

DECISÕES BASEADAS EM EVIDÊNCIAS NA SAÚDE PÚBLICA

David Mowat

Resumo

O uso deliberado de evidências para informar as decisões está relativamente bem desenvolvido na medicina clínica, mas encontra-se apenas na etapa inicial no campo da saúde pública. As evidências podem informar, mas não fazer, decisões de saúde pública. Uma boa decisão requer evidências tão válidas e relevantes quanto possível, informação sobre os valores esposados pelos cidadãos e muitos outros fatores contextuais como os interesses das partes e as prioridades políticas. Este trabalho argumenta que a transparência das decisões é aconselhável e facilitada por distinções claras entre os vários insumos do processo decisório. Os cientistas e os responsáveis pelas políticas precisam apreciar as respectivas necessidades.

Este trabalho trata das decisões – não as decisões sobre o tratamento de cada paciente ou sobre acesso e distribuição dos serviços de saúde – mas decisões referentes à saúde pública. Nesse contexto, saúde pública significa “um esforço organizado da sociedade, principalmente suas instituições públicas, para melhorar, promover, proteger e restaurar a saúde da população mediante ações coletivas” (PAHO, 2002: 46). A saúde pública não dirige suas atividades para os indivíduos, exceto na medida em que as ações são realizadas em benefício de toda a comunidade ou de um subgrupo da comunidade.

As funções da saúde pública incluem avaliação da situação sanitária, vigilância, prevenção de doenças, promoção da saúde, proteção da saúde e preparação e resposta a emergências. Para cumprir essas funções utilizam-se várias ferramentas: legislação (por exemplo, estatutos de saúde pública) que estabelece obrigações

Este documento não é endossado pela Agência de Saúde pública do Canadá e não representa necessariamente suas opiniões.

e proibições e estipula penalidades; legislação sobre regimes reguladores (por exemplo, regulação do monitoramento, licenciamento e rotulagem de medicamentos, alimentos, locais de trabalho, substâncias tóxicas e produtos perigosos); ações destinadas a alterar comportamentos e os determinantes subjacentes da saúde (incluindo determinantes ambientais e sociais) mediante educação, provisão de informação, desenvolvimento comunitário, etc.; e serviços diretos de prevenção como programas de triagem e imunização. Seja a formulação de políticas, elaboração de programas, tomada de decisões operacionais necessárias para a prática da saúde pública ou provisão de informações ao público, provavelmente envolve a participação de uma variedade de indivíduos, grupos e instituições. Na maioria dos países, o principal ator é o Estado, através de seu papel no estabelecimento dos serviços de saúde, em geral mediante esquemas nacionais de seguro de saúde, e quase sempre nas áreas de regulação e licenciamento dos profissionais de saúde, hospitais e laboratórios ou treinamento dos provedores de serviços.

O papel do Estado na proteção dos cidadãos contra ameaças à saúde, porém, é o mais fundamental. Por exemplo, já no século 14, a legislação da Inglaterra e República de Veneza tentou prevenir ou conter os riscos à saúde. Embora o Estado seja a fonte da autoridade no processo decisório para proteger e promover a saúde do público, na prática essa autoridade é dispersa entre vários níveis de governo, como instituições e agências criadas por governos, bem como provedores de serviços de saúde e organizações não governamentais.

Da medicina baseada em evidências à saúde pública baseada em evidências

Os vários objetivos, programas e ações realizados em nome da saúde pública devem se basear em evidências empíricas. Existe um reconhecimento generalizado da necessidade de usar a informação de modo mais eficaz para informar as políticas, programas e decisões operacionais em saúde pública. O volume de informações potencialmente disponíveis para uso em saúde pública é muito grande. Algumas se encontram na forma de dados observacionais -- vigilância e situação de saúde -- e outras provêm de atividades de pesquisa. Um processo decisório baseado em evidências significa usar a informação para tomar decisões melhores. Em medicina clínica, a coleta e o uso de evidências

empíricas (dados) estão muito desenvolvidos. A prática do atendimento clínico baseado nesses dados se denomina medicina baseada em evidências (MBE). Embora MBE tenha sido criticada (Raphael, 2000: 355; Kemm, 2006: 320) por não levar em conta o contexto das decisões e se basear principalmente em evidências de testes aleatórios controlados e altamente seletivos, é amplamente aceito que a MBE produz um atendimento clínico mais racional e eficaz em função do custo. Podemos usar a MBE em saúde pública - saúde pública baseada em evidências (SPBE)? Tanto na MBE quanto na SPBE as decisões baseiam-se em evidências, sendo que os fatores contextuais são levados em conta em vez de serem feitos pelas evidências (Woolf, Grol, Hutchinson, Eccles & Grimshaw, 1999: 527; Muir Gray, 2004: 988). Contudo, existem diferenças importantes entre MBE e SPBE.

Primeiro, a unidade de análise em saúde pública geralmente é uma população e não um indivíduo. Segundo, os testes aleatórios controlados raramente são possíveis, devendo-se usar uma ampla gama de outras evidências, incluindo estudos quase-experimentais e observacionais. Terceiro, os fatores contextuais podem ser mais importantes nas decisões de saúde pública do que nas decisões referentes à prática clínica ou gestão de serviços de saúde.

