

* Ensaio

Desafios da Saúde Global para a educação de profissionais de saúde: (re)definição de modos de produção de conhecimento em iniciativas de combate às desigualdades de saúde

Patrícia Moreira Ferreira

Investigadora júnior e doutoranda do programa "Governança, Conhecimento e Inovação", ramo "Impactos sociais da ciência e da tecnologia" (Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra).

pat.ferreira@gmail.com

DOI: 10.3395/reciis.v7i4.870pt

Resumo

O artigo parte da discussão de uma das dimensões associadas à Saúde Global - o seu envolvimento nas dinâmicas de produção de conhecimento "globalizado" sobre saúde, na sua disseminação através de modelos de transferência de conhecimento e implementação em diversos locais ou lugares. Argumenta-se que os programas de educação de profissionais de saúde, inseridos em iniciativas de Saúde Global de combate às desigualdades de saúde, se sustenta em orientações definidas internacionalmente que promovem o conhecimento técnico-científico como o único conhecimento válido sobre saúde. Propõe-se que a definição e orientação destes programas se deve sustentar em conhecimentos contextualizados e situados sobre saúde, assentes em coprodução de conhecimento, que poderão contribuir para educar e formar profissionais de saúde mais capazes de atuar em contextos locais marcados pela pobreza e exclusão social. Espera-se, assim, contribuir para o surgimento de novas perspectivas sobre produção de conhecimentos e práticas no ensino das profissões da saúde.

Palavras-chave: Saúde Global; Conhecimento e saúde; Educação na saúde; Profissionais de saúde; conhecimento baseado na experiência.

Introdução

O conceito de "Saúde Global" tem vindo a constituir-se como um campo político e científico no qual os problemas contemporâneos da saúde ao nível mundial são posicionados a partir das relações existentes entre a globalização e a saúde. A complexidade inerente à definição de políticas nacionais e internacionais da saúde, no seio das polaridades económicas, políticas e ambientais atuais, configura o domínio da Saúde Global e constitui um vasto e complexo campo de análise para as ciências sociais, e em particular para os Estudos Sociais da Medicina e Saúde, Antropologia Médica e Estudos Pós-Coloniais.

Uma das dimensões associadas à Saúde Global é o seu envolvimento nas dinâmicas de produção de conhecimento "globalizado" sobre saúde (ADAMS, 2010), na sua disseminação através de modelos de transferência de conhecimento e implementação em diversos locais ou lugares. Nestes locais, é possível identificar a existência de barreiras ao diálogo e à

comunicação que decorrem da transferência e implementação de uma forma de conhecimento globalizado – o conhecimento biomédico, barreiras estas que traduzem formas de perpetuação de relações de poder existentes entre os diversos atores envolvidos (BIEHL; PETRYNA, 2013). Apesar do crescente incentivo à participação dos atores locais na definição das redes de conhecimento que sustentam parcerias e iniciativas internacionais destinadas à resolução de problemas ligados à saúde, as estratégias que têm sido utilizadas baseiam-se ainda em formas seletivas de participação e os recursos criados no âmbito destas ações são, recorrentemente, entregues como “produtos” finalizados e prontos a serem utilizados pelos seus públicos-alvo. Na ausência de antecipação das possíveis barreiras à implementação destas ações ou de abordagens integradoras aos seus públicos-alvo, quer na produção de conhecimento, quer na sua tradução para formas de ação, não é possível compreender os impactos reais destes mecanismos de transferência de conhecimento, assentes em modelos de déficit (IRWIN; MICHAEL, 2003), nos quais os conhecimentos locais não são considerados relevantes ou devem até ser substituídos por outros, ignorando propostas de construção de conhecimento onde a experiência e os saberes locais têm lugar e coexistem em relações de igualdade com o conhecimento biomédico.

Neste artigo, procuram-se formas de ultrapassar os problemas gerados pelo encontro entre o conhecimento “globalizado” sobre saúde – o conhecimento biomédico, que tem vindo a ser promovido por atores e iniciativas promovidas no contexto da Saúde Global, e os conhecimentos locais, através da proposta de redefinição do modo de construção de conhecimentos em plataformas de relações e diálogos desenvolvidas a partir dos lugares onde as intervenções sobre a saúde têm lugar. Parte-se de uma reflexão sobre duas experiências de produção de conhecimento sobre saúde: uma delas, no contexto de programas de cooperação internacional destinados à educação de profissionais de saúde em Angola e Moçambique; a outra, no contexto de projetos de investigação colaborativa na área da saúde no Brasil e em Portugal. No primeiro caso argumenta-se que os programas de educação médica criados em universidades de Angola e Moçambique, através de financiamento internacional, replicam o modelo de transferência de conhecimento científico, assim como as relações hierárquicas entre conhecimentos globalizados e locais sobre o que conta como saúde, excluindo a partilha de conhecimentos e experiência com os atores locais envolvidos. No segundo caso, a partir da investigação realizada em projetos colaborativos na área da saúde em Portugal e no Brasil, temos vindo a desenvolver, ao nível teórico e metodológico, uma agenda de produção compartilhada de conhecimento sobre os determinantes sociais da saúde e a explorar contextos nos quais diversos públicos (profissionais de saúde, doentes e “públicos leigos”) estão envolvidos em formas ancoradas de produção de conhecimento sobre saúde. Estes contextos desafiam as definições do que conta como conhecimento e dos modos como este é construído, contribuindo para novas configurações de intervenção na saúde.

