde constitui-se um dos princípios da política de pesquisa em saúde e inovação no Brasil, assim como o respeito à vida e à dignidade das pessoas, e a melhoria da saúde da população e perpassa explicitamente algumas das diretrizes e estratégias desta política, por exemplo, a que considera a relevância social e económica para o avanço do conhecimento e a aplicação dos resultados à solução de problemas prioritários para a saúde, e a criação de mecanismos para superação de desigualdades regionais em ciência e tecnologia [12].

Levantamento inicial da literatura demonstra avanços, dificuldades e desafios quanto à institucionalização e fortalecimento desta política. Alguns dos temas debatem-se, por exemplo, sobre as diferenças na capacidade de pesquisa regional e no financiamento a pesquisa. Porém, torna-se fundamental analisar a política na perspectiva da equidade e propor recomendações para superar os desequilíbrios no sistema de pesquisa e inovação em saúde.

Destacamos os temas revisados:

- 1) o papel das instituições governamentais de saúde no fortalecimento da capacidade de pesquisa, quer seja na definição de fluxos de financiamento, na colaboração e parcerias institucionais com órgãos públicos de ciência e tecnologia

em nível nacional e estadual, e com secretarias de saúde e de fomento a pesquisa em nível estadual e na criação do Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Descentralizada – PPSUS [13, 14, 15, 16, 17];

2) a definição de prioridades de pesquisa nacionais e estaduais por iniciativa governamental ou de universidades e associações científicas [18, 19, 20, 21];

3) a implementação e o financiamento da agenda de prioridades de pesquisa em nível nacional e estadual [22, 23];

4) o financiamento a pesquisa e produção de conhecimentos [24, 25, 26];

5) o fortalecimento do sistema de ética na pesquisa [27, 28];

6) o desenvolvimento da capacidade de pesquisa e inovação [29, 30];

7) a avaliação da implantação da política nacional ou estadual [31, 32, 33];

8) a constituição de redes de pesquisa e a participação do setor saúde na criação de institutos de excelência de pesquisa [34, 35, 36, 37, 38];

9) a avaliação e incorporação de tecnologias em saúde [39, 40, 41, 42];

10) a utilização da pesquisa na tomada de decisões e criação da Rede EVIPNet [43, 44];

11) a avaliação do impacto da pesquisa [45, 46].

## Materiais e métodos

Esse estudo será desenvolvido a partir da abordagem da Iniciativa para a Equidade na Pesquisa (Research Fairness Initiative - RIF) elaborada pelo Council on Health Research for Development. Essa iniciativa pode ser utilizada por centros de investigação, instituições e corporações para avaliar as suas práticas de pesquisa e sistemas de inovação e analisar a implementação de futuras colaborações permeadas por estratégias equitativas e eficientes para garantir parcerias duradoras e a reputação das instituições e promover maiores entendimentos e impactos. O RIF tem três domínios: 1. *Equidade de*

*oportunidade, 2. Processos equitativos, 3. Partilha equitativa de benefícios, custos e resultados.* Cada domínio tem tópicos e os seus respectivos indicadores [8].

No quadro 1 apresenta-se a escolha dos tópicos e indicadores a serem analisados neste estudo.

Para o propósito deste estudo utilizamos as seguintes definições:

• **Política** considera-se “*um conjunto de decisões que dão origem a propostas concretas de ação*”. Esse conjunto “inclui a legislação e decisões não legislativas como a definição de normas, a alocação de recursos entre organizações, a alteração de níveis de subsídios ou

**Quadro 1:** Iniciativa para a Equidade na Pesquisa—adaptação do RIF-COHRED, 2017

Domínio 1: Equidade de Oportunidade	
Tópico	Indicador
1. Relevância para as comunidades onde a investigação é conduzida	1.1 Prioridades de investigação nas comunidades onde a investigação é conduzida 1.2 Justificação para investigar tópicos de baixa prioridade
2. Envolvimento inicial dos parceiros em decisões sobre objetivos, métodos e implementação	2.1 Relação entre o financiador principal/líder e parceiros
3. Tornar explícitas as contribuições dos parceiros – Contratação Equitativa da Investigação	3.1 Clarificação dos papéis nas parcerias de investigação 3.2 Tornar explícito o potencial impacto antes do início da investigação
4. Assegurar que fundos partilhados e outros mecanismos de cofinanciamento não prejudicam as oportunidades para a participação equitativa dos parceiros	4.1. Cofinanciamento equitativo 4.2 Alternativas ao cofinanciamento equitativo 4.3 Investigação fora das prioridades nacionais e do cofinanciamento
5. Reconhecimento de capacidades desiguais de gestão da investigação entre parceiros e disponibilização de medidas apropriadas para corrigi-las	5.1 Capacidade de gestão de investigação 5.2 Capacidade de gestão financeira 5.3 Capacidade de contratação e de negociação contratual
Domínio 2. Processos Equitativos	
6. Minimizar impactos negativos dos programas de investigação na saúde e outros sistemas	6.1 Avaliação dos potenciais perigos da investigação 6.2 Redução de impactos negativos da investigação 6.3 Compensação para as consequências indesejadas (negativas) da investigação
7. Respeito pela autoridade dos procedimentos locais de revisão ética	7.1 Aprovação Ética na Investigação 7.2 Apoio da capacidade local da apreciação ética na investigação 7.3 Permissão ao acesso ao conhecimento global
8. Propriedade, armazenamento, acesso e uso de dados	8.1 Acordos de propriedade de dados 8.2 Acordos de transferência de material 8.3 Direitos de utilização de dados para publicação
Domínio 3. Partilha equitativa de benefícios, custos e resultados	
9. Capacidade dos sistemas de investigação	9.1. Treinamento 9.2 Gestão da Investigação 9.3 Aumento (Expectável) de Financiamento
10. Direitos de Propriedade Intelectual e de transferência tecnológica	10.1 Transferência de Tecnologia 10.2 Partilha dos direitos de propriedade intelectual 10.3 Contratação de apoio para direitos de propriedade intelectual
11. Capacidade do sistema de inovação	11.1 Inovação com foco local 11.2 Obtenção de financiamento para associar investigação à inovação 11.3 Apoio à cultura da inovação
12. Preocupações Sociais	12.1 Promoção da participação de mulheres em ciência e inovação 12.2 Redução de impactos ambientais negativos 12.3. Alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável

de impostos ou a consulta a determinados grupos no processo de decisão política” (47).

• **Política de financiamento a pesquisa** define-se como “*algo que explícita ou implicitamente determina a forma em que o financiamento a pesquisa em saúde pode ser preparada, usada ou administrada, assim como os guias ou políticas que retratam o investimento em financiamento da pesquisa*”. Incluem Práticas que não são documentadas como política formal, mas que

constituem a rotina ou a forma típica de financiamento para pesquisa [10].

• **Sistema de investigação (e inovação)**: o total das instituições, indivíduos, governação, legislação e atividade económica que contribui para a investigação e para traduzir a investigação em produtos escaláveis (8).

• **Capacidade do Sistema de investigação**: é a capacidade em lidar efetivamente com as necessidades de investigação das prioridades locais e nacionais e ser competitivo no ambiente internacional para atrair a melhor equipa, investimentos externos e parcerias de investigação (8).

• **Capacidade do sistema de inovação**: é a habilidade de países ou instituições em transformar conhecimento de investigação em produtos e serviços úteis e escaláveis (8).

• **Capacidade de gestão da investigação**: a habilidade de gerir projetos e programas de investigação em termos de financiamento, recursos humanos, comunicação, contratação e negociação contratual e logística (8).

**Quadro 2:** Princípios para a Pesquisa Global em Saúde (PGS) aplicados a políticas de financiamento [10]

Descrição	Potencial aplicação em políticas de financiamento
	<b>1. Princípio: Parceria autêntica</b>
Construção de equidade e reciprocidade nas parceiras de pesquisa, incluindo as formas pelas quais essas parcerias permitem a distribuição justa de recursos, poder e benefícios	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atenção às estruturas de parceria das equipes de pesquisa, distribuição de recursos, grau de participação e colaboração</li> <li>Requer transparência na intenção de adotar estratégias de parceria equitativas e éticas</li> <li>Definir expectativas para a PGS a fim de reconhecer e mitigar os desequilíbrios de poder</li> <li>Exigir o uso de ferramentas de avaliação de parceria ou avaliação de processos, incluindo pesquisas no uso dessas ferramentas</li> </ul>
	<b>2. Princípio: Inclusão</b>
Proporcionar intencionalmente às pessoas, que têm sido historicamente marginalizadas, oportunidades para se envolver em processos de pesquisa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promover a tradução de conhecimento ou desenhos de estudo engajados que incluam usuários de pesquisa na identificação e definição de problemas de pesquisa, definição de prioridades, articulação de questões, realização de pesquisas e desenho de divulgação de produtos</li> <li>Definição de diretrizes orçamentárias para inclusão de líderes emergentes, particularmente de países parceiros</li> </ul>
	<b>3. Princípio: Benefícios compartilhados</b>
Estar atento e mitigar o potencial de pesquisa para beneficiar o investigador principal mais do que as comunidades ou parceiros com quem eles estão trabalhando	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definir expectativas sobre os resultados da pesquisa que incluem benefícios além dos resultados acadêmicos tradicionais</li> <li>Requerer documentação de como as equipes de pesquisa tentam alcançar a reciprocidade</li> <li>Incentivar a alocação orçamentária que priorize recursos equitativos para que os parceiros sejam beneficiados</li> <li>Incentivar dotação orçamentária para oferecer benefícios pós-produto / pós-ensaio às comunidades envolvidas em ensaios clínicos randomizados</li> <li>Avaliar as intenções de equidade no acesso à evidência, incluindo políticas de acesso aberto para publicações e repositórios de dados</li> </ul>
	<b>4. Princípio: Compromisso com o futuro</b>
Honrar a cidadania global e o futuro compartilhado da humanidade no mundo, incluindo a priorização da pesquisa que contribui para um mundo melhor e mais equitativo para as gerações futuras	<ul style="list-style-type: none"> <li>Examinar como um determinado projeto se incorpora em um programa de pesquisa</li> <li>Proporcionar financiamento para projetos plurianuais</li> <li>Solicitar que uma investigação específica para a sustentabilidade global e questões de saúde inherentemente globais como mudanças climáticas ou globalização</li> <li>Avaliar o financiamento alinhado aos direitos humanos</li> <li>Incentivar o orçamento alocado aos formandos e estagiários</li> <li>Financiamento de equipes ou redes interinstitucionais</li> <li>Investir em esforços de harmonização</li> </ul>
	<b>5. Princípio: Responsabilidade com as causas das desigualdades</b>
Reconhecendo, examinando e interrompendo as causas profundas das iniquidades em saúde através da pesquisa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Garantir que os revisores estejam familiarizados com a evidência sobre as causas profundas das desigualdades em saúde</li> <li>Avaliar o financiamento para reconhecer, examinar e interromper as causas das desigualdades na saúde</li> <li>Encorajar pesquisa aplicada e de intervenção que visem reconhecer, examinar ou interromper as causas das desigualdades em saúde</li> </ul>
	<b>6. Princípio: Humildade</b>
Posicionando pesquisadores em uma atitude de aprendizagem, em vez de só conhecimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Encorajar etapas adaptativas, receptivas ou favoráveis para investir em pesquisas e tradução de conhecimento</li> <li>Convidar a tradução de conhecimento, pesquisa-ação, projetos de pesquisa aplicada ou engajada</li> </ul>

Tradução livre das autoras

No quadro 2 apresentamos uma síntese dos Princípios para a Pesquisa Global em Saúde, aplicados a políticas de financiamento [10] para embasar a análise deste estudo.

### Eixos Centrais de Análise

#### A. Prioridades de pesquisa financiadas centrada na equidade em saúde

- Quais os temas estudados orientados às soluções e benefícios globais para a população;
- Analizar se as prioridades de pesquisa nacionais, estaduais ou institucionais refletem a relevância para a população onde a investigação será realizada e traduzida em soluções sustentáveis.
- demonstrar se há equilíbrio entre os temas de equidade em saúde financiados em relação aos outros temas;
- Qual a proporção do financiamento a pesquisa sobre equidade em saúde em relação ao financiamento to-

tal de pesquisa; (se financia pouco, adequado ou muito?)

- Quais as instituições (ensino superior e de pesquisa) que mais investigam e são mais financiadas na pesquisa sobre equidade e determinantes sociais da saúde?
- Se a equidade está explicitamente considerada nas políticas de financiamento (editais)

#### **B. Cofinanciamento para a participação equitativa dos parceiros**

- como os mecanismos de cofinanciamento garantem a participação dos parceiros

#### **C. Capacidades desiguais de gestão da investigação entre parceiros**

- como os mecanismos de gestão da investigação utilizados fortalecem as capacidades dos parceiros

#### **D. Capacidades da apreciação ética na investigação**

- como as instituições fortalecem a aplicação das diretrizes éticas na pesquisa

#### **E. Promoção de questões societais**

- quais os mecanismos institucionais para a promoção da participação de mulheres, da proteção ambiental e do alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável.

Neste estudo, serão utilizados dois conjuntos de dados constituídos por:

1. Mapeamento das pesquisas financiadas pelo Ministério da Saúde e parceiros institucionais na Plataforma PesquisaSaude (<http://pesquisasaude.saude.gov.br/>).

2. Mapeamento de documentos relacionados com a governança da pesquisa em saúde e inovação das agências nacionais e estaduais de pesquisa e instituições governamentais de saúde:

- Políticas e diretrizes institucionais de pesquisa e inovação em saúde: MS/Decit, SES, FAPs, CNPq
- Diretrizes e resoluções do sistema CEP/Conep (Comissão de Ética em Pesquisa/Comitês de Ética em Pesquisa)
- Diretrizes sobre propriedade Intelectual e inovação
- Legislação sobre pesquisa e inovação em saúde, direitos de propriedade intelectual, contratação de equipa e consultores internacionais, aquisição de consumos e de serviços com possível o impacto económico e de saúde da P&I para os parceiros

- Relatórios de gestão de instituições de saúde e de fomento a pesquisa nacional e estadual: Ministério da Saúde – Departamento de Ciência e Tecnologia em Saúde (MS/Decit); Secretarias Estaduais de Saúde (SES); Fundações de Amparo a Pesquisa (FAPs); Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

- Revisão da definição de linhas prioritárias e crité-

rios para o financiamento da pesquisa nos Editais de pesquisa

- Regulamento de contratos com pesquisadores
- Relatórios finais das pesquisas financiadas obtidas no CNPq
- Busca em bases de dados académicas (Medline, PubMed, Scopus) e Google Scholar de artigos científicos sobre o tema.

#### **Resultados e discussão**

A revisão inicial da Iniciativa para a Equidade na Pesquisa nos permite afirmar que pode ser uma ferramenta metodológica útil para a análise da equidade nas quatro funções do sistema de pesquisa em saúde proposto por Pang et al (48): 1) *gestão e gerência*, principalmente, governamental com a participação de atores sociais em fóruns representativos para: a definição e articulação de uma visão de sistema nacional de pesquisa em saúde; a identificação de prioridades de pesquisa em saúde; a definição e monitoramento de padrões éticos para a pesquisa em saúde e de parceiros na pesquisa e, o monitoramento e a avaliação do sistema de pesquisa em saúde; 2) *financiamento* para garantir fundos de pesquisa e a sua alocação responsável; 3) *criação e manutenção de recursos* visando à construção, fortalecimento e manutenção da capacidade humana e física para a condução, translação e utilização da pesquisa em saúde; 4) *produção, sistematização e utilização da pesquisa*, que compreende a produção científicamente válida dos resultados de pesquisa; a translação e comunicação dos resultados da pesquisa para informar políticas, estratégias e práticas de saúde e a opinião pública; e a promoção da utilização da pesquisa para desenvolver novas ferramentas como medicamentos, vacinas, equipamentos e outras aplicações para melhorar a saúde.

Resultados preliminares, obtidos a partir de dados da Plataforma PesquisaSaude (acesso em 14 de setembro de 2017), sobre financiamento global em saúde do Ministério da saúde (MS) e parceiros institucionais (CNPq, FAPs e SES), no período de 2004 e 2014, mostram que, houve expressivo número de pesquisas financiadas (4.547) e investimento global de R\$ 980.457 milhões de reais, principalmente, para universidades e instituições sediadas nas regiões com maior desenvolvimento económico e social do país. Observa-se uma grande variação no financiamento total entre os anos estudados, o menor valor foi de R\$ 16.280 milhões de reais, em 2011 e R\$ 158.813 milhões de reais em 2006, assim como, na proporção do financiamento, as maiores proporções foram de 16% e 15,7% nos anos de 2006 e 2008, respectivamente; e as menores, nos anos de 2004 (3%) e 2011 (1,7%). Esse panorama pode

indicar a necessidade de fortalecer políticas de financiamento no país a fim de garantir o papel da autoridade sanitária no sistema de pesquisa em saúde.

Entre os três mecanismos de financiamento a pesquisa utilizados (editais nacionais, editais estaduais/PPSUS e contratação direta) a maior proporção de financiamento global (67%) foi dos editais nacionais de parcerias interinstitucionais (MS e CNPq), com maior participação de recursos do MS, enquanto os editais estaduais/PPSUS, resultado da parceria interinstitucional (MS, SES e FAPs), apoiaram maior proporção de projetos (53,4%), mas com menos financiamento (23,6%). Do financiamento global dos editais estaduais/PPSUS (R\$ 261.634 milhões de reais) o menor financiamento (5,5%) foi para a região Centro-Oeste, e o maior (44%) para a região Sudeste, o que representa uma diferença de oito vezes entre ambas as regiões. Esse resultado indica desequilíbrio nas parcerias interinstitucionais em algumas regiões em relação ao financiamento. Cabe analisar a participação de cada instituição no cofinanciamento nas regiões que permita compreender melhor esse panorama para reduzir as iniquidades na participação dos parceiros.

Foi realizado levantamento inicial de pesquisas financiadas sobre equidade em saúde na Plataforma PesquisaSaude, utilizando o filtro com as palavras-chave: equidade, desigualdades, determinantes, determinantes sociais e iniquidades; foram excluídos os projetos repetidos e aqueles que, após leitura dos resumos, não indicavam análise baseado na equidade. No período estudado, 155 pesquisas foram financiadas no valor de R\$ 25.212 milhões de reais, o que representa 3,4% do total de projetos e 2,6% do financiamento global. Ao longo dos anos o total de projetos financiados variou de forma importante, de um (2011) até 42 (2006). O financiamento acompanhou essa variação, sendo que o maior valor foi em 2008, cerca de R\$ 7 milhões de reais (27,5%), e o menor, em 2010, R\$ 734 mil reais (3,0%). As instituições sediadas na região Sudeste (66,7%) do país foram as mais financiadas, enquanto as instituições da região Norte, que apresenta sérias desigualdades socioeconómicas em saúde, receberam 3% do financiamento global. Esses resultados chamam a atenção sobre a capacidade de pesquisa, por exemplo, na conformação de grupos que investigam equidade e saúde nas regiões do país, de forma a promover a desconcentração de instituições neste tema.

Quanto aos mecanismos de financiamento, os editais nacionais foram os que mais financiaram projetos (44,5% do valor global e 53% de projetos) e, em seguida a contratação direta do MS (36,6% do valor) para seis pesquisas (4% dos projetos). De modo geral, o MS lidera a participação financeira nos editais; o fundo setorial de saúde do Ministério de Ciência e Tecnologia cofinan-

ciou um dos editais nacionais. Nos Estados, as Secretarias de Saúde e de Ciência e Tecnologia, as fundações de apoio a pesquisa cofinanciaram em cerca de uma quarta parte do financiamento dos editais estaduais.

Em relação às prioridades de pesquisa na temática de equidade indicadas explicitamente nos editais, cabe destacar alguns aspectos:

A. a grande diversidade de editais para financiar projetos e, a maioria deles não tinha explícito o tema de equidade nas linhas prioritárias de apoio;

B. 28% dos projetos que representa 26,5% do financiamento global foram financiados por editais nacionais específicos, entre os quais destacam-se: 1) Sistemas e Políticas de Saúde - Qualidade e Humanização no SUS (2004), financiou dez pesquisas no valor de R\$ 600 mil reais; 2) Determinantes Sociais da Saúde, Saúde da Pessoa com Deficiência, Saúde da População Negra, Saúde da População Masculina (2006), com 27 projetos financiados no valor global de R\$ 3.310.000 milhões de reais; e 3) Chamada N º 41/2013 MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit - Rede Nacional de Pesquisas sobre Política de Saúde: Produção de Conhecimento para a Efetivação do Direito Universal à Saúde (2013), financiou três projetos no valor total de cerca de dois milhões de reais;

C. O financiamento de dois projetos de âmbito nacional com enfoque de desigualdades: 1) EPIGEN-Brasil - Epidemiologia Genômica de Doenças Complexas em Três Coortes Brasileiras de Base Populacional, no valor de R\$ 6.600.000 milhões de reais, 2) Projeto Saúde da gestante e da criança no contexto da política de redução das desigualdades regionais, no valor de R\$ 1.257.000 milhão de reais.

De modo geral, os resultados chamam a atenção sobre os desequilíbrios na definição de prioridades de pesquisa sobre equidade em relação ao conjunto de temas financiados; na indicação explícita de priorização da investigação sobre equidade na saúde nas chamadas nacionais e estaduais e na capacidade de gestão da pesquisa no cofinanciamento.

## Conclusões

A abordagem RIF pode ser aplicada e adaptada para a realidade brasileira e oferece subsídios para analisar tanto o panorama global do sistema nacional de pesquisa e inovação em saúde numa perspectiva de equidade, como as práticas desse sistema, por exemplo, a análise do financiamento às prioridades de pesquisa sobre equidade e saúde realizada no país. Assim, permite apontar avanços, oportunidades e desafios para o fortalecimento desse sistema.

Entre os desafios pode-se apontar a necessidade de reo-

rientar a agenda de prioridades de pesquisa centrada na equidade em saúde; melhorar a capacidade de gestão da pesquisa para garantir a participação dos parceiros institucionais e os mecanismos de cofinanciamento e, por fim, aprimorar os esforços do sistema de pesquisa para aumentar os grupos de pesquisa capazes de oferecer res-

postas efetivas e sustentáveis às desigualdades socioeconómicas, de gênero, étnicas e regionais no Brasil. Uma das limitações do estudo diz a garantia de confiabilidade da Plataforma PesquisaSaude do MS mas assume-se que os dados são verdadeiros a pesar de incompletos.

## Bibliografia

1. Barreto ML (2013). Esboços para um cenário das condições de saúde da população brasileira 2022/2030. A saúde no Brasil em 2030. Diretrizes para a Prospecção Estratégica do sistema de Saúde Brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República.
2. Victora CG et al. (2011). Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *Lancet*, 377(9780):1863-76.
3. Viellas EF et al. (2014). Assistência pré-natal no Brasil. *Cad de Saude Publica* 30:S85-S99.
4. Brasil (2013). A saúde no Brasil em 2030. Diretrizes para a Prospecção Estratégica do sistema de Saúde Brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República.
5. Brasil (2014). Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2013. Uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
6. CDSS (2010). Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal, Organização Mundial da Saúde.
7. Viana ALA, Lozzi FL, Albuquerque MV de, Bousquat (2011). Saúde, desenvolvimento e inovação tecnológica: nova perspectiva de abordagem e de investigação. *Lua Nova* 83: 41-77.
8. Cohred (2017). Research Fairness Initiative Implementation Guide. Geneve: Council on Health Research for Development.
9. Brousseau A et al. (2011). Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz
10. Plamondon K, Walters D, Campbell S, Hatfield J (2017). Promoting equitable global health research: a policy analysis of the Canadian funding landscape. *Health Res Policy Sys* 15:72.
11. Gotham D, Meldrum J, Nageshwaran V et al. (2016). Global health equity in United Kingdom university research: a landscape of current policies and practices. *Health Res Policy Sys* 14:76.
12. Brasil (2005). Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Conselho Nacional de Saúde. Anais da Segunda Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Brasília, DF.
13. Brasil (2006). Ministério da Saúde Programa de fomento à pesquisa para os sistemas e serviços locais de saúde: gestão compartilhada em saúde. *Rev Saude Publica*, 40(6):1131-6.
14. Brasil. Ministério da Saúde (2007a). Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde. Brasília (DF). (Série B. Textos Básicos de Saúde).
15. Brasil. Ministério da Saúde (2007b). Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – Diretrizes técnicas. Brasília (DF). (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
16. Brasil. Ministério da Saúde (2009). Seleção de Prioridades de Pesquisa em Saúde: guia PPSUS. 2. Ed. Brasília (DF). (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
17. Reveiz L, Elias V, Terry RF, Alger J, Becerra-Posada F (2013). Comparison of national health research priority-setting methods and characteristics in Latin America and the Caribbean, 2002–2012. *Rev Panam Salud Publica* 34(1):1-13.
18. Akerman M, Fischer A (2014). Agenda nacional de prioridades na pesquisa em saúde no Brasil (ANPPS): foco na subagenda 18-Promoção da Saúde. *Saude Soc* 23(1): 180-90,
19. Sampaio RB, Elias FTS, Roitman C et al. (2015). Mobilização para um Programa de Pesquisa Translacional em Leishmanioses: uma Solução para Saúde Pública. *Tempus, Actas de saude colet* 9(3):249-67.
20. USP (2017). Contribuições para uma agenda de pesquisas sobre o Sistema Único de Saúde:síntese das discussões realizadas no Strategic Workshops USP “A saúde no Brasil após a PEC 241”. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
21. Orlandin EAS de, Moscovici L, Franzon ACA et al. (2017). Uma agenda de pesquisa para a Atenção Primária à Saúde no estado de São Paulo, Brasil: o estudo ELECT. *Interface* 21(61):349-61.
22. Santos CACM dos (2010). Convergência temática entre produção científica e política nacional de pesquisa em saúde pública: estudo com base em análise de artigos de periódicos indexados. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo, Brasil.
23. Santos LMP, Moura ED, Barata RCB et al. (2011). Fulfillment of the Brazilian agenda of priorities in health research. *Health Res Policy Sys* 9:3.
24. Moura EC, Pacheco-Santos LM, Peters LR, Serruya SJ, Guimarães R (2012). Research on chronic noncommunicable diseases in Brazil: meeting the challenges of epidemiologic transition. *Rev Panam Salud Publica* 31(3):240-5.
25. Andrade BLA (2015) A produção de conhecimento em doenças negligenciadas no Brasil: uma análise bioética dos dispositivos normativos e da atuação dos pesquisadores brasileiros. Tese de doutorado. Universidade de Brasília, Brasil.
26. Morosini MS (2011). Internacionalização na produção de conhecimento em IES brasileiras: cooperação internacional tradicional e cooperação internacional horizontal. *Educação em Revista* 27(1):93-112.
27. Bento SAF (2010). Funcionamento dos Comitês de Ética em Pesquisa no Brasil. Tese de doutorado. Universidade Estadual de Campinas, Brasil.
28. Jácome MQD (2013). Análise dos comitês de ética em pesquisa no Brasil: percepção de seus coordenadores e membros. Tese de doutorado. Universidade de Brasília, Brasil.
29. Brito J, Vargas MA, Gadelha CAG, Costa LS (2012) Competências científico-tecnológicas e cooperação universidade-empresa na saúde. *Rev Saude Publica* 46 (Supl):41-50
30. Bin A, Carneiro AM, Salles-Filho S, Colugnati FB (2015). Employment, research performance and decentralization: the experience and perspectives of doctorate holders in Brazil. *Science & Public Policy* 42:646-60.
31. Aguirre MBF (2008) Avaliação da implantação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde no município de Cuiabá. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Campinas, Brasil.
32. Celino SDM, Costa GMC, de França ISX, de Araújo EC (2013). Programa pesquisa para o SUS: a contribuição para a gestão e serviços de saúde na Paraíba, Brasil. *Cien Saude Colet* 18(1):203-12.
33. Peters LR (2013). O Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS como ferramenta de descentralizado do fomento à pesquisa em saúde. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo, Brasil.
34. Morel CM, Serruya SJ, Penna GO, Guimarães R (2009). Co-authorship Network Analysis: A Powerful Tool for Strategic Planning of Research, Development and Capacity Building Programs on Neglected Diseases. *PLoS Negl Trop Dis* 3(8).
35. Paula AP, Giozza SP, Pereira MZ, et al. (2012). Clinical investigations for SUS, the Brazilian public health system *Sao Paulo Med J* 130(3):179-86 179.
36. Oliveira AB (2014) A importância do espaço geográfico na construção e funcionamento de redes científicas na área de farmácia em Pernambuco fomentadas pela Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS). Tese de doutorado. Universidade Federal de Pernambuco, Brasil.
37. Conner N, Provedel A, Maciel ELN (2017). Ciência & Saúde Coletiva: análise da produção científica e redes colaborativas de pesquisa. *Cien Saude Colet* 22(3):987-96.
38. Tenório M (2016). A gestão de redes de pesquisa científica, tecnológica e inovação em saúde no Brasil. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo, Brasil.
39. Silva HP, Petramale CA, Elias FTS. Avanços e desafios da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde. *Rev Saude Publica* 46(Supl):83-90, 2012.

## Artigo Original

40. Novaes HMD, Elias FTS (2013). Uso da avaliação de tecnologias em saúde em processos de análise para incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde no Ministério da Saúde. *Cad Saude Publica* 29 Sup:S7-S16.
41. Bohrer CT, Vargas ER (2014). Can R&D be identified and measured in services? Empirical evidence from university hospitals. *Science and Public Policy*, 41:793-808.
42. Guimarães, R (2014). Incorporação tecnológica no SUS: o problema e seus desafios. *Cien Saude Colet* 19[12]:4899-4908.
43. Figueiró AC et al. (2012). Usos e influência da avaliação em saúde em dois estudos sobre o Programa Nacional de Controle da Dengue. *Cad Saude Publica* 28[11]:2095-2105.
44. Nickel DA et al. (2014). O uso de uma avaliação por gestores da atenção primária em saúde: um estudo de caso no Sul do Brasil. *Cad Saude Publica* 30[12]:2619-30
45. Angulo-Tuesta A, Santos LMP (2015). Evaluation of the impact of maternal and neonatal morbidity and mortality research funded by the Ministry of Health in Brazil. *Res Evaluation* 24:355-68.
46. Angulo-Tuesta A, Santos LMP, Natalizi DA (2016). Impact of health research in advancing knowledge, capacity-building and evidence-based policies: a case study about maternal mortality and morbidity in Brazil. *Sao Paulo Medical Journal* 134(2):153-162.
47. Young J, Shaxson L, Jones H et al. (2014). ROMA - Abordagem de Mapeamento de Resultados do Programa de Investigação e Políticas em Desenvolvimento [RAPID Outcome Mapping Approach: a guide to policy engagement and influence]. ODI: Overseas Development Institute. London, UK.
48. Pang, T, Sadana R, Hanney S et al. (2003). Knowledge for better health - a conceptual framework and foundation for health research systems. *Bull World Health Organ* 81[11]:815-20.

# Implementação de um sistema de monitoramento e avaliação de âmbito federal: o caso do e-Car no Departamento de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (SUS)

## Sistema de monitoramento e avaliação para o SUS

*Implementation of a monitoring and evaluation system at the federal level: the e-Car case in the Department of Monitoring and Evaluation of the Integrated Health System (SUS)*  
*Monitoring and evaluation system for the Integrated Health System (SUS)*

### Ana Claudia Figueiró

Nutricionista, doutora em Saúde Pública. Pesquisadora adjunta da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz) do Departamento de Endemias Samuel Pessoa (DENSP) no Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais (LASER)

### Maria Aparecida dos Santos

Psicóloga, doutora em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense. Pesquisadora colaboradora do Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais (LASER) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz)

### Marly Marques da Cruz

Psicóloga, doutora em Saúde Pública. Pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz) do Departamento de Endemias Samuel Pessoa (DENSP) no Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais (LASER)

### Juliana Ubarana

Nutricionista, mestrado em Saúde Pública, especialização em Gestão de Políticas de Alimentação e Nutrição e em Epidemiologia pela Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Analista Técnico de Políticas Sociais do Ministério da Saúde

### Zulmira Hartz

Médica, doutora pela Universidade de Montréal, pesquisadora titular (aposentada) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), professora catedrática convidada de Avaliação em Saúde e Subdiretora do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, além de membro das Associações Americana, canadense e Europeia de Avaliação

## Resumo

A análise da implementação do sistema de monitoramento e avaliação para o gerenciamento estratégico e operacional das ações do Ministério da Saúde, denominado Sistema de Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados (e-CAR), constou de um estudo de caso com abordagem qualitativa de pesquisa, utilizando-se análise documental, observação participante e entrevistas abertas. A evolução da implementação do sistema, sob a responsabilidade do Departamento de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde, é descrita a partir dos eventos que marcaram as fases de criação, implantação e descontinuidades. Para exemplificar seus usos, utilizou-se como caso a área técnica de Vigilância em Saúde, considerando os *actantes* envolvidos e as medições realizadas. As atividades implicadas e percepção dos responsáveis foram analisadas segundo a abordagem das redes sociotécnicas, apoiada no referencial da Teoria do Ator-Rede, evidenciando o sistema e-Car em ação, produzindo subjetivações e limites, bem como fortalezas e aprendizagens. O e-Car como um sistema de monitoramento, avaliação para tomada de decisão requer contínuo esforço de pactuação para que se torne enredado o suficiente e tomado como realidade.

### Palavras Chave:

Sistema de Monitoramento e Avaliação; Informação para tomada de decisão; Vigilância em Saúde; Teoria Ator-Rede.

## Abstract

The implementation analysis of the monitoring and evaluation system for the strategic and operational actions management of the Ministry of Health, named Control, Monitoring and Evaluation of Results System (e-CAR), consisted of a case study with a qualitative research approach, using documentary analysis, participant observation and open interviews. The evolution of the system implementation, under the responsibility of the Monitoring and Evaluation Department of the Integrated Health System, is described from the events that marked the phases of creation, implementation and discontinuities. To exemplify its uses, the technical area of Health Surveillance was used as an example, considering the actors and the mediations performed. The activities involved and perception of those responsible were analyzed according to the sociotechnical networks approach, supported by the Theory of Actor-Network, highlighting the e-Car system in action, producing subjective and limits as well as strengths and learning. E-Car as a monitoring and evaluation system for decision-making requires continuous effort of agreement so that it becomes entangled enough and taken as reality.

### Key Words:

Computer Systems Evaluation; Health Information Management; Public Health Surveillance; Actor-Network Theory.

## Introdução

### O contexto da implementação de um novo dispositivo institucional de M&A

Atingir o propósito de qualificar e melhorar o desempenho de programas e políticas de governo implica na presença e articulação dos requisitos apontados por Jannuzzi (2013) na ponta da oferta dos insumos, tais como: a disponibilidade de informação abrangente, sistematizada e atualizada para subsidiar o planejamento, a coordenação de atores e dispositivos de ação, o acompanhamento do curso dos processos e a avaliação dos resultados. Na outra ponta, da demanda pela informação, estão os potenciais usuários, suas necessidades e julgamento quanto à pertinência e adequação da informação e conhecimento disponibilizado (Jannuzzi, 2013; Figueiró, 2012).

Para disponibilizar a informação requerida de forma oportuna e com qualidade, observa-se a crescente importância dos recursos de tecnologia da informação (TI). De modo sinérgico, os sistemas de M&A e as TI atuaram concomitantemente às reformas do Estado, iniciadas na década 70 nos países desenvolvidos e na década de 90 no Brasil (Lotta, 2014), perseguindo controle de gastos, responsabilização pública e o alcance de resultados.

Em países como Austrália e Canadá o desenvolvimento de sistemas de M&A são intensificados a partir dos fins da década de 80 e anos 90 do século passado. Nesta mesma década, o Chile foi o país na América Latina a implementar sistemas de monitoramento e avaliação, seguido pela Colômbia, voltados para análise de desempenho e custo-benefício de projetos e organizações, inspirado no modelo canadense, cuja ênfase está na eficiência do gasto e na qualidade das políticas públicas (Santos, 2012; Ubarana, 2017).