Por último, as decisões de saúde pública tendem a ser mais complexas do que as decisões clínicas. Envolvem a avaliação do provável impacto das políticas e outras intervenções complexas, em geral de longo prazo (Mowat & Hockin, 2002:19). O modelo baseado num resumo abrangente das evidências relevantes apresentado à autoridade num momento apropriado, e sendo plenamente utilizado para chegar a uma decisão, é uma versão supersimplificada do mundo real. Na realidade, a tomada de decisão em saúde pública não é um evento único, mas um processo difuso, e mesmo fortuito, com várias etapas espalhadas ao longo do tempo, sem uma relação clara e previsível entre as etapas (Lomas, 2000: 42). Estudos da eficácia e efetividade são apenas um tipo de evidência necessária para essas decisões complexas. A interação entre pesquisadores e responsáveis pelas políticas, na verdade entre pesquisadores e partes interessadas, pode ocorrer em muitos pontos: hipóteses podem ser geradas, teorias expostas e resultados com maior ou menor grau de certeza apresentados. A formulação de políticas é um processo extenso, e não ocorre apenas num dado momento.

Para complicar ainda mais, as políticas raramente são

formuladas isoladamente. Na saúde pública, como na gestão dos serviços de saúde, há uma hierarquia de autoridades: decisões diferentes são tomadas em níveis diferentes. As decisões tomadas num nível comumente afetam ou restringem as tomadas em outros níveis. No mundo clínico, uma associação profissional pode desenvolver uma diretriz clínica, mas esta deve ser seguida de decisões do praticante, que a aplicará a cada caso. Em saúde pública, a legislação nacional ou estadual pode impor deveres às autoridades regionais de saúde ou municipalidades, como a provisão de serviços de inspeção dos riscos à saúde; os governos podem decretar o estabelecimento de organizações regionais ou locais e estabelecer sua gestão e financiamento; os provedores de serviços de saúde podem ter que apresentar relatórios, etc. Isso é bem apropriado, pois nenhuma parte -- governo, cidadãos, provedores de serviços de saúde ou setor privado -- possui a combinação de autoridade e informação necessária para tomar todas as decisões que afetam os sistemas complexos necessários para proteger, promover e restaurar a saúde. Os cidadãos podem esperar proteção igual se viverem dentro das fronteiras do Estado, e o setor privado pode esperar consistência das medidas de saúde para minimizar os obstáculos ao comércio. Ambos exigirão decisões no nível nacional ou, pelo menos, estadual. O ajuste dos programas às necessidades locais ou a aplicação da legislação exigirão que as decisões sejam tomadas em níveis inferiores. Cada nível da hierarquia se refere a um universo diferente dentro do qual as escolhas são feitas. Assim, os provedores em geral se preocupam com as interações com cada paciente, sem considerar seu impacto sobre outros. Em suas decisões, as autoridades regionais devem equilibrar a provisão de diferentes tipos de atendimento, mas somente dentro da região, e geralmente se preocupam apenas com os serviços de saúde. Os governos, porém, precisam fornecer não só serviços de saúde, mas todos os outros serviços do setor público: os serviços de saúde precisam ser contrabalançados com a necessidade de outros serviços, como educação ou serviços sociais. De qualquer maneira, é óbvio que as decisões que podem ser tomadas por uma autoridade serão restringidas pelas decisões tomadas no nível superior da hierarquia.

Evidências

A tomada de decisões em saúde pública envolve a coleta e análise de evidências sobre os prováveis efeitos das várias intervenções ou ações. A evidência desse tipo é uma condição necessária, mas não suficiente, para uma boa decisão. A evidência informa, mas não dita, a política. As decisões são tomadas dentro de um contexto. Cada uma dessas questões, evidência e contexto, receberam certa atenção dos pesquisadores e comentaristas.

Guyatt, Haynes, Joeske, Cook, Green, Naylor, Wilson & Richardson (2000: 1292) descreveram a evidência como “qualquer observação empírica sobre as relações aparentes entre eventos; Culyer (2006: 5) se refere a “qualquer fato empírico que dá motivo a acreditar que esse fato, ou algo relacionado, provavelmente terá uma conseqüência que se pode esperar razoavelmente que dele decorra”. Mas evidência de quê? E com que grau de confiabilidade? Dobrow, Goel & Upshur (2004: 211) descrevem um modelo que mostra uma relação inversa entre a qualidade evidencial dos dados e sua relevância. Assim, os tipos de evidências preferidas na medicina clínica podem demonstrar relações com um alto grau de certeza, mas, mesmo se disponíveis, não seriam totalmente relevantes para as decisões em saúde pública. Essa observação é útil, mas deve-se assinalar que, para um determinado grau de relevância, o comportamento racional exige o uso das melhores evidências disponíveis. Uma maneira de aumentar a relevância dos resultados da pesquisa é envolver os responsáveis pelas decisões no processo desde o início. Alguns doadores estão exigindo essa abordagem ao financiar pesquisa aplicada. Ir além da hierarquia clássica das evidências usadas na medicina baseada em evidências não significa acreditar que todas as evidências são igualmente valiosas. As evidências de alta qualidade irrelevantes para a decisão em questão obviamente são inúteis, mas também o são as evidências aparentemente relevantes mas erradas ou enganosas.