A partir destas experiências, critica-se a sustentação dos programas de educação de profissionais de saúde em orientações definidas internacionalmente que promovem o conhecimento técnico-científico como o único conhecimento válido sobre saúde. Quando inseridos em iniciativas de Saúde Global de combate às desigualdades de saúde, os programas de ensino e capacitação dos profissionais de saúde devem ambicionar torná-los mais capazes de atuar em contextos locais de pobreza e exclusão social. Nestes contextos, os conhecimentos da prática clínica nem sempre são suficientes para intervir sobre as condições de vida ou o acesso aos cuidados de saúde. A capacidade de intervir sobre os processos de determinação da saúde e doença e da promoção da saúde e do bem-estar desafia o foco do ensino das profissões da saúde nos modelos de transferência de conhecimento técnico-científico promovidos ao nível internacional. Apenas ancorando a construção de conhecimento sobre saúde nos contextos de prestação de cuidados de saúde nas comunidades, em particular nos territórios marcados pela pobreza e exclusão social e na formação de profissionais de

saúde, é possível identificar e caracterizar os itinerários de conhecimento a partir dos públicos-alvo, dos contextos e das mediações existentes que devem ser considerados nos programas de educação dos profissionais de saúde.

Espera-se, por fim, contribuir para o surgimento de novas perspectivas sobre produção de conhecimentos e práticas na área da saúde que sejam mediadas por diferentes atores, em contextos sociais e epistemológicos específicos e que problematizem a relação entre a sociedade e a produção de conhecimento sobre saúde.

Desenvolvimento

Segundo Janes e Corbett (2009) são focos da "Saúde Global" a abordagem às desigualdades de saúde, a distribuição de recursos necessários ao alcance da saúde e bem-estar em diversos locais, o desenvolvimento de políticas nacionais e internacionais de saúde e o estudo das consequências locais da sua implementação, assim como a organização e constituição dos sistemas de saúde. Na crescente diversidade de temas e disciplinas a cruzarem as áreas da saúde e das ciências sociais e humanas, a Saúde Global tem vindo a merecer especial atenção da Antropologia Médica, dos Estudos Pós-Coloniais e dos Estudos Sociais da Medicina e Saúde no que respeita ao percurso que este campo tem vindo a traçar a partir da Saúde Internacional e como área de pesquisa e prática que pretende relacionar a saúde - como estado dinâmico e de bem-estar - à complexidade dos processos associados à globalização (FASSIN, 2010). As abordagens "baseadas em balas mágicas" (BIEHL, 2011, p.257) da Saúde Global estruturam-se a partir da produção de evidências científicas, das iniciativas de cooperação internacional na área da saúde (tais como a criação de programas de educação e capacitação de profissionais de saúde em países ou regiões onde as desigualdades de saúde são alarmantes), e da sua participação crescente nos mercados e nos sistemas de saúde, e são criticadas a partir de pesquisas e iniciativas centradas nas pessoas e que procuram recuperar as noções de responsabilidade e cuidado (BIEHL, 2011; BIEHL; PETRYNA, 2013).

Assente numa ordem mundial neoliberal em expansão, uma das dimensões mais visíveis da Saúde Global traduz-se nas dinâmicas de produção e disseminação do conhecimento científico "globalizado" (ADAMS, 2010), assim como na implementação deste conhecimento em diversos locais, quer através da ação local das agências internacionais dedicadas ao Desenvolvimento Humano, quer através da sua disseminação através do universo das redes sociais e dos media, contribuindo para a transformação das relações internacionais através da saúde e vice-versa (FASSIN, 2012) no que Adams, Novotny e Leslie (2008) designam de Diplomacia da Saúde Global. A procura de novos posicionamentos entre os fenômenos locais e globais que dialoguem com atores de contextos locais no processo de construção de conhecimento e traduzam as experiências e as marcas de processos globais que definem a saúde constituem um desafio da Saúde Global. Este desafio requer uma (re)definição de modos de produção de conhecimento em iniciativas de combate às desigualdades de saúde e do ensino dos profissionais de saúde que trabalham em contextos de pobreza e exclusão social que vá além de uma formação técnico-científica, capacitando-os verdadeiramente para a intervenção em contextos locais.