Nas democracias ocidentais de um modo geral, e na América Latina, em particular houve a busca de fortalecimento da 'função avaliação' na gestão governamental (Faria, 2005). Esse movimento propiciou em diferentes países a construção de sistemas de avaliação das políticas públicas de escopo variável, o que de alguma forma se justificou pela necessidade de "modernização" da gestão pública, num contexto de busca de dinamização e legitimação da reforma do Estado (ibidem, 2005), reafirmando assim a necessidade de uma política de avaliação para subsidiar os sistemas de planejamento e gestão e o fortalecimento do controle social.

Também nos anos 90, o Brasil se alia ao movimento de redefinição da atuação do Estado com ênfase na obtenção de resultados culminando na reforma gerencial da administração pública de 1995. Conjuntamente com os instrumentos de gestão do Estado, as Leis Orçamentárias Anuais (LOA) e os Planos Plurianuais (PPA), implementa-se o Sistema de Monitoramento e Avaliação (SMA) do Plano Plurianual

(PPA) com o objetivo de promover alocação eficiente de recursos, gestão para resultados e transparência (Ubarana, 2017).

Com algumas décadas de atraso, em 2011 a gestão do Ministério da Saúde do Brasil (MS) enfrentou o desafio de harmonização de diversos instrumentos de gestão, orientando-se pelos propósitos da gestão por resultados. O interesse do planejamento de estado voltado para resultados passa a ser menos o acompanhamento dos componentes de insumos, atividades e produtos entregues, e mais o fornecimento de respostas aos interessados acerca do sucesso ou fracasso das políticas (Santos, 2012).

À época encontrava-se em vigência no Brasil o Plano Plurianual (PPA 2008-2011), e no âmbito do MS o Plano "Mais Saúde", o Plano Nacional de Saúde (PNS 2008-2011) e a Programação Anual de Saúde; ao passo que se iniciavam – até então correlacionadas, mas não propriamente integradas nem subsumidas – as ações do PPA 2012-2015, do PNS 2012-2015 e do novo recorte estratégico do MS (Oliveira, 2013; Ubarana, 2017).

A construção do planejamento estratégico do MS resultou no Plano de Governo e Objetivos Estratégicos (OE) expressando a visão de futuro do MS para a gestão de 2011-2014, integrando os muitos documentos normativos e com a presença de todo o primeiro escalão do MS. Na sequência foram realizadas oficinas descentralizadas em todas as sete secretarias do MS e unidades vinculadas, para identificação das estratégias necessárias à realização dos objetivos definidos e pactuação de um elenco de entregas anuais, constituindo-se, assim, o Plano Estratégico (PE) do MS.

Subsequentemente coube ao Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS) prosseguir no processo de institucionalização do planejamento, monitoramento e avaliação no MS, realizando oficinas de revisão do PE moduladas por OE e não mais por secretarias, evidenciando a transversalidade e complexidade das ações e serviços de saúde, além de adequação e padronização de terminologias. Consolidou-se, assim, o Recorte Estratégico do Ministério da Saúde (REM) com 16 OEs, 131 estratégias, 582 resultados, destes 98 são prioritários (Brasil, 2014; Oliveira *et al.*, 2013).

## O desenvolvimento do e-Car no âmbito do governo federal

O dispositivo desenvolvido para o monitoramento dos instrumentos de gestão definidos e pactuados no governo federal foi o Sistema de Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados (e-Car). O e-Car é um instrumento gerencial próprio desenvolvido pelo Serviço Federal de Processamento de Dados (SERPRO), modelado em plataforma livre – sem custos para sua utilização por tratar-se de um *software* livre – e passível de customização ao longo

do tempo, tornando-se adaptável às necessidades do órgão. Este instrumento contém a relação dos objetivos estratégicos e metas do MS e permite o acompanhamento das ações modelizadas para o alcance destas por meio da inserção de pareceres técnicos advindos das atividades de M&A.

Na sua origem, o e-Car propôs a existência de um ambiente que promove a padronização dos dados, a divulgação das informações e a orientação na forma de acompanhar as ações, tendo também a possibilidade de acompanhar demandas, seus encaminhamentos e suas relações com atividades em andamento (Brasil, 2011).

Ainda, o sistema foi conduzido de modo a controlar e evitar desperdícios financeiros e a acompanhar as ações e resultados segundo metas ou indicadores pactuados e de acordo com a periodicidade desejada, podendo monitorar ações prioritárias de forma diferenciada das estratégicas, por exemplo (*ibidem*, 2011). Considerava-se, assim, a necessidade de disponibilizar informações oportunas, tempestivas e pertinentes aos implicados no sistema governamental para tomada de decisão, a partir do livre acesso às informações de cada área técnica do MS.

Tratando-se de uma intervenção inovadora e dinâmica, a sua implantação requer dos envolvidos observar o equilíbrio entre o programado e a flexibilidade às necessárias adequações, visando a adoção e sustentabilidade em diferentes contextos (Shen et al., 2008). Esse desafio expressa-se igualmente nos processos de monitoramento e avaliação, cuja realização influencia as adaptações observadas (Schell et al., 2013) ainda mais quando se trata de intervenção complexa como o sistema em questão.

Como concordam vários autores, coloca-se como necessária, tanto aos formuladores quanto aos pesquisadores, a compreensão das políticas e programas como processos dinâmicos, modificando-se durante a implantação e ao longo de sua operação cotidiana, e na medida em que se implementa em diferentes contextos, articulando novos atores e interesses (Jannuzzi, 2013; Clavier, Vibert, Potvin, 2012; Figueiró, 2016).

Diante do desafio em desenvolver um dispositivo de M&A com essa abrangência, considerou-se importante apreciar como foi compreendido o e-Car no MS na sua proposta inicial e como se deu a evolução de sua implementação, no período 2011-2016; de que maneira os *actantes*<sup>1</sup> da rede sociotécnica se relacionavam na interface humano com não-humano e suas implicações quanto às subjetivações e as estratégias de mediação utilizadas naquilo que é capaz de transformar a ação.

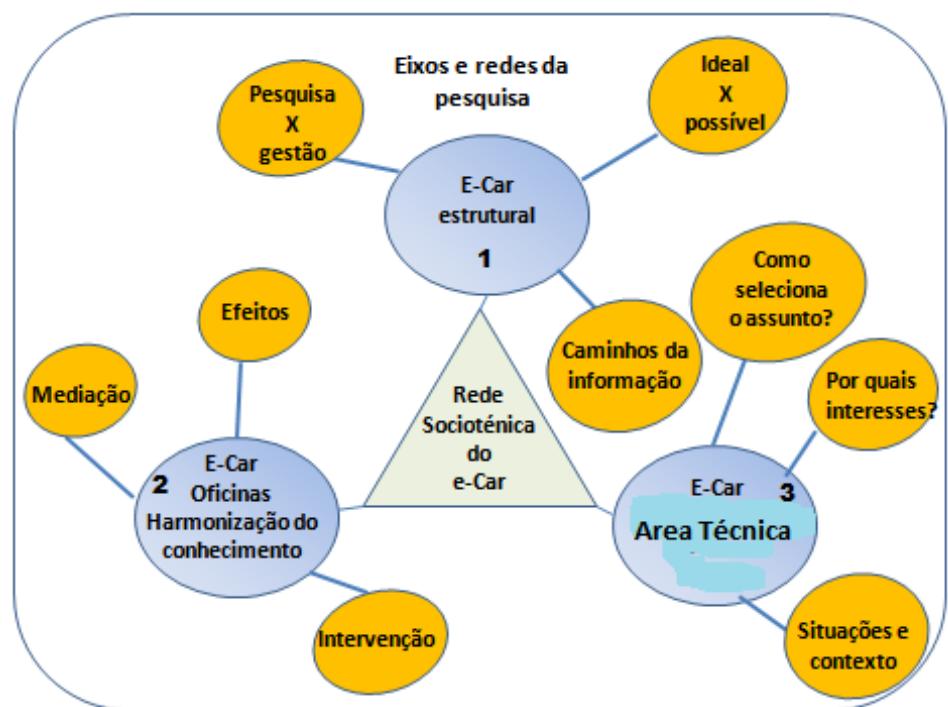
## Metodologia

A pesquisa avaliativa foi desenvolvida utilizando-se o desenho de estudo de caso (Yin, 2005) e método de pesquisa qualitativa numa abordagem participativa com as seguintes ações: análise documental (pareceres técnicos, leis do MS, relatos de reuniões e oficinas); visitas de observação e aproximação ao DEMAS nos dias em que a equipa recebia os pareceres técnicos; conversas exploratórias do campo com técnicos responsáveis pelo sistema no DEMAS; participação em reuniões de avaliação do DEMAS junto com a equipa técnica responsável por um programa; participação em oficinas de harmonização para o melhor entendimento e aproveitamento na construção de pareceres técnicos. Para análise do modo da produção e usos do conhecimento gerado pela ferramenta e-Car foram focados três eixos principais, fios e redes correlatas (Figura 1):

1) O primeiro eixo tomou o sistema de monitoramento e-Car na sua estrutura e buscou compreender a sua evolução entre o proposto e o realizado; por outra vertente, analisou as divergências que apareceram na relação dos *actantes* (humanos com os não-humanos), no sentido do que a ferramenta de controle produziu de subjetivação aos hu-

1 - *Actante* é um termo tomado da semiótica para incluir os não-humanos (computadores, sistemas, aparelhos) na configuração de ator. Um actante (humano e/ou não-humano) deixa traço e só assim pode ser seguido na rede. Os actantes produzem efeitos na rede, modificam-na e são modificados por ela (LATOUR, 2001).

Fig.1 - Eixos principais da pesquisa em ação



manos que a utilizaram e como isso refletiu-se nos pareceres, tanto para o DEMAS quanto para uma área técnica específica, a Secretaria de Vigilância em Saúde do MS (SVS).

2) O segundo eixo tratou da análise dos efeitos das oficinas de harmonização do conhecimento sobre o preenchimento do e-Car como **mediação** na valoração e importância crítica da ferramenta e-Car; por outro lado analisou como a área técnica via e compreendia o e-Car e como isto influenciava o seu fazer.

3) O terceiro eixo analisou os usos dos seus pareceres técnicos e pretendeu compreender como pareceres do e-Car foram utilizados por áreas técnicas específicas. Ressalta-se que o presente artigo focará nos dois primeiros eixos do modelo teórico.

A abordagem da Teoria do Ator-Rede trata entidades e materialidades como decretadas e relacionais, explorando a configuração e reconfiguração dessas relações (Law, 2004; 2005). No presente estudo, entende-se que a configuração e reconfiguração de um sistema de controle e distribuição de informações estratégicas para tomadas de decisão, como o e-Car, permite ser analisado como rede sociotécnica. Desse modo, buscou-se compreender as relações que se estabeleceram entre o sistema, os técnicos que implementaram e aqueles que o utilizam para evidenciar a sua importância como rede informativa.

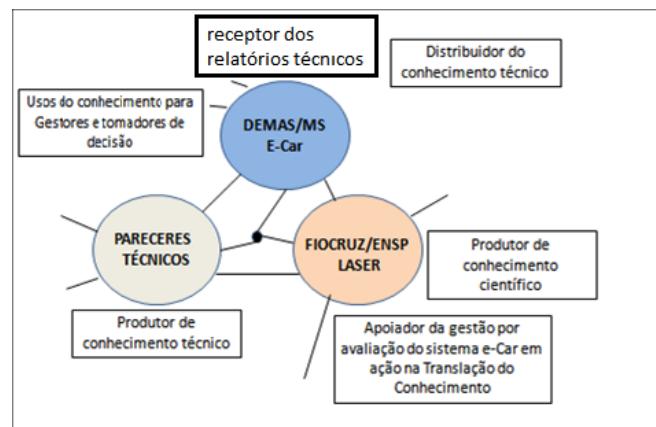
Para Latour “a palavra rede indica que os recursos estão concentrados em poucos locais – nas laçadas e nos nós interligados; que essas conexões transformam os recursos em uma teia que parece se estender por toda parte” (Latour, 2005). Portanto, é importante encontrar as conexões, os esgarçamentos e controvérsias que ora aglutinam, ora desconfiguram a rede.

Nesta lógica, o estudo procurou a interlocução com *actantes* humanos e não-humanos (computadores, sistemas de computação, técnicos, profissionais, oficinas, documentos, mudanças de conjuntura política) da rede sociotécnica e propôs conhecer a rede por três áreas de observação: a) Técnicos das áreas do Ministério da Saúde (DEMAS e SVS) e seus pareceres; b) O sistema computacional chamado e-Car (DEMAS) que recebe e distribui pareceres técnicos e c) as Informações de áreas do MS tomadoras de decisões usuárias das informações captadas no sistema e-Car.

Os eixos caracterizados na Figura 2 foram abordados a partir das categorias previstas na Ficha de análise dos eventos: *actantes*; redes sociotécnicas, interesses, interpelações, mediação, ações, inscrições e consequências ou efeitos (Figueiró *et al.*, 2016).

Buscou-se compreender como os pareceres elaborados por técnicos responsáveis pela produção do conhecimento alimentavam a ferramenta de monitoramento e-Car e como este conhecimento circulava por outras redes que se serviam da ferramenta computacional. Neste contexto de rede sociotécnica, o Laboratório de Avaliação de Situações Endémicas Regionais (LASER) da Escola Nacional de Saú-

Fig.2 - Redes e contornos da pesquisa



de Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ) participou como a unidade de pesquisa e apoio à gestão do DEMAS/SE/MS (Figura 2).

Os dados foram analisados pela técnica de análise de conteúdo, com a realização de leituras sucessivas, buscando identificar os temas previstos nas categorias de análise inicialmente formuladas, bem como padrões emergentes, num processo de codificação aberta. Na análise final do material procurou-se aprofundar as articulações estabelecidas entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo às questões com base nos seus objetivos. O uso de diferentes tipos de técnicas e fontes de evidência (triangulação) possibilitou tanto a busca por convergência nos achados quanto a exploração de diferentes faces do objeto de avaliação, visando a confiabilidade e a validade interna do estudo (Martins, 2004; Schwandt, 2006; Miñayo, 2012).

## Resultados e discussão

### Evolução da implementação do e-Car como dispositivo de monitoramento para o SUS

Sucintamente um sistema de M&A pode ser definido, segundo Jannuzzi (2013), como um conjunto de processos articulados de levantamento, organização e disseminação de informação e conhecimento. Essas atividades devem alimentar o ciclo de gestão de políticas e programas públicos, visando o seu aprimoramento, a transparência da ação governamental e, quando solicitados, evidências do mérito e da efetividade.

Essa definição adequa-se ao proposto no processo de monitoramento dos resultados prioritários definidos no planejamento estratégico do MS por meio da ferramenta e-Car. Ao iniciar o desenvolvimento do e-Car, em 2008, identificava-se como problema nas normas de controle no governo federal a ausência de um sistema de informações capaz de recuperar tempestivamente dados sobre o anda-

mento de seus projetos. O controle até o momento era feito por inúmeros sistemas e ações desconectadas entre as várias organizações federais (Brasil, 2011).

Na sua estrutura o e-Car comporta o monitoramento estratégico e o monitoramento operacional numa mesma solução tecnológica. Concentra a sua execução na produção de pareceres pelos técnicos designados em cada área técnica do MS, com análises de indicadores de produtos, resultados e metas alcançadas.

Na interpretação e produção de informações, os responsáveis alinham as suas análises de determinada situação à metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (PES). A descrição do problema deve apresentar os planos para atacar suas causas e a análise da viabilidade política ou o modo de construir sua viabilidade (Brasil, 2014a). Assim, o e-Car expressa a relação entre os objetivos estratégicos e metas do MS e permite o acompanhamento das ações por meio de pareceres técnicos, onde se concentra o processo de monitoramento. Com essa funcionalidade, esperava-se que todas as estruturas de interesse pudessem coexistir na ferramenta, permitindo acompanhar ações de nível estratégico e/ou de gerenciamento.

Para a nutrição das informações de interesse do MS e para o SUS implementou-se uma estrutura especializada em produção de informações qualificadas para os gestores da saúde (a chamada *Bi – business intelligence* ou inteligência de negócio, ação de fluxo contínuo). O sistema e-Car foi adaptado às necessidades do MS como um instrumento de captação e distribuição, controle, monitoramento de informação, possível de nutrir tomadores de decisão e ges-

**Quadro 1:** Eventos da evolução do e-Car e de mediação, no período de 2011 a 2016.

Identificar os actantes, interações e consequências da implementação das práticas do e-Car no âmbito do DEMAS, com exemplo da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)

ANO	SVS/MS	MEDIAÇÃO	e-Car DEMAS
2011	Modos de registro no e-Car	Desafio: Harmonização do instrumento de gestão do MS	Criação do DEMAS Implantação do e-Car: expressa a relação entre os OE e metas do MS e permite o <u>acompanhamento das ações</u> por meio de pareceres técnicos advindos das atividades de M&A <i>Bi – business intelligence</i>
2011-2014		Presidenta Dilma Rousseff (1º mandato 2011-2014) Ministro da Saúde Alexandre Padilha (de 01/01/11 a 02/02/14)	
2012-2015	Alimentação mensal do sistema e discussão semanal dos resultados em reuniões de colegiado de dirigentes da secretaria	16 oficinas de revisão do PE, com a participação de mais de 300 gestores e técnicos do MS	Termo de Cooperação DEMAS, MS, FIOCRUZ
2013	Manutenção de dois pontos focais responsáveis pelo sistema e-Car	Análise de capacidade de Translação do Conhecimento entre áreas técnicas e gestoras do MS	
2014		1ª OFICINA de harmonização dos instrumentos de gestão	Conhecer a ferramenta e-Car
2015	Ministro da Saúde Arthur Chioro (de 08/02/14 a 02/10/15) Presidenta Dilma Rousseff (2º mandato 2015-2019) / 2016 Ministro da Saúde Marcelo Costa e Castro (02-10-15) / 2016		
	Importância da capacidade de utilização do conhecimento	2ª OFICINA de harmonização dos instrumentos de gestão	Alinhamento e Modalização textual das informações transmitidas
	Confiança aumentada		
2016		3ª OFICINA de instrumentos de gestão	Sugestão de mudança para novo sistema
	Defesa do sistema e-Car pelas secretarias		

tores do governo e harmonizável com as soluções já existentes no MS (Reis *et al.*, 2012).

A evolução da implementação do sistema e-Car como dispositivo de monitoramento do desenvolvimento e alcance dos objetivos estratégicos do MS está descrita no quadro de eventos abaixo (Quadro 1). No quadro expressam-se, ainda, os eventos de mediação que marcaram momentos de mudança nas práticas de monitoramento organizadas em torno do e-Car e os marcos do contexto político institucional que influenciaram a evolução das intervenções. A intenção para a elaboração e implementação de um

sistema de M&A no MS, em 2011, aliava-se ao que estava em discussão no país naquele contexto político-institucional, como desenvolvimento de sistemas no âmbito de vários órgãos da administração pública direta e indireta (Lotta, 2014).

Observa-se na evolução do sistema e-Car no MS a ocorrência de períodos de estabilidade, onde o implementação e desenvolvimento do ciclo de Monitoramento e Avaliação aconteciam mais próximo ao planejado. O período entre 2012-2015 expressa essa opção pela implementação e utilização do sistema e pode ser confirmado pelo relatório do Tribunal de Contas da União (TCU), de 2014. Neste documento, apresentando a percepção dos gestores quanto ao perfil e o índice de maturidade dos sistemas de avaliação de programas governamentais (iSA-Gov) dos órgãos da administração direta do poder executivo federal, o MS alcançou índice de maturidade de 73,1%, indicando os sistemas de avaliação de programas desse órgão como suficientes e atendendo satisfatoriamente às necessidades da gestão (Brasil, 2014b). Além da avaliação realizada pelo TCU, a fase de estabilidade e resultados favoráveis do e-Car foi também observada em recente estudo de avaliação do sistema na Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), considerada exemplar na execução da ferramenta. Nesta Secretaria, o e-Car acompanhou predominantemente dois objetivos estratégicos: **Objetivo Estratégico 2 (OE2):** Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde; e **Objetivo Estratégico 6 (OE 6):** Garantir a atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, estimulando o envelhecimento ativo e saudável e fortalecendo as ações de promoção e prevenção. Alinhados a esses estão 21 resultados prioritários (Ubarana, 2017).

Porém, ao longo do período identifica-se a instabilidade no uso do sistema como consequência das mudanças de ministros da saúde entre o primeiro e segundo mandatos da presidente Dilma Rousseff, e do governo interino e atual do presidente Michel Temer. Foram quatro ministros da saúde em dois anos. A cada mudança no comando da pasta ocorria uma descontinuidade na estrutura e manutenção do e-Car, com consequências para a sustentabilidade de uma ferramenta em processo de implantação e materialização, que se mostrava imatura para resistir à conjectura política institucional.

Conforme refere Ubarana (2017), verificou-se que no âmbito da SVS, quanto ao grau de implantação das ações do sistema, sua condição de estrutura e processos foi considerada implantada no período avaliado, 2012-2015. Ao identificar a influência do contexto sobre o grau de implantação, o estudo encontrou que, aliado ao contexto político favorável à criação e implantação do sistema no MS e suas secretarias entre 2012 e 2015,

a SVS apresentou uma estabilidade na gestão, com a manutenção do mesmo secretário entre 2012 a 2014 e a manutenção das atividades prevista pelo e-Car até 2015.

### **A necessária mediação entre os envolvidos com a implementação do sistema e-Car**

A implantação e sustentabilidade de intervenções inovadoras constrói-se a partir de interações que progressivamente se estabelecem entre atores, conhecimentos, práticas e bens previamente não conectados, tornando-se um conjunto atuando de forma interdependente (Callon, Latour, 1986). Essa dinâmica representa um enorme desafio na medida em que consistem em uma série de acertos e erros, onde as ações, à medida que evoluem vão, elas mesmas, descobrindo o caminho a seguir (*ibidem*, 1986). Nesse sentido, o sucesso dessas intervenções depende de mediações.

A noção de mediação envolve uma situação de transformação, onde se processam o alinhamento dos interesses entre atores e redes, promovendo as translações das intervenções orientadas aos novos objetivos consensuados. A mediação tem sempre um impacto sobre o ambiente no qual se situa, produzindo um acontecimento que altera o cenário anterior (Davallon, 2007; Latour, 2001).

Entre 2014-2016 foram realizadas três oficinas de harmonização, desenvolvidas no âmbito da parceria DEMAS e Laser/ENSP/Fiocruz, que assumiram essa condição de mediação na implementação e evolução do e-Car. Esta afirmativa deriva das mudanças observadas no desenvolvimento das práticas de monitoramento pelas áreas técnicas do MS, tendo como produto principal o estímulo dos responsáveis para elaboração de melhores relatórios.

As oficinas foram planejadas em três módulos e previstas para serem oferecidas aos profissionais do MS a cada semestre, em conjunto ou isoladamente, mediante demanda específica. A oferta planejada visava especialmente novos contratados e parceiros chaves da instituição, inclusive oriundos de organizações da sociedade civil (Brasil, 2016 mimeo).

A diversidade pretendida na representação das áreas técnicas nas oficinas pode ser apreendida pela atividade realizada em julho de 2015, com a participação de 32 pessoas de 12 setores do MS. Com abordagem pedagógica participativa e de problematização, evidenciou a necessária atenção para a comunicação e troca de informações entre as secretarias e os relatórios técnicos do e-Car a fim de gerar ações estratégicas e/ou transformadoras. Objetivou-se que os técnicos envolvidos na sua

implementação compreendessem as suas finalidades e usos (*ibidem*, 2016).

Essa dinâmica permitiu levantar e discutir, ainda, a relação dos técnicos responsáveis pelo sistema nos seus dois polos, o DEMAS e as áreas técnicas, trazendo controvérsias na relação entre esses vários *actantes*. Na medida em que os encontros foram acontecendo a elaboração de pareceres mais claros e a apreensão da importância de um bom material informativo produzia melhorias no processo de implementação da ferramenta e-Car.

O entendimento da centralidade das atividades de formação continuada dos técnicos envolvidos na implementação de programas para a sua evolução e sucesso é discutida por alguns autores no campo da avaliação (Hartz, 1997; Clavier, Vibert, Potvin, 2012; Figueiró *et al.*; 2014; 2016). Na análise da evolução de intervenções complexas, que ao mesmo tempo que sofrem influência do contexto, influenciam e provocam mudanças no ambiente onde se inserem, as atividades educativas, especialmente com abordagens participativas e dinâmicas, favorecem a troca de experiências e inovações, discussão das dificuldades e orientação para reformulação das ações.

Alinhado a esta perspetiva, o DEMAS propôs e integrou importantes processos de formação no seu quadro técnico, incluindo atividades como: o apoio ao Programa de Mestrado Profissional em Avaliação e Saúde; a realização do Curso de Especialização em Avaliação em Saúde e um conjunto de oficinas de treinamento em M&A, dividido em três módulos de 20 horas cada. Buscou-se, com essas estratégias a construção de capacidade para a implementação e percepção da importância do sistema para a translação do conhecimento dentre as diversas áreas estratégicas e de gestão da saúde e do SUS.

## **Os *actantes*, suas interações e subjetivações nas práticas do e-Car**

A implementação de intervenções compreende sempre uma intrigante interação entre *actantes* humanos e não-humanos, que pode ser observada no caso do sistema e-Car e seus usuários. A relação por vezes antagônica, de aproximação e afastamento com a ferramenta, deu-se a distintas razões: seja pela dificuldade no preenchimento, outras vezes pela dificuldade de captação e entrega das informações exigidas e por momentos políticos em que a ferramenta foi descontinuada.

Ao longo desse processo, múltiplas subjetivações foram implicadas na relação técnicos-DEMAS-e-Car. Processos de subjetivação incluem as diversas maneiras pelas quais os indivíduos se constituem como sujeitos e atuam nos jogos de poder buscando resistência. Tais processos só valem na medida em que, quando acontecem, esca-

pam tanto aos saberes constituídos como aos poderes dominantes (Deleuze, 2004).

Como exemplo de resistências institucionais pode observar-se, no acompanhamento da chegada dos pareceres ao e-Car/DEMAS, por vezes a dificuldade de tradução do texto em alguns documentos. Estes apresentavam-se, nessa observação, construídos como colagens, peças burocráticas, sem especial preocupação com a compreensão do próximo leitor, que poderia ser um gestor e/ou um tomador de decisão para o SUS. Cabia aos responsáveis no DEMAS receber este material, a sua leitura e a avaliação da condição técnica para o texto constar como documento do e-Car. O fluxo dessa atividade compreendia, na sequência, o contacto com o responsável na área técnica e a solicitação para revisão. Essa era uma situação percebida como um constrangimento. Noutras ocasiões era solicitada reunião na área técnica que apresentou dificuldade no preenchimento do relatório, visando a melhoria do texto ou esclarecimentos pelo não envio do relatório conforme o cronograma.

*“é preciso melhorar o preenchimento do e-Car e criar esta cultura de escrever dentro de um padrão acessível na estrutura da escrita, conforme foi indicada.”* (Inf 1)

*“Pegou-se como exemplo um monitoramento do REM que foi assinalado como cancelado; o responsável parou de monitorar e não deu justificativa do cancelamento no relatório. Foi comunicado por email a necessidade de uma justificativa. ... Quem é o responsável da secretaria? Liga-se para ele.”* (Inf 2)

Sabe-se que para uma realidade existir não se pode recorrer apenas à ciência ou inserção de um sistema, como o e-Car; é necessário ação e trabalho. Exige-se ato de vontade. Esta vontade está por vezes ligada a uma motivação pessoal e/ou coletiva; outras vezes o agente desta vontade é o direito moderno através das regulações. Este esforço de manutenção de uma realidade é múltiplo e em rede, envolve inúmeras pactuações mesmo que improváveis e invisíveis. “É ao nível de cada tentativa que se avaliam a capacidade de resistência ou, ao contrário, a submissão a um controle” (Deleuze, 1990). A relação dos responsáveis nas secretarias pelo envio dos relatórios era percebida, por alguns técnicos, como obrigação de fazê-lo, sem envolvimento e/ou implicação. *“Nas reuniões de Gestão, de quatro em quatro meses, o pessoal nutre o e-Car porque sabem que serão cobrados dos gestores”* (Inf 3).

Percebeu-se nas oficinas a ocorrência de uma complexa relação dos usos da ferramenta com os humanos que a preenchiam. Ora como um meio de controle e vigilância do fazer técnico das secretarias; ora como inibido-

ra do pensamento por compor “caixinhas” para serem preenchidas de forma automática, numa formatação específica, que para alguns se mostrava desinteressante, desinteressada, sem outra importância que não fosse controle. Esta compreensão começava a ser modificada no decorrer dos processos educativos, como apontado pelos participantes da última oficina relacionada ao sistema, que viria a ser substituído ou sofrer profundas mudanças no curto prazo.

Desta maneira, pode pensar-se que faz parte da cultura institucionalizada a percepção de um fazer obrigatório vinculado a punições e a mecanismos de judicialização, ligados a mecanismos de controle e, por consequência, de resistência. Como mostram os estudos sobre a sociedade disciplinar e a utilização das ferramentas de controle, existe um “exercício cotidiano da vigilância, num panoptismo em que a penetração dos olhares entrecruzados” fazem parte da institucionalização dos fazeres (Foucault, 1987). As resistências à ferramenta e-Car apareceram o tempo todo, a cada mês, nos momentos em que os técnicos do DEMAS acolhiam os relatórios. A ocorrência de troca de técnicos das secretarias mostrou-se por vezes um problema de continuidade no encaminhamento dos pareceres técnicos para o e-Car. Muitas vezes trouxe uma questão de “retreinamento” do novo ocupante da função de responsável. No entanto, nada comparado com os acontecimentos e mudanças do governo nos últimos tempos, fator gerador de insegurança e incertezas constantes.

Concomitante às mudanças do cenário político brasileiro, também ocorria uma espécie de falta de confiança dos técnicos e/ou menor valia da importância e veracidade da ferramenta (se esta permaneceria ou não na nova gestão) e medos extras: de estar sendo vigiado e controlado com possibilidade de punição.

Em que pese a relação por vezes conflituosa entre os envolvidos com o e-Car e a ferramenta em si, os resultados da avaliação do sistema e-Car na SVS (Ubarana, 2017), embora reconheça problemas, como a não interoperabilidade do e-Car com outros sistemas de informação, aponta importantes conquistas. Porém, como observam Oliveira *et al.* (2014), as causas e condições envolvidas no sucesso e sustentabilidade de uma ação com a envergadura do sistema e-Car, como um sistema de Monitoramento e Avaliação, requer o enraizamento de uma decisão política aliada a adoção como objetivo de governo, para além do necessário planejamento e desenvolvimento das ferramentas.

Entre as forças identificadas na experiência do sistema, pode-se destacar: a utilização do e-Car na elaboração dos relatórios de várias secretarias do MS; o acompanhamento das informações disponibilizadas pelo e-Car por parte do Colegiado de Gestão do MS; algumas secretarias e órgão do MS, como a SVS e Comitê da

População Negra, acompanhando e discutindo semanalmente as informações do e-Car relacionadas com os objetivos estratégicos e resultados sob sua competência; e órgãos públicos utilizam-no em diferentes ocasiões: Tribunal de Contas da União (TCU); Controladoria-Geral da União (CGU); Casa Civil; Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA).

Como fragilidades apontam-se: o tempo insuficiente para implicação positiva dos atuantes à nova proposta de ferramenta e a resistência ao novo; resistência à ideia de retrabalho pela sobreposição com outras ferramentas; falhas no cronograma idealizado; mudanças políticas produzindo hiatos na execução do depósito de informações no instrumento e usos, baixando a confiança a cada vazio; a percepção por alguns que se tratava de uma ferramenta de controle das secretarias.

Como cenário de futuro, comprehende-se a natureza dinâmica da gestão e a necessidade de acompanhar as demandas do momento, que justificam as mudanças em qualquer sistema ou ferramenta de ação, sendo preciso ter consciência da ideia de que nenhuma ferramenta está pronta. Ela é intermediada por uma latência de trabalho. Assim sendo a estratégia reflexiva sobre as ferramentas mantém uma tensão permanente que faz existir uma estabilidade estratégica e apropriação do trabalho de todos os envolvidos. Todo este movimento de reflexividade tensional leva às reformulações e isto pode ser de utilidade para o planejamento e para o preenchimento do relatório.

No desenvolvimento das atividades referidas para o sistema e-Car, as avaliações colaborativas, envolvendo academia e governo, mostram na sua relação uma tensão aglutinadora. Mais do que um problema, essa tensão é uma das principais funções do M&A, pois permite o aprendizado e traz a consciência reflexiva do pensar a prática. Olhar os campos de força, de poder e domínio permite compreender como eles influenciarão a prática. Eles constituem-se em desfechos éticos com menor custo, combinando a ideia de desenvolvimento da saúde com o cuidado e com os usos dos recursos. Para tanto é importante notar que esses polos não se excluem, embora em várias situações pareçam estar em conflito.

## Considerações finais

A implantação do e-Car teve sua arquitetura, customização e divulgação a desenrolar-se lentamente. A pesquisa evidenciou a ocorrência de momentos de vazio no uso do sistema e-Car devidos, principalmente, às mudanças na estrutura de governo, com descontinuidade na sua estrutura e manutenção, fragilizando a confiança dos técnicos e/ou menor valia da importância, veracidade da ferra-

menta, e dúvidas sobre a sustentabilidade do seu uso. Como efeito dos hiatos na construção e condensamento da ferramenta, por vezes ocorreu desinteresse no preenchimento e elaboração de relatórios que trouxessem maior sentido à informação disponibilizada e interesse na sua translação, pelo uso esperado por técnicos, gerentes, gestores.

Evidenciou-se entre os *actantes* divergências na relação do humano com não-humano no caso dos usos do e-Car (uma ferramenta não humana, performada num *software*), numa relação de aproximação e afastamento com a ferramenta. Essa relação foi notada por vezes pela dificuldade de preenchimento, outras pela dificuldade de percepção da sua importância nos usos e translação do conhecimento informado.

Tais subjetivações foram produzidas no atravessamento da ferramenta como instrumento de controle na relação com os humanos submetidos a ela, conforme percebido por alguns técnicos: ora como um meio de controle e vigilância do fazer técnico das secretarias, ora como inibidora do pensamento por serem preenchidas de forma automática, numa formatação específica.

Algumas percepções foram sendo ressignificadas a partir da realização das oficinas informativas e reflexivas sobre o preenchimento e usos do e-Car. As discussões críticas

facilitadas nas oficinas trouxeram a possibilidade de um alinhamento conceitual e textual; contribuiu na construção de um corpo de técnicos (humanos) mais implicados com as informações enviadas para a ferramenta (não-humana) e-Car.

Foi importante perceber como o setor técnico na prática dos seus ofícios subestimava a importância das informações investidas no e-Car, muitas vezes falhando no preenchimento do sistema. Isso mostrou uma subutilização de um serviço que tinha como ideal e potencial uma excelência no atendimento de informações para ações do governo na construção de estratégias e políticas públicas.

Parece necessário oficinas de continuidade do processo de reflexividade a fim de criar uma cultura capaz de lidar com fenômenos em movimento, construindo uma aprendizagem institucional que requer sair da comodidade e caminhar tateando um terreno que não é firme, mas que pode ser promissor.

Um sistema de monitoramento, avaliação e de translação do conhecimento como foi a proposta do e-Car requer contínuo esforço de pactuação para que se torne enredado o suficiente e tomado como realidade. Esta modelação da realidade é o lugar onde a prática do monitoramento e avaliação faz sentido de facto.