Diferentes tipos de evidências apóiam, em maior ou menor grau, diferentes tipos de decisão. Por exemplo, estudos quantitativos e quase-experimentais bem controlados, se disponíveis, são melhores para avaliar a eficácia; os estudos qualitativos podem ser mais relevantes para entender o funcionamento de uma intervenção ou sua viabilidade e aceitação (Petticrew, 2003: 528; Culyer, 2006: 10). A questão central das evidências, portanto, não é uma hierarquia, mas a adequação de cada tipo de evidência para o uso visado. Raphael (2000: 363) defende o uso de múltiplas fontes de evidências. Assim, existe um

possível meio termo entre, por um lado, uma tentativa fútil de encaixar a hierarquia das evidências de MBE na saúde pública e, por outro, a negação ou negligência do lugar das evidências nas decisões de saúde pública. Alguns (Smith, Ebrahim & Frankel, 2001: 185) acreditam que em certas circunstâncias as evidências não são necessárias porque a solução é óbvia. Embora obviamente não seja possível contar estritamente com boas evidências para cada decisão a ser tomada no trabalho diário, deve-se ter em mente que algumas crenças consideradas “óbvias” se mostraram errôneas. Assim, embora os métodos do movimento de medicina baseada em evidências nem sempre se apliquem à formulação de políticas, há questões referentes à qualidade das evidências em EBPH que devem ser avaliadas tanto quanto sua relevância.

Outra observação útil sobre as evidências se refere à certeza. Os valores do tipo 1 (inferir uma diferença quando na verdade ela não existe) e tipo 2 (inferir que não há diferença quando na verdade ela existe) exigidos na medicina clínica podem ser inapropriados na saúde pública. Kemm (2006: 322) assinala que no campo das políticas poucas autoridades esperam estar corretas 19 vezes em cada 20 e que, portanto, pode ser aceitável um risco maior de erros do tipo 2.

Tomada de decisões em contexto

O termo “contexto” é usado para descrever todos os fatores no ambiente em que a decisão é tomada que podem influenciar a decisão e seus resultados. A análise do contexto na bibliografia de saúde pública é inconsistente. Pode ser útil reconhecer dois tipos de contexto: a relevância das evidências – aplicação das evidências geradas num conjunto de circunstâncias em relação a outras circunstâncias – e a totalidade de todos os fatores além das evidências que devem ser considerados ao se tomar uma decisão. Pode-se chamar o primeiro tipo de contexto “interno”, isto é, se refere à natureza das evidências. Aqui a questão é saber se as evidências proporcionam as respostas às perguntas que podem ser feitas na prática. Além de saber se a ação proposta funcionará (eficácia), pode-se indagar se funciona no mundo real (efetividade), a que custo (eficiência), qual a distribuição dos benefícios e riscos (equidade), se é aceitável (aceitabilidade e adequação), se vale a pena realizá-la, se a capacidade está disponível, se os resultados podem ser aplicados no contexto externo, etc. Obviamente, é um desafio obter evidências sobre

todos esses pontos, e nem todas as evidências, com um alto grau de certeza, estarão disponíveis no momento da decisão, especialmente se for uma intervenção nova. Em geral, a aplicação das evidências a um conjunto de circunstâncias é uma questão para os responsáveis pelas decisões. As evidências obtidas no estudo da população de um estrato socioeconômico, ou origem étnica, num país, podem ajudar a decidir o que fazer em circunstâncias que diferem em um ou mais desses aspectos? Nesse sentido, as evidências de saúde fazem um contraste interessante com as evidências legais. Como assinala Eisenberg (2001: 375) “a lei se baseia em evidências da instância; a saúde em evidências do generalizável”. Infelizmente, se encontramos evidências das quais discordamos (ou, para ser mais exato, de cujas implicações discordamos), é muito fácil argumentar que não se aplicam às circunstâncias em questão. Seria melhor buscar as evidências disponíveis que sejam mais relevantes e extrapolá-las com sabedoria de um conjunto de circunstâncias para outro. Também fazem parte do contexto interno os fatores específicos de doenças, derivados de dados epidemiológicos sobre a incidência ou prevalência de doenças, fatores de risco ou determinantes e sua distribuição entre a população. Isso pode fornecer informação sobre a magnitude do problema e, assim, sobre o potencial impacto da política.

O contexto “externo” é mais amplo e complexo. Abrange todos os fatores que são necessariamente considerados para se chegar a uma decisão sobre políticas, incluindo fatores sociais, econômicos, legais e éticos, bem como as opiniões e interesses do público, profissionais, indústria, trabalhadores e outras partes interessadas. Os responsáveis pelas decisões também querem saber o que está sendo feito em outras jurisdições. Prioridades concorrentes com um orçamento limitado são, na prática, um dos fatores mais importantes. O governo ou o responsável pela decisão também pode ter prioridades políticas, incluindo as estipuladas numa forma ou outra de plano ou prioridade publicada. Outros fatores contextuais incluem o histórico da questão, isto é, o que foi feito antes, e sua gravidade.

Valores

As evidências referem-se à realidade. Mas na prática as

decisões em geral se referem tanto ao real quanto ao normativo, sobre o que é e o que gostaríamos que fosse. Portanto, os valores – as coisas que a sociedade gostaria de conseguir – têm um lugar importante nas decisões em matéria de saúde. Neste ponto, passamos da observação desapaixonada da realidade. A boa prática clínica reconhece que as preferências e valores do paciente são uma consideração importante no processo decisório. Do mesmo modo, na gestão dos serviços de saúde, e na saúde pública, os valores da comunidade devem ser considerados. Enquanto a evidência de eficácia é o insumo mais importante nas decisões clínicas, no nível da população a eficiência e a equidade se tornam importantes. Os recursos são limitados e devem ser usados levando em conta sua distribuição para apoiar uma ampla gama de serviços e produzir o maior benefício possível. Os decisores devem considerar não só o objetivo de melhorar a saúde geral, mas também sua distribuição; os responsáveis pelas políticas devem usar seu julgamento ao decidir a divisão do foco entre o melhoramento geral e a redução das desigualdades. Há muitos resultados possíveis das intervenções de saúde pública, incluindo efeitos sobre a morbidade, mortalidade, incapacidade, dor e sofrimento, entre outros. De modo a comparar os efeitos das diversas intervenções e, assim, ser capaz de tomar decisões (por exemplo, sobre a alocação de recursos), deve-se poder quantificar e agregar esses efeitos em apenas um índice. Não existe um método único aceito para agregar esses efeitos num índice. Embora os anos de vida ajustados pela qualidade (AVAQ), anos de vida ajustados pela incapacidade (AVAI), esperança de vida ajustada pela saúde (EVAS), anos potenciais de vida perdidos (APVP) e outros índices sejam úteis, não podem cobrir todas as questões simultaneamente e só se aplicam a um conjunto limitado de questões. Também constitui um desafio entender e manejar os valores inerentes à produção desses índices. O desafio consiste em avaliar o valor relativo dos diferentes resultados. Atualmente, esses índices são mais usados na gestão dos serviços de saúde do que na saúde pública.

Os valores dos indivíduos e comunidades são um importante fator contextual que deve ser considerado nas decisões de saúde pública. Muir Gray (2004: 988) comenta que nas decisões clínicas é preciso levar em conta os valores que o paciente atribui aos benefícios e males, e que a mesma abordagem se aplica ao nível da população. Contudo, no nível da população, as preferências dos indivíduos podem afetar outros membros da sociedade e devem ser

tomadas decisões sobre a distribuição dos benefícios, e possivelmente dos males, entre os vários subgrupos da população. Uma questão típica da gestão dos serviços de saúde é como distribuir os recursos escassos, por exemplo, entre os jovens e idosos. Na saúde pública muitas vezes devemos pesar bem os direitos dos indivíduos e o bem-estar da população.

As questões éticas relevantes para a prática clínica são exemplos bem conhecidos que incluem códigos de ética profissional, ética da pesquisa e ética clínica. Em todos esses casos, a ênfase é atribuída à autonomia do indivíduo, bem como beneficência e não maleficência. Na saúde pública, as questões éticas tendem a envolver o equilíbrio entre os direitos do indivíduo e a proteção da saúde da população e envolvem conceitos como equidade, igualdade, proteção dos vulneráveis e marginalizados, evitar a estigmatização, o princípio da precaução, privacidade, confidencialidade, liberdade e respeito à autonomia (Joint Centre for Bioethics, 2005: 6). Contudo, é claro que a ética para a saúde pública não recebeu a atenção dedicada à ética clínica ou ética distributiva e que é preciso um trabalho maior a fim de produzir um esquema para a ética da saúde pública que seja amplamente aceito e aplicável. Em ambos os casos, há expectativas e valores quanto aos processos que as instituições usam para chegar às decisões: esses valores processuais e institucionais incluem justiça, prestação de contas, transparência, confiança e responsabilidade.