## Bibliografia

1. Barreto AR (2001). Gestão do Conhecimento Mecanismos para Estabelecer a Ação Participativa em uma Organização. CENADEM-Infoimagem, São Paulo, Brasil.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (2014a). Planejamento estratégico do Ministério da Saúde, 2011-2015: resultados e perspectivas (4<sup>a</sup> Ed). Editora do Ministério da Saúde, Brasília, Brasil.
3. Brasil (2014b). Tribunal de Contas da União (TCU). Diagnóstico do perfil e da maturidade dos Sistemas de Avaliação dos Programas Governamentais. Consultado em 25 de maio de 2016. In: <http://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A8182A24E990B11014EACC82BB12024>.
4. Brasil. Serviço Federal de Processamento de Dados (SERPRO). e-Car – Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados, 2011. Consultado em 13 de novembro de 2015. In: <http://www4.serpro.gov.br/imprensa/publicacoes/tema-1/tematec/2010/artigos-tematec-tema-201/e-car-2013-controle-acompanhamento-e-avaliacao-de-resultados>. Consultado em 13-11-15
5. Brasil. Ministério da Saúde/DEMAS. Fiocruz-LASER/ENSP (2016). Relatório da Oficina para discussão e alinhamento dos critérios de classificação do status e situação das metas. mimeo.
6. Callon M, Latour B (1986). Les paradoxes de la modernité. Comment concevoir les innovations? Clés pour l'analyse sociotechnique. Prospective Santé 36: 13-29.
7. Clavier C, Vibert S, Potvin, L (2012). A theory-based model of translation practices in public health participatory research. Sociol Health Illn 34(5): 791-805.
8. Canada. Instituts de recherche en santé du Canada (CIRSC) (2012). Guia de planejamento da aplicação dos conhecimentos nos IPSC: abordagens integradas e de fim de subvenção. Consultado em 23 de maio de 2016. In: [www.ircs-cihr.gc.ca](http://www.ircs-cihr.gc.ca)
9. Costa R (2004). Sociedade de controle. São Paulo Perspec 18(1): 161-167.
10. Couto PC (2017). Avaliação dos usos e influências do conhecimento proveniente de pesquisas financiadas pelo Ministério da Saúde sobre a subagenda Alimentação e Nutrição. Master Thesis. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, Brasil.
11. Davallon J. (2007). A mediação: a comunicação em processo? Prisma.com. 4: 3-36.
12. Deleuze G (2004). Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia (1º vol). Editora 34, São Paulo, Brasil.
13. Deleuze G (1990). Pourparlers. Les Éditions de Minuit, Paris, France.
14. Faria CAP (2005). A política da avaliação de políticas públicas. Revista da Avaliação de Políticas Públicas 20(59): 97-109.
15. Feinstein O (2002). Use of evaluations and evaluations of their use. Eval 8:433-9.
16. Figueiró AC, Hartz Z, Samico I, Cesse EAP (2012). Usos e influência da avaliação em saúde em dois estudos sobre o Programa Nacional de Controle da Dengue. Cad. Saude Publica 28(11): 2095-2105.
17. Figueiró AC, Samico I, Felisberto E, Hartz Z. Formação de avaliadores e o estudo das intervenções inovadoras em saúde: o caso do Programa Academia da Cidade. In: Hartz Z, Potvin L, Bodstein R (2014). Avaliação em promoção da saúde: Uma antologia comentada da parceria entre o Brasil e a Cátedra de abordagens comunitárias e iniquidades em saúde(CACIS), da Universidade de Montreal de 2002 a 2012. CONASS, Brasília-DF, Brasil.
18. Figueiró AC, Oliveira SRA, Hartz Z. et al (2016). A tool for exploring the dynamics of innovative interventions for public health: the critical event card. Int J Public Health 62(2): 177-186.
19. Foucault M (1987). Vigiar e Punir: nascimento da prisão. Vozes. Petrópolis, Brasil.
20. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Do quê ao pra quê da meta-avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, Felisberto E (2008). Meta-avaliação da atenção básica em Saúde: teoria e prática. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, Brasil.
21. Hartz ZMA (1997). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, Brasil.
22. Hsieh HF, Shannon SE (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. Qual Health Res 15(9): 1277-1288.
23. Jannuzzi PM (2013). Sistema de monitoramento e avaliação de programas sociais: revisitando mitos e recolocando premissas para sua maior efetividade na gestão. Revista Brasileira de Monitoramento e Avaliação 1: 4-27.
24. Latour B (2005). Reassembling the social: an introduction to Actor-Network-Theory. University Press, Oxford, UK.

## Artigo Original

25. Latour B (2001). *A esperança de Pandora: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos*. EDUSC, Bauru, São Paulo, Brasil.
26. Law J (2004). *After Method: Mess in Social Science Research*. Taylor & Francis, New York, EUA.
27. Law J (2003). *Making a Mess with Method*. Centre for Science Studies, Lancaster University, Lancaster, UK.
28. Lotta GS, Farias GS, Ribeiro ER (2014). Sistema integrado de monitoramento, execução e controle (SIMEC): usos e impactos na cultura administrativa no município de São Bernardo do Campo. *Revista Temas Administra Pública*, 9(2).
29. Machado CV, Baptista TWF, Nogueira CO (2011). Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. *Cad. Saúde Pública* 27(3): 521-532.
30. Martins EHTS (2004). Metodologia qualitativa de pesquisa. *Educ. pesq.* 30(2): 289-300.
31. Minayo MCS (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Cienc. Saude Coletiva* 17: 621-626.
32. Oliveira PTR *et al* (2013). O monitoramento e a avaliação na gestão do Ministério da Saúde. *Revista Brasileira de Monitoramento e Avaliação* 5: 114-130.
33. Oliveira PTR, Morais RF, Lacerda AMA *et al* (2014). Monitoramento do Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde: experiências com o sistema controle, acompanhamento e avaliação de resultados (e-car). *Interface* (supl. 3) [online].
34. Preskill H, Torres RT (2000). The learning dimensions of evaluation use. *New Directions for Evaluation* 88:25-38.
35. Reis AT, Oliveira PTR, Sellera PE (2012). Sistema de avaliação para a qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS). *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde* (6)2.
36. Santos AR (2012). *Monitoramento e Avaliação de Programas no Setor Público A Experiência do PPA do Governo Federal no Período 2000–2011*. Monografia Especialização. Instituto Serzedello Corrêa (ISC), Brasília, Brasil.
37. Schwandt T. Três posturas epistemológicas: interpretativismo, hermenêutica e construção social. In: Denzin NK, Lincoln Y (2006). *Planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. 2 ed. ARTMED, Porto Alegre, Brasil.
38. Schell SF *et al* (2013). Public health program capacity for sustainability: A new framework. *Implementation Science* 8: 15. Consultado em 27 de junho de 2016. In: <http://www.implementationscience.com/content/8/1/15>
39. Shen J, Yang H, Cao H, Warfield C (2008). The fidelity adaptation relationship in non-evidence-based programs and its implication for program evaluation. *Eval* 14: 467-481.
40. Ubarana JA (2017). Avaliação da implantação do Sistema de Acompanhamento, Controle e Avaliação de Resultados (e-Car) na Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde. Master Thesis. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, Brasil.
41. Weiss CH (1999). The interface between Evaluation and Public Policy. *Eval* 5(4): 468-486.
42. Weiss CH (1988). Evaluation for decision: is anybody there? Does anybody care? *Eval practice* 9(3): 5-19.
43. Yin RK (2005). *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos*. 3<sup>a</sup> ed. Bookman, Porto Alegre, Brasil.

# Avaliação dos estágios de curta duração para profissionais de Saúde dos PALOP e Timor-Leste promovidos pela Fundação Calouste Gulbenkian em Portugal, entre 2011 e 2016

*Evaluation of the short term internships for health professionals from Portuguese Speaking African Countries and East Timor, promoted by the Fundação Calouste Gulbenkian in Portugal, between 2011 and 2016*

**Estudo financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian**

**Ana Cristina Garcia**

Médica especialista em Saúde Pública; PhD student; Global Health and Tropical Medicine, GHTM,  
Instituto de Higiene e Medicina Tropical, IHMT, Universidade Nova de Lisboa, UNL, Lisboa, Portugal

**Sónia Dias**

Professora do Instituto de Higiene e Medicina Tropical; Global Health and Tropical Medicine, GHTM, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, IHMT, Universidade Nova de Lisboa, UNL, Lisboa, Portugal

**Daniela Alves**

PhD student; Global Health and Tropical Medicine, GHTM, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, IHMT, Universidade Nova de Lisboa, UNL, Lisboa, Portugal

**João de Almeida Pedro**

Fundação Calouste Gulbenkian, FCG, Lisboa, Portugal

**Maria Hermínia Cabral**

Diretora; Fundação Calouste Gulbenkian, FCG, Lisboa, Portugal

**Zulmira Hartz**

Professora catedrática convidada de Avaliação em Saúde; Global Health and Tropical Medicine, GHTM, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, IHMT, Universidade Nova de Lisboa, UNL, Lisboa, Portugal

## Resumo

**Introdução:** Em resposta a solicitação da Fundação Calouste Gulbenkian, foi desenvolvido um projeto de avaliação externa das seis edições do “Concurso para Estágios de Curta Duração em Portugal para Profissionais de Saúde dos PALOP e Timor-Leste” organizadas entre 2011 e 2016.

**Objetivos:** Os objetivos foram caracterizar socio demograficamente os bolseiros, identificar o seu trajeto profissional e caracterizar o modo como se tornaram agentes de mudança após o estágio.

**Métodos:** Foram realizados dois estudos descritivos: um estudo quantitativo de caracterização dos bolseiros a partir de dados secundários, e um estudo avaliativo predominantemente quantitativo, que utilizou maioritariamente os dados recolhidos por questionário preenchido pelos bolseiros.

**Resultados:** No total, estagiaram 99 profissionais oriundos dos PALOP e Timor-Leste, com idade média de 36 anos, na sua maioria do sexo feminino e médicos de profissão. Os 42 bolseiros respondentes ao questionário regressaram todos ao respetivo país de origem após o estágio, e a quase totalidade à mesma instituição e serviço. A maioria admitiu resultados positivos de aprendizagem e fortalecimento de capacidades, e reconheceu uma mudança de comportamento positiva atribuível ao estágio.

**Conclusões:** Apesar das limitações do estudo avaliativo, designadamente a potencial baixa representatividade dos bolseiros, a iniciativa parece ter tido resultados positivos, sugerindo-se o desenvolvimento de estudos de avaliação do impacto para estabelecer conclusões definitivas.

**Palavras Chave:**

Avaliação de resultados, Formação pós-graduada de profissionais de saúde, Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa.

## Abstract

**Introduction:** In response to a request from the Fundação Calouste Gulbenkian, a project for the external evaluation of the six editions of the initiative “Contract for short term courses for health professionals from Portuguese Speaking African Countries and East Timor” organized between 2011 and 2016, was carried out.

**Objectives:** The objectives were to characterize the demography of the trainees, identify their professional route and characterize the way they became agents of change after the course.

**Methods:** Two descriptive studies were carried out: a quantitative study of the characterization of the trainees using secondary data, and a predominantly quantitative evaluative study, based mainly on data collected through a questionnaire addressed to the trainees.

**Results:** A total of 99 professionals from the PALOP and Timor-Leste, with a mean age of 36 years, mostly female and medical doctors, were trained. The 42 trainees responding to the questionnaire all returned to their country of origin after the internship, and almost all to the same health institution and service. Most admitted positive learning and capacity building results, and recognized a positive behavior change attributable to the course.

**Conclusions:** In spite of the limitations of the study, in particular the potential low representativeness of the trainees, the initiative seems to have had positive results, suggesting the development of impact evaluation studies to establish definitive conclusions.

**Key Words:**

Outcomes evaluation, health professionals post-graduate training, Portuguese Speaking African Countries.

## Introdução

### Desafios na formação dos recursos humanos da saúde

O investimento nas estratégias de desenvolvimento da força de trabalho na saúde é reconhecido internacionalmente como um poderoso meio para acelerar a obtenção de ganhos em saúde [1,2]. Contudo, e apesar da evidência e das iniciativas crescentes nesta área, suprir o défice de trabalhadores da saúde continua a ser um dos maiores desafios para todos os países [1,2,3], mas em especial para os de médio e baixo rendimento [1,2].

A renovação e a expansão de uma força de trabalho em saúde qualificada dependem, entre outros fatores, da capacidade do sistema educativo para formar e treinar profissionais de saúde com os conhecimentos e competências que lhes permita lidar com as necessidades de saúde das populações. Os cursos de formação e treino deverão ter como objetivo a aprendizagem que implique, nos participantes, a mudança de atitudes, o aumento dos seus conhecimentos e/ou a melhoria das suas competências [4].

A sustentabilidade dos programas de formação orientados para o fortalecimento de capacidades nos profissionais é um dos principais desafios das entidades promotoras e financiadoras. O longo intervalo de tempo entre as mudanças comportamentais esperadas com os resultados da formação e o aparecimento dos seus efeitos, a reduzida atenção ao contexto dos participantes e outros fatores influentes, como a constante fuga de quadros devido à falta de condições laborais, a ausência de um sistema de informação adequado, a forte dependência externa dos programas formativos e a falta de coordenação entre as várias entidades interessadas são fatores apontados como condicionantes negativos da sustentabilidade dos programas formativos [5,6].

Diversas organizações têm vindo a desenvolver estratégias de formação e capacitação dos profissionais de saúde nos países de médio e baixo rendimento que sejam sustentáveis, entre as quais, em Portugal, a Fundação Calouste Gulbenkian (FCG).

### Programa Gulbenkian Parcerias para o Desenvolvimento

O “Programa Gulbenkian Parcerias para o Desenvolvimento” (PGPD) da FCG, tem como objetivo contribuir para o desenvolvimento dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) e de Timor-Leste, através do reforço das capacidades das pessoas e organizações desses territórios e do fomento de redes e parcerias em prol do desenvolvimento sustentável, focando a sua intervenção nas áreas da educação e da saúde, incluindo a investigação [7].

O “Concurso para Estágios de Curta Duração em Portugal para Profissionais de Saúde dos PALOP e Timor-Leste” é uma das iniciativas incluídas no PGPD, tendo por objetivo geral contribuir para o aumento do número de profissionais de saúde capacitados nos países parceiros na área da Saúde. Esta iniciativa diferencia-se de outras semelhantes, por basear-se na iniciativa e mérito individual e não numa escolha institucional e, ou, hierarquicamente decidida.

O Concurso destina-se à atribuição de bolsas para a realização de estágios de profissionais de saúde provenientes dos PALOP e Timor-Leste, que pretendam efetuar estágios de formação e atualização técnica em Portugal, com a duração de 2 ou de 3 meses, não prorrogáveis, promovidos no âmbito de parcerias existentes e a estabelecer, entre instituições prestadoras de cuidados de saúde dos respetivos países e unidades homólogas de Portugal [8].

Após seis edições do Concurso, realizadas entre 2011 e 2016, a FCG decidiu avançar com um projeto de avaliação externa dos resultados, na procura de evidência que fundamente a sua percepção positiva. Em 2013, a FCG havia já solicitado a avaliação das duas primeiras edições do Concurso, cujos resultados apoiaram a adequação dos estágios às realidades dos PALOP [9].

A avaliação externa dos resultados do Concurso enquadra-se no compromisso expresso do PGPD em estreitar e aprofundar os seus interesses na avaliação da adequação e efetividade das estratégias do Programa, pretendendo-se aplicar aos ciclos de planeamento futuros, as “lições aprendidas” com a avaliação dos resultados das intervenções do passado recente.

### Modelos teóricos de avaliação dos programas de ajuda ao desenvolvimento

A avaliação em saúde tem sido alvo de reconhecimento crescente no apoio à tomada de decisão, implicando o desenvolvimento de vários referenciais e modelos teóricos do processo avaliativo [10,11].

No âmbito da ajuda ao desenvolvimento, a tipologia utilizada nas avaliações normativas e investigação avaliativa das intervenções de saúde desenvolvidas pelo grupo interdisciplinar da Universidade de Montreal, com base no modelo de avaliação do *Centers for Disease Control and Prevention*, tem-se revelado particularmente adequada [11].

No debate dos modelos de avaliação de programas de formação profissional nas áreas da saúde, designadamente médica e de enfermagem, as questões colocadas são de natureza muito heterogénea, desde as relacionadas com o objetivo e foco da avaliação, ao tipo de participantes, à metodologia e à forma de comunicação dos resultados selecionados [13,14,15,16,17].

O modelo de avaliação de programas de aprendizagem desenvolvido por Donald Kirkpatrick, com uso generali-

zado a partir de 1994, tem sido apontado como referência para a construção de modelos de avaliação de programas de educação/formação pós-graduada médica, de enfermagem e de outros profissionais de saúde [18]. Composto por quatro níveis de medida do processo de aprendizagem, o modelo de Kirkpatrick centra-se: a) na reação dos estagiários à formação recebida; b) no grau de aquisição de conhecimentos e novas capacidades; c) nas mudanças ocorridas no comportamento após a formação; e d) nos resultados ou impacto do processo de aprendizagem na instituição de origem do estagiário [12,18].

A demonstração de evidência quanto ao impacto de programas de formação profissional tem vindo a tornar-se uma prioridade para todos os envolvidos, especialmente para as entidades promotoras e financiadoras [9]. Contudo, mantém-se como um dos maiores desafios na construção de um modelo teórico de avaliação. A análise de contribuição de Mayne é considerada adequada nos casos onde os dados disponíveis não são suficientes para elaborar uma afirmação definitiva sobre uma relação causal entre a formação e o impacto, mas em que é possível encontrar uma “associação plausível” que descreva “o progresso em relação aos resultados” [12]. Trata-se de uma abordagem que pretende demonstrar como uma intervenção deve funcionar para ter impacto, verificando o grau de coinci-

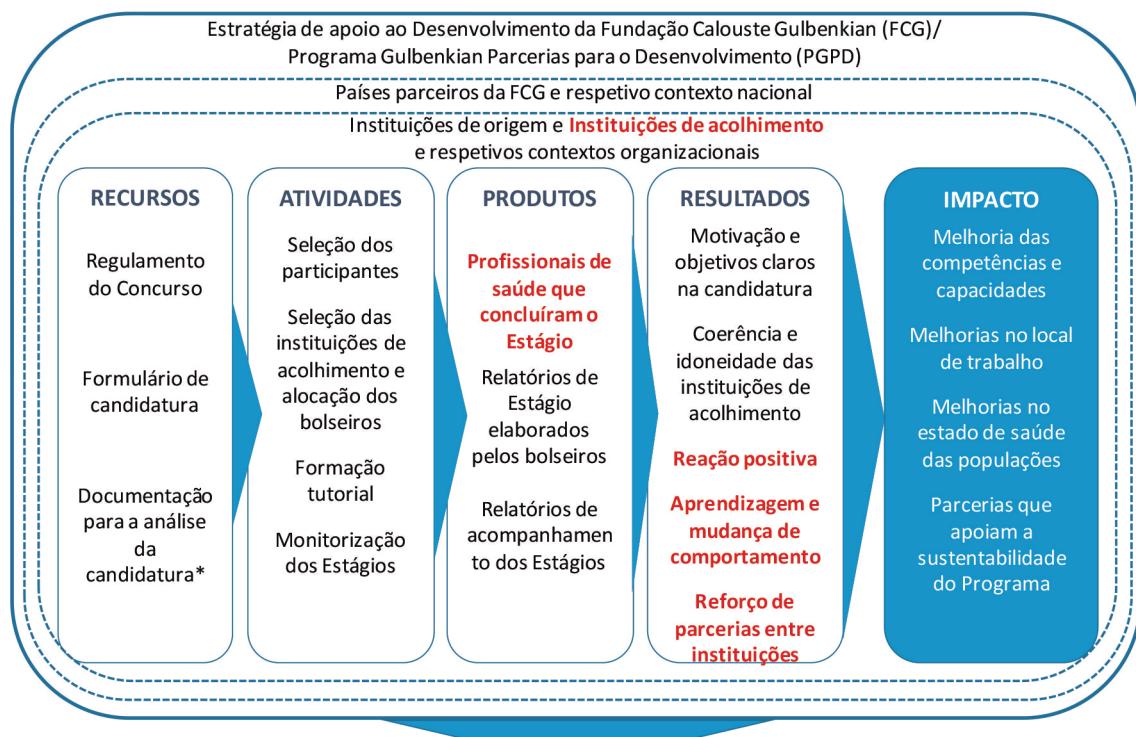
gência entre os objetivos iniciais e os resultados observados [19,20].

A matriz conceptual da avaliação de impacto dos Programas de Estágios das Nações Unidas utilizada desde 2010, integra a classificação de Kirkpatrick com a abordagem metodológica da análise de contribuição de Mayne. Conceptualmente, o modelo de avaliação das Nações Unidas baseia-se na mudança esperada em função de uma cadeia lógica de acontecimentos e benefícios, iniciada nos recursos disponíveis e que progride para as atividades desempenhadas, os produtos obtidos, e, por fim, para os resultados e o impacto esperado da intervenção [12].

### Modelo lógico da intervenção e objetivos da avaliação

O modelo lógico da intervenção descrito no contexto do atual projeto avaliativo (figura 1) adapta o modelo lógico construído para responder à avaliação do Concurso efetuada em 2013 [9] aos objetivos específicos desta avaliação. Baseado no modelo teórico de avaliação de impacto dos Programas de Estágio das Nações Unidas [12], o modelo lógico da intervenção integra também, os pressupostos da abordagem avaliativa com foco na utilização dos resultados [13,21].

Fig. 1: Modelo lógico da intervenção objeto da avaliação, adaptado do modelo construído na avaliação de 2003



Legenda: \*A Documentação para análise da candidatura incluiu (no seu todo, des de 2013): o Plano de Estágio, a Declaração do diretor do serviço de origem, a Carta de motivação; o *Curriculum vitae* resumido do candidato; a cópia de certificado de habilitações profissionais do candidato; a letra de cor vermelha: foco da presente avaliação.

Fonte: adaptado de Leone C; Garcia AC; Hartz Z; Dias S (2013). Relatório de Avaliação do Concurso para Estágios de Curta Duração em Portugal para Profissionais de Saúde dos PALOP e Timor Leste. Lisboa: Instituto de Higiene e Medicina Tropical.

De acordo com os Termos de Referência da FCG [8], o presente estudo avaliativo deveria ter por foco os resultados centrados nos bolseiros, designadamente: o seu percurso profissional, as mudanças ocorridas e as suas percepções quanto às mudanças resultantes do estágio. Para dar resposta às questões de avaliação e às opções da FCG, o atual projeto avaliativo centrou-se essencialmente nos *produtos* e nos *resultados*, de acordo com o modelo lógico da intervenção (figura 1). Na avaliação dos *resultados*, foram estudados alguns dos componentes investigados na avaliação conduzida em 2013 [9], adaptados do modelo clássico de Kirkpatrick: 1) *Formação* e os seus três subcomponentes: *Reação*, *Aprendizagem e fortalecimento de capacidades e Mudança de comportamento*; e 2) *Parcerias*. Através deste projeto avaliativo, pretende a FCG consolidar a informação existente sobre os resultados alcançados nas seis edições do Concurso e a forma como estes possam ter contribuído para a atualização técnica e melhoria do desempenho dos profissionais de saúde apoiados, a melhoria de procedimentos e de práticas clínicas, e o estabelecimento e reforço de parcerias entre a instituição de origem do formando (instituição onde o formando se encontrava a exercer profissionalmente quando concorreu com sucesso ao Concurso) e de acolhimento (instituição prestadora de cuidados de saúde em Portugal que recebeu pelo menos um estagiário ao abrigo do Concurso).

Alinhados com os termos de referência da FCG [8], os objetivos específicos do projeto avaliativo foram: a) Caracterizar do ponto de vista sociodemográfico os bolseiros; b) Caracterizar as instituições de origem, as instituições de acolhimento e as áreas de especialização clínica dos bolseiros; c) Identificar o trajeto profissional dos bolseiros após o estágio; d) Caracterizar o modo como os profissionais abrangidos pela iniciativa se tornaram agentes de formação e/ou mudança; e e) Caracterizar parcerias criadas no âmbito da realização dos estágios.

## Materias e métodos

### Desenho do estudo

O desenho do estudo e as técnicas de recolha de dados foram definidos de acordo com os termos de referência da Fundação Calouste Gulbenkian [8].

O projeto avaliativo integrou dois componentes: a caracterização sociodemográfica e profissional dos bolseiros à data do estágio, e a avaliação dos estágios realizados no âmbito do Concurso. A caracterização sociodemográfica e profissional foi efetuada através

de um estudo observacional descritivo e quantitativo, que utilizou dados secundários. A avaliação dos estágios foi efetuada através de um estudo observacional descritivo e predominantemente quantitativo, realizado a partir dos dados recolhidos através de dois questionários, um dirigido aos bolseiros e o outro aos orientadores de estágio das instituições de acolhimento, embora com utilização maioritária dos dados obtidos a partir dos bolseiros, atendendo à baixa adesão dos orientadores.

### População de estudo

No estudo de caracterização dos bolseiros foi analisada a totalidade da população de estudo (99 bolseiros). No estudo de avaliação dos estágios, considerando que nem todos os bolseiros e orientadores aderiram ao preenchimento do questionário, foi apenas analisado o subgrupo de bolseiros com respostas válidas (n=42).

### Fontes, técnicas de recolha de dados e operacionalização do projeto

Foram usados dados proveniente de três fontes: a) Ficheiro informatizado de dados de caracterização dos bolseiros à data da candidatura, disponibilizado pela FCG, que abrangia os 99 bolseiros; b) Base de dados construída com base nas respostas ao questionário aplicado aos bolseiros; c) Base de dados construída com base nas respostas ao questionário aplicado aos orientadores de estágio.

Os questionários foram de autopreenchimento e anonimizados no que respeita à identidade do bolsheiro e do orientador de estágio. Após o respetivo pré-teste, os questionários foram distribuídos por via informática pela FCG. Para a recolha de dados, os questionários foram acedidos também por via informática, conservando-se a anonimização da identidade dos participantes. Os questionários incluíam perguntas fechadas e abertas, com a finalidade de permitir uma melhor caracterização das dimensões do estudo avaliativo [22,23].

O período inicialmente previsto para a recolha de dados foi alargado com a finalidade de aumentar a adesão ao preenchimento dos questionários, tendo-se efetuado diversos contactos e pedidos de colaboração ao longo do tempo.

### Análise

A totalidade da população de estudo e o subgrupo de bolseiros que respondeu de forma válida ao questionário foram comparados pela análise da distribuição

de frequências das variáveis comuns às duas fontes de dados. Nas três bases de dados utilizadas, foi efetuada a análise da distribuição de frequências das variáveis qualitativas, e a análise inferencial entre elas, quando aplicável, foi realizada mediante o teste de Qui Quadrado ou o respetivo teste exato de Fisher. As variáveis quantitativas foram apresentadas sob a forma da média, desvio padrão, mediana e intervalo interquartil. Foi estudada a normalidade das variáveis quantitativas mediante os testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro Will. Nas análises de inferência estatística foram usados os testes de T-student, Anova, U Mann-Witney e Kruskal Wallis, de acordo com as variáveis em estudo. Foi considerado o nível de significância estatística de  $p<0,05$  em todas as análises.

Foi realizada a análise de conteúdo das respostas às questões abertas.

## Aspectos éticos

A anonimização de todos os participantes envolvidos no processo de recolha de dados encontra-se garantida, assim como a confidencialidade de todos os dados. Os participantes deram o seu consentimento informado para a utilização dos dados no âmbito deste projeto avaliativo.

## Resultados

### Perfil sociodemográfico e profissional dos bolseiros à data do Concurso (n=99)

As edições de 2011 e 2012 receberam o maior número de bolseiros (19,2%), seguindo-se a edição de 2015, com a participação de 18 (18,2%) profissionais. A edição de 2016 foi a menos participada (10,1%) (quadro 1).

**Quadro 1:** Distribuição de frequências dos bolseiros pelas variáveis sexo, grupo etário (à data do Concurso), nacionalidade e profissão (à data do Concurso), de acordo com o ano de edição (n=99)

Variáveis	2011 (n=19)	2012 (n=19)	2013 (n=17)	2014 (n=16)	2015 (n=18)	2016 (n=10)
<b>Sexo</b>						
Feminino (n=66)	14	17	7	10	12	6
Masculino (n=33)	5	2	10	6	6	4
<b>Grupo Etário (anos)</b>						
20-24 (n=1)	1	0	0	0	0	0
25-29 (n=12)	3	2	2	3	1	1
30-34 (n=30)	4	7	7	4	6	2
35-39 (n=27)	6	6	3	3	6	3
40-44 (n=18)	2	2	4	5	2	3
45-49 (n=8)	2	2	1	0	2	1
50-54 (n=3)	1	0	0	1	1	0
<b>País de Nacionalidade</b>						
Angola (n=16)	6	4	2	1	2	1
Cabo Verde (n=23)	2	3	8	4	5	1
Guiné-Bissau (n=15)	1	1	0	3	5	5
Moçambique (n=25)	3	9	4	5	2	2
São Tomé e Príncipe (n=17)	6	2	3	2	3	1
Timor-Leste (n=3)	1	0	0	1	1	0
<b>Profissão</b>						
Biólogo (n=2)	2	0	0	0	0	0
Enfermeiro (n=30)	7	4	6	7	2	4
Farmacêutico (n=1)	0	1	0	0	0	0
Médico (n=58)	8	12	11	6	15	6
Psicólogo (n=2)	1	1	0	0	0	0
TDT- Análises Clínicas (n=1)	1	0	0	0	0	0
TDT- Anatomia Patológica (n=3)	0	1	0	2	0	0
TDT – Fisioterapia (n=1)	0	0	0	0	1	0
TDT- Radiologia (n=1)	0	0	0	1	0	0

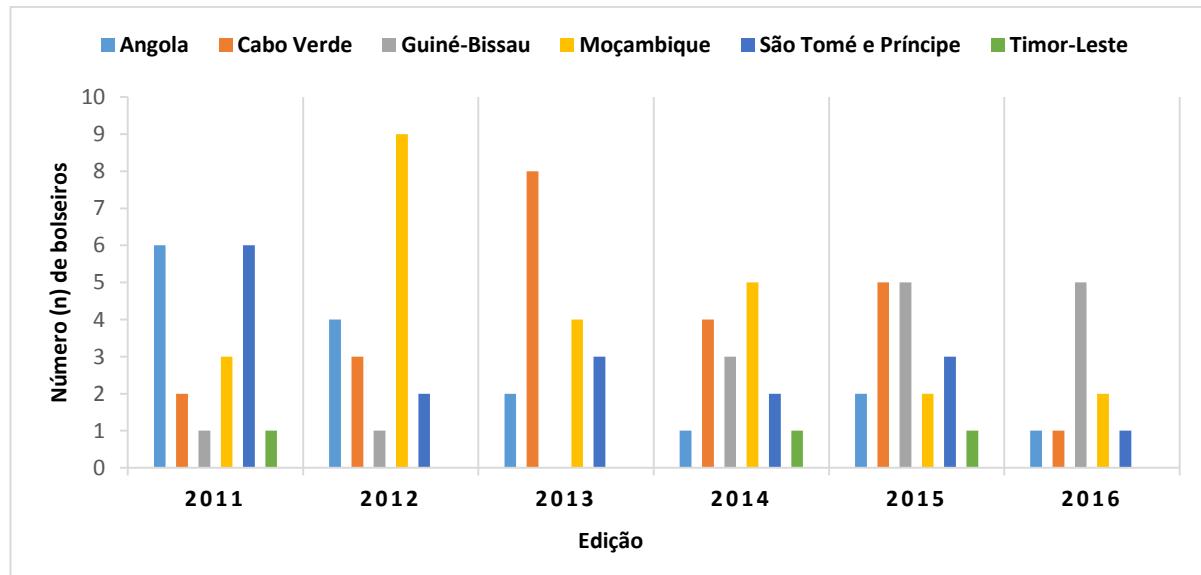
n, número; TDT, Técnico de Diagnóstico e Terapêutica

Dos 99 bolseiros, 66 (66,7%) eram do sexo feminino, predominância que se verificou em todas as edições exceto na de 2013. Em todos os países de nacionalidade dos bolseiros, à exceção da Guiné-Bissau, a proporção de mulheres foi superior à dos homens. O grupo etário de maior expressão foi o dos 30-34 anos (30,3%), seguindo-se o de idades entre 35 e 39 anos (27,3%). Foi comprovada a normalidade da variável idade, com uma idade média de 35,9 anos (desvio padrão de 6,4 anos) e uma idade mediana de 31,0 anos. O bolseiro mais novo tinha 23 anos (edição de 2011) e o mais velho 54 anos (edição de 2011). Os homens apresentaram uma idade média de  $36,8 \pm 7,2$  anos, superior à observada nas mulheres ( $35,4 \pm 5,1$  anos), mas sem que a diferença fosse significativa ( $p=0,316$ ). Também não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre as idades médias observadas em cada edição.

O país de nacionalidade predominante foi Moçambique (25,3%), seguindo-se Cabo Verde (23,2%) (figura 2).

A maioria dos bolseiros (58,6%) exercia a profissão médica, seguindo-se os profissionais de enfermagem (30,3%). A profissão médica foi também a mais frequente em todas as edições, exceto na de 2014. Nos médicos, 74,1% (n=43) era do sexo feminino, observando-se a razão inversa nos enfermeiros, em que 56,7% (n= 17) era

Fig. 2: Distribuição de frequências (n) dos bolseiros por país de nacionalidade e edição (n=99)



do sexo masculino. Os bolseiros com outras profissões eram maioritariamente do sexo feminino (10 para 1).

A análise das instituições de origem por país de nacionalidade mostra que os bolseiros se encontravam todos a trabalhar no respetivo país à data do Concurso. Em cada país, mais do que uma instituição de origem participou no Concurso, num total de 29 no conjunto de todos os países, entre hospitais, clínicas e centros de saúde. Em Moçambique e São Tomé e Príncipe, observou-se o predomínio de uma instituição de origem relativamente às demais: o Hospital Central de Maputo (17 bolseiros em 25) e o Hospital Central Dr. Ayres de Meneses (14 bolseiros em 17), respetivamente. Em Cabo Verde, predominaram o Hospital Dr. Baptista de Sousa (n=10) e o Hospital Dr. Agostinho Neto (n=9). Em Angola e Guiné-Bissau os bolseiros provieram de diversas instituições, embora com discreto predomínio, em Angola, do Hospital Pediátrico David Bernardino (n=6). O Hospital Central de Maputo foi a instituição com maior número de bolseiros participantes no Concurso, e em todas as edições exceto na de 2016. Seguiu-se o Hospital Central Dr. Ayres de Meneses, também com participação em cinco edições (exceção na de 2014), e o Hospital Dr. Baptista de Sousa, participante nas edições de 2011, 2013 e 2015.

No total, participaram no Concurso 29 instituições portuguesas prestadoras de cuidados de saúde, situadas no Continente ou na Região Autónoma dos Açores. Lisboa foi a cidade que acolheu maior número de bolseiros (n=31), que se distribuíram por 12 instituições, seguindo-se o Porto, que recebeu 20 bolseiros em duas instituições. Coimbra (n=10) e Amadora (n=9) foram as cidades seguintes mais procuradas. O Centro Hospitalar de São João no Porto e o Hospital Dona Estefânia foram as instituições que acolheram maior número de bolseiros, e de todas as nacionalidades exceto a Timorense. Por ordem de frequência

de participação, seguiram-se o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, o Hospital de Santa Maria (Centro Hospitalar Lisboa Norte - CHLN) e o Hospital Pedro Hispano. Em todos os Países com exceção de Timor-Leste, e no conjunto de todas as edições, o número de instituições de acolhimento variou entre seis (em São Tomé e Príncipe) e quinze (em Cabo Verde).

Mais de três quartos dos bolseiros (76,8%) efetuaram o respetivo estágio numa das cinco áreas de estágio seguintes: pediatria (n=21; 21,2%), ginecologia-obstetrícia (n=18; 18,2%), medicina interna (n=17; 17,2%), cirurgia geral (n=11; 11,1%) e anestesiologia (n=9; 9,1%), sendo todos, à exceção de um bolseiro, médicos ou enfermeiros. Os estágios de pediatria, ginecologia-obstetrícia, medicina interna e anestesiologia foram os mais procurados pelos médicos relativamente aos enfermeiros, tendo-se observado relação inversa no de cirurgia geral.