Na prática clínica é relativamente fácil determinar os valores dos indivíduos. Na saúde pública isso constitui um desafio e só recentemente passou-se a dar atenção à determinação dos valores do público. Algum nível de participação pública é usual para se chegar a decisões que afetam a saúde da população. Isso pode abranger a comunicação pública, na qual o fluxo de informação é da autoridade para o público e inclui propaganda, publicação de relatórios, sites, etc.; a consulta pública, que permite o fluxo de informação do público para as autoridades, incluindo reuniões públicas, pesquisas de opinião, etc.; e a participação pública, que significa o intercâmbio de informações entre o público e as autoridades e um processo interativo de deliberação que envolve ambas as partes (Abelson, 2006: 3). Na consulta pública, existe a possibilidade, por exemplo, de selecionar apenas aqueles que têm opiniões conhecidas, e possivelmente simpáticas, para as comissões assessoras, ou atribuir pouco valor aos resultados. Na participação pública, a agenda é menos controlada pelas autoridades e o processo é mais aberto e transparente. Contudo,

em nenhuma delas os cidadãos tomam realmente decisões sobre as políticas: proporcionam assessoria e esclarecem as opiniões do público em geral. Deve-se tomar cuidado ao avaliar a validade e generalização dos resultados referentes a opiniões do público em questões éticas. As respostas recebidas podem depender da forma da questão e natureza da informação fornecida aos que participam da pesquisa (Ham, 1990: 436).

Um dos desafios da participação do público é distinguir entre os que têm um interesse e o público em geral. A consulta pública mediante reuniões freqüentemente resulta em participação dos interessados, mas não identifica o interesse do público em geral. No Reino Unido (Culyer, 2006: 16), o National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) usa um sistema de grupos de cidadãos que proporcionam assessoria em questões que envolvem valores. Esses grupos são escolhidos para serem aproximadamente representativos de toda a comunidade, se reúnem publicamente e conduzem seu próprio processo. Na Austrália, isso foi levado um passo à frente, com o uso de júris de cidadãos, em que os membros são selecionados aleatoriamente da lista de eleitores (Mooney & Blackwell, 2004: 76). Esses júris recebem evidências equilibradas e têm tempo para discutir e deliberar, sendo capazes de identificar questões de princípio amplo, como equidade. Por exemplo, podem comentar sobre o efeito da idade da população alvo no valor relativo a ser atribuído a um resultado, ou sobre o equilíbrio entre restrição da liberdade e necessidade de proteger o público de riscos à saúde.

Cientistas e responsáveis pelas políticas

Existem muitos textos sobre o processamento da informação durante o processo decisório, e ainda mais sobre a formulação de políticas. Não é meu objetivo aqui discuti-los, mas assinalar alguns dos fatores que afetam a relação entre evidências científicas e decisões no campo da saúde.

Hoje talvez seja dado como certo que uma decisão baseada num exame rigoroso das evidências será necessariamente melhor do que uma decisão tomada sem essa assistência. Mas nem sempre foi assim. Eisenberg (2001) fala de “decisões baseadas na eminência”, em que o importante para a decisão não é a evidência, mas a fama ou credibilidade do informante. Durante séculos, o que importava não era o conhecimento, mas a autoridade: os que detinham o poder decidiam o que fazer e isso encerrava o

processo.

Indo além das questões de relevância e contexto examinadas acima, assinalaram-se outras características das evidências. Os responsáveis pelas decisões preferem a certeza: evidências apresentadas como probabilidades, ou com uma longa lista de qualificações, podem ser menos influentes que outras informações mais simples e certas. Os responsáveis pelas decisões podem ser confundidos por estudos com resultados conflitantes. As evidências não são a única forma de conhecimento: Nonaka e Takeuchi (1999: 56) descrevem como vários tipos de conhecimento tácito (“a maneira como agimos por aqui”) suplementam o conhecimento explícito. MBE é uma ciência que está amadurecendo e sobre a qual sabemos muita coisa; mas sabemos que as evidências são mal utilizadas na prática (Davis, Thomson, Oxman, and Haynes, 1995: 700) e análises sistemáticas das evidências ou diretrizes raramente influenciam as decisões clínicas.

Se isso é válido para a MBE, então certamente se aplica ainda mais ao caso da saúde pública, com todas as complexidades mencionadas. Isso pode ser motivo de desapontamento de pesquisadores e autoridades. Os pesquisadores querem saber por que as evidências que produziram não têm mais influência sobre as decisões de política e as autoridades querem tomar decisões mais influenciadas por evidências, mas são frustradas pela pouca relevância das evidências disponíveis, sua incerteza e a falta de acesso oportuno às mesmas.

Vimos como as boas decisões em saúde pública devem considerar não só as evidências científicas, mas também todos os fatores contextuais. Daí surgem duas questões: como escolher e reunir as evidências e como as evidências interagem com os fatores contextuais?

Os cientistas precisam entender que a pesquisa de saúde pública lida com as ferramentas da política de saúde pública e seu impacto na população, e só tem interesse se for traduzida em políticas. Essas políticas podem ser “sensíveis”, em vez de (na opinião dos cientistas) “racionais” (Lomas, 2000: 143). Os cientistas não podem esperar que suas descobertas sejam traduzidos automaticamente em políticas. Devem entender que a formulação de políticas não é um processo simples e devem estar preparados para fornecer uma variedade de tipos de informação durante um longo período. Lomas (2000: 142) fala da dificuldade, às vezes impossibilidade, de alterar as crenças. Isso é verdade,

mas deve-se ter em mente que muitas decisões não envolvem crenças arraigadas: os profissionais da saúde pública podem estar buscando orientação sobre a melhor maneira de abordar uma questão, ou os responsáveis pelas políticas podem estar procurando assessoria sobre um novo problema em relação ao qual têm a mente aberta.

É responsabilidade dos formuladores de política especificar exatamente a questão para a qual querem uma resposta. Precisam ser realistas sobre a disponibilidade das evidências que buscam e o tempo necessário para adquirir informação adicional. Os responsáveis pelas políticas precisam entender os diferentes tipos de evidências e seu valor. Embora raramente sejam especialistas em ciência, para eles é uma vantagem ter algum entendimento do processo científico e apreciar a importância dos diversos tipos de estudo. Por exemplo, as hipóteses geradas mediante “escavação” das bases de dados, estudos singulares e análises sistemáticas diferem quanto à sua importância. Deve-se ter em mente que estudos diferentes podem chegar a conclusões diferentes, sem que isso seja indicação de má ciência. Deve-se conhecer também as limitações dos estudos e os riscos de se extrapolar do contexto de um estudo para outro bem diferente, a diferença entre associação e causação e entre ausência de evidências e evidência de ausência. Contudo, os cientistas devem sempre estar preparados para explicar as implicações e limitações de seu trabalho.

Transparência

Os cientistas e responsáveis pelas políticas têm funções diferentes. Os cientistas se preocupam com a busca da verdade, lidam com a incerteza, realizam sua atividade com métodos de observação e análise abrangentes, não tendenciosos e rigorosos, e esperam que seus resultados sejam refutados ou validados por seus pares.

A ciência pode fornecer informações valiosas para ajudar o processo decisório, mas também pode ser usada para influenciar decisões a favor de certos interesses ou ideologias, ou fornecer justificção posterior de uma decisão já tomada. A meta deve ser, primeiro, assegurar a produção de evidências relevantes de alta qualidade e depois usá-las no processo decisório. Os cientistas são responsáveis pela qualidade das evidências, as autoridades pelos resultados da política escolhida.

Recentemente, expressou-se a preocupação (Nature, 2006, Rosenstock & Lee, 2002) de que a integridade da ciência estaria sendo afetada por esforços de governos, indústria e grupos profissionais no sentido de favorecer certos interesses ou ideologias. Entre as possibilidades estão o desvio dos fundos de pesquisa de áreas ideologicamente sensíveis, pressão para alterar resultados, restrições sutis ou informais a trabalhos controversos ou mesmo a supressão de resultados. Garrett (2000) demonstra como um regime totalitário corrompeu a ciência durante décadas. Não há motivo para acreditar que essas influências sejam generalizadas na maioria dos países, mas a vigilância é necessária.

As publicações científicas são o meio pelo qual os cientistas comunicam suas descobertas entre si, contribuem para o corpo de conhecimento, se expõem a críticas de seus pares e constroem uma carreira, além de um passo essencial no processo de validação do conhecimento científico. A publicação também é a base de uma tradução efetiva do conhecimento. A integridade do conhecimento publicado deve ser preservada. Por exemplo, estão sendo tomadas medidas para limitar a influência potencial da indústria farmacêutica através do movimento para registrar todos os testes clínicos, assegurando que os testes com resultados adversos não sejam eliminados (De Angelis et al., 2004); as revistas médicas estão cada vez mais exigindo que os autores e organizadores declarem fontes de financiamento e interesses conflitantes (Lexchin & Light, 2006). Outras medidas incluem políticas que proíbem a revisão pré-publicação de trabalhos científicos por empregadores ou doadores. Alguns cientistas (por exemplo, os que trabalham para o governo) têm a obrigação de demonstrar um bom uso dos recursos e a consecução de objetivos. Nesses casos, é apropriado atribuir tarefas e ter a qualidade do trabalho verificada por um supervisor qualificado. O verdadeiro teste de transparência em ciência é saber se os resultados da pesquisa científica são divulgados livremente para todos.

A ciência da saúde pública é caracterizada por uma proporção relativamente grande de documentos não publicados nas revistas científicas internacionais e, portanto, não acessíveis para busca nas bases de dados conhecidas. Trata-se de uma parte importante da base de evidências e deve estar acessível aos que desejam resumir todas as evidências disponíveis. O investimento em catalogação e acesso aos documentos não publicados é importante. Além de assegurar que as evidências sejam produzidas e estejam acessíveis, deve-se assegurar que o processo decisório faça o melhor uso

possível de todas as evidências. Evidentemente, isso é mais complexo do que simplesmente usar todos os estudos sobre uma questão, pois inevitavelmente variarão em termos de qualidade e relevância. Contudo, há uma ciência em desenvolvimento que proporciona orientação sobre a melhor maneira de resumir as evidências de modo a maximizar sua utilidade para a tradução do conhecimento pelas pessoas que tomam decisões.