### Estudo avaliativo dos estágios ao abrigo do Concurso

#### CARACTERIZAÇÃO DOS BOLSEIROS RESPONDENTES (n=42)

Dos 42 bolseiros respondentes, à data atual (data de resposta ao questionário) a maioria era do sexo feminino (n=26; 63,4%), com idade entre 35 e 39 anos, seguindo-se os do grupo etário 40-44 anos. A idade média foi de  $40,1 \pm 5,6$  anos, sendo semelhante nos dois sexos. O respondente mais novo tinha 31 anos (homem) e o mais velho 53 anos (mulher). Não foi comprovada a normalidade da variável idade dos bolseiros respondentes ao questionário.

Todos os bolseiros referiram como país de origem o país da respetiva nacionalidade. Responderam bolseiros de todos os países participantes, predominando Cabo

**Quadro 2:** Distribuição dos bolseiros respondentes pelas variáveis de caracterização da situação profissional em três momentos: data do estágio, imediatamente após o regresso do estágio e a data de resposta ao questionário (data atual) (valor máximo de n=42)

Variáveis	Data de estágio	Imediatamente	Data atual
	n	n	n
<b>País de trabalho</b>			
Angola	7	7	7
Cabo Verde	10	10	10
Guiné-Bissau	7	7	7
Moçambique	9	9	9
São Tomé e Príncipe	8	8	8
Timor-Leste	1	1	1
<b>Grau académico</b>			
Bacharelato	5	5	3
Doutoramento	1	1	1
Licenciatura	31	31	30
Mestrado	2	2	6
<i>Ausência de resposta</i>	3	3	2
<b>Profissão</b>			
Enfermeiro	9	9	10
Médico	26	26	26
Outra	6	6	6
<i>Ausência de resposta</i>	1	1	0
<b>Especialidade</b>			
Anestesiologia	7	7	7
Cirurgia Geral	2	2	2
Ginecologia e Obstetrícia	6	6	4
Outra	15	15	15
Pediatria	7	7	6
<i>Ausência de resposta</i>	5	5	8
<b>Instituição de trabalho</b>			
Centro de Saúde	2	3	2
Departamento do Ministério da Saúde	0	0	2
Hospital	38	37	38
<i>Ausência de resposta</i>	2	2	
<b>Cargo de chefia</b>			
Não	26	25	20
Sim	16	17	22

n, número

**Quadro 3:** Número de bolseiros respondentes que regressaram ao país, instituição, serviço e a cargo de nível hierárquico semelhante na origem, por país de origem (valor máximo de n=42)

	Angola	Cabo	Guiné-	Moçambique	São Tomé e	Timor	Total
	n	Verde	Bissau	n	n	-Leste	n
<b>Número de bolseiros</b>	7	10	7	9	8	1	42
Regresso ao país de origem	7	10	7	9	8	1	42
Regresso à instituição de origem	7	9	7	9	8	1	41
Regresso ao serviço de origem	5	9	7	9	8	1	39
Regresso a cargo profissional de nível hierárquico semelhante	5	9	7	9	8	1	39
Exercício profissional em outro(s) país(es) entre o estágio e o momento atual	0	0	1	0	2	0	3

Verde, seguindo-se por ordem de frequência Moçambique, São Tomé e Príncipe, Angola e Guiné-Bissau.

O grau de licenciatura foi referido por 75,0% (n=30) dos bolseiros que responderam a essa questão, predo-

minando, também, na análise por país de origem.

A maioria dos respondentes referiu exercer a profissão médica, seguindo-se os profissionais de enfermagem. O sexo feminino foi o mais frequente nos médicos respondentes e o masculino nos enfermeiros ( $p=0,005$ ).

Entre os respondentes, foram sobretudo referidas as especialidades profissionais de anestesiologia e de pediatria.

A quase totalidade dos bolseiros respondentes (n=38, 90,4%) trabalhava num hospital e 52,4% (n=22) ocupava um cargo de chefia, facto observado em pelo menos um bolsheiro por país.

Os bolseiros respondentes provinham de várias instituições de origem em cada país. No conjunto, as instituições de maior frequência foram o Hospital Central Dr. Ayres de Menezes (n=7), Hospital Central de Maputo (n=5), Hospital Dr. Baptista de Sousa, (n=4) e o Hospital Pediátrico David Bernardino (n=4).

As instituições de acolhimento mais referidas foram o Centro Hospitalar de São João (n=7) e o Hospital Dona Estefânia, em Lisboa (n=7).

#### PERCURSO PROFISSIONAL DOS BOLSEIROS APÓS O ESTÁGIO

Todos os bolseiros respondentes referiram ter voltado para o país de origem após o estágio, encontran-

do-se à data atual a trabalhar no mesmo país (quadros 2 e 3). No total, o tempo médio de trabalho no país de origem foi de  $10,7 \pm 7,3$  anos e o tempo mediano de 9,0 anos. Entre a data do estágio e o momento de regresso após o

estágio, não foram observadas diferenças na distribuição dos bolseiros por grau académico, profissão e especialidade (quadro 2).

À exceção de um, todos os bolseiros regressaram à instituição de origem e quase todos ao serviço de origem e a cargo profissional de nível hierárquico semelhante ao de origem (quadros 2 e 3). A maioria (n=39; 92,9%) referiu não ter exercido fora do país de origem desde o estágio.

Após o estágio, observou-se o aumento do número de profissionais em cargos de chefia de 16 para 22, distribuídos por todos os países parceiros, bem como a subida de grau académico de seis bolseiros: passagem de bacharelato a licenciatura em dois bolseiros de Cabo Verde, e de licenciatura a mestrado em três bolseiros de Moçambique e um de Angola.

#### AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO E PARCERIAS

Dos bolseiros respondentes, 90,5% (n=38) referiu ter alcançado os objetivos do estágio e 100% avaliaram globalmente a formação como positiva, aconselhando todos à exceção de um médico, a replicação da experiência formativa em estágios futuros. Dificuldades relacionais com os orientadores e reduzida duração do estágio foram referidos como motivos impeditivos do alcance dos objetivos do estágio.

Trinta e seis (66,7%) bolseiros referiram ter realizado ações de formação durante o estágio em áreas como cardiologia, suporte avançado de vida e infecção hospitalar.

À exceção de um, todos os respondentes a esta questão (n=41) referiram ter aprendido ou aperfeiçoado as suas capacidades de execução técnica e 75,6% (n=31) referiram a aprendizagem ou aperfeiçoamento das técnicas de gestão. Responderam negativamente bolseiros do sexo feminino, tendo sido esta a única variável de resultado com diferença significativa entre os sexos ( $p=0,016$ ).

Após a conclusão do estágio, no regresso à atividade profissional, 97,5% (n=39) dos bolseiros respondentes referiu ter sentido evolução positiva na integração de conhecimentos científicos e técnicos e 92,7% (n=38) na capacidade de execução técnica. A maioria dos respondentes referiu também evolução positiva na utilização de terminologia e linguagem técnica (n=32; 78,0%), na capacidade de trabalho (n=33; 80,5%), na valorização da progressão profissional (n=30; 70,5%), na responsabilidade profissional (n=33; 84,6%) e na motivação profissional (n=32; 86,5%).

A aquisição de novas competências profissionais durante o estágio foi referida por 79,5% (n=31) respondentes e 92,5% (n=37) referiu ter contribuído para a inovação ou melhoria na instituição de acolhimento. A formação interparés após o regresso do estágio foi referida por 92,3% (n=36) e 53,8% (n=21) referiu ter assumido funções de formação profissional.

A análise das respostas às questões abertas do questionário dos bolseiros mostrou concordância com as respostas às

questões fechadas, para todas as variáveis.

A análise das respostas dos questionários aplicados aos orientadores dos estágios, mostrou que sete dos oito respondentes avaliaram positivamente os estágios que orientaram e aconselharam a sua replicação a outros potenciais candidatos.

Dos 40 bolseiros respondentes à questão das parcerias, 32,5% (n=13) referiu não ter conhecimento sobre o estabelecimento ou reforço de parcerias entre as instituições de origem e de acolhimento após o estágio. Dos restantes 27 bolseiros, 16 referiram o estabelecimento ou reforço de parcerias interinstitucionais.

Dos nove orientadores de estágio respondentes ao questionário, quatro referiram o estabelecimento ou reforço de parcerias.

## Discussão

### Perfil sociodemográfico e profissional dos bolseiros à data do Concurso

A análise do perfil sociodemográfico e profissional dos 99 bolseiros que beneficiaram do Concurso entre 2011 e 2016, revelou uma população com uma idade média de 36 anos, maioritariamente do sexo feminino, oriunda de todos os PALOP e de Timor-Leste, e na sua maioria constituída por médicos. O perfil sociodemográfico identificado na totalidade da população de estudo é expressivo. Contudo, a reduzida dimensão dos participantes por edição e, ou, por país de origem, limitou a análise pelos respetivos estratos. Na análise do perfil sociodemográfico e profissional dos bolseiros optou-se por utilizar exclusivamente a base de dados secundários, o que limitou o perfil às respetivas variáveis.

A razão mulher/homem observada nos bolseiros foi inversa à observada nos profissionais de saúde que exercem em grande número de países do mundo [1,25], particularmente nos de médio e baixo rendimento em geral [24], e nos PALOP em particular [3,26], pese embora a insuficiência da evidência disponível [3]. Seria interessante analisar os motivos pelos quais maior número de mulheres e de mulheres médicas tem concorrido ao Concurso, admitindo-se que possa traduzir necessidades de formação e de afirmação específicas nos respetivos países, e, ou, motivações específicas na adesão. O facto desta iniciativa não partir de uma nomeação institucional, mas sim de uma iniciativa própria poderá, também, pesar no sentido da razão mulher/homem encontrada.

A análise da distribuição de todos os bolseiros pelas instituições de origem, pelas instituições de acolhimento e por área de estágio é consistente com os termos de referência e procedimentos do Concurso. Excluindo Timor-Leste pelo reduzido número de participantes, observou-se grande

variabilidade entre as instituições de origem em todos os países exceto São Tomé e Príncipe, e de acolhimento em todos os países. A variabilidade da escolha das áreas de estágio foi também evidenciada, embora se tenham destacado as áreas de pediatria, ginecologia-obstetrícia, medicina interna, cirurgia geral e anestesiologia.

A caracterização das instituições de acolhimento ficou fragilizada pela escassez e baixa representatividade dos dados disponíveis a partir dos questionários aplicados aos orientadores. Embora a baixa adesão seja frequente na recolha de dados por questionário de autopreenchimento [27], mesmo quando a população inquirida apresenta um nível educacional elevado, neste estudo, tratando-se de uma intervenção de parceria, seria expectável maior disponibilidade dos orientadores de estágio, enquanto agentes de um dos parceiros.

### **Estudo avaliativo dos estágios ao abrigo do Concurso**

A análise dos resultados do Concurso foi efetuada a partir das respostas ao questionário dos 42 bolseiros aderentes (42,4% de adesão). Embora superior à observada nos orientadores de estágio, seria de esperar uma adesão mais elevada em função da natureza da relação entre os bolseiros e a instituição financiadora. O facto de se tratar de estágios de curta duração e de não estar previsto o seguimento ou monitorização dos bolseiros após a conclusão, podem ter contribuído para esse distanciamento. As possíveis dificuldades de acesso à internet e a potencial não comunicação de mudança de endereço eletrónico dos bolseiros devem ser, também, consideradas. Não sendo possível analisar os motivos da não adesão e a sua potencial relação com as respostas às questões de avaliação, não podem excluir-se limitações de representatividade. Embora a análise comparativa entre inquiridos e respondentes tenha revelado perfis demográficos e profissionais semelhantes, observaram-se diferenças potencialmente importantes: nos respondentes a idade média foi quatro anos mais elevada, observou-se um peso proporcional superior de médicos em relação a enfermeiros e um peso proporcional inferior de bolseiros oriundos de Moçambique (que se manifestou como o país com menor proporção de respondentes em relação aos inquiridos).

Na avaliação dos estágios foram utilizados quase exclusivamente os dados obtidos a partir das respostas aos questionários aplicados aos bolseiros. A consistência interna dos resultados encontrados nos 42 bolseiros respondentes pareceu estar conservada.

Após o estágio, identificou-se um percurso profissional predominante, traduzido pelo regresso de todos os bolseiros ao seu país de origem e de quase todos à sua instituição e serviço de origem, e a cargo hierarquicamente equivalente. Todos se encontravam, à data atual, a trabalhar no

país de origem e a elevada maioria não trabalhou noutros países após o estágio. Este percurso é favorável ao alcance de um impacto positivo dos estágios nas instituições de saúde e no nível de saúde das populações dos países de origem dos bolseiros, e na sustentabilidade da intervenção objeto da avaliação [5]. O aumento do número de profissionais em cargos de chefia após o regresso do estágio pode ter contribuído para a fixação dos profissionais [5], assim como a continuidade da formação académica. Contudo, a demonstração de evidência quanto ao impacto da intervenção requer o desenvolvimento de estudos específicos de avaliação do impacto.

Os resultados da formação foram avaliados por análise quantitativa das respostas dos bolseiros, complementada pela análise de conteúdo das respostas às questões abertas. A análise efetuada aponta para uma reação positiva sentida pela elevada maioria dos bolseiros. No que se refere à aprendizagem e fortalecimento de capacidades, a totalidade avaliou globalmente a formação como positiva e quase todos referiram ter alcançado os objetivos do estágio e aconselhado a replicação da experiência formativa em estágios futuros, resultados consistentes com os da avaliação efetuada em 2013 [9]. Cerca de dois terços dos bolseiros referiram ter realizado ações de formação durante o estágio em áreas relevantes tendo em conta os principais problemas de saúde dos países de origem [1]. Na discussão destes resultados, é de admitir a possibilidade de vieses de memória, especialmente nos bolseiros das edições mais antigas. A quase totalidade dos bolseiros referiu ter aprendido ou aperfeiçoado as capacidades de execução técnica e cerca de três quartos a aprendizagem ou aperfeiçoamento das técnicas de gestão. A análise deste componente fica fragilizada pela impossibilidade, por um lado, de comparação com os objetivos de aprendizagem específicos de cada estágio e, por outro, de verificação formal da aprendizagem. São, contudo, resultados também consistentes com a avaliação de 2013 [9]. As respostas relativas à *mudança de comportamento* atribuível pelo próprio ao estágio foram, também, positivas na maioria dos bolseiros. São resultados baseados apenas nas suas percepções, contudo consistentes internamente com as respostas relativas aos outros componentes do modelo lógico da intervenção, e externamente com os resultados da avaliação conduzida em 2013 [9].

Não foi possível efetuar uma análise detalhada da caracterização das parcerias estabelecidas ou reforçadas, por escassez e baixa representatividade dos dados disponíveis.

As principais limitações deste estudo avaliativo prendem-se com o desenho do estudo e as técnicas de recolha de dados utilizadas, no contexto do concurso e do tempo decorrido após os estágios, embora tenham correspondido ao acordado com a FCG e respetivos termos de referência. Não pode excluir-se a reduzida representatividade do grupo de bolseiros estudado na análise dos resultados da intervenção, nem a existência de vieses de memória.

A baixa adesão dos orientadores de estágio pode traduzir fragilidades nas relações com a instituição promotora e financiadora do Concurso, e a dos bolseiros uma aceleração do distanciamento que naturalmente surge com o passar do tempo.

## Conclusões

O presente estudo avaliativo permitiu alcançar os objetivos de caracterização sociodemográfica dos bolseiros do Concurso, de identificação do percurso profissional dos bolseiros e de caracterização do modo como os profissionais abrangidos pelos estágios admitem ter-se tornado agentes de formação e/ou mudança após o estágio.

Como recomendações para futuras edições ou para a reformulação do Concurso destacam-se: a implementação

de um sistema de monitorização dos bolseiros após a conclusão do estágio, que permita à instituição promotora manter o contacto e seguir o percurso profissional dos bolseiros, e a preparação e desenvolvimento da avaliação do impacto do Concurso, seguindo uma abordagem metodológica mista, que integre métodos quantitativos e qualitativos, e potencie o enriquecimento teórico e metodológico da avaliação.

## Agradecimentos

À Dr.<sup>a</sup> Ana Tavares, investigadora doutoranda do Instituto de Higiene e Medicina Tropical- Universidade Nova de Lisboa, pelo desenvolvimento dos questionários em formato digital.

## Bibliografia

1. World Health Organization (WHO) (2006). World Health Report: Working together for health. Geneva: WHO.
2. World Health Organization (WHO) (2016). Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Geneva: WHO.
3. Organização Mundial da Saúde – OMS (2010). Análise dos Recursos humanos da saúde (RHS) nos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP). Genebra: OMS; *Human Resources for Health Observer*, 2, 1-132.
4. Leadership Development National Excellence Collaborative (2001). Collaborative Leadership and Health: A Review of the Literature. Seattle, Wash: Turning Point Initiative.
5. Trindade AL (2012). A sustentabilidade do investimento em capacitação de recursos humanos de saúde: Um estudo de caso em S. Tomé e Príncipe (Tese de Mestrado, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa). Disponível em <http://www.ihmt.unl.pt/?lang=pt&page=biblioteca&m2=111~6>
6. Pluye P, et al. (2004). Health systems: focus on organizational routines. *Health Promotion International*, 19(4), 489-500.
7. Fundação Calouste Gulbenkian (FCG). Sítio web da FCG [em linha]. Lisboa: FCG [acedido em 1 Abril 2017]. Disponível na World Wide Web:  
<https://gulbenkian.pt/iniciativas/partners-desenvolvimento/sobre-o-programa/>
8. Fundação Calouste Gulbenkian (FCG) (2016). Termos de Referência: Avaliação de Resultados do Concurso para Estágios de Curta Duração em Portugal para Profissionais de Saúde dos PALOP e Timor-Leste – 2011 a 2016. Lisboa: FCG.
9. Leone C, Garcia AC, Hartz Z, Dias S (2013). Relatório de Avaliação do Concurso para Estágios de Curta Duração em Portugal para Profissionais de Saúde dos PALOP e Timor Leste. Lisboa: Instituto de Higiene e Medicina Tropical.
10. Last JM, ed (2007). A Dictionary of Public Health. Oxford: Oxford University Press.
11. Centers for Disease Control and Prevention [1999]. Framework for Program Evaluation in Public Health. *MMWR*, 17(48), 1-40.
12. Rotem A, Zinovieff MA, Goubarev A (2010). A framework for evaluating the impact of the United Nations fellowship programmes. *Human Resources for Health*; 8:7.
13. Vassar M, Wheeler DL, Davidson M, Franklin J (2010). Program Evaluation in Medical Education: An Overview of the Utilization-focused Approach. *J Educ Eval Health Prof*, 7, 1.
14. Shimizu HE, Lima MG, Santana MNGST (2007). O modelo de competências na formação dos trabalhadores de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(2), 161-166.
15. Tian J, Atkinson NI, Portnoy B, Gold RS (2007). A Systematic Review of Evaluation in Formal Continuing Medical Education. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 27(1), 16-27.
16. Belfield C, Thomas H, Bullock A, Eynon R, et al (2001). Measuring effectiveness for best evidence medical education: a discussion. *Medical Teacher*, 23(2), 164-170.
17. Musik M (2006). A Conceptual Model for Program Evaluation in Graduate Medical Education. *Academic Medicine*, 81(8), 759-765.
18. Kirkpatrick DL [1994]. Evaluating Training Programmes: The Four Levels. San Francisco: Berrett-Koehler.
19. Mayne J (2008). Contribution Analysis: An Approach to Exploring Cause and Effect. ILAC Brief No. 16; Rome: The Institutional Learning and Change Initiative. Disponível na World Wide Web:  
[http://www.cgiar-ilac.org/files/publications/briefs/ILAC\\_Brief16\\_Contribution\\_Analysis.pdf](http://www.cgiar-ilac.org/files/publications/briefs/ILAC_Brief16_Contribution_Analysis.pdf).
20. Mayne J (2001). Addressing attribution through contribution analysis: using performance measures sensibly. *The Canadian Journal of Programme Evaluation*, 16(1), 1-24.
21. Patton MQ (2012). A utilization-focused approach to contribution analysis. *Evaluation*, 18(3) 364-377. Disponível na World Wide Web:  
<http://evi.sagepub.com/content/18/3/364>
22. Bowling A (2009). Research Methods in Health: investigating health and health services. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press.
23. Quivy R, Campenhoudt LV (2005). Manual de Investigação em Ciências Sociais. 4<sup>th</sup> ed. Lisboa: Gradiva.
24. Zurn P, Poz MRD, Stilwell B, Adams O (2004). Imbalance in the health workforce. *Human Resources for Health*, 2, 1-12.
25. Joint Learning Initiative (JLI). (2004). Human Resources for Health. Overcoming the crisis. Washington: JLI.
26. Fronteira I, Dussault G (2010). Recursos humanos da saúde nos países africanos de língua oficial portuguesa: problemas idênticos, soluções transversais? *RECIS*, 4(1), 78-85.
27. Abramson JH, Abramson ZH (2008). Research methods in community medicine: surveys, epidemiological research, programme evaluation, clinical trials. 6th ed. Chichester (England): Wiley.

## Conflito de interesses

Os autores declaram que não existem conflitos de interesses. As considerações expressas neste artigo não pretendem refletir a posição institucional do Instituto de Higiene e Medicina Tropical nem da Fundação Calouste Gulbenkian sobre a temática estudada.

# Da avaliação de projetos de fortalecimento de capacidades às políticas e práticas em Saúde: um estudo de caso em Moçambique

*From the evaluation of capacity strengthening projects to health policies and practices: a case study in Mozambique*

---

**Mie Okamura**

Global Health and Tropical Medicine, GHTM, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, IHMT, Universidade Nova de Lisboa, UNL, Portugal

**Sónia Dias**

Global Health and Tropical Medicine, GHTM, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, IHMT, Universidade Nova de Lisboa, UNL, Portugal

**Zulmira Hartz**

Global Health and Tropical Medicine, GHTM, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, IHMT, Universidade Nova de Lisboa, UNL, Portugal

## Resumo

Estudos avaliativos são úteis para compreender a implementação e efetividade das estratégias no campo da saúde. Contudo a capacidade de traduzir os resultados desses estudos em mudanças das práticas clínicas e na elaboração de políticas tem sido pequena, comparando com o investimento feito ao longo dos anos. Evidenciando-se assim uma fraca ligação entre o processo de produção de conhecimento, a sua transmissão e utilização na tomada de decisões.

Este artigo foca a avaliação, como metodologia para facilitar a translação do conhecimento e as suas implicações práticas. Este processo envolveu a interação entre pesquisadores e usuários do conhecimento e a discussão de como transformar o conhecimento em ação, englobando o processo de criação e utilização pelos diversos intervenientes.

Na perspetiva da translação do conhecimento, a discussão deste artigo centra-se na estrutura de cinco questões proposta por Grinshaw e Lavis em termos do que deve ser transferido, para quem, por quem, como e qual o efeito deste processo. É evidenciado como é um processo coletivo com alto grau de interdependência onde os potenciais usuários podem ou não ter autonomia suficiente para a sua utilização. Além disso, o grau de utilização do conhecimento dependerá de fatores contextuais e do próprio processo como este ocorre.

**Palavras Chave:**

Translação do conhecimento, uso do conhecimento, elaboração de políticas, avaliação.

## Abstract

Evaluative studies are useful to understand the implementation and effectiveness of strategies in health. However, the ability to translate the results of these studies into changes in clinical practice and policymaking has been small compared to the investments made over the years. Thus, there is a weak link between the process of knowledge production, its transmission and use in decision-making.

This article focuses on evaluation as a methodology to facilitate the knowledge translation and its practical implications. This process involved the interaction between researchers and knowledge users and the discussion of how to turn knowledge into action, encompassing the process of creation and utilization by the various stakeholders.

In the perspective of the knowledge translation, the discussion of this article focuses on the structure of five questions proposed by Grinshaw and Lavis in terms of what should be transferred, to whom, by whom, how and what the effect of this process. It is evidenced as a collective process with a high degree of interdependence where the potential users may or may not have sufficient autonomy to use them. Moreover, the degree of knowledge utilization will depend on contextual factors and the process itself as it occurs.

**Key Words:**

Knowledge translation, knowledge use, policymaking, evaluation.

## Introdução

Existe um investimento muito grande por parte de doadores e agências internacionais de desenvolvimento no reforço das capacidades na área da saúde em setores como: formação e qualificação de profissionais, avaliações e pesquisas em saúde, programas de melhoria de qualidade, segurança do paciente e gestão de riscos. As cooperações técnicas são parte deste investimento que envolve a implementação de intervenções que procuram promover a mudança de uma situação real não desejável para uma situação ideal desejável. Entretanto a implementação e a efetividade das intervenções é muito pequena em comparação com o montante investido ao longo das décadas pelos doadores nas suas diversas áreas [1,2,3].

Os sistemas de saúde, de uma maneira geral, enfrentam desafios na provisão de serviços eficientes com uso efetivo dos recursos para proporcionar uma melhor saúde à população, e têm tido pouca capacidade de traduzir os resultados dos estudos e pesquisas em mudanças das práticas clínicas e estabelecimento de políticas [4]. Neste sentido, evidenciam uma fraca ligação entre o processo de produção e transmissão do conhecimento e a sua utilização na tomada de decisões [5]. De acordo com o Banco Mundial [6], a maioria dos esforços de reforço de capacidades não passaram por um processo sistemático de avaliação das necessidades, são fragmentados e não há o seguimento adequado de medidas que promovam a mudança organizacional e o desenvolvimento de habilidades individuais. Portanto torna-se necessária uma abordagem mais abrangente e sustentável assim como de melhores ferramentas para monitorar e avaliar esses esforços. A deficiência desses elementos leva a uma dificuldade em comparar os resultados entre os programas e identificar boas práticas para a sua replicação [7].

Muitos esforços têm sido feitos, no sentido de reduzir estas lacunas e diferentes terminologias têm sido utilizadas no sentido de estabelecer uma ligação entre a produção do conhecimento e a sua utilização, bem como facilitar o uso desses resultados [8,9]. Translação do conhecimento (*knowledge translation*), transferência e permuta de conhecimento (*knowledge transfer and exchange*), utilização do conhecimento (*knowledge utilization*), utilização da pesquisa (*research utilization*), política informada por evidências (*evidence-informed policy*), sistemas de saúde informados por evidências (*evidence-informed health systems*), são termos geralmente utilizados. De forma complementar e interdependente ou sobreposta, esses termos têm gerado discussão e uma certa confusão devido à diversidade dos conceitos [10], das metodologias e de como o conhecimento é utilizado [11].

Neste artigo, o enfoque é feito na translação do conhecimento que foi inicialmente utilizado pelo *Canadian*

*Institute of Health Research* (CIHR) em 2000 e definido como “um processo dinâmico e iterativo que inclui síntese, disseminação, intercâmbio e aplicação eticamente sólida de conhecimento para melhorar a saúde, fornecer serviços e produtos de saúde mais eficazes e fortalecer o sistema de saúde”. Este processo envolve a interação entre pesquisadores e usuários do conhecimento e variar em intensidade, complexidade e nível de engajamento, dependendo da natureza da pesquisa, dos achados, bem como das necessidades dos usuários individuais e coletivos[3].

Os processos de translação do conhecimento têm sido fortemente influenciados por conceitos como “decisão” e “tomada de decisão”. Entretanto, como o uso desses termos em sistemas coletivos tendem a ser um tanto problemáticos, o direcionamento para o conceito de “ação” parece ser mais apropriado [12], em suma, transformar o conhecimento em ação [5], englobando o processo de criação, aplicação e utilização do conhecimento pelos diversos intervenientes [2]. É importante salientar também, as individualidades envolvidas neste processo. De um lado, estão aqueles ligados a instituições ou sistemas que produzem o conhecimento. De outro lado, aqueles com capacidade de intervir nas práticas e funcionamento dos sistemas sociais, organizacionais e políticos. Entre eles, transitam os diversos tipos de mediadores que contribuem para o fluxo de informação[7].

Grinshaw e Lavis[1,13] sugerem uma estrutura com cinco questões, de maneira a sistematizar o processo de translação do conhecimento e que são detalhadas em seguida.

- 1) o que deve ser transferido (conteúdo)?;
- 2) para quem o conhecimento deve ser transferido (público-alvo)?;
- 3) por quem o conhecimento deve ser transferido? (quem é o mensageiro);
- 4) como o conhecimento deve ser transferido? (processo e possíveis desafios);
- 5) com que efeito o conhecimento deve ser transferido? (resultado).

Em relação ao conteúdo, ou ao que deve ser transferido, é importante considerar que nem todo conhecimento é do mesmo tipo e tem o mesmo valor. Alguns autores [9,13] referem que não existe evidência convincente que demonstre um vínculo entre validade científica e utilização. Para os tomadores de decisão, por exemplo, o processo de decisão implica primeiro uma tentativa de prever as diferentes consequências das decisões, que geralmente ocorre num contexto de alta incerteza e ambiguidade. Por um lado, as consequências programáticas que esta decisão pode ter e por outro, o custo político que esta decisão poderá trazer. Desta maneira, o conhecimento a ser transferido varia muito

dependendo da audiência.

Quando analisamos a quem o conhecimento deve ser transferido, verifica-se que os beneficiários ou audiência na translação do conhecimento variam de acordo com o propósito da pesquisa. Desta maneira, os beneficiários devem ser claramente identificados e ter uma estratégia específica para cada um deles. Informações destinadas a grupos de pesquisadores não são as mesmas destinadas a usuários ou profissionais de saúde. Informações destinadas à comunidade também não são as mesmas destinadas aos tomadores de decisão. Pessoas que formulam políticas públicas, por exemplo, levam em consideração não apenas os aspectos da pesquisa, mas opiniões de diversos intervenientes incluindo a comunidade, ponderando as perdas e ganhos das decisões. Desta maneira, ao determinar para quem o conhecimento deve ser transferido, deve-se primeiramente questionar quem tem o poder de agir com base em determinado conhecimento, quem tem o poder de influenciar aqueles que podem agir, que audiências seriam as mais bem-sucedidas e as suas respectivas mensagens[13].

Num processo de translação do conhecimento, qualquer pessoa, organização, pesquisador, profissional de saúde<sup>14</sup> pode ser o mensageiro da informação. Este mensageiro pode variar, de acordo com o conteúdo e o público-alvo. Entretanto a credibilidade deste mensageiro é uma questão importante a ser considerada. Desta maneira, alguns autores referem que médicos renomados ou instituições médicas respeitadas podem ser os mensageiros a influenciarem a adopção de novos guiões clínicos pela classe médica, diretores clínicos podem influenciar médicos e enfermeiros a adotarem algumas práticas [15,16,17] e instituições do governo seriam melhores mensageiros entre os formuladores de políticas públicas [4].

Neste contexto, a literatura recomenda que pessoas com credibilidade, habilidade, conhecimento, tempo e recursos suficientes devam ser os mensageiros para a translação do conhecimento. Além disso, há necessidade de uma infra-estrutura tecnológica e organizacional para a disseminação desse conhecimento. No campo tecnológico, por exemplo, é necessária a existência de bases de dados e motores de busca. No campo organizacional, a existência de especialistas em documentação, analistas de dados e programas de treinamentos específicos. Adicionalmente, os chamados mediadores do conhecimento (*knowledge brokers*) têm um papel importante de potenciar a credibilidade do mensageiro [9,10,12].

Os processos de transferência do conhecimento requerem um bom planeamento e a escolha de uma estratégia adequada. É importante também identificar as potenciais barreiras e oportunidades para a sua implementação. As barreiras mais comuns estão geralmente

relacionadas com a gestão do conhecimento, com o volume das pesquisas produzidas, acesso às fontes de evidências, com o tempo para leitura e as habilidades para avaliar e compreender as evidências. Entretanto barreiras estruturais, organizacionais, profissionais e interpessoais podem também influenciar no desempenho[4] da translação do conhecimento. As barreiras mais críticas devem ser priorizadas e identificados os meios para a sua superação. Uma vez minimizadas as barreiras, as estratégias para a translação do conhecimento devem ser desenvolvidas tendo em conta a especificidade de cada audiência.

Conforme dito anteriormente, a translação do conhecimento implica transformar o conhecimento em ação[5], ou seja, a utilização[8] do conhecimento pelos diversos intervenientes como resultado da transferência do conhecimento. Contudo a literatura refere que o uso da informação é determinado mais pela dinâmica do contexto político em que está inserido, do que pela forma como é transmitida [5,18]. É importante garantir que as evidências da pesquisa sejam o componente chave para a tomada de decisão, entretanto quando a translação do conhecimento é focada em formuladores de políticas e consumidores, fatores como o contexto político podem influenciar os decisores políticos, assim como valores e preferências individuais podem influenciar os pacientes. Desta maneira, uma decisão poderá ser informada pelas evidências, mas pode não ser exatamente baseada em evidências. Por outro lado, processos de translação do conhecimento focados nos profissionais de saúde, aparentemente tendem mais a resultar em práticas clínicas baseada em evidências e isso pode ser observado nas mudanças de comportamentos dos profissionais e nos indicadores de qualidade[4].

Nesta perspetiva, o contexto político, as características do mensageiro da informação e as características do processo de transmissão da informação são dimensões que parecem influenciar a utilização. Demonstrando assim um fraco vínculo causal entre a disseminação de conhecimento e utilização real do conhecimento.

Avaliações emitem julgamentos de valor [18,19] e produzem informações que podem ser úteis à tomada de decisão por meio de um processo de translação do conhecimento[20].

## A avaliação no contexto da África Subsaariana

A África Subsaariana é uma das regiões mais pobres do planeta. Possui o maior número de países com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), com um índice médio de 0,502 e uma expectativa de vida à nascença de 56,8 anos[21]. Devido a este cenário, a Decla-

ração do Milénio trouxe um forte enfoque para o continente africano, destacando a importância de atender às suas necessidades especiais. Um dos grandes entraves para o desenvolvimento socioeconómico da região tem sido as pandemias de doenças como VIH/SIDA, malária e doenças diarreicas.

A resposta a endemias como o VIH/SIDA tem sido organizada por um conjunto de intervenções sociais para a promoção da saúde e que são consideradas como “uma realidade social complexa que funciona como sistema” [22]. Isto devido ao facto de que, além da questão de saúde-doença, estão também implicados determinantes que tem impacto socioeconómico na família, comunidade e no país, exigindo uma multiplicidade de atores e ações coordenadas [23,24] e a necessidade de desenvolver as capacidades locais para o seu enfrentamento. Os estudos avaliativos sobre o desenvolvimento de capacidades na área da saúde, são bastante diversos, dado o panorama da complexidade que o tema envolve. Foram encontrados estudos relacionados com estratégias de fortalecimento dos sistemas, [25,26,27,28], fortalecimento da capacidade organizacional [29,30,31], estratégias comunitárias [32,33,34], recursos humanos [35,36,37] e pesquisa [38,39,40]. Estes estudos têm como objetivo trazer informações úteis que apoiam gestores na formulação de políticas e no estabelecimento de prioridades para a saúde. Os esforços para o desenvolvimento de capacidades no campo da saúde, são verificados não só nos países em desenvolvimento mas também em países desenvolvidos [41,42,43].

Olhando particularmente para Moçambique, é possível verificar que os processos de fortalecimento de capacidades estão bastante voltados para o reforço dos sistemas de saúde [44,45,46]. A questão dos recursos humanos para a saúde é bastante crítica, [47,48,49] mostrando os desafios do sistema de saúde nesta área e na sua sustentabilidade a longo prazo [50,51,52]. Alguns autores referem que nem sempre a ajuda internacional proporciona ambiente propício para a sustentabilidade [53]. Entre tantos estudos, verificou-se a existência de poucos estudos focados no fortalecimento da resposta ao VIH/SIDA na perspetiva da coordenação multisectorial. Desta maneira, desenvolver estudos avaliativos neste campo é primordial para informar o governo, doadores e população [13,14,16].