Tradução de conhecimento

Tradução do conhecimento é o processo de apoiar a absorção da pesquisa e facilitar sua influência sobre a política de saúde. Em suma, envolve o resumo das evidências disponíveis (por exemplo, mediante uma revisão sistemática ou meta-análise), acesso dos decisores ao resumo e colaboração com os decisores para preencher a lacuna entre conhecimento e ação. Também envolve a identificação de lacunas no conhecimento e o envio dessa informação aos pesquisadores. Seus beneficiários potenciais incluem qualquer pessoa ou instituição que busca tomar uma decisão bem informada sobre saúde pública, incluindo governos, outros responsáveis pelas políticas, indústria, profissionais e organizações não governamentais.

As técnicas de tradução do conhecimento não se limitam a processos formalizados baseados na síntese da bibliografia, mas incluem a transferência do conhecimento tácito e implícito, socialização e comunidades de prática (Keifer, 2005: 6). Esse processo é mais participativo, e mais efetivo, do que simplesmente “empurrar” os resultados da pesquisa para os decisores. Se os cientistas estabelecessem relações com os responsáveis pelas políticas para promover suas descobertas, as evidências ficariam distorcidas. A interação face a face entre os cientistas e os responsáveis pelas políticas será mais eficaz do que um resumo escrito, mas provavelmente mais tendenciosa. Os cientistas naturalmente têm uma opinião positiva sobre seu próprio trabalho.

Os investimentos em pesquisa devem ser suplementados por investimentos na tradução do conhecimento para que este possa ser utilizado. É preciso fornecer os meios para sintetizar evidências, reunir pesquisadores e responsáveis pelas políticas para o intercâmbio de conhecimento, desenvolver e utilizar métodos eletrônicos de acesso à base de conhecimento, desenvolver novas tecnologias mais apropriadas para a síntese de evidências em saúde pública e continuar aprendendo sobre a utilização de evidências

nas decisões de saúde pública. Os usuários das evidências de saúde pública buscam estruturas e processos de tradução do conhecimento em saúde pública que sejam sensíveis, produzam resultados rápidos e sejam autônomos e críveis (Keifer, 2005: 10).

Uma estrutura de tradução do conhecimento em saúde pública que funcione adequadamente aumentaria muito as oportunidades de ser capaz de responder às necessidades dos decisores no tempo de que dispõem antes de tomar a decisão, com ou sem evidências. Uma vez concluída, a revisão sistemática pode ser atualizada à medida que as novas evidências se tornam disponíveis. Além disso, reduz os custos, pois muitas vezes as análises das evidências são repetidas: atualmente não existe um lugar único onde encontrar análises sistemáticas, diretrizes, etc. Otimamente, essa infraestrutura teria um elemento internacional. Atualmente, a tradução do conhecimento em saúde pública está avançando lentamente, principalmente porque ainda não existe um quadro suficientemente grande de cientistas e profissionais com a capacidade apropriada.

Alguns países estabeleceram programas de tradução do conhecimento; por exemplo, Centros Colaboradores de Saúde Pública do Canadá, Iniciativa de Saúde da População do Canadá, Força-Tarefa sobre Serviços Preventivos Comunitários dos EUA, Colaboração Campbell Internacional e Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica do Reino Unido. Sua colocação em organizações independentes facilita o desenvolvimento da infraestrutura necessária (diferente da infraestrutura de pesquisa) e demonstra transparência. Outras instituições podem realizar pesquisa primária e tradução do conhecimento, bem como desenvolver diretrizes, investigar surtos e fornecer assessoria técnica, além de proporcionar serviços de laboratório ou outros serviços diretos (Naylor, 2003: 78), que, cada vez mais, estão sendo implantados como organizações independentes, com uma grande proporção de cientistas e profissionais.

Uma relação efetiva

Com demasiada frequência, as decisões são tomadas sem um uso ótimo das evidências: faltam evidências ou os decisores não conseguem entender evidências complicadas ou irrelevantes, o resumo das evidências foi feito mas não está acessível, utilizam-se informações de partes interessadas sobre questões técnicas ou a seleção das evidências é afetada, talvez inconscientemente, por noções preconcebidas.

Decisões melhores exigem que os cientistas e responsáveis pelas políticas desempenhem papéis distintos. Cada um deve responder a uma pergunta. Para os cientistas é uma pergunta realista: o que a soma das pesquisas disponíveis, desinteressadas, objetivas e disciplinadas diz sobre a relação entre uma ação e suas conseqüências? (ou outra pergunta empírica semelhante) Para os responsáveis pelas políticas, é uma pergunta normativa; levando em contas as evidências e todos os fatores relevantes, o que deve ser feito?

Há opiniões diferentes sobre a relação mais efetiva e apropriada entre cientistas e responsáveis pelas políticas. Alguns (Lomas, 2000: 142) defendem uma relação e envolvimento estreito dos cientistas na formulação da política. Outros (Muir Gray, 2004: 988) distinguem entre processo decisório (apresentar ao decisor todas as evidências) e tomada de decisão (tarefa do responsável pela política). O risco de se aproximar demais do processo de formulação de políticas é que o cientista inconscientemente selecionará e interpretará as evidências a favor de uma ação preferida.

O processo decisório baseado em evidências na saúde pública apresenta oportunidades de desenvolver uma forte base de conhecimento, mais relevante às necessidades dos responsáveis pelas políticas e praticantes; fortalecer a confiança do público na ciência e nos decisores; e, mais importante, tomar decisões que produzam o resultado visado.