Este artigo tem como objetivo explorar a avaliação do Projeto de Fortalecimento das Capacidades do Núcleo Provincial de Combate ao SIDA (NPCS) para resposta ao VIH na Província de Gaza – Moçambique, na perspetiva do processo de translação do conhecimento e suas implicações práticas.

## Materiais e métodos

A avaliação foi dividida em três fases.

Fase I - constituiu-se de uma análise lógica, que descreve as cinco etapas que determinaram o potencial avaliativo da intervenção, sendo elas: 1) a identificação dos documentos relevantes; 2) o envolvimento de atores chave; 3) a identificação dos potenciais interessados na avaliação e o seu papel no processo avaliativo; 4) o consenso sobre o modelo lógico da intervenção e 5) o desenvolvimento e consenso sobre o modelo teórico da intervenção.

Fase II - foi caracterizada pela aplicação de uma ferramenta para 51 pessoas no nível provincial e 50 no nível distrital, onde participaram técnicos do NPCS, pontos focais das CDCS, parceiros de implementação do sector público, privado e da sociedade civil que trabalham na resposta ao VIH/SIDA nos distritos do estudo. Esta ferramenta foi discutida e validada por 11 especialistas e procurou avaliar as capacidades dos níveis de gestão provincial e distrital, com foco em três dimensões do fortalecimento de capacidades: 1) Sistemas e infra-estrutura; 2) Estrutura organizacional e 3) Recursos humanos.

Fase III - fez-se uma análise de implementação, por meio de 8 grupos focais com 72 participantes da comunidade, 19 entrevistas de profundidade com doadores, gestores e profissionais relacionados com a área do VIH/SIDA e análise documental de maneira a compreender como foram implementadas as estratégias de coordenação, descentralização e comunicação do NPCS. Nesta fase verificou-se o alinhamento das estratégias propostas com as necessidades dos parceiros e comunidade e descreveu os fatores externos e internos que influenciaram na implementação do projeto.

## Resultados e discussão

Na perspetiva da translação do conhecimento, a discussão deste estudo avaliativo centra-se na estrutura de cinco questões proposta por Grinshaw e Lavis [4,13].

Estas perguntas são relevantes, uma vez que dão um direcionamento de como o processo de translação do conhecimento deve ocorrer. Desta maneira, quando se pergunta, o que deve ser transferido? O foco está nas conclusões das perguntas avaliativas que o estudo procurou responder, ou seja, se a implementação do Projeto de Fortalecimento de Capacidades do NPCS para a Resposta do VIH na Província de Gaza ocorreu conforme esperado; se esteve alinhada com as necessidades dos parceiros e da comunidade; que aspetos do fortalecimento de capacidades podem ser evidenciados e, por

fim, os fatores contextuais que influenciaram na implementação do Projeto. Entretanto, há que se ter em conta que a transferência de conhecimento é um processo coletivo com alto grau de interdependência onde os potenciais usuários foco desta transferência podem ou não ter autonomia suficiente para a sua utilização[12]. Além disso, o grau de utilização do conhecimento vai depender de fatores contextuais e do próprio processo como este ocorre [9,13].

O processo de descentralização em Moçambique, é um dos pilares da reforma do sector público [48,54]. Analisando os resultados desta componente do projeto, os pontos focais das Comissões Distritais de Combate ao SIDA (CDCS) referiram uma maior autonomia técnica devido às sucessivas capacitações, permitindo uma melhor interação com os parceiros de implementação. Além disso, um aumento da motivação devido aos incentivos por meio de materiais, equipamentos e transporte ao longo do período de implementação do projeto. A despeito desta motivação, a falta de recursos humanos qualificados constituiu um grande problema, havendo sobreposição de funções principalmente para os técnicos de medicina que também atuavam como pontos focais e faziam atendimento clínico. Também a alta mobilidade que é corroborada por outros estudos [56,55] e a falta de um enquadramento legal do ponto focal para a progressão na carreira acabam por dificultar a retenção nesta posição.

Embora o processo de descentralização tenha avançado em Moçambique e as províncias gozem de certa autonomia, os fundos continuam centralizados [56] e com grande dependência externa. Na opinião dos participantes, algumas ações poderiam ser incorporadas no Plano Económico e Social dos Distritos (PESOD), mas seria necessário um maior envolvimento das lideranças locais para a sua efetivação assim como uma maior alocação de recursos financeiros pelo orçamento do Estado. Desta maneira, é possível inferir que, enquanto o governo estiver dependente de recursos externos e não tiver um plano económico que possibilite o financiamento de ações com recursos nacionais, a sustentabilidade financeira ainda é um tema bastante frágil e a descentralização não ocorre na sua totalidade. Sem recursos financeiros, recursos humanos capacitados e infra-estrutura básica os processos de descentralização tendem ao insucesso[57].

Na perspetiva dos tomadores de decisão, as informações como necessidade de recursos humanos qualificados, enquadramento legal ou alocação de recursos financeiros, implicaria prever duas situações: 1) as consequências programáticas que o aumento no número de profissionais podem ter sobre o sistema; que tipo de ajustes teria que fazer para o enquadramento legal do ponto focal no organograma institucional; ou como a

alocação de mais recursos financeiros iria afetar a planificação e gestão financeira. A outra situação é o custo político que a decisão de recrutamento de novos quadros profissionais poderá trazer a um Ministério com poucos recursos, ou o custo político de enquadrar legalmente a função de um ponto focal que pode também entrar em conflito com uma posição como técnico de medicina.

O exercício exploratório por meio da análise lógica foi bastante útil para identificar quem seriam os beneficiários ou a audiência na translação do conhecimento. A análise lógica foi composta por um conjunto de etapas para determinar o potencial avaliativo da intervenção. Uma das etapas constituiu a realização de um *workshop*, para envolver um grupo de profissionais de diversos sectores que trabalham com VIH/SIDA como potenciais interessados pela avaliação, ou seja, potenciais usuários da informação. Em conjunto, harmonizaram conceitos, validaram os modelos lógicos da intervenção, compartilharam visões, e passaram a utilizar uma linguagem comum. Segundo alguns autores, este processo facilita o processo de translação do conhecimento [4,21]. Desta maneira é importante identificar pessoas a quem transmitir a informação mas que tenham o poder de influenciar formuladores de políticas [13].

A literatura refere que qualquer profissional, organização ou pesquisador pode ser o mensageiro ou mediador do conhecimento, e este pode variar de acordo com o conteúdo do conhecimento e o público-alvo [14,15,16]. A literatura ressalta também a importância da credibilidade do mensageiro entre seus pares[17]. No âmbito deste estudo avaliativo, a avaliadora é o mensageiro do conhecimento. O seu conhecimento do contexto e interação com os diversos atores governamentais e não-governamentais nos vários estratos hierárquicos provém do facto de ser também a implementadora do projeto. A distância epistemológica necessária foi assegurada pela orientação académica de suas supervisoras, de maneira a não influenciar os resultados da avaliação.

Para este estudo, as estratégias escolhidas para o processo de translação do conhecimento foram: a publicação do estudo pelas vias académicas, a divulgação em revistas científicas, o envio por meio eletrónico aos interessados pela avaliação e apresentação em reuniões científicas e programáticas nos distritos do estudo e capital da província. Uma das barreiras identificadas para a apresentação em reuniões científicas e programáticas locais, foi o distanciamento geográfico. A mudança para outro país dificultou fazer a devolutiva local, devido aos custos de deslocação. Entretanto esta dificuldade foi parcialmente colmatada ao enviar o resultado do estudo por meio eletrónico aos interessados pela avaliação e a uma gama mais ampla de audiência. Outro desafio encontrado foi a divulgação em revistas científicas que

dependem de aceitação por pares da comunidade científica e a sua publicação, e o desenho de estratégias que facilitem os gestores da Província de Gaza, do Conselho Nacional de Combate ao SIDA e dos doadores na tomada de decisões.

Com que efeito o conhecimento deve ser transferido? Conforme dito anteriormente, a translação do conhecimento implica na utilização deste conhecimento pelos diversos intervenientes seja para a mudança do comportamento ou para influenciar uma decisão. A avaliação do Projeto de Fortalecimento de Capacidades do NPCS para a Resposta ao VIH na Província de Gaza – Moçambique teve como um dos objetivos compreender como foram implementadas as estratégias de coordenação, descentralização e comunicação e o seu alinhamento com as necessidades dos parceiros e da comunidade.

Neste aspeto, a análise do uso da informação baseia-se também no grau de governabilidade. Desta maneira é possível inferir que quando se tem conhecimento dos

desafios para a implementação de atividades e utiliza-se de um processo de coordenação multisectorial e planificação conjunta para colmatar estas dificuldades, é possível implementar intervenções com sucesso, portanto um conhecimento a ser utilizado e que está na governabilidade deste nível de gestão. Ao passo que mudanças estruturais e políticas para influenciar, por exemplo, a política de ordenação e retenção dos recursos humanos necessitam de um diálogo político e um nível de influência superiores e que podem ou não ser alcançados. Demonstrando que o uso da informação é determinado mais pela dinâmica do contexto político em que está inserido [58] do que pela forma como é transmitida, e pelo interesse dos diferentes atores. O processo de translação do conhecimento é um exercício contínuo de diálogo político, sendo necessário criar um ambiente propício para que não só a troca mas a utilização da informação possa acontecer.

## Bibliografia

- 1 Oomman, N.B.M.; Rosenzweig, S. 2007. *Following the Funding for HIV/AIDS: A Comparative Analysis of the Funding Practices of PEPFAR, the Global Fund and World Bank MAP in Mozambique, Uganda and Zambia*. Center for Global Development.
- 2 Warren, A. E., Wyss, K., Sharashvili, G., Atun, R. & De Savigny, D. 2013. Global health initiative investments and health systems strengthening: a content analysis of global fund investments. *Global Health*, 9, 30.
- 3 Bowser, D., Sparkes, S. P., Mitchell, A., Bossert, T. J., Barnighausen, T., Gedik, G. & Atun, R. 2014. Global Fund investments in human resources for health: innovation and missed opportunities for health systems strengthening. *Health Policy Plan*, 29, 986-97.
- 4 Grimshaw et al. 2012. Knowledge translation of research findings. *Implementation Science* 7:50.
- 5 Brousseau, A., Contandriopoulos, D., Lemire, M. 2009. Using Logic Analysis to Evaluate Knowledge Transfer Initiatives: The Case of the Research Collective on the Organization of Primary Care Services. *Evaluation (Lond)*, 15, 165-183.
- 6 World Bank 2011. *Using Knowledge Exchange for Capacity Development: What Works in Global Practice?*
- 7 Otoo, S. A., N; Behrens, J; 2009. *The Capacity Development Results Framework*, World Bank.
- 8 Canadian Institutes of Health Research. 2012. *Guide to Knowledge Translation Planning at CIHR: Integrated and End-of-Grant Approaches*.
- 9 Contandriopoulos, D., Brousseau, A., Kedoté, N.M. 2008. Evaluating Interventions Aimed at Promoting Information Utilization in Organizations and Systems. *Health Care Policy*, 4, 19.
- 10 Graham et al. 2006. Lost in knowledge translation. Time for a map? *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*. Volume 26. pp. 13-24.
- 11 Contandriopoulos, D., Brousseau, A. 2012. Evaluation models and evaluation use. *Evaluation*. January; 18(1): 61–77.
- 12 Contandriopoulos, D. et al. 2010. Knowledge Exchange Processes in Organizations and Policy Arenas: A Narrative Systematic Review of the Literature. *The Milbank Quarterly*, Vol. 88, No. 4, pp. 444–483.
- 13 Lavis, J.N. et al. 2003. How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers? *The Milbank Quarterly*, Vol 81, N°2.
- 14 Kislov, R., Hodgson, D., Boaden, R. 2016. Professionals as knowledge brokers: the limit of authority in health care collaboration. *Public Administration*. Volume: 94, Issue 2. June. pp 472–489.
- 15 Currie, G., Burgess, N., Hayton, J.C. 2015. HR Practices and Knowledge Brokering by Hybrid Middle Managers in Hospital Settings: The Influence of Professional Hierarchy. *Human Resources Management*. Volume 54, Issue 5, September/October pp 793–812.
- 16 Tasseli, S. 2015. Social Networks and Inter-professional Knowledge Transfer: The Case of Healthcare Professionals. *Organization Studies*. Volume: 36 issue 7. pp 841-872.
- 17 Spyridonidis, D., Currie, G. 2016. The Translational Role of Hybrid Nurse Mi-
- ddle Managers in Implementing Clinical Guidelines: Effect of, and upon, Professional and Managerial Hierarchies. *British Journal of Management*. Volume 27, Issue 4, October pp 760–777.
- 18 Contandriopoulos, A., Champagne, F., Denis, J. & Pineault, R. 2002. A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos. In: FIOCRUZ (ed.) *Avaliação em Saúde – Dos Modelos conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- 19 Champagne, F., Contandriopoulos, A., Brousseau, A., Hartz, Z. & Denis, J. 2011. A Avaliação no Campo da Saúde: Conceitos e Métodos. In: FIOCRUZ (ed.) *Avaliação conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- 20 Donnelly, C.A. 2013. Evaluation as a Mechanism for Integrated Knowledge Translation. PhD thesis submitted to the Graduate Program in the Faculty of Education. Ontario.
- 21 UNDP 2014a. *hdr14\_statisticaltables*. UNDP.
- 22 Rey, L., Tremblay, M. & Brousseau, A. 2013. Managing Tensions Between Evaluation and Research: Illustrative Cases of Developmental Evaluation in the Context of Research. *American Journal of Evaluation*, 35, 45-60.
- 23 Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., Petticrew, M. & Medical Research Council, G. 2008. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*, 337, a1655.
- 24 Ogilvie, D., Cummings, S., Petticrew, M., White, M., Jones, A. & Wheeler, K. 2011. Assessing the Evaluability of Complex Public Health Interventions: Five Questions for Researchers, Funders, and Policymakers. *The Milbank Quarterly*, 89, 19.
- 25 Drobac, P. C., et al. 2013. Comprehensive and integrated district health systems strengthening: the Rwanda Population Health Implementation and Training (PHIT) Partnership. *BMC Health Serv Res*, 13 Suppl 2, S5.
- 26 UNDP 2014. *Strengthening National Capacity to Fight Aids, TB and Malaria in Zambia*.
- 27 UNDP 2014. *Strengthening Skills, Tools and Systems for Better Services: Emerging Lessons from Global Fund Programme Implementation in Zimbabwe*.
- 28 Semrau, M., et al. 2015. Strengthening mental health systems in low- and middle-income countries: the Emerald programme. *BMC Med*, 13, 79.
- 29 Okihiro, M., Sehgal, V., Wilkinson, T., Voloch, K.A., Enos, R. & O'Brien, J. 2014. Addressing health disparities by building organizational capacity in the community: a case study of the Wai'anae Coast Comprehensive Health Center. *Hawaii J Med Public Health*, 73, 34-9.
- 30 Mpofu, M., Semo, B.W., Grignon, J., Lebelonyane, R., Ludick, S., Matshediso, E., Sento, B. & Ledikwe, J. H. 2014. Strengthening monitoring and evaluation (M&E) and building sustainable health information systems in resource limited countries: lessons learned from an M&E task-shifting initiative in Botswana. *BMC Public Health*, 14, 1032.
- 31 Zhao, R., Chen, R., Zhang, B., Ma, Y., Qin, X. & Hu, Z. 2015. The Chinese version of monitoring and evaluation system strengthening tool for human immunodeficiency virus (HIV) capacity building: Development and evaluation. *Biosci Trends*, 9, 259-65.
- 32 Kauye, F., Chiwandira, C., Wright, J., Common, S., Phiri, M., Mafuta, C., Malawich-Senganimalunje, L. & Udedi, M. 2011. Increasing the capacity of health surveillance assistants in community mental health care in a developing country, Malawi. *Malawi Med J*, 23, 85-8.

- 33 Giugiani, C., et all. 2014. Community health workers programme in Luanda, Angola: an evaluation of the implementation process. *Hum Resour Health*, 12, 68.
- 34 Sahay, S., Kumar, M., Srikrishnan, A. K., Ramanathan, V. & Mehendale, S. 2014. Experiences in recruiting volunteers through community based initiatives in phase-1 vaccine trials in India. *Hum Vaccin Immunother*, 10, 485-91.
- 35 Sanou, A. S., Awoyale, F. A. & Diallo, A. 2014. An interventional model to develop health professionals in West Africa. *Pan Afr Med J*, 18, 152.
- 36 Bell, J. S. & Marais, D. 2015. Participatory training in monitoring and evaluation for maternal and newborn health programmes. *Glob J Health Sci*, 7, 192-202.
- 37 Davari, A., Rashidi, A. & Baartmans, J. A. 2015. Nutrition Leadership Development: Capacity-Building Initiatives in Iran and the Middle-East Region Since 2009. *Front Public Health*, 3, 184.
- 38 Bennett, S., Paina, L., Ssengooba, F., Waswa, D. & M'imonya, J. M. 2013. The impact of Fogarty International Center research training programs on public health policy and program development in Kenya and Uganda. *BMC Public Health*, 13, 770.
- 39 Haafkens, J., Blomstedt, Y., Eriksson, M., Becher, H., Ramroth, H. & Kinsman, J. 2014. Training needs for research in health inequities among health and demographic researchers from eight African and Asian countries. *BMC Public Health*, 14, 1254.
- 40 Ogundahunsi, O.A., Vahedi, M., Kamau, E. M., Aslanyan, G., Terry, R.F., Zicker, F. & Launois, P. 2015. Strengthening research capacity--TDR's evolving experience in low- and middle-income countries. *PLoS Negl Trop Dis*, 9, e3380.
- 41 Dean, H. D., Myles, R.L., Spears-Jones, C., Bishop-Cline, A. & Fenton, K.A. 2014. A strategic approach to public health workforce development and capacity building. *Am J Prev Med*, 47, S288-96.
- 42 Rosenthal, M. S. et all. 2014. Building community capacity: sustaining the effects of multiple, two-year community-based participatory research projects. *Prog Community Health Partnersh*, 8, 365-74.
- 43 Aluttis, C., Den Broucke, S.V., Chiotan, C., Costongs, C., Michelsen, K. & Brand, H. 2014. Public health and health promotion capacity at national and regional level: a review of conceptual frameworks. *J Public Health Res*, 3, 199.
- 44 Pfeiffer, J. et all. 2010. Integration of HIV/AIDS services into African primary health care: lessons learned for health system strengthening in Mozambique - a case study. *J Int AIDS Soc*, 13, 3.
- 45 Sherr, K. et all. 2013. Strengthening integrated primary health care in Sofala, Mozambique. *BMC Health Serv Res*, 13 Suppl 2, S4.
- 46 Schwarcz, S.K.R., G.W.; Horvath, H. 2015. Training for Better Management: Avante Zambézia, PEPFAR and Improving the Quality of Administrative Services Comment on "Implementation of a Health Management Mentoring Program: Year-1 Evaluation of Its Impact on Health System Strengthening in Zambézia Province, Mozambique". *International Journal of Health Policy and Management*, 4, 773-775.
- 47 WHO 2010. Human resources for health and aid effectiveness in Mozambique.
- 48 WHO 2011. *Efficiency and effectiveness of aid flows towards health workforce development: exploratory study based on 4 case study*.
- 49 Sherr, K. et all. 2012. Brain drain and health workforce distortions in Mozambique. *PLoS One*, 7, e35840.
- 50 Sherr, K. et all. 2009. The Role of Nonphysician Clinicians in the Rapid Expansion of HIV Care in Mozambique. *Acquir Immune Defic Syndr*, 52, 4.
- 51 Ferrinho, P.S.M.; Goma, F.; Dussalt, G.; 2012. Task-shifting: experiences and opinions of health workers in Mozambique and Zambia. *Human Resources for Health*, 10.
- 52 Dgedge, M., Mendoza, A., Necochea, E., Bossemayer, D., Rajabo, M. & Fullerton, J. 2014. Assessment of the nursing skill mix in Mozambique using a task analysis methodology. *Human Resources for Health*, 12.
- 53 Caillol, J. et all. 2013. Analysis of human resources for health strategies and policies in 5 countries in Sub-Saharan Africa, in response to GFATM and PEPFAR-funded HIV-activities. *Global Health*, 9, 52.
- 54 REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE, C. D. M. 2010. Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA 2010 – 2014. In: CNCS (ed.). Maputo.
- 55 Willcox, M.L. et all. 2015. Human resources for primary health care in sub-Saharan Africa: progress or stagnation? *Hum Resour Health*, 13, 76.
- 56 Francisco, A. 2010. *Sociedade Civil em Moçambique Expectativas e Desafios*, Maputo, Instituto de Estudos Sociais e Económicos - IESE.
- 57 Drobac, P.C. et all. 2013. Comprehensive and integrated district health systems strengthening: the Rwanda Population Health Implementation and Training (PHIT) Partnership. *BMC Health Serv Res*, 13 Suppl 2, S5.
- 58 Dwan, K.M., McInnes, P.C. 2013. Increasing the influence of one's research on policy. *Australian Health Review*. 37, pp 194–198.

# ENSINO À DISTÂNCIA

**INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL**  
**UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA**

## CURSO DE EPIDEMIOLOGIA BÁSICA

Introdução aos conceitos básicos de epidemiologia. Possibilita a leitura informada e crítica de estudos epidemiológicos, bem como o cálculo, interpretação e correta utilização dos seus dados. **4 ECTS**

**Coordenação:** Inês Fronteira

## CURSO INTERNACIONAL DE GESTÃO EM SAÚDE PARA O DESENVOLVIMENTO-CIGESD

### Módulo 1 / POLÍTICAS, ESTRATÉGIAS E PROGRAMAS EM SISTEMA DE SAÚDE

Introdução de um quadro de referência e conhecimentos que contribuam para um melhor estudo e análise dos sistemas de saúde no contexto da complexidade das organizações e da inovação, gestão estratégica e planeamento de serviços de Saúde. **5 ECTS**

### Módulo 2 / GESTÃO DE RECURSOS E DA QUALIDADE EM SAÚDE

Conhecimento dos vários métodos e técnicas utilizadas em gestão dos serviços de saúde, bem como nas seguintes áreas de gestão: recursos humanos, qualidade e vertente financeira no contexto da saúde. **6 ECTS**

### Módulo 3 / AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Reforça competências requeridas no campo da avaliação em saúde (cognitivas, funcionais e deontológicas), para atender às necessidades geradas pelas políticas governamentais ou projetos de desenvolvimento, baseados em evidências e orientados por resultados. **4 ECTS**

**Coordenação:** Zulmira Hartz

## PARASITOLOGIA ESSENCIAL

Formação nos aspetos mais importantes da parasitologia, principalmente de uma perspetiva médica: conceitos, principais ectoparasitas, helmintas, protozoários, e outras doenças causadas por parasitas. **2 ECTS**

**Coordenação:** Isabel Maurício

## ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM ESTATÍSTICA APLICADA A SAÚDE

### PROGRAMA CONJUNTO DA UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**Em colaboração com:**

Faculdade e Ciências e Tecnologia  
Instituto de Estatística e Gestão de Informação  
Escola Nacional de Saúde Pública  
Faculdade de Ciências Médicas  
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas

Num ambiente multidisciplinar este curso visa a formação dos profissionais de saúde que trabalhem em organizações governamentais, serviços de saúde, indústria ou academia e que pretendam aprofundar os conhecimentos na área da estatística e suas aplicações às ciências da saúde. Ele proporciona aos alunos a aquisição de conhecimentos e competências práticas na aplicação de métodos estatísticos de ponta que são mais utilizados na saúde, na investigação médica e na epidemiologia. Cobrindo áreas interdisciplinares lecionadas por Professores Doutorados de 6 Unidades Orgânicas de excelência da Universidade Nova de Lisboa, é um Programa com características únicas no espaço lusófono de ensino superior. **60 ECTS (2 SEMESTRES)**

**Coordenação Geral:** Maria do Rosário Oliveira Martins

## TUBERCULOSE E OUTRAS MICOBACTERIOSES

Abordagem dos aspetos mais significativos da tuberculose e de outras micobacterioses. Inclui o diagnóstico laboratorial e aplicação clínica, Relacionar as várias abordagens de controlo da TB numa perspetiva integrada (laboratório/clínica/epidemiologia/saúde pública). **6 ECTS**

**Coordenação:** Miguel Viveiros e Isabel Couto

# Saúde para o desenvolvimento, parcerias de investigação e equidade: uma revisão de literatura

*Health for development, research partnerships and fairness: a literature review*

## António Carvalho

Bolseiro de Pós-Doutoramento

IHMT/GHTM

amcarvalho@ihmt.unl.pt

## João Arriscado Nunes

Professor Catedrático

Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

jan@ces.uc.pt

## Zulmira Hartz

Professora Catedrática e Vice-Diretora do IHMT

zhartz@ihmt.unl.pt

## Resumo

Apesar dos esforços recentes das Nações Unidas em desenvolver parcerias globais para o desenvolvimento, até ao momento não existem instrumentos concretos para avaliar as dinâmicas das parcerias internacionais de investigação ao nível da saúde. A Iniciativa para a Equidade na Investigação assume-se como um mecanismo para colmatar esta lacuna, tendo para esse efeito recolhido um conjunto de documentos e práticas que constituem uma base de evidências sobre as melhores práticas ao nível das parcerias de investigação, em particular na área da saúde.

Neste artigo iremos levar a cabo uma revisão de literatura sobre a base de evidências recentemente criada no âmbito do RFI em relação ao domínio da Equidade de Oportunidade (1). A literatura compilada para esse efeito inclui artigos científicos, relatórios, documentos de estratégia e várias diretrizes, entre outros. Os vários tópicos subjacentes a este domínio incluem temas como o relevo para as comunidades, o envolvimento inicial dos parceiros e práticas equitativas de contratação e de cofinanciamento.

Através da seleção dos documentos mais significativos, iremos elencar as questões, definições e soluções mais relevantes subjacentes ao domínio da equidade de oportunidade, analisando de que forma o RFI promove uma mudança de paradigma ao nível das parcerias de investigação na saúde e na investigação e desenvolvimento de uma forma mais geral.

## Palavras Chave:

Parcerias de Investigação, saúde para o desenvolvimento, Equidade, Desigualdades Globais.

## Abstract

Despite the recent efforts of the United Nations in the enactment of global partnerships for development, at the moment there are no concrete tools to assess the dynamics of international research partnerships in the health domain. The Research Fairness Initiative (RFI) aims at filling this gap, and in order to do so it collected a wide range of documents and practices which constitute an evidence base on the best practices regarding research partnerships, particularly in the field of health.

In this article we will carry out a literature review on the evidence base regarding the domain of Fairness of Opportunity (1). The literature we will analyse includes journal articles, reports, policy papers and various guidelines, among others. The various topics underlying this domain include themes such as the relevance to communities, early engagement of partners and fair research contracting and co-financing.

Through the selection of the most relevant documents, we will reflect on the most relevant questions, definitions and solutions in the domain of fairness of opportunity, analysing the ways in which the RFI promotes a paradigm shift in research partnerships in health and research and development in a broader sense.

## Key Words:

Research Partnerships, Health for Development, Fairness, Global Inequalities.

## 1. Introdução

O objetivo deste artigo é levar a cabo uma revisão crítica de literatura relacionada com o primeiro domínio da Iniciativa para a Equidade na Investigação (RFI) – Equidade de Oportunidade. O RFI consiste numa ferramenta que permite às instituições aderentes a avaliação das suas práticas em três domínios fundamentais: Equidade de Oportunidade, Processo Equitativo e Partilha Equitativa dos Benefícios, Custos e Resultados. Estes três domínios abrangem de forma sistemática os processos que decorrem antes, durante, e após as parcerias de investigação.

A Iniciativa para a Equidade na Investigação não é uma mera ferramenta de avaliação ou de classificação de como as questões sociais e éticas são pensadas e mobilizadas pelas instituições nas suas práticas colaborativas, em particular na área da saúde. O objetivo fundamental do RFI é a implementação de boas práticas, baseadas em evidências concretas e já testadas empiricamente, que permitem a transformação de todas as dimensões associadas às parcerias de investigação.

Estas boas práticas, modelos, instrumentos e recomendações que constituem a base de evidências do RFI incluem uma literatura diversa constituída por documentos de estratégia, artigos científicos publicados em revistas indexadas, diretrizes formuladas por diversas instituições públicas e privadas ligadas à saúde e ao desenvolvimento, modelos para a formulação de contratos e de orçamentos, associados a um vasto rol de aspetos burocráticos e administrativos associados ao funcionamento regular das instituições.

A base de evidências do RFI funciona, nesse sentido, como uma compilação sistemática de uma diversidade de modelos já existentes, potencialmente a adotar pelas instituições associadas no futuro, para que estas demonstrem o seu compromisso com os princípios promovidos pelo COHRED. Através da aplicação do manancial de documentos associados à base de evidências, as instituições participantes irão poder adotar as melhorias práticas existentes e também contribuir para a criação de novos standards e padrões resultantes dos seus processos de reflexão interna e com os seus parceiros e *stakeholders*.

A base de evidências do RFI está em constante atualização e está fortemente associada à comunidade de prática do RFI, i.e., o conjunto de instituições aderentes e que iniciaram o processo de transformação das suas práticas colaborativas. Nesse sentido, a revisão de literatura aqui levada a cabo é ainda provisória; no entanto, ela irá permitir-nos o acesso a um conjunto de dispositivos de “melhores práticas”, de potencial interesse para o IHMT e para as instituições aderentes, nomeadamente os nossos parceiros da CPLP.

Esta revisão crítica de literatura irá seguir a estrutura da base de evidências do RFI, estando organizada passo-a-pas-

so de acordo com a formulação indicada pelo COHRED. Como é possível constatar no website da base de evidências e no Guia do Relatório RFI, para cada domínio existem 5 tópicos que por sua vez se desdobram em 3 indicadores. No que diz respeito à base de evidências, existe literatura relativa a cada um dos tópicos (literatura geral) e indicadores (literatura e exemplos mais específicos). Para facilitar o processo de apresentação do artigo, iremos seguir a organização sistemática dos cinco tópicos relativos ao Domínio 1: Relevância para as Comunidades nas quais a Investigação é Conduzida; Envolvimento Inicial dos Parceiros; Tornar Explícitas as Contribuições de Todos os Parceiros; Assegurar que a equiparação financeira e outros mecanismos de cofinanciamento não prejudicam as oportunidades para a participação equitativa de todos os parceiros; Reconhecimento de capacidades desiguais de gestão de investigação entre parceiros e providenciar medidas apropriadas para que estas possam ser melhoradas.

Em termos metodológicos, a revisão de literatura consistiu numa compilação das principais sugestões do COHRED em relação a cada um destes tópicos e indicadores. A literatura (artigos, capítulos de livros, documentos de estratégia, relatórios, apresentações em conferências científicas, manuais, diretrizes, etc.) está dividida entre “sugestões principais” e “outras sugestões”. Devido às limitações deste artigo, e tendo em conta a economia da escrita, optámos por nos focar nas “sugestões principais”, mas o/a leitor/a tem total liberdade e é convidado/a a inteirar-se de todas as outras sugestões no website da base de evidências.

Depois de ter sido efetuada a compilação, foram analisados individualmente todos os documentos, identificando-se as principais contribuições/ideias/sugestões de cada um deles. Na conclusão iremos tecer uma breve crítica, baseada em literatura no âmbito das ciências sociais e estudos de ciência e tecnologia, sobre temas diretamente relevantes para a base de evidências, focando-nos em questões epistemológicas associadas à estandardização e aos indicadores.

## 2. Relevância para as comunidades nas quais a investigação é conduzida

Uma preocupação fundamental do COHRED é analisar de que forma é que as parcerias refletem as preocupações e prioridades de investigação das instituições e comunidades do Sul Global. O Conselho Nuffield sobre Bioética, do Reino Unido, reconhece que definir o que é uma “comunidade” nem sempre é claro, e podem existir diferentes interesses em conflito. No entanto, o envolvimento com a comunidade permite aos financiadores e investigadores promover a confiança no projeto de investigação, e a consulta local permite a adaptação da investigação aos interesses locais, maximizando os seus benefícios [1].

A OMS definiu, em 2012, a sua estratégia para a investigação em saúde, guiada por três princípios fundamentais – qualidade, impacto e inclusão (que contempla a participação da sociedade civil e comunidade nos processos de investigação em saúde). Essa estratégia subdivide-se depois em 5 objetivos interrelacionados – Organização; Prioridades; Capacidade; Standards e Tradução. No que diz respeito ao objetivo da tradução, este está diretamente relacionado com a relevância da investigação para as comunidades, no sentido em que visa “fortalecer os laços entre a investigação, política e prática” [2:11]. Algumas ações sugeridas para levar a cabo uma melhor tradução incluem, por exemplo, modelos efetivos de transferência de tecnologia; o desenvolvimento de sumários de investigação disponíveis para políticos, profissionais de saúde e o público em geral e melhores formas de ter acesso aos resultados da investigação através de práticas de acesso livre, por exemplo. A aplicação de standards e normas no domínio da investigação em saúde também tem o potencial de maximizar o envolvimento da comunidade, gerando maior apoio e confiança do público na saúde e investigação médica [2:27].

Viergever et al. (2010) desenvolveram um modelo para identificar as prioridades de investigação em saúde de comunidades específicas. De acordo com os autores,

“A definição de prioridades para a investigação em saúde é essencial para maximizar o impacto dos investimentos, o que é especialmente relevante em ambientes de baixos recursos. A criação de prioridades na investigação em saúde é considerada como uma dimensão chave dos esforços necessários para fortalecer os sistemas nacionais de investigação” [3:1]

Os nove princípios promovidos por Viergever et al. estão divididos em três áreas fundamentais: trabalho preparatório (que inclui uma análise do contexto local; a utilização de uma abordagem sistemática; a inclusão; a recolha de informação; o planeamento necessário para a implementação); decisão sobre prioridades (seleção de critérios relevantes; métodos para a decisão acerca de prioridades) e ações a levar a cabo após as prioridades terem sido definidas (avaliação e transparência) [3:3].

De acordo com Bradley (2008), a cooperação não deve ser entendida enquanto uma panaceia para os problemas que afetam as instituições do Sul Global. De facto, e segundo a autora, a motivação para as parcerias é fundamentalmente económica, pois é a forma das instituições dos países em desenvolvimento terem acesso a financiamento. A agenda destas parcerias é habitualmente controlada pelas instituições do Norte, e aspetos como as barreiras de linguagem, complexas estruturas de gestão, acesso desigual a recursos financeiros, bibliotecas, redes de investigação e oportunidades de publicação dificultam cooperações equitativas e verdadeiramente benéficas para as comunidades [4: 674]. De facto,

“apesar das parcerias Norte-Sul poderem aumentar os re-

cursos e aptidões individuais e institucionais, não são uma panaceia para todos os desafios associados à criação de capacidade e à criação de conhecimento para permitir o desenvolvimento (...) as parcerias Norte-Sul não são necessariamente a melhor forma para levar a cabo investigação baseada nos princípios do Sul.” [4:674]

Um dos aspetos que prejudicam estas colaborações, diminuindo os seus impactos positivos nas comunidades, são as questões burocráticas. Justice (1987) levou a cabo um estudo etnográfico no Nepal acerca do desenvolvimento de cuidados primários, e considera que as verdadeiras necessidades da população são ignoradas devido às exigências burocráticas. As perspetivas burocráticas dos administradores e responsáveis pelo planeamento contrastam com as da população, sendo necessário implementar de forma robusta as metodologias e expertise das ciências sociais para analisar de forma qualitativa os reais problemas e anseios das comunidades. Como afirma a autora: “Enquanto a estrutura e cultura das burocracias de saúde se mantiverem inalteradas, a informação social e cultural acerca das populações terá um impacto reduzido” [5:1306].

Para que o impacto positivo sobre as comunidades possa ser maximizado, é fundamental que as colaborações incidam sobre as prioridades de investigação locais. Nas últimas 3 décadas a questão da definição das prioridades de investigação nacionais e internacionais tem assumido grande relevo, reconhecendo-se a necessidade de desenvolver estratégias e métodos que permitam que este seja um processo participativo, abrangendo todos os *stakeholders* (e não apenas técnicos, corporações e funcionários governamentais) [6] na definição de prioridades.

Existem várias metodologias para definir as prioridades de investigação em saúde, como ferramentas desenvolvidas ao nível nacional e também metodologias como a Abordagem da Matriz Combinada (CAM), metodologias fornecidas pelo COHRED, a Iniciativa de Investigação em Saúde e Nutrição Infantil (CHNRI) [7], o modelo de Investigação Essencial em Saúde Nacional (ENHR), e o método Delphi [8].

De acordo com Tomlinson et al. (2011), diferentes abordagens acabam por gerar resultados distintos, indicando o caráter performativo das metodologias [9] e ilustrando também a existência de diferentes estilos sociopolíticos de definição de prioridades, que se distinguem ao nível da documentação e legitimidade, envolvimento de *stakeholders*, e diferentes formas de liderança [7].

Na sexagésima Assembleia Mundial da Saúde, a OMS pediu aos estados membros para “desenvolverem e fortalecerem um mecanismo participativo (...) para todos os *stakeholders* de forma a priorizar a agenda de investigação em saúde com base em mudanças dinâmicas dos sistemas de saúde (...) e tópicos emergentes relacionados com a saúde” [10:69], e o CIOMS (Conselho para as Organizações Internacionais de Ciências Médicas),

desenvolveu um conjunto de diretrizes éticas internacionais para investigação sobre saúde envolvendo humanos, em especial no que diz respeito aos ensaios clínicos [11:16].

No que concerne à definição de prioridades em comunidades e contextos nacionais onde estas não existem, o COHRED desenvolveu um modelo de identificação de prioridades na área da investigação em saúde. Esse modelo consiste numa abordagem que encara a definição de prioridades como um processo cíclico de gestão, que apresentamos na Tabela 1.

Khan et al (2017) analisaram diversas formas de definir prioridades e necessidades em C&T tendo como principal preocupação a investigação em tuberculose. Para elencar diferentes estilos, práticas e metodologias de identificação de prioridades, os autores focaram-se nos seguintes aspectos: existia um objetivo claro subjacente ao exercício que identificou as prioridades? Que *stakeholders* foram envolvidos no processo? Que informação foi considerada? Que critérios/valores foram recrutados para atribuir prioridade a áreas específicas? Quais os métodos utilizados para decidir acerca da lista de prioridades? Como é que os resultados foram comunicados e a quem? Como é que as prioridades e o exercício de definição de prioridades foram avaliados? [13: 5-6]. Apesar de os modelos de definição de prioridades variarem significativamente em relação a estes indicadores, a eficácia e a capacidade de disseminação das aplicações foram os valores considerados mais importantes pela maior parte dos *stakeholders*.

Existem áreas cronicamente negligenciadas, como é o caso da área da saúde mental. Se em países como os EUA não é levada a cabo uma prevenção robusta de doenças do foro mental [14], nos países de baixo e médio rendimento (PBMR) essa é habitualmente uma área subfinanciada e que carece de staff qualificado. Tomlinson et al. (2009), reconhecendo que esta área raramente é uma prioridade, pois privilegiam-se doenças transmissíveis, sugerem que o financiamento da investigação deve abranger três áreas fundamentais: investigação sobre políticas e sistemas de saúde; onde e como implementar intervenções financeiramente eficazes em contextos de baixo rendimento; investigação epidemiológica acerca das categorias mais vastas de doenças mentais afetando crianças e adolescentes, assim como aquelas relacionadas com álcool e abuso de drogas [15:441].

**Tabela 1:** A identificação de Prioridades na área da saúde

<b>Seis passos fundamentais segundo o COHRED (adaptado de [12:17])</b>
Avaliar a situação (compreender o ambiente no qual a definição de prioridades é levada a cabo)
Delinear o cenário (definir o foco e abordagem do processo de identificação de prioridades)
Escolher o melhor método (selecionar os métodos mais indicados para os contextos e necessidades locais)
Planejar a definição de prioridades (desenvolver um quadro de gestão para assegurar a melhor utilização de recursos)
Definir as prioridades (implementar o plano de trabalho)
Fazer com que as prioridades funcionem (assegurar ações depois da definição de prioridades, e revisão constante do progresso)

Outra área negligenciada diz respeito às doenças cardiovasculares (DCV). Se, no início do século XX, as doenças cardiovasculares eram responsáveis por 10% da mortalidade mundial, esse valor subiu atualmente para 30%, e os esforços para controlar a mortalidade das DCV nos países em desenvolvimento são claramente insuficientes [16: 1966]. De acordo com Fuster et al., o subfinanciamento e subreconhecimento das DCV está relacionado com o facto de os especialistas nestas áreas não terem sido envolvidos de uma forma robusta na definição dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio das Nações Unidas [16:1966]. De acordo com os autores, é necessário que a área negligenciada das doenças crónicas, nomeadamente das DCV, seja devidamente reconhecida e financiada [16:1970].

### 3. Envolvimento inicial dos parceiros

O envolvimento inicial de todos os parceiros nas colaborações de investigação é fundamental para que a definição da agenda, metodologias e possíveis resultados sejam discutidos de forma transparente por todos os envolvidos. Caso não se proceda a um robusto envolvimento de todos os atores à partida, existe o risco da colaboração ser dominada pelos interesses das instituições do Norte e financiadores, o que impede uma equidade de oportunidade entre todos os parceiros.

A Comissão Suíça para as Parcerias de Investigação com os Países em Desenvolvimento (KFPE) desenvolveu um guia para as parcerias de investigação transnacionais [17] que assenta em 11 princípios, já indicados de forma detalhada noutro artigo deste suplemento [18]. O primeiro princípio diz respeito à definição conjunta da agenda de investigação e visa responder a três desafios fundamentais: o desenvolvimento conjunto das fases iniciais de identificação e planeamento; a manutenção da liberdade de investigação face às exigências dos fi-

**Tabela 2:** Os 7 princípios da iniciativa Essence (adaptados de [20:9])

1) Colabore, comunique e partilhe experiências
2) Compreenda o contexto local e avalie de forma eficaz a capacidade de investigação existente
3) Assegure-se que a instituição local tem acesso aos direitos de propriedade e facilite apoio ativo
4) Promova a monitorização, avaliação e aprendizagem desde o início
5) Estabeleça uma robusta governação e estruturas de suporte da investigação, e promova uma liderança eficaz
6) Incorpore estruturas robustas de apoio, supervisão e acompanhamento
7) Pense a longo prazo, seja flexível e desenvolva planos para a continuidade

naciadores; a possibilidade de colmatar desigualdades entre os parceiros através da confiança, motivação e responsabilização [17:2].

O envolvimento inicial dos parceiros deve ter em conta as prioridades de investigação das comunidades em questão na definição da agenda conjunta [3] e deve também considerar os desafios de levar a cabo investigação em cenários interculturais. Estes colocam um número de problemas metodológicos e práticos, exigindo, de acordo com Small et al. (1999), um especial cuidado na seleção de staff assim como processos de apoio e formação contínuos [19: 389].

A iniciativa Essence sobre investigação em saúde foi levada a cabo por um conjunto de agências de financiamento para promover uma maior coordenação dos esforços de capacitação ao nível da investigação [20:5]. Para esse efeito, foram desenvolvidos os seguintes 7 princípios, cuja adaptação apresentamos na tabela 2.

A recomendação 6 é particularmente pertinente no que concerne à capacitação dos parceiros, em especial em PBMR. Em muitas instituições desses países existe uma falta crónica de mentores e supervisores experientes, facto que prejudica o desenvolvimento de expertise e a possibilidade de obter financiamento competitivo [20: 20].

Algumas das dificuldades experienciadas pelos investigadores de países em desenvolvimento incluem a falta de financiamento para projetos de investigação, dificuldades com a escrita em inglês, em identificar revistas científicas relevantes e lidar com os processos de revisão por pares [21]. Apesar de existir uma crescente ênfase em processos de capacitação no contexto Africano para fortalecer os sistemas educativos e de I&D, tem sido argumentado que nem todos os programas implementados têm efeitos substanciais e duradouros [22].

#### 4. Tornar explícitas as contribuições de todos os parceiros

Frequentemente os parceiros do Sul Global não têm um acesso equitativo aos resultados da investigação, incluindo patentes, artigos e benefícios financeiros, para além de terem um papel secundário na definição das agendas e processos de pesquisa, habitualmente monopolizados pelas instituições do Norte. O guia que o KFPE desenvolveu, anteriormente mencionado, recomenda explicitamente que a

definição da agenda, a partilha de dados, resultados e lucros seja feita de uma forma equitativa.

No que diz respeito à partilha de lucros e resultados (recomendação 9), os desafios identificados pelo KFPE incluem a necessidade de identificar potenciais benefícios da investigação à partida, assegurando a sua partilha equitativa; a resolução de disparidades inerentes em relação ao estatuto académico e capacidade de decisão; a definição de quem serão os detentores dos direitos de propriedade de projetos financiados publicamente [17:11].

De acordo com o COHRED, as instituições dos PBMR nas regiões Africanas e Asiáticas têm revelado deficiências ao nível da capacidade de negociação contratual devido à falta de expertise jurídica. Uma maior capacidade de negociação irá permitir a essas instituições uma distribuição mais equitativa dos benefícios das parcerias, e nesse sentido o COHRED identificou 5 áreas fundamentais que devem ser negociadas por todos os parceiros para permitir uma maximização dos benefícios das instituições dos PBMR. Essas áreas são as seguintes: a) Os direitos de propriedade intelectual; b) a capacitação e transferência tecnológica; c) propriedade dos dados e amostras; d) compensação para custos indiretos; e) o contexto (legislativo) dos contratos de investigação [23: 3].

É também fundamental implementar estratégias para a resolução dos conflitos que frequentemente emergem durante as parcerias. De acordo com Larkan et al. (2016), as parcerias devem assentar em processos de comunicação transparentes, e a noção de resolução deve ser entendida enquanto essencial por dois motivos: em primeiro lugar, deve haver o reconhecimento de que as parcerias irão encontrar dificuldades, sendo por isso fulcral ter determinação e perseverança para as ultrapassar; em segundo lugar, e apesar de os processos

de mediação e de resolução de conflitos poderem oferecer soluções, é também necessário que os parceiros tenham uma estratégia clara para terminar a parceria em certas situações [24: 4].

As recomendações do KFPE oferecem algumas sugestões para lidar com os conflitos nas parcerias, nomeadamente o estabelecimento de padrões para a resolução de conflitos, a definição de termos de referência e memorandos de entendimento, a criação de acordos equitativos e vinculativos e até a designação de um comité externo para tomar uma decisão em caso de conflito [17].

A Rede do Novo México sobre Excelência na Investigação Biomédica (NM-INBRE) também desenvolveu uma política de resolução e prevenção de conflitos. A resolução de conflitos tem uma dimensão informal e formal. Em relação à informal, são sugeridas as seguintes soluções: a) Trate a outra pessoa com respeito; b) Confronte o problema; c) Defina o conflito; d) Comunique de uma forma compreensiva; e) Explore soluções alternativas; f) Chegue a um acordo acerca da solução mais viável; e) Faça uma avaliação da solução após algum tempo [25]. Do ponto de vista formal, e caso a abordagem informal falhe, o líder do projeto/diretor do programa será o primeiro ponto de contacto, e caso as várias partes não cheguem a um acordo será formado um comité com poder vinculativo para resolver a situação [25].

Bagshaw et al. (2007) argumentam que os desafios associados à investigação (desde a preparação de uma revisão de literatura, passando pela definição das questões de partida até à análise dos dados) se tornam mais complexos em situações de colaboração internacional, no sentido em que a equipa é constituída por indivíduos de diferentes “disciplinas, países, culturas, histórias, e sistemas educativos que têm diferentes aptidões linguísticas” [26: 434].

Os autores fornecem quatro pistas interessantes para a prevenção de conflitos nestes contextos de diversidade cultural: o reconhecimento da diversidade e o desenvolvimento de objetivos de cooperação; o desenvolvimento de autorreflexão e de reflexividade (existem várias técnicas para refletir acerca da situação social, cultural, somática e étnica dos indivíduos – [27]); a promoção de um diálogo colaborativo (incluindo práticas para escutar o “outro” em plena consciência – [28]); o desenvolvimento de confiança ao longo do tempo (reconhecendo que a confiança emerge através de uma cooperação continuada) [26].

Bammer, partindo de uma análise histórica das colaborações de investigação com base em três exemplos (a construção da bomba atómica, o Projeto do Genoma Humano e a Comissão Mundial sobre barragens), desenvolve algumas considerações acerca da avaliação e gestão das parcerias. Reconhecendo que é necessário

solidificar a investigação sobre este tema para maximizar o impacto positivo das colaborações, a autora apresenta algumas sugestões acerca de quatro dimensões fundamentais destes processos: 1) a gestão das diferenças que podem destruir as parcerias; 2) a decisão acerca do que a colaboração deve envolver na prática; 3) a compreensão de aspetos que podem distorcer os potenciais resultados da investigação; 4) o recrutamento de parceiros necessários, preservando a independência da investigação [29: 875].

A explicitação das contribuições dos parceiros também pode ser enquadrada no âmbito de uma preocupação mais vasta com a identificação do potencial impacto da investigação a montante dos próprios processos de desenho das propostas. No Reino Unido, os Research Councils (RCUK), responsáveis por uma parte significativa do financiamento público da investigação nas diversas áreas científicas, recomendam que as candidaturas a financiamento tenham uma declaração explícita acerca do seu potencial impacto, articulando o mérito científico com dimensões sociais e éticas.

De facto, os RCUK recomendam que esta declaração seja “específica do projeto e não generalizada” e também “flexível e focada em potenciais resultados” [30: 2]. Nesse sentido, os investigadores devem: “identificar e envolver-se ativamente com utilizadores da investigação e *stakeholders* em fases apropriadas”; “articular um entendimento claro do contexto e necessidades dos utilizadores e considerar formas para a investigação proposta ir ao encontro dessas necessidades ou ter um impacto em função do entendimento dessas necessidades”; “desenvolver o planeamento e gestão de atividades associadas incluindo (...) pessoal, orçamento (...) resultados e exequibilidade” e “incluir evidências de algum envolvimento existente com utilizadores relevantes” [30:2]. Uma previsão acerca do potencial impacto económico da investigação em saúde pode justificar um aumento do financiamento desta área, em função dos seus benefícios sociais a longo prazo [31].

De acordo com Darby (2017), a avaliação do impacto deve ser coproduzida de uma forma participativa com as comunidades diretamente visadas. Isso requer abordagens de investigação baseadas em racionalidades e práticas centradas nos valores dessas mesmas comunidades. As abordagens coprodutivas, promovidas pela autora, “promovem um diálogo acerca do que não só é aceitável mas também desejável. Essa investigação valoriza não só os produtos finais mas também as necessidades e processos de aprendizagem emergentes” [32: 231].

A abordagem da autora vai ao encontro das recentes preocupações com avaliações participativas das tecnologias, realizadas a montante, sob a égide do paradigma de investigação e inovação responsáveis. Esta

abordagem está associada a literatura mais vasta no âmbito dos estudos de ciência e tecnologia, registando-se o desenvolvimento de metodologias participativas para avaliar os potenciais impactos sociais e éticos de tecnologias em função dos valores específicos dos indivíduos e comunidades [9].

Uma avaliação participativa do impacto de determinada aplicação está relacionada com o reconhecimento de que as racionalidades políticas e científicas são incapazes de prever todas as potenciais implicações da ciência e tecnologia (C&T), justificando o despoletar daquilo que Sheila Jasanoff designa como “tecnologias de humildade”. De acordo com a autora, a humildade contrasta com *hubris* da ciência moderna, centrada num dualismo epistemológico entre leigos e peritos, e as tecnologias de humildade “requerem não só os mecanismos formais de participação mas também um ambiente intelectual no qual os cidadãos são encorajados a trazer o seu conhecimento e capacidades nos processos de resolução de problemas comuns” [33: 227].

## 5. Assegurar que a equiparação financeira e outros mecanismos de cofinanciamento não prejudicam as oportunidades para a participação equitativa de todos os parceiros

Em 1990, a Comissão para a Investigação em Saúde para o Desenvolvimento (HRfD) divulgou um relatório em que apontava que apenas 5% dos 30 biliões de dólares gastos anualmente na investigação em saúde eram dedicados aos problemas de saúde dos países em desenvolvimento, sugerindo a possibilidade desse investimento ter vindo a diminuir devido aos problemas económicos desses países [34: 36].

As disparidades económicas entre o Norte e o Sul global exigem o desenvolvimento de mecanismos de cofinanciamento equitativos que possibilitem um impacto visível nas comunidades dos países em desenvolvimento. Um exemplo recente diz respeito a um método de financiamento desenvolvido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento que tem em conta os custos e benefícios das intervenções em diversos setores e avalia de forma sistemática os seus impactos. Esse mecanismo tem vindo a ser testado nas áreas do VHI, saúde e proteção social em alguns países subsarianos [35].

De acordo com Edejer, as disparidades de financiamento na investigação em saúde entre Norte/Sul fazem com que muitas das boas intenções patentes nas parcerias Norte/Sul não se traduzam na partilha equitativa de valores e agendas. Para que as colaborações Norte/Sul possam ser mutuamente benéficas, é necessário, segundo a autora, que os resultados das parcerias não sejam avaliados apenas tendo em conta os seus méritos científicos. É necessário desenvolver uma

“abordagem pedagógica para criar uma relação de trabalho sustentável e mutuamente benéfica que, para além de avançar o conhecimento científico, também lide com as desigualdades e coloque em primeiro lugar as prioridades locais, desenvolvendo capacitação com uma perspetiva a longo prazo e preservando a dignidade dos povos locais, assegurando que os benefícios da investigação irão verdadeiramente melhorar as suas condições.” [36:319].

A Comissão Europeia - reconhecendo que o modelo clássico de doador-beneficiário, característico do financiamento da I&D em África, ignora as verdadeiras necessidades dos países em desenvolvimento - lançou em 2009 o projeto ERAfrica. Este projeto visa o estabelecimento de parcerias equitativas através da criação de consensos acerca de áreas chave a serem financiadas e que façam face às prioridades Europeias e Africanas. Através do diálogo, chegou-se a um consenso acerca de três áreas a financiar: energia renovável; investigação entre duas áreas disciplinares e novas ideias dos investigadores [37]. Devido ao sucesso desta iniciativa, os parceiros do ERAfrica esperam que uma segunda chamada para propostas seja anunciada no futuro próximo [38].

Com base num workshop organizado em 2010 em Pretória pela OCDE e pela Agência Japonesa para a Ciência e a Tecnologia com investigadores de países desenvolvidos e em desenvolvimento, chegou-se à conclusão que as parcerias Norte/Sul são frequentemente “assimétricas”. Para colmatar esta situação, os participantes sugeriram que para balançar os inputs e a partilha dos resultados devia ser feita, durante as fases iniciais da colaboração, uma identificação explícita de todas as contribuições que os parceiros

**Tabela 3:** Desenvolvimento sistemático da Ciência e Sociedade segundo Acharya (adaptado de [43: 59-61])

Seleção de prioridades tecnológicas tendo em conta os objetivos do crescimento económico e de saúde pública
Melhoria da infraestrutura física, como estradas, água, eletricidade e sistemas de comunicação
Promoção de aprendizagem e comunicação entre setores
Coordenação da formação académica com as necessidades da indústria e de saúde pública
Aumento da comercialização da investigação para permitir a transferência tecnológica das instituições de investigação para firmas privadas
Fortalecimento do ambiente legal e regulatório para apoiar o investimento em C&T
Desenvolvimento de instituições financeiras para suportar a inovação estratégica

pretendem fazer durante o processo de colaboração. Esse inventário devia incluir não só as contribuições financeiras e académicas mas também recursos e informações locais pertinentes [39].

Também a GAVI, a Aliança Internacional da Vacina, uma organização que junta o setor público e privado, desenvolveu um modelo de negócio cujo objetivo é fazer a ponte entre as necessidades dos países africanos e as farmacêuticas, fazendo com que as empresas privadas ajustem a produção de vacinas em função dos interesses reais desses países. Desde 2007 que a GAVI desenvolve uma política de cofinanciamento que permite aos países aderentes o investimento em novas vacinas e a diminuição dos custos relativos às campanhas públicas de imunização [40].

A Organização Mundial de Saúde organizou uma reunião em Dezembro de 2014 na Suíça para discutir como o contexto fiscal dos países de baixo e médio rendimento afeta a investigação em saúde. Considerando-se que a capacidade fiscal em alguns desses países é reduzida, foram criados grupos de trabalho dedicados a áreas como o financiamento da saúde, sustentabilidade fiscal e gestão das finanças públicas; espaço fiscal e projeções acerca dos gastos com saúde; a integração de iniciativas na saúde global com a política de financiamento na saúde; o desenvolvimento de redes de oficiais de “saúde e orçamento” e a melhoria da compreensão das práticas de orçamentação na saúde. Algumas das ações definidas como prioritárias incluíram uma melhoria do alinhamento das reformas de políticas de financiamento de saúde e de regras de gestão das finanças públicas; a facilitação da partilha e harmonização metodológica do espaço fiscal; a melhoria da colaboração entre oficiais de saúde e fiscais para fortalecer a prestação de cuidados de saúde [41: 5-7].

A consolidação do contexto fiscal dos países do Sul Global deve ser acompanhada por uma definição das prioridades de intervenção em saúde. Alguns modelos e ferramentas que podem ser mobilizados para esse efeito incluem por exemplo o Modelo de Alocação de Recursos em Saúde, o modelo CHOICE da Organização Mundial de Saúde ou o modelo EVIDEM [42: 16]. O Grupo de Trabalho sobre Definição de Prioridades em Instituições para a Saúde, do Centro para o Desenvolvimento Global (EUA), desenvolveu um modelo para otimizar a definição de prioridades em tecnologias de saúde (tendo em conta a sua viabilidade económica) assente em sete processos: a) o registo ou autorização da tecnologia num país específico; b) a identificação e seleção de tecnologias para avaliação; c) a avaliação do custo-eficácia; d) a avaliação do impacto orçamental da implementação de uma determinada tecnologia de saúde num sistema de saúde; e) a condução de um processo deliberativo com todos os *stakeholders* envolvidos e tendo em conta critérios de decisão subjetivos; f) a tomada de decisões, guiadas pelos resultados e evidências das recomendações; g) recurso e avaliação permanente das decisões efetuadas [42: 22-23].

## 6. Reconhecimento de capacidades desiguais de gestão de investigação entre parceiros e providenciar medidas apropriadas para que estas possam ser melhoradas

De acordo com o Conselho para as Organizações Internacionais de Ciências Médicas (CIOMS) e a OMS, a investigação em saúde frequentemente envolve parcerias internacionais, e nesse sentido é fundamental que os “investigadores e financiadores que planeiam levar a cabo investigação nestas comunidades contribuam para a capacitação da investigação e revisão [ética]” [11:29]. A capacitação pode incluir as seguintes atividades: a construção de infraestruturas de investigação e o fortalecimento da capacidade de investigação; o fortalecimento da capacidade de revisão ética e avaliação nas comunidades de acolhimento; o desenvolvimento de tecnologias apropriadas aos cuidados de saúde e à investigação em saúde; a formação de pessoal ligado à investigação e cuidados de saúde; o planeamento de publicações em conjunto assim como a partilha de dados; a preparação de acordos acerca da partilha de benefícios resultantes da investigação [11: 29].

Como podemos constatar, a capacitação envolve não só uma vertente científica mas também aspectos administrativos, orçamentais e relacionados com a gestão do conhecimento e dos sistemas de I&D. Por outro lado, uma melhoria dos sistemas de I&D dos países em desenvolvimento não só pode contribuir para uma maior produção científica emergente desses países como também trazer benefícios mais vastos ao nível dos sistemas de saúde, por exemplo. Nesse sentido, é necessário adotar uma visão integrada para que os PBMR possam desenvolver e usufruir de um maior investimento em C&T.

De acordo com Acharya (2006), um alinhamento dos investimentos em C&T com os objetivos de Saúde Pública pode trazer benefícios económicos e sociais, mas é fundamental assegurar que este processo de capacitação possa ter um efeito concreto na saúde das populações pobres [43: 54]. De forma a promover um processo de desenvolvimento sistemático que inclua a ciência e a sociedade, Acharya defende a disseminação de um processo ramificado que sumarizamos na tabela 3.

O Instituto de Investigação para o Desenvolvimento (IRD) de França também reconhece que a investigação científica é benéfica para os objetivos de desenvolvimento, e que este pode ser alcançado através de um reforço de ações de capacitação. O Serviço de Reforço de Capacidades do IRD leva a cabo diversas ações de capacitação com investigadores, administradores e equipas de investigadores das instituições parceiras, incluindo: a) o apoio à formação individual em setores de investigação; b) a promoção da formação de equipas

**Tabela 4:** Recomendações de IJsselmuizen et al. para um fortalecimento dos recursos humanos em investigação em saúde em África (adaptado de [49: 231-232])

1) Mais dados sobre a investigação, investigação em saúde e sobre os recursos humanos nestas áreas	<p>permitiu que algumas instituições se tornassem pontos fulcrais dos processos de capacitação em regiões da OMS, como em Cali, na Colômbia. Foi também introduzido financiamento para formação individual ao longo dos anos, integrado com o apoio institucional. Atualmente, o TDR visa lidar com três aspectos críticos para fortalecer a capacitação em PBMR: a) o reconhecimento do percurso académico dos investigadores; b) liderança institucional; c) capacitação relevante para as prioridades de investigação nacionais [45].</p> <p>Dean et al. (2015) entrevistaram 50 indivíduos de 12 instituições de países de alto rendimento e de PBMR de forma a avaliar qualitativamente como se processam e os fatores que encorajam as parcerias internacionais. Alguns aspectos fundamentais dizem respeito por exemplo aos benefícios da parceria ao nível individual e institucional – colaboração em financiamento e na publicação de artigos; a capacidade de influenciar a cultura de investigação assim como colaborações anteriores (como relação supervisor-estudante) e também a equidade da parceria. Aspectos como o controlo financeiro ou expectativas distintas podem prejudicar as colaborações entre países do Norte e Sul global [46: 13].</p> <p>A agência para a investigação e qualidade em cuidados de saúde (AHRQ) dos EUA desenvolveu uma série de recomendações para a gestão dos fundos de investigação que incluem, por exemplo, como responder aos pareceres científicos; o planeamento da implementação; a gestão financeira; a gestão do pessoal; a criação e adesão a um cronograma; aspectos ligados à autoria e à comunicação e a preparação para candidaturas a financiamento futuro [47].</p> <p>Beran et al. (2017), com base na sua experiência a partir de instituições de PBMR, consideram que os dispositivos de capacitação em saúde global são ainda marcados por formas de neocolonialismo. Apesar de existirem boas intenções, estas por vezes não ultrapassam um registo meramente retórico, e nesse sentido os investigadores desenvolveram uma série de recomendações que incluem obrigações dos financiadores dos países de elevados rendimentos (como assegurar que as chamadas para financiamento visam as necessidades locais ao invés dos seus interesses); obrigações das Universidades e investigadores dos países de alto rendimento (desenvolver parcerias equitativas com os parceiros do Sul global); obrigações das Universidades, investigadores e governos dos PBMR (como o aperfeiçoamento da governação local, melhoria da liderança e transparéncia a todos os níveis da hierarquia institucional e o reconhecimento da importância dos governos em financiarem a C&amp;T); obrigações das revisões</p>
2) Com base nestes dados, África tem de desenvolver uma estratégia coordenada para aumentar a sua capacidade em recursos humanos em investigação em saúde, incluindo a alocação de 2% dos orçamentos em saúde para investigação nessa área	
3) Os programas de investigação sobre doenças devem ser restrukturados para suportar a capacitação nacional em investigação e gestão em saúde	
4) Maior comunicação e colaboração entre financiadores internacionais para levar a cabo esta capacitação	
5) Diversificação da capacitação	
6) Ferramentas mais robustas de monitorização e avaliação	

de investigação e o reforço das suas aptidões, autonomia e competição num ambiente internacional; c) o favorecimento do desenvolvimento institucional do ambiente de investigação no Sul e a sua integração no mundo global [44].

No seguimento de um workshop levado a cabo em Cape Town, em Fevereiro de 2004, o Conselho Nuffield sobre Bioética publicou um relatório onde se indica a necessidade de reforçar a capacitação local das instituições parceiras. Neste workshop participaram 58 delegados de 28 países – investigadores, financiadores e membros de comités de ética de países desenvolvidos e em desenvolvimento. Os participantes argumentaram que a investigação financiada externamente gera oportunidades para o aumento do número de cientistas e para uma capacitação dos profissionais, e concluíram que tanto os investigadores como os financiadores partilham responsabilidades em termos de capacitação. Nesse sentido, deveriam ser reforçadas as parcerias para uma maior capacitação regional e nacional, incluindo o apoio a programas de capacitação por parte das entidades financeiras [1: 58-59].

Um modelo pioneiro no desenvolvimento de capacitação em países de baixo e médio rendimento foi o Programa Especial sobre Investigação e Formação em Doenças Tropicais (TDR), um programa cofinanciado pela UNICEF, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Banco Mundial e Organização Mundial de Saúde. Poucos eram os programas que nos anos 1970 levavam a cabo uma capacitação da investigação em doenças tropicais, e o TDR, a partir de 1974, desenvolveu um programa de capacitação para formar indivíduos e fortalecer os processos de investigação em países onde estas doenças são endémicas [45: 1].

Inicialmente o TDR estava focado em instituições. Os primeiros programas não eram competitivos, sendo caracterizados por financiamento duradouro que ajudava as instituições nos processos de capacitação. Posteriormente, este financiamento tornou-se mais competitivo e o TDR também

permitiu que algumas instituições se tornassem pontos fulcrais dos processos de capacitação em regiões da OMS, como em Cali, na Colômbia. Foi também introduzido financiamento para formação individual ao longo dos anos, integrado com o apoio institucional. Atualmente, o TDR visa lidar com três aspectos críticos para fortalecer a capacitação em PBMR: a) o reconhecimento do percurso académico dos investigadores; b) liderança institucional; c) capacitação relevante para as prioridades de investigação nacionais [45].

Dean et al. (2015) entrevistaram 50 indivíduos de 12 instituições de

países de alto rendimento e de PBMR de forma a avaliar qualitativamente como se processam e os fatores que encorajam as parcerias internacionais. Alguns aspectos fundamentais dizem respeito por exemplo aos benefícios da parceria ao nível individual e institucional – colaboração em financiamento e na publicação de artigos; a capacidade de influenciar a cultura de investigação assim como colaborações anteriores (como relação supervisor-estudante) e também a equidade da parceria. Aspectos como o controlo financeiro ou expectativas distintas podem prejudicar as colaborações entre países do Norte e Sul global [46: 13].

A agência para a investigação e qualidade em cuidados de saúde (AHRQ) dos EUA desenvolveu uma série de recomendações para a gestão dos fundos de investigação que incluem, por exemplo, como responder aos pareceres científicos; o planeamento da implementação; a gestão financeira; a gestão do pessoal; a criação e adesão a um cronograma; aspectos ligados à autoria e à comunicação e a preparação para candidaturas a financiamento futuro [47].

Beran et al. (2017), com base na sua experiência a partir de instituições de PBMR, consideram que os dispositivos de capacitação em saúde global são ainda marcados por formas de neocolonialismo. Apesar de existirem boas intenções, estas por vezes não ultrapassam um registo meramente retórico, e nesse sentido os investigadores desenvolveram uma série de recomendações que incluem obrigações dos financiadores dos países de elevados rendimentos (como assegurar que as chamadas para financiamento visam as necessidades locais ao invés dos seus interesses); obrigações das Universidades e investigadores dos países de alto rendimento (desenvolver parcerias equitativas com os parceiros do Sul global); obrigações das Universidades, investigadores e governos dos PBMR (como o aperfeiçoamento da governação local, melhoria da liderança e transparéncia a todos os níveis da hierarquia institucional e o reconhecimento da importância dos governos em financiarem a C&T); obrigações das revisões

tas científicas (como não cobrar um custo para a publicação em regime de livre-acesso, no caso do projeto não ter sido financiado por uma instituição do Norte) [48].

IJsselmuiden et al. (2012) também argumentam que é necessário reforçar os esforços de capacitação em recursos humanos para a investigação em saúde em África. De acordo com os autores, o esforço de capacitação nesta área é “descoordenado, em pequena escala e desenvolvido maioritariamente a partir de fora de África” e o “conhecimento sobre a capacitação para a investigação em saúde (...) em África é fragmentado ou inexistente” [49: 231]. Para fazer face a este contexto e promover um fortalecimento dos recursos humanos em investigação em saúde em África, os autores fazem 6 recomendações, que elencamos na tabela 4.

Chu et al. (2014) constatam que os países de baixo e médio rendimento são os mais afetados por problemas relacionados com saúde, apesar da investigação nessa área ter pouca expressão - de facto, estima-se que a África subsariana apenas produza 1% das publicações na área da biomedicina [50: 1]. Para que possa ocorrer uma verdadeira capacitação em investigação em saúde, colocam-se três desafios fundamentais: a) como é que as instituições e médicos africanos podem beneficiar das colaborações internacionais de investigação sem serem explorados? B) como é que o avanço da capacidade Africana em investigação pode constituir uma prioridade tendo em conta as exigências de publicação associadas às universidades do Norte? C) Como é que os cientistas e governos africanos gerem a vaga de académicos do Norte que encaram África como a próxima fronteira na investigação em saúde global? [50: 2].

Para fazer face a estes desafios, os autores sugerem seis eixos para uma capacitação robusta na área da investigação em saúde no contexto africano: a) a criação de capacidade local de investigação através da cooperação com países do Norte e de recursos regionais; b) a definição de uma agenda de investigação local; d) o estabelecimento de colaborações duradouras; e) coordenação e monitorização locais; f) o estabelecimento de comités éticos locais; g) a exigência de participação na autoria das publicações e na disseminação de resultados [50: 2-3].

Bates et al. (2006) desenvolveram uma ferramenta para avaliar a capacitação na investigação em saúde no contexto africano, que foi testada no Hospital Universitário de Anokye, no Gana. Essa ferramenta, baseada numa extensa revisão de literatura acerca de várias ferramentas e modelos de capacitação e de melhores práticas, foi depois adaptada ao contexto específico do hospital. A ferramenta centrou-se em diferentes fases, como a implementação, a expansão e a consolidação [51: 1226], e elencou as atividades que caracterizaram o processo de capacitação, como por exemplo a inscrição de participantes de especialidades clínicas e não clínicas no curso; o envolvimento

de organizações nacionais no programa; a organização de uma reunião nacional de disseminação ou até a integração de atividades de investigação nas responsabilidades diárias do Hospital [51: 1226]

Um exemplo de boa prática relativa especificamente à capacitação financeira diz respeito aos esforços da Asia Foundation. Esta agência, que há mais de 55 anos trabalha com diversas organizações locais para o desenvolvimento na região da Ásia-Pacífico, leva a cabo uma avaliação da capacidade financeira destas organizações, antes que estas se candidatem a financiamento específico. Caso não cumpram os standards exigidos, a fundação providencia apoio no que diz respeito à adoção de standards financeiros e contabilísticos, incluindo assistência feita à medida da organização local e também um programa de treino financeiro de dois dias, que inclui a formação em software e manuais relevantes [52].

Outra organização responsável pela capacitação financeira em países em desenvolvimento e economias emergentes é a ACCA, uma associação global para os contabilistas profissionais. A ACCA levou a cabo vários programas de capacitação financeira em países como o Botswana, Paquistão, Vietname, Zâmbia e Zimbabwe, centrando-se nas seguintes ações: a) fortalecimento dos sistemas, processos e infraestrutura para a gestão financeira pública; b) a melhoria das qualificações financeiras; c) o desenvolvimento de aptidões básicas para as exigências laborais; d) a formação de auditores e contabilistas do setor público; e) a melhoria da cooperação entre governos nacionais e instituições locais e internacionais; f) a melhoria de competências através do apoio e desenvolvimento [53: 6].