REFERÊNCIAS

- Abelson, J. 2006. *Primer on Public Involvement*. Preparado para o Health Council of Canada. Ottawa.
- Culyer, A. 2006. *Deliberative Processes and Evidence-Informed Decision-making in health care*. Toronto: Institute of Work and Health. <http://www.irpp.org/events/archive/nov05JDI/culyer.pdf> Obtido em 13 de junho de 2006.
- Daniels, N. 2000. "Accountability for Reasonableness". *British Medical Journal* 321:1300–1301.
- Davis, D.A., Thomson, M.A., Oxman A.D. e Haynes, R.B. 1995. "Changing physician performance: a systematic review of the effect of continuing medical education strategies". *JAMA*. 274:700-705.
- De Angelis, C., Drayen, J.M., Frizelle, F.A., et al. 2004. "Clinical trial registration: a statement from the International Committee of Medical Journal Editions". *Canadian Medical Journal*, 171 (6) 606-607.
- Dobrow, M.F., Goel, V. e Upshur, R.E.G. 2004. "Evidence-based health policy: context and utilization". *Social Science and Medicine* 58:207-217.

- Eisenberg, J.M. 2001. "What does evidence mean? Can the law and medicine be reconciled?" *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 26 (2) 369-382.
- Garrett, L. 2000. *Betrayal of trust: The collapse of global public health*. New York: Hyperion.
- Guyatt, G., Haynes, R.B., Joeske, R.Z., Cook, D.J., Green, L., Naylor, C.D., Wilson, M.C., Richardson, W.S. 2000. User's guides to the medical literature. XXV. "Evidence-based medicine: principles for applying the users guides to patient care". *JAMA* 284 (10): 1290-1296.
- Ham, C. 1990. "Priority setting in the NHS: reports from six districts". *British Medical Journal* 307: 435 - 445.
- Keifer, L., Frank, J., Mowat, D., et al. 2005. Fostering Evidence-based Decision-making in Canada: Examining the Need for a Canadian Population and Public Health Evidence Centre and Research Network. 96 (3) 11-20.
- Kemm, J. 2006. "The limitations of 'evidence-based' public health". *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12 (3):319-324.
- Lexchin, J. e Light, O.W. 2006. "Commercial influence and the content of medical journals". *British Medical Journal* 332: 1444-1446.
- Lomas, J. 2000. "Connecting Research and Policy". *Canadian Journal of Policy Research*, 1:140-144.
- Mooney, G.H. e Blackwell, S.H. 2004. "Whose health service is it anyway? Community values in healthcare". *Medical Journal of Australia*, 180 (2): 76-78.
- Mowat, D. e Hockin, J. 2002. "Building Capacity in Evidence-based Public Health Practice". *Canadian Journal of Public Health*. 93: 19-20.
- Muir, J.A. 2004. "Evidence based policy making". *British Medical Journal* 329:988-989.
- Nature. 2006. Science under attack. *Nature* 439, 891.
- Naylor, C.D. 2003. National Advisory Committee on SARS and Public Health. Learning from SARS. *Renewal of Public Health in Canada*. Ottawa: Health Canada Publications.
- Nonaka, I. e Takeuchi, M. 1995. *The knowledge-creating company*. New York: Oxford University Press.
- Petticrew, M. e Roberts, H. 2003. "Evidence, hierarchies, and typologies: horses for courses". *Journal of Epidemiology and Community Health* 57:527-529.
- Raphael, D. 2000. "The question of evidence in health promotion". *Health Promotion International* 15 (4) 355-367.
- Rosenstock, L. e Lee, L.J. 2002. "Attacks on science: the risks to evidence-based policy". *American Journal of Public Health*. 92 (1): 14-18.
- Smith, G.D., Ebrahim, S. e Frankel, S. 2001. "How policy informs the evidence". *British Medical Journal* 322:184-185.
- University of Toronto Joint Centre for Bioethics Pandemic Influenza Working Group 2005. Stand on Guard for Thee. Ethical Consideration in Preparedness Planning for Pandemic Influenza. <http://www.utoronto.ca/jcb/home/documents/pandemic.pdf>. Obtido em 13 de junho de 2006.
- Woolf, S.H., Grol, R., Hutchinson, A., Eccles, M. e Grimshaw, J. 1999. "Clinical guidelines: potential benefits, limitations and harms of clinical guidelines". *British Medical Journal* 318: 527-530.

SOBRE O AUTOR

David Mowat, formado em medicina na Universidade de Edinburgh e em saúde pública em Berkeley, Califórnia, é bolsista em medicina comunitária do Royal College of Physicians and Surgeons do Canadá. Após várias nomeações como especialista em saúde pública no nível local, provincial e nacional, atualmente é Vice-Chefe de Saúde Pública da Agência de Saúde Pública do Canadá, onde seus interesses incluem saúde pública, recursos humanos e tradução de conhecimento. É membro docente da Queen's University e Universidade de Ottawa.