De acordo com o Instituto Alemão para o Desenvolvimento, uma progressiva reforma dos sistemas públicos de gestão financeira (SPGF) nos países em desenvolvimento teria benefícios para os processos de governação, incluindo uma maior responsabilização dos atores perante o Parlamento e o público; o estabelecimento de estruturas de SPGF encorajaria a separação de poderes; a reforma dos SPGF iria gerar maior transparéncia, aumentando também a eficácia e eficiência da ação do governo, assim como a legitimidade do Estado. [54: 2].

Já no que diz respeito às organizações sem fins lucrativos, a capacitação financeira deve incluir a implementação dos seguintes dispositivos: políticas fiscais e manuais de procedimentos; sistemas de contabilidade; mapa das contas; orçamento(s); declarações financeiras; análise financeira; relatórios financeiros; revisão/auditoria financeira [55:6-7]. No que concerne a modelos de boas práticas financeiras em contextos de investigação, a Universidade de Stanford desenvolveu uma série de recomendações para a gestão financeira que salienta a responsabilidade fiscal – e não meramente científica – dos líderes dos projetos de investigação [56].

Para além das deficiências ao nível da organização fiscal

de algumas instituições do Sul, a falta de capacidade de negociação acaba por se manifestar em parcerias desiguais, pelo que, como vimos na secção 4, o COHRED desenvolveu uma série de recomendações para as negociações contratuais em contextos de investigação colaborativa [23]. Mais recentemente, estas recomendações foram expandidas para um documento que visa desenvolver estratégias para sistemas de inovação e investigação mais robustos. Estas estratégias dividem-se em três fases: pré-contrato (clarificar necessidades e horizontes; identificar parceiros potenciais; clarificar os resultados ideais da parceria; estar preparado para a negociação; compreender e estabelecer processos internos; procurar aconselhamento; estar a par de diferentes estilos de negociação; considerar estratégias para negociações difíceis), contrato (formalizar as negociações; aspectos básicos da contratação; definição da calendarização) e pós-contrato (executar o contrato, concluir o projeto de investigação) [57: 6].

## Conclusão

Neste artigo levámos a cabo uma revisão de literatura da base de evidências relativa ao primeiro domínio do RFI – Equidade de Oportunidade. As diversas sugestões e recomendações associadas a esta literatura heterogénea incluem a adoção de standards e modelos nas mais diversas áreas das colaborações, incluindo aspectos contratuais, fiscais, de financiamento, de gestão de ciência, de definição de prioridades e de partilha de benefícios.

As melhores práticas elencadas neste artigo visam permitir às instituições dos PBMR a obtenção de maiores benefícios nas parcerias que estabelecem com as instituições e financiadores do Norte Global, contribuindo nesse sentido para um esforço global na capacitação da investigação em saúde.

As ciências sociais e os estudos de ciência e tecnologia têm historicamente levado a cabo uma crítica dos processos de modernização, associados a conceitos como disciplina [58], estandardização [59] e mais recentemente à imposição de indicadores de produtividade em contextos académicos [60].

De acordo com Boaventura Sousa Santos, “temos o di-

reito a ser iguais sempre que a diferença nos inferioriza e temos o direito de ser diferentes sempre que a igualdade nos descaracteriza” [61: 56]. A adoção de práticas e modelos pode permitir uma maior equidade Norte/Sul no âmbito das colaborações em investigação em saúde e C&T em geral; por outro lado, corremos o risco de levar a cabo um processo universalizante que descaracteriza as epistemologias das comunidades locais.

De acordo com James Scott (1998), os processos de estandardização e homogeneização associados à modernidade – como a silvicultura científica, a uniformização das medidas e das moedas – procederam a uma obliteração de práticas e conhecimentos específicos. Os contextos epistemológicos locais são caracterizados por formas particulares de produção de expertise e da relação entre cidadãos e leigos [62], e as epistemologias cívicas variam consoante as tecnologias a que se referem [63].

O objetivo do RFI é promover uma maior igualdade nas colaborações internacionais ao nível da investigação em saúde. Para esse efeito, identificaram-se 3 domínios e 45 indicadores que avaliam de forma sistemática o “comportamento” de uma instituição, convidando-a a comprometer-se a adotar mecanismos para melhorar e fortalecer todas as dimensões associadas às relações de parceria.

Prevendo-se que o RFI seja adotado em larga escala nos próximos anos por instituições do Norte e Sul global, é premente que as diversas organizações aderentes não se limitem a adotar de forma acrítica recomendações, práticas e procedimentos desenvolvidos *a priori*, mas sejam capazes de desenvolver, através de formas de deliberação interna e colaborativa com os seus *stakeholders*, os modelos e abordagens mais úteis para os seus contextos culturais e epistemológicos.

Dessa forma, o RFI poderá comportar uma dimensão positiva e criativa, tornando-se numa oportunidade para as instituições reinventarem os seus processos colaborativos, por um lado assegurando os seus interesses num contexto internacional cada vez mais competitivo e exigente e, por outro lado, transformando as suas ambições, perspetivas e situações particulares em modelos vinculativos com um potencial impacto nas comunidades a que pertencem.

## Bibliografia

1. Nuffield Council on Bioethics (2005). The ethics of research related to healthcare in developing countries: follow-up paper. Consultado em 10 de Setembro de 2017. In: [https://nuffieldbioethics.org/wp-content/uploads/2014/07/HRRDC\\_Follow-up\\_Discussion\\_Paper.pdf](https://nuffieldbioethics.org/wp-content/uploads/2014/07/HRRDC_Follow-up_Discussion_Paper.pdf)
2. World Health Organization (2012). The WHO Strategy on Research for Health. Consultado em 10 de Setembro de 2017. In: [http://www.who.int/phi/WHO\\_Strategy\\_on\\_research\\_for\\_health.pdf](http://www.who.int/phi/WHO_Strategy_on_research_for_health.pdf)
3. Viergever RF et al. (2010). A checklist for health research priority setting: nine common themes of good practice. *Health Res Policy Systs.* 8: 36, 1-9.
4. Bradley M (2008). On the agenda: North–South research partnerships and agenda-setting processes. *Development in Practice* 18(6): 673–85.
5. Justice J (1987). Bureaucratic context of international health: a social scientist's view. *Social Science and Medicine* 25 (12): 1301-1306.
6. Nuyens Y (2007). Setting priorities for health research: lessons from low- and middle-income countries. *Bull World Health Organ* 85: 319-321.
7. Tomlinson M et al. (2011). A review of selected research priority setting processes at national level in low and middle income countries: towards fair and legitimate priority setting. *Health Res Policy Syst* 15(9):19.
8. McGregor S, Henderson KJ, Kaldor JM (2014). How are health research priori-

- ties set in low and middle income countries? A systematic review of published reports. *PLoS One* 9(9): e108787.
9. Carvalho A, Nunes JA (2013). Technology, Methodology and Intervention: Performing Nanoethics in Portugal. *Nanoethics* 7 (2): 149–160.
  10. World Health Organization (2007). Sixtieth World Health Assembly. Eleventh plenary meeting, 23 May 2007 – Committee B, second report. Consultado em 10 de Setembro de 2017. In: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHASSA\\_WHA60/Rec1/E/reso-60-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHASSA_WHA60/Rec1/E/reso-60-en.pdf)
  11. Council of International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) (2016). International Ethical Guidelines for Health-related Research involving Humans. Consultado em 10 de Setembro de 2017. In: <http://cioms.ch/ethical-guidelines-2016/WEB-CIOMS-EthicalGuidelines.pdf>
  12. Montroni G, De Haan S, Ijsselmuiden C (2010). Priority setting for research for health. A management process for countries. Geneva: COHRED. Consultado em 10 de Setembro de 2017. In: [http://www.cohred.org/downloads/Priority\\_Setting\\_COHRED\\_approach\\_August\\_2010.pdf](http://www.cohred.org/downloads/Priority_Setting_COHRED_approach_August_2010.pdf)
  13. Khan et al. (2017). Assessing of R&D priority setting processes for neglected diseases. Global Observatory on Health R&D Working paper series 1 (preliminary draft). Consultado em 10 de Setembro de 2017. In: [http://www.who.int/research-observatory/resources/methods/gohrd\\_working\\_paper\\_series1.pdf](http://www.who.int/research-observatory/resources/methods/gohrd_working_paper_series1.pdf)
  14. White G, Birkel R (1989). Low Priority of Research on Stress-Related Disorders Questioned. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 27(11): 3-36.
  15. Tomlinson M et al. (2009). Setting priorities for global mental health research. *Bull World Health Organ* 87 (6): 438-446.
  16. Fuster V et al (2007). Low priority of cardiovascular and chronic diseases on the global health agenda: a cause for concern. *Circulation* 116: 1966-1970.
  17. Commission for Research Partnerships with Developing Countries (KFPE) (2014). A Guide for Transboundary Research Partnerships. Consultado em 11 de setembro de 20017. In: [https://naturalsciences.ch/organisations/kfpe/11\\_principles\\_7\\_questions](https://naturalsciences.ch/organisations/kfpe/11_principles_7_questions)
  18. Carvalho A et al. (2017). A implementação da Iniciativa para a Equidade na Investigação. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical* 16 (Supl. 2), 11-20.
  19. Small R et al. (1999). Cross-cultural research: Trying to do it better. 2: Enhancing data quality. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 23(4): 390-395.
  20. ESSENCE (2014). Seven principles for strengthening research capacity in low- and middle-income countries: simple ideas in a complex world. Consultado em 11 de Setembro de 2017. In: [http://www.who.int/tdr/publications/Essence\\_report2014\\_OK.pdf](http://www.who.int/tdr/publications/Essence_report2014_OK.pdf)
  21. Nobes A (2017). Challenges faced by early career researchers in low and middle income countries – how can we support them? Consultado em 11 de Setembro de 2017. In: <http://gheg-journal.co.uk/2017/01/challenges-faced-early-career-researchers-lmics-support/>
  22. Uduoma O. et al. (2014). Research Capacity Building in Africa: Perceived Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats Impacting on the Doctoral Training for Development Programme in Africa. In: Brennan L. (eds) Enacting Globalization. Palgrave Macmillan, London, 43-53.
  23. Marais D et al. (2013). Where there is no lawyer: Guidance for fairer contract negotiation in collaborative research partnerships. Geneva: Council on Health Research for Development. Consultado em 11 de Setembro de 2017. In: <http://www.cohred.org/wp-content/uploads/2012/04/Fair-Research-Contracting-Guidance-Booklet-e-version.pdf>
  24. Larkan F et al. (2016). Developing a framework for successful research partnerships in global health. *Glob Health*. 12:17. Doi: 10.1186/s12992-016-0152-1
  25. IDE Networks of Biomedical Research Excellence (NBRE) (2017). Conflict Resolution Policy. Consultado em 11 de Setembro de 2017. In: <http://www.nmnbre.org/index.php/conflict-resolution-policy>
  26. Bagshaw D et al. (2007) International research collaboration: Building teams and managing conflicts. *Conflict Resolution Quarterly* 24: 433-446.
  27. Carvalho A (2017) Ecologies of the Self in Practice - meditation, affect and eco-sophy. *Geografiska Annaler: Series B, Human Geography* 99 (2): 207-222.
  28. Carvalho A (2014) Subjectivity, Ecology and Meditation: Performing Interconnectedness Subjectivity 7 (2): 131-150.
  29. Bammer G (2008). Enhancing research collaborations: Three key management challenges. *Research Policy*. 37(5):875-887.
  30. Research Councils UK (RCUK) (2014). RCUK Pathways to Impact. Consultado em 11 de Setembro de 2017. In: <http://www.rcuk.ac.uk/innovation/impacts/>
  31. Buxton M, Hanney S, Jones T (2004). Estimating the economic value to societies of the impact of health research: a critical review. *Bulletin of the World Health Organisation* 82: 733-739.
  32. Darby S (2017). Making space for co-produced research 'impact': learning from a participatory action research case study. *Area* 49: 230–237.
  33. Jasanooff S. (2003). Technologies of humility: citizen participation in governing science. *Minerva* 41:223-244.
  34. Commission on Health Research for Development (HRfD) (1990). Health Research: Essential Link to Equity in Development. New York, Oxford University Press.
  35. Webb D et al. (2015). Co-financing for health and development – an affordable innovation. Consultado em 11 de Setembro de 2017. In: <http://www.undp.org/conttent/undp/en/home/blog/2015/7/13/Co-financing-for-health-and-development-an-affordable-innovation.html>
  36. Edejer TTT (1999). North-South research partnerships: the ethics of carrying out research in developing countries. *BMJ*. 319:438-41.
  37. European Commission (2015a). Rethinking the blueprint for African-EU research. Consultado em 11 de Setembro de 2017. In: <https://ec.europa.eu/programmes/horizon2020/en/news/rethinking-blueprint-african-eu-research>
  38. European Commission (2015b). Lessons in Co-financing: Second Phase of ERAfrica Planned. Consultado em 11 de Setembro de 2017. In: <https://caast-net-plus.org/story/9>
  39. OECD (2011). Opportunities, Challenges and Good Practices in International Research Cooperation between Developed and Developing. Consultado em 11 de Setembro de 2017. In: <https://www.oecd.org/sti/sci-tech/47737209.pdf>
  40. GAVI (2017). Gavi Co-financing Policy. Consultado em 11 de Setembro de 2017. In: <http://www.gavi.org/about/programme-policies/co-financing/>
  41. WHO (2015). Fiscal space, public finance management and health financing: A collaborative agenda. Consultado em 11 de Setembro de 2017. In: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/153947/5/9789241508506\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/153947/5/9789241508506_eng.pdf)
  42. Glassman A et al. (2012). Priority setting institutions and health recommendations from a center for global development working group. *Global Health*. 7(1): 13 - 34.
  43. Acharya T (2007). Science and technology for wealth and health in developing countries. *Global Public Health* 2: 53-63.
  44. Institut français de recherche pour le développement (IRD) (2014). Reinforcing the research capacities of scientific communities in the South. Consultado em 11 de Setembro de 2017. In: <http://en.ird.fr/partnerships/capacity-building>
  45. Ogundahunsi OAT et al. (2015). Strengthening Research Capacity—TDR's Evolving Experience in Low- and Middle-Income Countries. *PLoS Negl Trop Dis* 9(1): e3380.
  46. Dean L et al. (2015). Promoting sustainable research partnerships: a mixed-method evaluation of a United Kingdom-Africa capacity strengthening award scheme. *Health Research Policy and Systems* 13 (81). doi: 10.1186/s12961-015-0071-2
  47. Selby-Harrington M et al. (1993). Guidance for managing a research grant. *Nursing Res*. 41 (1): 54–58.
  48. Beran D et al. (2017). Research capacity building—obligations for global health partners. *The Lancet Global Health* 5(6): 567-568.
  49. Ijsselmuiden C et al. (2012). Africa's neglected area of human resources for health research—the way forward. *S Afr Med J* 102: 236-41.
  50. Chu KM et al. (2014). Building research capacity in Africa: equity and global health collaborations. *PLoS Med* 11: e1001612.
  51. Bates I et al. (2006). Evaluating Health Research Capacity Building: An Evidence-Based Tool. *PLoS Med* 3(8): e299.
  52. The Asia Foundation (2009). Financial Management Capacity Building: A commitment to partners. Consultado em 11 de Setembro de 2017. In: <https://asiafoundation.org/resources/pdfs/IDFinanceGrants.pdf>
  53. AccountAnts for business (ACCA) (2010). Improving public sector financial management in developing countries and emerging economies. Consultado em 11 de Setembro de 2017. In: <http://www.accaglobal.com/content/dam/accaglobal/PDF-technical/public-sector/tech-afb-ipsm.pdf>
  54. Klingebiel S, Mahn TC (2011). Briefing Paper 3/2011 - Reforming public financial management systems in developing countries as a contribution to the improvement of governance. Consultado em 11 de Setembro de 2017. In: [https://www.die-gdi.de/uploads/media/BP\\_3.2011.pdf](https://www.die-gdi.de/uploads/media/BP_3.2011.pdf)
  55. Claussen C (2012). Capacity Building for Financial Management: A Literature Review. United Way of Calgary and Area. Consultado em 11 de Setembro de 2017. In: [http://www.calgaryunitedway.org/images/uwca/our-work/supporting-non-profits/capacity-building/capacity\\_building\\_for\\_financial\\_management.pdf](http://www.calgaryunitedway.org/images/uwca/our-work/supporting-non-profits/capacity-building/capacity_building_for_financial_management.pdf)
  56. Stanford University (2017). Your role in financial management. Consultado em 11 de Setembro de 2017. In: <https://doresearch.stanford.edu/research-scholarship/pi-financial-basics/your-role-financial-management>
  57. Edwards D et al. (2014). Negotiating Research Contracts – Creating Opportunities for Stronger Research and Innovation Systems. Council on Health Research for Development. Consultado em 11 de Setembro de 2017. In: <http://www.cohred.org/wp-content/uploads/2014/06/COHRED-negotiationbookletv-web.pdf>
  58. Foucault M (1995). Discipline and Punish. New York: Pantheon Books.
  59. Scott J (1998). Seeing like a State. New Haven, Connecticut: Yale University Press.
  60. Felt U (2017). Under the Shadow of Time: Where Indicators and Academic Values Meet. *Engaging Science, Technology, and Society* 3: 53-63.
  61. Santos BS (2003). Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitismo multicultural. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira.
  62. Jasanooff S (2005). Designs on Nature. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
  63. Santos Pereira T, Carvalho A, Fonseca P (2016). Imaginaries of nuclear energy in the Portuguese parliament: Between promise, risk, and democracy. *Public Understanding of Science* 26 (3): 289-306.

# Fortalecimento dos Comités de Bioética nos Países Africanos de Língua Portuguesa

*Strengthening Bioethics Committees from Portuguese Speaking African Countries*

## João Schwalbach

Comité Nacional de Bioética para a Saúde de Moçambique

## Esperança Sevene

Comité Nacional de Bioética para a Saúde de Moçambique  
Faculdade de Medicina, Universidade Eduardo Mondlane

## Ema Cândida Branco Fernandes

Faculdade de Medicina, Universidade Agostinho Neto

## Isabel Inês Monteiro de Pina Araújo

Universidade de Cabo-Verde

## Helena Pereira de Melo

Faculdade de Direito, Universidade Nova de Lisboa

## Amilcar Bernardo Tomé da Silva

Faculdade de Medicina, Universidade Agostinho Neto

## Emanuel Catumbela

Faculdade de Medicina, Universidade Agostinho Neto

## Jahit Sacarlal

Faculdade de Medicina, Universidade Eduardo Mondlane

## Jorge Seixas

Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa

## Maria Chimpolo

Faculdade de Medicina, Universidade Agostinho Neto

## Rassul Nala

Comité Nacional de Bioética para a Saúde de Moçambique

## Tazi Nimi Maria

Faculdade de Medicina, Universidade Agostinho Neto

## Zulmira Hartz

Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa

## Maria do Rosário Oliveira Martins

Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa

## Resumo

Na última década, nos países africanos de língua portuguesa a investigação em saúde aumentou e, em resposta, foram estabelecidos Comités de Ética em Investigação, em Universidades, Centros de Investigação e Ministérios da Saúde. Mas estes comités são frequentemente confrontados com a falta de pessoal qualificado nesta área. A barreira linguística é uma limitação importante para muitos destes países uma vez que grande parte dos recursos educacionais nesta áreas estão disponíveis apenas em inglês. O objetivo da iniciativa norte-sul LusoAfro-Bioethics, financiada pela EDCTP, é fortalecer a capacidade de elaboração e revisão de projetos de investigação em saúde, nomeadamente na componente da ética em investigação. Mais especificamente, os objetivos são: melhorar as capacidades institucionais dos comités de ética/bioética de Angola, Cabo Verde e Moçambique; melhorar a eficiência da investigação em saúde/investigação clínica; promover atividades colaborativas / em rede sobre ética em pesquisa em países lusófonos; compartilhar boas práticas sobre Procedimentos, Revisão de Protocolo e aspectos normativos da bioética tanto a nível nacional como internacional e, finalmente, promover o estabelecimento do Conselho de Bioética da Universidade de Cabo Verde. As ações desenvolvidas no âmbito desta iniciativa visam melhorar a capacidade de revisão ética dos protocolos da investigação clínica/investigação em saúde nos países Africanos de língua Portuguesa.

## Palavras Chave:

Bioética, investigação em saúde, comités de bioética, rede, formação, parcerias.

## Abstract

In the last decade, in lusophone African countries, like in other countries from Africa, health research has increased and in response Research Ethics Committees have been established namely in Universities, Research Centers and Ministries of Health. But these committees still face a serious lack of staff trained in research ethics, and the “language divide” is an important barrier faced by them, as the main ethics educational resources are only available in English. The aim the north-south LusoAfro-Bioethics initiative, financed by EDCTP, is to strength capacity for health research ethics review in African portuguese speaking countries. More specifically, the objectives are: to improve institutional and personnel capacities of Angola, Cape-Verde and Mozambique ethics committees; to enhance the efficiency of clinical/health research applications reviews; to promote collaborative/ networking activities in research ethics in lusophone countries; to share good practices on Standard Operation Procedures, Protocol Review and international regulatory ethical and legal norms and standards and finally to promote the establishment of University of Cape Verde Institutional Review Board. The actions developed under this initiative aimed to develop robust capacities for ethical review of clinical research in sub-Saharan African portuguese speaking countries.

## Key Words:

Bioethics, partnership, health research, bioethics committees, network, training

Na última década, nos países africanos de língua portuguesa, como noutras países de África, a investigação em saúde aumentou consideravelmente e, em resposta, foram estabelecidos comités de ética em saúde ao nível das universidades, centros de investigação, hospitais e ministérios da saúde. Este crescimento na investigação deveu-se entre outros, ao fortalecimento dos recursos humanos em saúde, consubstanciado com um aumento considerável de alunos formados nas áreas da saúde e com a criação de novas faculdades de medicina [1].

Com o crescente volume de projetos de investigação, os Comités de Ética ficam muitas vezes transbordados de trabalho, sem conseguir responder atempadamente aos pedidos dos investigadores. Os principais desafios enfrentados pelos países africanos de língua portuguesa são os já identificados para outros países de África: falta de recursos, legislação escassa, membros dos comités de ética com pouca formação, conhecimento limitado sobre as principais diretrizes nestas áreas e falta de formação em geral sobre bioética e ética em investigação [2]. Um dos principais desafios é como fortalecer os comités de ética para a saúde, para que estes possam responder de forma eficiente a esta procura e simultaneamente assegurar o nível internacional. Kirigia [3] salienta o papel crítico dos comités de ética ao referir que “na era atual da pesquisa globalizada, a boa administração ética exige que todos os países, independentemente do seu nível de desenvolvimento económico, deveriam ter um sistema de revisão ética de protocolos de investigação que seja funcional para proteger a dignidade, integridade e segurança da saúde de todos os cidadãos que participam no estudo”.

Neste contexto, os comités de ética em saúde desempenham um papel fundamental na sociedade, uma vez que seu principal papel é salvaguardar a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar de todos seres humanos que participam na investigação. [3,4]. No entanto, devido à falta de recursos, o fortalecimento dos comités de ética é financiado através de fundos externos. Alguns programas importantes de fortalecimento de capacidades em África são, por exemplo, o Projeto de Desenvolvimento de Capacidade de Ética de Pesquisa em Saúde da AMANET, o FoCEP-Mozambique Collaborative Research Ethics Education Program, financiado pelo NIH e o EDCTP – a Parceria entre a Europa e os Países em Desenvolvimento para a Realização de Ensaios Clínicos

Entre 2005 e 2016 a parceria EDCTP financiou 74 projetos de ética em África, através de diferentes tipos de bolsas com o intuito final de apoiar a formação em ética na investigação e reforçar as capacidades dos comités de ética. Uma análise cuidada destes dados permite concluir que apenas 2 destes 74 projetos tiveram como beneficiários países de língua portuguesa [5].

Atualmente os países africanos de língua portuguesa continuam defrontados com uma escassez de recursos humanos formados na área da ética em investigação. Uma das principais barreiras enfrentadas pelos investigadores da lusofonia é a língua, uma vez que os principais recursos educacionais de ética estão disponíveis em inglês; por exemplo, o Programa de Formação de Bioética da Johns Hopkins-Fogarty, e Programa Internacional de Formação de Ética em Pesquisa da Universidade de Toronto são lecionados na sua totalidade em inglês [2]. Uma exceção é o programa on-line TRREE de ética em investigação, onde alguns conteúdos são traduzidos para português, mas não necessariamente adaptados ao contexto da legislação destes países. Por outro lado, o Comité Nacional de Ética para a Investigação Clínica (CEIC) de Portugal disponibiliza recursos educacionais de bioética em português, mas principalmente adaptado à legislação portuguesa e da União Europeia (EU).

Tendo em conta esta realidade, os países de língua portuguesa têm vindo a estabelecer várias iniciativas em que os comités de ética em saúde se comprometem a trabalhar em rede numa colaboração sul-sul, nomeadamente na Declaração de Malanje, assinada em Março de 2016. Esta declaração resultou da conferência internacional de 2016 intitulada “Ética em Pesquisa Científica: primeiro passo para a cooperação sul-sul” que reuniu universitários e pesquisadores em bioética de Angola, Moçambique, Brasil e Cuba. Nesta declaração, os seus signatários comprometeram-se a estabelecer uma rede regional de bioética de investigadores, académicos e instituições, primeiramente entre Angola e Moçambique e, posteriormente, expandir a rede para outros países subsaarianos, promovendo o desenvolvimento de atividades científicas conjuntas e programas de formação em bioética (nomeadamente através de subvenções).

No final de 2016, a Carta de Moçambique veio reforçar estas iniciativas, manifestando a firme convicção de que uma cooperação sul-sul em bioética é um objetivo fundamental, que pode levar a projetos comuns, encontros e acordos sobre ações conjuntas de todas as partes interessadas de países dispostos a cooperar para resolver problemas comuns.

Estas iniciativas foram encorajadas, nomeadamente pelo atual Presidente da CNBS- Comité Nacional de Bioética para a Saúde de Moçambique, que tem colaborado como orador convidado em diversas palestras no espaço lusófono, nomeadamente no Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) da Universidade Nova de Lisboa.

Existindo a possibilidade de uma aliança norte-sul, para complementar a ambicionada rede sul-sul, diversos parceiros lusófonos elaboraram um projeto de reforço

de capacidades dos comités de ética em saúde de Moçambique, Angola e Cabo-Verde, com o apoio de Portugal. Esta iniciativa intitulada *LusoAfro-Bioethics* foi submetida ao EDCTP, e aprovada para financiamento no período 2017-2020. Liderada pelo Presidente do CNBS de Moçambique, e tendo como parceiros o Instituto de Higiene e Medicina Tropical, a Faculdade de Direito da Universidade Nova de Lisboa, a Universidade Agostinho Neto (através da faculdade de medicina e do comité independente de ética), a Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane e a Universidade de Cabo Verde esta parceria norte-sul visa fortalecer as capacidades dos comités de ética e reforçar as colaborações transnacionais envolvendo atividades entre Comités de Ética de Países Lusófonos. Mais especificamente, os objetivos propostos são:

1. Melhorar as capacidades institucionais e de recursos humanos dos comités de ética em Moçambique e Angola e promover a criação do comité de bioética da Universidade de Cabo Verde.
2. Melhorar a eficiência da investigação clínica/investigação em saúde.
3. Promover atividades colaborativas entre os Comitês Nacionais de Ética e os Comitês Institucionais dos países africanos de língua portuguesa (Angola, Moçambique e Cabo Verde) assim como a sua interação com os comitês de Portugal.
4. Partilhar as boas práticas em procedimentos padrão, revisão de protocolos e normas/ legislação nacionais e internacionais.

Estes objetivos específicos serão alcançados, nomeadamente através de:

- Levantamento das principais necessidades dos comités de ética, usando instrumentos de autoavaliação e brainstorming.
- Desenvolvimento de recursos educacionais on-line para ética em investigação em português.
- Produção de diretrizes, normas e outros documentos em Português para apoiar os comités de ética na avaliação dos protocolos de investigação.
- Implementação de quatro workshops de formação

para membros dos comités de ética partilharem boas práticas.

- Desenvolvimento de um site colaborativo em português onde a informação sobre ética em investigação na saúde que estará disponível para o público em geral (membros dos comités, pesquisadores, estudantes e sociedade civil) e onde as principais atividades da rede norte-sul serão partilhadas com os países lusófonos, de acordo com as recentes iniciativas como a Declaração de Malanje e a Carta de Moçambique.
- O desenvolvimento de uma plataforma on-line para submissão dos projetos de investigação dos comités de ética em Moçambique.

Serão realizados diferentes tipos de atividades para fortalecer as capacidades de revisão de protocolos de investigação em saúde de Angola, Cabo Verde e Moçambique e reforçar as colaborações transnacionais. A abordagem será faseada e compreende 5 grandes etapas: (i) avaliação das principais necessidades subjacentes aos comités de ética e promoção do estabelecimento do comité de ética da Universidade de Cabo-Verde; (ii) reforço das capacidades através de workshops presenciais e produção de materiais de apoio ao funcionamento dos comités de ética em língua portuguesa e aquisição de infraestrutura tecnológica; (iii) oferta de cursos online em língua portuguesa e disponibilização de um website em português; (iv) implementação de um processo de submissão de protocolos de pesquisa online e (v) avaliação da melhoria do funcionamento dos comités de ética no final do projeto.

O sucesso desta iniciativa, impar no espaço lusófono, irá adicionar uma nova dimensão à área da ética na investigação em saúde nos países de língua portuguesa, reforçando as capacidades dos comités de ética, produzindo documentos-chave em língua portuguesa e oferecendo cursos de formação online em português. Os resultados esperados permitirão reduzir as lacunas existentes nesta área na Lusofonia, estimular tanto o diálogo norte-sul como sul-sul, e criar redes de conhecimento em bioética em língua portuguesa fundamentais para a melhoria da investigação em saúde nos países africanos de língua portuguesa.

## Bibliografia

1. Physicians (per 1,000 people). Washington: The World Bank. 2016
2. Kruger M, Ndebele P, Horn Lyn, editors, Research Ethics in Africa: A Resource for Research Ethics Committees. 1st ed. N/A: SUN PRESS; 2014. P. 175-185.
3. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (2014). The Belmont Report. Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research J Am Coll Dent. 2014;81(3):4-13.
4. Kirigia JM, et al (2015). Status of national research bioethics committees in the WHO African region. BMC Medical Ethics 2005, 6:10.
5. European and African clinical research: a bibliometric analysis of publications within the scope of EDCTP2 2003-2011, EDCTP Publication, August 2015.

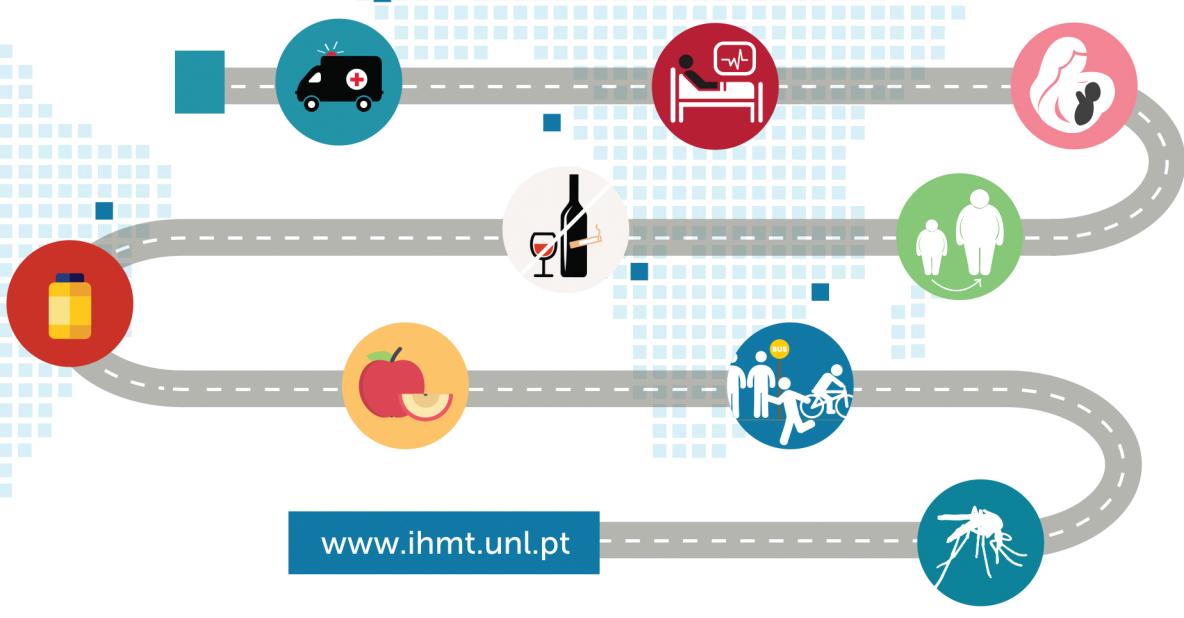
# 5º CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA TROPICAL



## POLÍTICAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

10 A 12 ABRIL 2019

Instituto de Higiene e Medicina Tropical



INSTITUTO DE HIGIENE E  
MEDICINA TROPICAL  
DESDE 1902



UNIVERSIDADE  
**NOVA**  
DE LISBOA

# Parcerias colaborativas e inovadoras na gestão do conhecimento para o desenvolvimento sustentável, no âmbito da Iniciativa para a Equidade na Investigação: o Projeto MedTROP - IHMT/FIOCRUZ

*Collaborative and innovative partnerships in knowledge management for sustainable development in the context of Research Fairness Initiative (RFI): The MedTROP Project - IHMT/FIOCRUZ*

## **Paula C. Sousa Saraiva**

Coordenadora Principal CGIC/IHMT, Centro de Gestão de Informação e do Conhecimento  
GHMT, Global Health & Tropical Medicine  
Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Portugal.  
paula.saraiva@ihmt.unl.pt

## **André Pereira Neto**

Laboratório Internet, Saúde e Sociedade (LAISS), Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Brasil  
andrepereiraneto@gmail.com

## **Zulmira Hartz**

Subdiretora, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa  
GHMT, Global Health & Tropical Medicine  
zhartz@ihmt.unl.pt

## **Resumo**

A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas, valoriza no objetivo 17 a equidade e as parcerias no sentido de revitalizar o desenvolvimento sustentável a partir de um compromisso solidário entre as instituições e os cidadãos.

Procurar uma maior equidade no combate às doenças negligenciadas através da gestão do conhecimento e sua disponibilização em acesso aberto para que possa ser conhecido e reutilizado, contribuirá para o desenvolvimento de nova ciência, e ajudará na disseminação de boas práticas de Saúde Pública.

O projeto MedTROP é uma parceria IHMT/FIOCRUZ que segue as orientações da RFI/COHRED no cumprimento dos objetivos de desenvolvimento sustentável centrando-se em 3 eixos: i) a gestão do conhecimento produzido no domínio da medicina tropical e Saúde Pública através de um diretório em acesso aberto; ii) a literacia de saúde destinada a capacitar os profissionais de saúde com ferramentas de pesquisa e programas de literacia de informação apoiando-os na prevenção e erradicação de doenças tropicais e iii) a literacia e comunicação cidadã através da comunicação ao cidadão dos resultados de investigação e projetos de ciência cidadã bem como informação de Saúde Pública e alfabetização digital.

## **Palavras Chave:**

Gestão do Conhecimento; Desenvolvimento Sustentável; Medicina Tropical – Diretório; Parcerias na Saúde; Equidade

## **Abstract**

The Agenda 2030 for Sustainable Development of the United Nations improves in objective 17 the equity and partnerships to revitalize sustainable development based on a joint commitment between institutions and citizens.

To improve more equity against neglected diseases through knowledge management and its availability in open access to be reused and known from all citizens will contribute to the development of new science, and to the dissemination of new best practices in public health.

The MedTROP project is an IHMT/ FIOCRUZ partnership that follows the guidelines of RFI / COHRED in achieving sustainable development objectives and focusing on three axes: i) the management of knowledge produced in the domain of tropical medicine and public health through a directory in open access; ii) health literacy aimed empowering health professionals with research tools and information literacy programs by supporting them in the prevention and eradication of tropical diseases; and iii) citizen literacy and communication through communication to citizens of the investigation results and citizen science projects as well as public health information and digital literacy.

## **Key Words:**

Knowledge management; Sustainable Development; Tropical Medicine – Directory; Health Partnerships; Equity

## Introdução

*“A Saúde é uma boa forma de se medir o progresso do mundo na erradicação da pobreza, crescimento inclusivo e equidade”[1]*

Margaret Chan, Diretora-Geral da OMS (2007 a 2017)  
In: 67.ª Assembleia Mundial de Saúde, Genebra,  
19 de maio de 2014

A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas[2] estabelece 17 objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS) e 169 metas, reforçando e valorizando no objetivo 17 a equidade e as parcerias no sentido de revitalizar o desenvolvimento sustentável a partir de um compromisso solidário entre instituições e cidadãos de todos os países em prol dos mais pobres e mais vulneráveis. Procurar uma maior equidade no combate às doenças negligenciadas através de uma maior produção de conhecimento sobre estas temáticas[3] ajudará na prevenção junto das comunidades e na disseminação de boas práticas de Saúde Pública que ajudem progressivamente a combatê-las.

O Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), no Rio de Janeiro - Brasil, são instituições que têm como missão realizar investigação e oferecer soluções para as doenças tropicais e a Saúde Pública internacional visando o seu controle, a promoção da saúde dos cidadãos e a melhoria da qualidade de vida e são duas instituições que permanecem desde as primeiras décadas[4] da sua existência ligadas pela história e pela língua através de diversas colaborações e parcerias[5] no âmbito do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde dos PALOP, em projetos de pesquisa e gestão do conhecimento, património da saúde, de mobilidade e de investigação.

## MedTROP

### – uma parceria colaborativa e inovadora na gestão do conhecimento entre o IHMT e a ENSP/FIOCRUZ

O Projeto “MedTROP – Diretório de Medicina Tropical e Saúde Pública Internacional em Acesso Aberto para um Desenvolvimento Sustentável” é uma parceria entre o IHMT e a ENSP/FIOCRUZ assente na preocupação conjunta em contribuir para a erradicação das doenças negligenciadas, endémicas em 149 países em desenvolvimento[6], através do incentivo à produção e gestão de conhecimento e sua disponibilização em acesso livre, tendo por base o princípio da equidade e da colaboração de acordo com o ODS 17 e a meta 16.10

do ODS 16 relativo ao acesso aberto à informação e de acordo com o princípio de que o conhecimento “é de todos e para todos” e que a ciência aberta torna os cidadãos mais participativos na sociedade civil, conscientes da ciência, conduzindo a uma mudança de hábitos.

Do mesmo modo, quando os dados científicos são disseminados em acesso livre e o conhecimento é partilhado entre investigadores e cidadãos, mais facilmente a ciência é lida, entendida, partilhada e reutilizada permitindo gerar nova ciência e ser o motor de mudança para uma nova sociedade mais sustentável e inclusiva. Para melhorar a eficácia e qualidade relativa à implementação e concretização deste projeto no sentido de introduzir boas práticas que permitam mais facilmente cumprir a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável, pretendemos seguir as orientações expressas na *Research Fairness Initiative (RFI)*[7] do COHRED (*Council on Health Research for Development*), no sentido de melhorar a equidade ao nível da investigação e pesquisa, utilização e transferência de tecnologias, apoio à cultura de inovação e formas de comunicação com a comunidade de modo a aumentar a eficiência e *performance* da colaboração entre os parceiros do projeto.

A parceria do projeto MedTROP assenta em três eixos estratégicos a desenvolver, que refletirão as orientações contidas no domínio três do RFI relativas à partilha equitativa de benefícios e resultados entre as instituições parceiras do projeto, nomeadamente no que concerne aos indicadores relativos ao treino e gestão da informação (3.11.1. e 3.11.2.); transferência de tecnologia (3.12.1.) e partilha dos direitos de propriedade intelectual (3.12.2.); apoio à cultura da inovação (3.13.3) e no que concerne às preocupações societais, com particular ênfase para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável (3.14.3). Os eixos prioritários do projeto a desenvolver são os seguintes:

i. Desenvolvimento de um Diretório de Medicina Tropical e Saúde Pública Internacional em Acesso Aberto tendo por base um glossário de Medicina Tropical conectado por um lado ao repositório de informação científica RCAAP (que engloba o portal brasileiro OA-SISbr), mas também a outros conteúdos de Medicina Tropical, projetos de ciência cidadã, cursos em elearning, e informação diversificada relacionada com a história da Medicina Tropical que possa ser depositada no âmbito dos PALOP.

ii. Promoção de um sólido conhecimento por parte dos investigadores e profissionais de saúde relativamente à prevenção, diagnóstico, controlo e erradicação de doenças tropicais, tornando a informação mais facilmente acessível através do acesso aberto e melhorando as competências através de programas de pesquisa e literacia de informação.

Fig. 1: Modelo esquematizado do projeto MedTROP



iii. Contribuir para melhorar a saúde e qualidade de vida dos cidadãos e comunidades no seio da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP) através de canais de comunicação e informação da ciência ao cidadão e à comunidade, comunicando os resultados da investigação com o público desde investigadores, decisores políticos às comunidades locais.

O Projeto MedTROP está estruturado com base nos “Objetivos de Desenvolvimento Sustentável” na área da saúde (ODS 1, 2, 3, 6, 8, 17) na Ciência Aberta (ODS 16), na Educação (ODS 4), na Investigação Científica e Inovação (ODS 9) na redução das desigualdades; na garantia da igualdade de oportunidades (ODS 10) e no fortalecimento das parcerias para o desenvolvimento sustentável (ODS17).

Neste projeto, o envolvimento da comunidade de investigadores e dos cidadãos é essencial e a participação dos bibliotecários e pesquisadores de saú-

de é determinante para potenciar as pesquisas e as práticas de literacia e desenvolver os processos de gestão do conhecimento que permitam dar suporte à ciência e à investigação. Sensibilizar o cidadão para boas práticas e mantê-lo informado sobre hábitos de saúde garantindo que recorre a fontes credíveis e interpreta de modo inteligível e simplificado a informação de saúde<sup>12</sup> é um domínio importante deste projeto. Destacamos assim, a importância do apoio aos projetos de literacia da informação em saúde, alfabetização digital e de ciência cidadã direcionados para a comunidade, garantindo práticas de equidade e de acesso à informação, ensinando hábitos de vida mais saudáveis às populações e transformando gradualmente as sociedades, em cumprimento da Agenda 2030, através de cidadãos mais integrados, informados, participativos numa sociedade mais sustentável e equitativa.

## Conclusão

A forte parceria existente entre as duas instituições IHMT e FIOCRUZ, já aplicada em projetos anteriores de gestão do conhecimento e a experiência comum no desenvolvimento de projetos de pesquisa no domínio da Saúde Pública e medicina tropical [9, 10] resultará num benefício acrescido para a consolidação do projeto MedTROP e para a promoção da partilha equitativa de conhecimentos e resultados de investigação. Ambas são instituições que têm como missão a investigação das doenças tropicais e a Saúde Pública internacional visando o seu controle, a promoção da saúde dos cidadãos e a melhoria da qualidade de vida e essa larga experiência partilhada e projetada para a área da produção de conhecimento científico agora gerido, organizado e disponibilizado num diretório de acesso livre, onde os cidadãos e investigadores poderão aceder livremente à ciência, lê-la e reutilizá-la de modo a transformá-la em nova ciência ou mudar os hábitos dos cidadãos, condu-

zirá a um mundo mais sustentável onde os objetivos de desenvolvimento preconizados pela agenda 2030 serão mais facilmente cumpridos.

Acreditamos no reforço das parcerias, para que o Projeto MedTROP se consiga desenvolver e integrar cada vez mais conhecimento em acesso livre, englobando tudo aquilo que é produzido em língua portuguesa pelos países que connosco fazem ciência em português. Assim, o alargar deste projeto a outros parceiros dos PALOP será a nossa meta futura, cumprindo o princípio da equidade na concretização das parcerias e para isso acreditamos que as orientações do modelo RFI da COHRED contribuirão para a realização de parcerias mais eficientes, sistemas de investigação mais equitativos que potenciem a produção de conhecimento com níveis de qualidade mais elevado, de modo a alcançar mais facilmente os objetivos de desenvolvimento sustentável, nomeadamente os diretamente relacionados com a saúde e com as doenças negligenciadas, com o acesso à informação e à educação e com a equidade.

## Bibliografia

1. Chan M. Health has an obligatory place on any post-2015 agenda. Sixty-seventh World Health Assembly 2014 [19th may]. Geneva: WHO. [acedido em: 19 de setembro de 2017]. Disponível em: <http://who.int/dg/speeches/2014/wha-19052014/en/>
2. Transformando Nossa Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável [internet]. Nações Unidas, 2015. [acedido em 1 de setembro de 2017]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>
3. Andrade B, Rocha D. Há equidade na produção do conhecimento sobre as doenças negligenciadas no Brasil?. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 2015; 9 (3 set): 21-34. [consultado em: 18 de setembro de 2017] disponível em: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v9i3.1783>
4. Fraga de Azevedo J. ; Salazar Leite A. Relatório de uma missão de estudo ao Brasil. Sep. Anais do Inst. Higiene e Medicina Tropical. 1946; 3 (dez): 481-537
5. Fiocruz e IHMT uma parceria com futuro: Brasil e Portugal mais próximos na investigação, formação e património em saúde. Lisboa: IHMT, 2013
6. World Health Organization. Integrating neglected tropical diseases into global health and development: fourth WHO report on neglected tropical diseases [internet]. Geneva: WHO Press; 2017. [citado em 2017 Jul 22]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255011/1/9789241565448-eng.pdf?ua=1>
7. Council on Health Research For Development. Research Fairness Initiative (RFI) [internet]. COHRED. [acedido em: 18 de setembro de 2017]. Disponível em: <http://rfi.cohred.org/>
8. Guia sobre Desenvolvimento Sustentável 17 objetivos para transformar o nosso mundo: Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável. UNRIC; 2016 [acedido em 18 de setembro de 2017]. Disponível em: [http://www.instituto-camoes.pt/images/ods\\_2edicao\\_web\\_pages.pdf](http://www.instituto-camoes.pt/images/ods_2edicao_web_pages.pdf)
9. Pereira Neto, A et al. Avaliação participativa da qualidade da informação de saúde na internet: o caso de sites de dengue. Ciênc. saúde coletiva. 2017; .22 (6): 1955-1968.
10. Figueiró AC, Hartz Z, Samico I, Cesse EAP. Usos e influência da avaliação em saúde em dois estudos sobre o Programa Nacional de Controle da Dengue. Cad. Saúde Pública. 2012; Rio de Janeiro, 28 [11, nov]:2095-2105 [acedido em 18 de setembro de 2017]. Disponível em: [https://www.academia.edu/13683652/Usos\\_e\\_influ%C3%A7%C3%A3o\\_da\\_avalia%C3%A7%C3%A3o\\_em\\_sa%C3%BAde\\_em\\_dois\\_estudos\\_sobre\\_o\\_Programa\\_Nacional\\_de\\_Controle\\_da\\_Dengue](https://www.academia.edu/13683652/Usos_e_influ%C3%A7%C3%A3o_da_avalia%C3%A7%C3%A3o_em_sa%C3%BAde_em_dois_estudos_sobre_o_Programa_Nacional_de_Controle_da_Dengue)
11. Repositórios científicos de Acesso Aberto de Portugal [internet]. Lisboa: FCT. [acedido em 18 de setembro de 2017]. Disponível em: <https://www.rcaap.pt/>
12. Saraiva P. Sociologia da Saúde e Literacia Digital: oportunidade de intervenção para as bibliotecas de saúde. X Jornadas APDIS: As Bibliotecas das Ciências da Saúde na era da Literacia Digital, Lisboa: ANF; 2012. [citado em 2017 Ago 13]. Disponível em: [http://www.academia.edu/4807950/Sociologia\\_da\\_Sa%C3%BAde\\_e\\_Literacia\\_Digital](http://www.academia.edu/4807950/Sociologia_da_Sa%C3%BAde_e_Literacia_Digital)

# Microbioma respiratório saudável: um projeto inovador na primeira coorte de nascimento em Angola

*Healthy respiratory microbiome: an innovative project within the first birth cohort in Angola*

---

## Miguel Lanaspa

MD, MSc, PhD

Investigador Associado

GHTM, IHMT, Universidade NOVA de Lisboa

## Márcia Melo Medeiros

MD, PhD

Bolseiro post-doc

GHTM, IHMT, Universidade NOVA de Lisboa

## Resumo

A pneumonia pediátrica permanece como a principal causa de mortalidade infantil com um efeito particularmente devastador nos países de África subsaariana, apesar da implementação de programas de prevenção e atuação precoce contra a pneumonia pediátrica nos países de baixo rendimento. O estudo do microbioma humano e dos efeitos positivos na saúde pode ser uma das respostas contra a mortalidade infantil por doenças infeciosas. Este projeto de colaboração entre instituições portuguesas e angolana visa estabelecer uma coorte de recém-nascidos na área de estudo do Centro de Investigação em Saúde de Angola como base para determinar o microbioma respiratório saudável que poderia ser um alvo para novas estratégias preventivas. Além disso, a coorte será uma estrutura de investigação capaz de atrair fundos, promover a investigação translacional e criar oportunidades de formação de investigadores angolanos.

### Palavras Chave:

Pneumonia, mortalidade, microbiota.

## Abstract

Childhood pneumonia remains the major infant killer worldwide and displays a particularly devastating effect in sub-Saharan Africa despite the implementation and scaling-up of preventive programs and early management against paediatric pneumonia in developing countries. Studying the human microbiome and its positive effects in health may be one of the answers needed to tackle paediatric mortality caused by infectious diseases. This collaborative project between Portuguese and Angolan institutions aims to establish a birth cohort in the study area covered by CISA (Centro de Investigação em Saúde de Angola) in order to determine the healthy respiratory microbiome that could be the target for innovative preventive measures. Moreover, the birth cohort will be a research platform enabling the attraction of competitive funds, promoting translational research and creating opportunities to train Angolan researchers.

### Key Words:

Pneumonia, mortality, microbiota.

## Introdução

Em regiões subsaarianas a mortalidade infantil é ainda muito alta, apesar das reduções alcançadas durante a iniciativa de desenvolvimento do Milénio (MDG). Entre 1990 e 2015, a mortalidade em crianças menores de cinco anos foi reduzida em 52% (em comparação com o objetivo de reduzi-la em dois terços) [1]. A pneumonia permanece como a principal causa de mortalidade entre crianças, assumindo, porém, particular relevância em países em desenvolvimento [2]. Várias iniciativas têm sido propostas ultimamente, visando reduzir a mortalidade associada à doença. As orientações disponibilizadas pela OMS no “Manejo Integrado para o Atendimento de Doenças na Infância” e a introdução das vacinas contra *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae* tipo b, na maioria dos programas nacionais de imunização, são exemplos bem-sucedidos [3]. Porém, se a manutenção dessas estratégias é de demasiada importância, a introdução de novas medidas preventivas faz-se também necessária, uma vez que existem outros microrganismos envolvidos na pneumonia pediátrica. Uma medida preventiva complementar poderá surgir do estudo do microbioma humano, ou seja, a totalidade dos microrganismos presentes no corpo humano.

No que se refere ao microbioma humano, há um crescente interesse e evidências de associação entre determinadas patologias e o microbioma. Alterações no microbioma intestinal foram associadas a várias condições em adultos (obesidade, diabetes, doença inflamatória intestinal) [4-6] e em crianças (desnutrição) [7]. De uma forma geral, ter um microbioma mais diversificado está associado a estados mais saudáveis [8,9]. Além disso, as intervenções visando o microbioma intestinal tais como a administração de probióticos têm sido estudadas para avaliar a sua eficácia em patologias gastrintestinais, com resultados promissores. O microbioma respiratório tem recebido menos atenção sendo escassos os estudos em crianças. O microbioma respiratório parece estar associado com infecções do trato respiratório, e a administração de probióticos nasais está associada com diminuição da virulência e prevalência de patogénicos na nasofaringe [10,11]. Há também algumas evidências de associações entre o microbioma intestinal e o microbioma respiratório [12,13]. Se estas associações foram confirmadas, potencialmente abriria a porta para estratégias terapêuticas e preventivas, visando um dos locais, mas com efeitos benéficos para ambos os locais.

O objetivo principal desse projeto é caracterizar o microbioma respiratório associado a uma menor incidência e gravidade de episódios de pneumonia, em crianças de uma área semirrural de Angola. Esse projeto postula e propõe caracterizar o microbioma do trato respiratório superior implicado em proteção ao desenvolvimento de

pneumonia em crianças. Pretende-se dessa forma, elaborar uma nova estratégia preventiva de modo a diminuir a incidência de pneumonia em crianças, através da modificação do microbioma do trato respiratório.

## Materiais e métodos

O local de estudo será o Centro de Investigação em Saúde de Angola (CISA). O CISA está situado numa área do continente africano onde, na proximidade, não existe nenhum outro centro de investigação com características semelhantes, localizados principalmente na África Oriental ou Central. As instalações do CISA estão localizadas na cidade do Caxito, a 60 km de Luanda, no centro urbano do município do Dande, na Província do Bengo. Esta província ocupa um largo território que rodeia a província da capital, Luanda, com uma população, de acordo com o Recenseamento Geral da População de 2014, de 356 641 habitantes, fazendo fronteira a norte com as províncias do Zaire e do Uíge. As três comunas do Município do Dande: Caxito, Mabubas e Úcua; foram definidas como a área de intervenção prioritária do Projeto CISA, tendo uma população de aproximadamente 60 000 habitantes distribuídos por 69 bairros com características quer urbanas, quer rurais. Nessa área, o CISA tem implementado um sistema de vigilância demográfica que consiste em rondas anuais com coleta de dados demográficos de todos os membros da comunidade, o qual possibilita acompanhar os participantes com garantias. Além disso, o CISA segue padrões de alta qualidade no manejo dos dados colectados, com criptografia de identificadores e acesso aos bancos de dados somente a pessoal autorizado entre outras medidas de proteção de dados.

Na área de estudo do CISA são registados aproximadamente 800 nascimentos por ano. Um mínimo de 500 recém-nascidos serão recrutados seguindo os procedimentos éticos necessários para formar a primeira coorte de recém-nascidos de Angola, e por extensão, de África Ocidental. Amostras e dados clínico-epidemiológicos serão colectados, sucessivamente, ao longo de pelo menos dois anos, possibilitando documentar a dinâmica de aquisição do microbioma nas crianças. Essa estratégia possibilitará a obtenção de informação valiosa quanto ao melhor momento para implementar medidas preventivas. Finalmente, o microbioma respiratório de 100 crianças que apresentaram pelo menos um episódio de pneumonia ao longo do seguimento será comparado com o microbioma respiratório de outras 100 crianças saudáveis, pareadas por sexo e idade.

As amostras respiratórias de eleição são os aspirados nasofaríngeos. Este tipo de amostra permite não só caracterizar as comunidades bacterianas do trato respiratório superior, mas também os vírus respiratórios presentes. Uma vez colhidas, as amostras serão mantidas a 4 °C e transportadas ao laboratório do CISA para processamento, que inclui a

preparação de dois alíquotas de 1 mL, uma para armazenamento a -80°C, e outra para extração imediata de DNA. O DNA extraído será enviado a Lisboa para análise molecular usando métodos de Next-Generation Sequencing (sequenciação completa da região hipervariável V3-V4 do gene da subunidade 16S dos ribossomos).

## Resultados esperáveis e discussão

Este projeto que nasce como colaboração entre o IHMT, o CISA e a Fundação Calouste Gulbenkian, tem sido submetido à dois financiadores, nomeadamente à Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT-Portugal 2020) e à chamada conjunta da FCT-Fundação Aga Khan. Esta última chamada é particularmente interessante porque visa fortalecer relações institucionais existentes entre instituições portuguesas (neste caso o IHMT) e instituições dos PALOP (neste caso o CISA), o que ilustra claramente um dos objetivos principais deste tipo de investigação: a colaboração internacional entre países que partilham um mesmo objetivo que não é outro que melhorar as condições de saúde das populações mais desfavorecidas conseguindo ao mesmo tempo uma transferência de conhecimentos e capacidades em duas direções. Neste projeto estão previstas uma série de formações específicas como a capacitação do pessoal de laboratório do CISA na extração de DNA de amostras biológicas, mas também ensino formal baseado no projeto como mestrados no IHMT de pessoal investigador angolano, ao mesmo tempo que mestrados de alunos portugueses com estadias formativas no terreno.

Desde o ponto de vista estritamente científico, o projeto espera identificar o microbiota respiratório saudável, ou seja, o conjunto de bactérias no trato respiratório superior

suscetíveis de proteger as crianças de infecções respiratórias graves como a pneumonia. Além de abrir um campo com grande potencial (a bacterioterapia como adjuvante de outras medidas de Saúde Pública contra as doenças transmissíveis), os resultados deste projeto irão contribuir à luta contra a iniquidade em saúde não só desde a base (desenvolvimento dum nova ferramenta preventiva contra uma doença com alta mortalidade infantil), mas também desde um ponto de vista sustentável ao favorecer a formação de futuros investigadores angolanos e o fortalecimento das estruturas de investigação. O exemplo mais claro para ilustrar este fortalecimento é a criação da coorte de recém-nascidos, uma plataforma de investigação com imenso potencial para estudar os determinantes dos estados de doença e saúde, não só das crianças mas também dos adultos, baseado nas evidências cada vez mais numerosas sobre os efeitos das exposições nos primeiros anos de vida sobre as futuras doenças na idade adulta. É certo que o projeto atualmente unicamente seria financiado para os primeiros dois anos de vida, mas com interesse institucional e apoio científico e técnico, uma plataforma destas características possui todas as garantias para atrair fundos competitivos no futuro próximo, contribuindo ao mesmo tempo ao aumento da autonomia científica e liderança dos investigadores angolanos.

## Conclusões

No atual mundo globalizado as iniquidades em saúde deveriam ser vistas como um lembrete constante do nosso fracasso como espécie. As ocasiões para criar colaborações com benefícios diretos para todos os atores envolvidos (situações “win-win”) não são raras e devemos estar alertas para aproveitar estas oportunidades.

## Bibliografia

1. Liu L, Oza S, Hogan D, et al. The estimated mortality impact of vaccinations forecast to be administered during 2011-2020 in 73 countries supported by the GAVI Alliance. *Lancet* 2016; 388(10063): 3027-35. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31593-8. Epub 2016 Nov 11.
2. Nair H, Simoes EA, Rudan I, et al. Global and regional burden of hospital admissions for severe acute lower respiratory infections in young children in 2010: a systematic analysis. *Lancet* 2013; 381(9875): 1380-90.
3. Jordens JZ, Slack MP. *Haemophilus influenzae*: then and now. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1995; 14(11): 935-48.
4. Komaroff AL. The Microbiome and Risk for Obesity and Diabetes. *JAMA* 2017; 317(4): 355-6. doi: 10.1001/jama.2016.20099.
5. Moreno-Indias I, Sanchez-Alcoholado L, Garcia-Fuentes E, Cardona F, Queipo-Ortuno MI, Tinahones FJ. Insulin resistance is associated with specific gut microbiota in appendix samples from morbidly obese patients. *Am J Transl Res* 2016; 8(12): 5672-84. eCollection 2016.
6. Rodriguez-Castano GP, Caro-Quintero A, Reyes A, Lizcano F. Advances in Gut Microbiome Research, Opening New Strategies to Cope with a Western Lifestyle. *Front Genet* 2016; 7:224. (doi): 10.3389/fgene.2016.00224. eCollection 2016.
7. Slattery J, MacFabe DF, Frye RE. Childhood undernutrition, the gut microbiota, and microbiota-directed therapeutics. *Clin Med Insights Pediatr* 2016; 10: 91-107. eCollection 2016.
8. McDonald D, Ackermann G, Khailova L, et al. The healthy human microbiome. *mSphere* 2016; 1(4). (pii): e00199-16. doi: 10.1128/mSphere.-16. eCollection 2016 Jul-Aug.
9. Rose G, Shaw AG, Sim K, et al. Extreme Dysbiosis of the Microbiome in Critical Illness. *PeerJ* 2017; 5:e2928. (doi): 10.7717/peerj.2928. eCollection 017.
10. Allen EK, Koeppl AF, Hendley JO, Turner SD, Winther B, Sale MM. Characterization of the nasopharyngeal microbiota in health and during rhinovirus challenge. *Microbiome* 2014; 2: 22.
11. Bassig CM, Erb-Downward JR, Dickson RP, et al. Analysis of the upper respiratory tract microbiota as the source of the lung and gastric microbiotas in healthy individuals. *MBio* 2015; 6(2): e00037.
12. Blanton LV, Barratt MJ, Charbonneau MR, Ahmed T, Gordon JL. Neonatal Gastrointestinal and Respiratory Microbiome in Cystic Fibrosis: Potential Interactions and Implications for Systemic Health. *Science* 2016; 352(6293): 1533. doi: 10.1126/science. aad9359.
13. Miraglia Del Giudice M, Indolfi C, Allegorico A, et al. The Gut-Lung Axis in Respiratory Disease. *J Biol Regul Homeost Agents* 2015; 29(2 Suppl 1): 80-3.

## Conflitos de interesse

Os autores declararam não ter nenhum conflito de interesse.



## **INFORMAÇÕES GERAIS**

Os Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical publicam artigos originais nos domínios da medicina tropical, Saúde Pública e internacional, ciências biomédicas e afins. Quaisquer tipos de artigos científicos podem ser submetidos aos "Anais" para publicação, nomeadamente: artigos históricos, de investigação ou de revisão, ensaios, notas de investigação e cartas ao editor. Apenas por convite, serão aceites todos os géneros jornalísticos (editoriais, crónicas, entrevistas, notícias, reportagens, artigos de opinião ou análise e foto reportagens). Para efeito de citação, o nome abreviado dos "Anais" é: An Inst Hig Med Trop.

O painel diretivo é composto pelos seguintes editores: Paulo Ferriño (Editor Chefe); Zulmira Hartz (Editora Executiva); Paula

Fortunato e Paula Saraiva (Editores Assistentes); Amabélia Rodrigues, Eronildo Felisberto, Fernando Cupertino, Filomeno Fortes e Moshin Sidat (Editores Internacionais). Os editores temáticos são: Isabel Amaral, Philip Havik e José Doria (Trópicos e medicinas: conceitos e história); Lenea Campino e Ricardo Parreira (Doenças da pobreza, negligenciadas e emergentes); Henrique Silveira e Silvana Belo (Vetores e hospedeiros intermediários); Jorge Seixas e Sónia Dias (Saúde dos viajantes e migrantes); Gilles Dussault e Giuliano Russo (Atores e sistemas de saúde); Miguel Viveiros e Zulmira Hartz (Ensino e atividades pedagógicas). Consultores: Inês Fronteira (Epidemiologia), Luzia Gonçalves e Maria do Rosário Oliveira Martins (Estatística).

## **INSTRUÇÕES PARA AUTORES**

### **Propostas para publicação**

- Os textos devem ser redigidos em português e escritos no *WORD*, em letra do tipo *Times New Roman*, tamanho 12, com espaço de 1.5 entre linhas. Cada página deve estar numerada (começando em 1) no canto inferior direito. Por convite poderão ser aceites e publicados artigos em espanhol, francês ou inglês.
- Os ensaios e artigos originais de investigação, revisão ou históricos devem ter no total (excluindo sumário, palavras chave e legendas) um número máximo de 6000 palavras e podem conter até 30 (para os artigos de investigação), ou 60 referências bibliográficas, ou (para os artigos de revisão e históricos).
- As notas de investigação não devem exceder 1500 palavras, podendo incluir uma figura ou tabela, e até 15 referências bibliográficas.
- Os editoriais (apenas submetidos por convite) e as cartas ao editor (submissão espontânea) não devem exceder as 1.500 palavras, nem conter tabelas ou figuras; não têm resumos e terão um máximo de 5 referências bibliográficas.
- O título, sempre bilingue (português e inglês), deve estar em letras maiúsculas e centrado. Imediatamente abaixo devem constar os nomes dos autores (nomes para citação científica) e, abaixo de cada autor, o respetivo título académico, a sua afiliação institucional (departamento, instituição, cidade, país). Só é obrigatória a indicação de endereço completo, telefone e endereço de correio eletrónico do autor para correspondência.
- O resumo é obrigatório (exceto nos editoriais e cartas ao editor) e vem imediatamente após o título e os autores, devendo ser sempre bilingue, com a versão portuguesa antecedendo a inglesa. Cada versão do resumo não deve exceder 200 palavras.
- Imediatamente após os resumos devem constar obrigatoriamente até 5 palavras-chave, igualmente em português e inglês; Os autores devem utilizar a terminologia que consta no *Medical Subject Headings* (MeSH), <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>
- Nos artigos de investigação, as seções internas devem ser as seguintes (por esta ordem): Resumos; Palavras-chave; Introdução (incluindo objetivos); Materiais e métodos; Resultados e discussão (junto ou em separado); Conclusões; Agradecimentos; Bibliografia e Conflitos de Interesses.

- Nos artigos históricos, as seções internas devem ser as seguintes (por esta ordem): Resumos; Palavras-chave; Introdução; Análise; Conclusão; Agradecimentos; Bibliografia e conflitos de interesse.
- A exatidão e rigor das referências são da responsabilidade do autor. As referências bibliográficas devem ser citadas consecutivamente ao longo do artigo, entre parêntesis retos e numeradas sequencialmente. Na seção "Bibliografia", devem ser listadas pela mesma sequência numérica.
- No caso dos artigos históricos, nas citações do texto, incluindo notas de rodapé, é obrigatória a citação do número de páginas correspondentes à transcrição utilizada, separada por dois pontos – exemplo: [1: 445-446]; na bibliografia final, cada obra citada deverá corresponder apenas a uma entrada/referência.

### **Exemplos de referência na bibliografia final:**

#### *Artigo em publicação periódica*

1. Azevedo SF de, Coelho M, Carvalho F. As parasitoses intestinais nas crianças de alguns asilos de Lisboa. *An Inst Med Trop.* 1949; 6 (dezembro): 47-64.

#### *Livro*

2. Faust EC, Russell PF, Jung RC. *Craig and Faust's Clinical Parasitology*. Philadelphia: Lea & Febiger; 1974.

#### *Capítulo de livro*

3. Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer*. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

#### *Tese*

4. Faria NCG. *Use of Natural Products to Enhance Activity of Antifungal Drugs through Chemosensitization of the Pathogenic Yeasts Candida spp. and Cryptococcus neoformans* [Teses de Mestrado]. Universidade NOVA de Lisboa: Lisboa; 2007.

*Comunicações em eventos*

5. Meyer W, Kidd S, Castañeda A, Jackson S, Huynh M, Latouche GN, Marszewska K, Castañeda E, and the South American/Spa<sup>n</sup>nish Cryptococcal Study Group. Global molecular epidemiology offers hints towards ongoing speciation within *Cryptococcus neoformans*. In: 5th International Conference on *Cryptococcus* and *Cryptococcosis* [Book of Abstracts]. South Australian Postgraduate Medical Education Association; Adelaide, Australia (March 3-7); 2002.

*Documentos em formato eletrónico*

6. Biblioteca Virtual. Centro de Documentação e Informação da FAPESP. Nanossonda de ouro no diagnóstico do *Paracoccidioides brasiliensis*. 2010. [Consultado em 27 de agosto de 2012]. Disponível em: <http://www.bv.fapesp.br/pt/projetos-regulares/28292/nanossonda-ouro-diagnostico-paracoccidioides-brasiliensis>.

**Figuras, tabelas e legendas:**

• As tabelas, igualmente em WORD, devem ser inseridas no texto na posição em que, preferencialmente deverão aparecer na versão final. As fotografias e figuras devem ter resolução mínima de 300 dpi e, pelo menos, 1200 pixels de largura e altura proporcional. São admitidos os formatos de ficheiros JPEG e TIFF. Tabelas, figuras e fotografias devem ter legendas em WORD e devem ser citadas no texto, e numeradas por ordem sequencial (fig.1; tab. 1, etc.). Nos textos a submeter para apreciação devem ser colocadas no local onde preferencialmente aparecerão na versão final, mas devem obrigatoriamente ser submetidas também em ficheiro separado (com o formato e a resolução definidos nas normas). Os desenhos e gráficos devem ser enviados em formato vetorial (AI, EPS) ou em ficheiro bitmap com uma resolução mínima de 600 dpi. As legendas das figuras devem ser inseridas no final do texto, imediatamente após a bibliografia.

**Sobre a submissão:**

• O artigo é submetido obrigatoriamente segundo as normas indicadas anteriormente (exceto com autorização prévia expressa dos editores em casos de justificada relevância institucional ou internacional que justifique, por exemplo, exceder o limite quanto ao tamanho dos artigos) e acompanhado, sempre que possível, além do documento WORD e ficheiros de imagem que são obrigatórios, de uma cópia integral em formato PDF, podendo ser recusado por manifesto incumprimento das normas de publicação.

- A revista segue os critérios do *International Committee of Medical Journal Editors*: ao submeter o artigo, o autor correspondente assume implicitamente que todos os autores citados contribuíram significativamente para a elaboração do mesmo e que concordaram integralmente com o conteúdo da versão submetida. Também assume implicitamente a transferência, no caso de se verificar a aceitação para publicação, de direitos autorais para os "Anais" (ficando salvaguardada a autoria do trabalho) e que o seu conteúdo não está publicado, nem foi nem será submetido para publicação (no todo ou em parte) em qualquer outro local.

- Para a submissão, os artigos de investigação devem ser acompanhados por uma declaração de aprovação do Comité de Ética da instituição responsável pelo estudo.
- A submissão deve ser feita para o endereço de correio eletrónico seguinte: [anais@ihmt.unl.pt](mailto:anais@ihmt.unl.pt)

**Após a submissão:**

- Cada artigo será revisto por dois especialistas no assunto versado. Esses revisores poderão ser elementos do painel editorial e/ou especialistas externos convidados. Em qualquer caso, a identidade dos revisores será sempre mantida em anonimato. Os "Anais" também garantem a confidencialidade, perante os revisores, sobre a identidade e filiação institucional dos autores.
- Durante o processo de revisão, os autores poderão ser solicitados a prestar esclarecimentos e/ou efetuar correções à versão inicial mais de uma vez, se necessário.
- Prevê-se que, desde a submissão até à divulgação da aceitação/rejeição do artigo, não decorram mais de 3 meses. As correções e esclarecimentos pedidos aos autores devem ser respondidos num prazo máximo de 15 dias.
- A decisão final sobre a aceitação/rejeição da obra submetida para publicação cabe sempre ao painel editorial, independentemente das opiniões dos revisores.
- Será enviada ao autor responsável pela correspondência uma prova tipográfica em formato PDF que terá que ser revista e devolvida no prazo de 48 horas. Não são aceites nesta fase quaisquer alterações, apenas correção de gralhas ou erros de formatação do artigo. Ressalva-se que a localização das imagens e quadros poderá não ser exatamente a indicada pelo autor.
- Em caso de erros detetados apenas a pós a publicação as alterações só podem ser feitas na forma de uma errata.
- A inclusão do texto num dado número dos Anais está sujeita aos critérios editoriais sendo o(s) autor(es) livre(s) para retirar o trabalho submetido e aceite, até duas semanas após informado(s) de sua aceitação.



INSTITUTO DE HIGIENE E  
MEDICINA TROPICAL



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA  
INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL  
Vol. 16 (Suplemento nº 2), 2017, S1- S118; ISSN 0303-7762