Saúde Global e Conhecimento sobre Saúde

As redes de "peritos" ou comunidades epistêmicas da Saúde Global (JANES; CORBETT, 2009) assumem posições estratégicas nas agências e organizações internacionais, desenvolvendo enquadramentos comuns de conhecimento e de valores que sustentam a configuração das políticas de saúde pública, de constituição dos sistemas de saúde, educação e redução da pobreza, assim como da capacitação de recursos humanos da saúde (WHO, 2011). Através da

criação de redes, parcerias ou a partir de outras formas de agência surgem, como consequência, novos repertórios de ações e de sistemas de valores (FASSIN, 2012) definidos a partir de agendas de investigação biomédica e que estão na base da tomada de decisão arbitrária sobre o que conta como conhecimento válido sobre saúde (ADAMS, 2010) e das políticas de intervenção sobre o outro (BIEHL, 2011). As dinâmicas de circulação de conhecimento que acontecem no diálogo entre as organizações de governação global e atores envolvidos na sua transferência e implementações são resultado de uma aposta forte na investigação biomédica e, simultaneamente, resultam do desinvestimento na participação da sociedade civil na pesquisa social (através da partilha de conhecimento baseado na experiência ou da participação na coprodução de conhecimento) e em intervenções na saúde pública e no acesso aos serviços de saúde. Esta aposta permite compreender a centralidade de algumas organizações internacionais, como a Organização Mundial de saúde (OMS), na construção e perpetuação de modelos de transferência de conhecimento hegemónico que respondem às agendas definidas para a formulação de políticas públicas de carácter global, da hegemonização do mercado de saúde internacional (MATTA, 2005) e da perpetuação de relações de poder hierarquizadas (MENESES, 2003). Importa, então, pensar as zonas de contacto criadas entre as fronteiras do global e do local e perceber se será possível a existência de mecanismos de coprodução de conhecimento e de tradução entre saberes hegemónicos e outros não-hegemónicos (SANTOS, 2006), assim como a criação de formas de participação “mais alargada e informada nos debates, por norma a construir uma rede de intervenção onde todas as formas de conhecimento possam construtivamente participar em função da sua relevância para a situação em causa” (SANTOS et al, 2004, p. 5).

No contexto da Saúde Global, como diz Gustavo Matta (2005), as discussões sobre atenção primária, avaliação de sistemas de saúde e capacitação de profissionais de saúde, são agora alvo de ações de planeamento globais baseadas na interdependência económica e tecnológica entre os Estados nacionais. Destas ações têm resultado alterações nas perspectivas sobre a cooperação e a diplomacia entre os países, cada vez mais assentes em perspectivas hegemónicas sobre o conhecimento, tal como se percebe nas diretizes da OMS para a educação e formação dos profissionais de saúde (WHO, 2011). As estratégias e soluções assentes nestas perspectivas são temporárias, não podem ser perpetuadas no tempo sem discussão e adequação local, sem terem em conta as transformações organizacionais, políticas e sociais dos lugares a que se destinam e responder a organizações locais e regionais (SANTOS et al, 2011). Apenas neste contexto é possível a construção de redes de saberes locais que contribuam para a ampliação das visões da Saúde Global, na procura de uma saúde mais justa e democrática.

Desafios da Saúde Global para a educação de profissionais de saúde

Nas zonas de contacto entre conhecimentos globais e locais surgem espaços para novas manifestações da colonialidade do saber (SANTOS et al, 2004), mas surgem, também, potencialidades de construção de novas formas de conhecimento “que procuram dar conta da complexidade biossocial e socioambiental dos problemas de saúde em contextos nacionais e regionais e num contexto global marcado por acentuadas desigualdades” (NUNES, 2006, p. 5). Se os espaços criados na operacionalização das iniciativas de Saúde Global, tais como os programas de educação e formação de profissionais de saúde, se constituem como espaços de transferência de conhecimento globalizado, que é disseminado como único conhecimento verdadeiro, então o combate à colonialidade do saber deve partir de uma proposta inovadora assente na “ecologia dos saberes e na tradução intercultural” proposta por Boaventura de Sousa Santos (SANTOS; MENESES, 2010, p. 14). Numa perspectiva crítica e contra-hegemónica, a construção e disseminação de conhecimento sobre saúde assente em estratégias de transferência de conhecimento biomédico apenas permite a existência de

formas seletivas de participação e não promotoras de possibilidades de colaboração que promovam a capacitação dos profissionais de saúde para atuar em contextos locais de pobreza e exclusão social. Pelo contrário, estas estratégias servem a globalização do conhecimento, dando mais destaque à importância da sua disseminação como direito ao conhecimento do que destacando a importância da sua tradução e construção colaborativa. É essencial, por isso, refletir sobre a concetualização e implementação das iniciativas propostas no contexto da Saúde Global como meio de resolução de problemas locais através de meios globais, e sobre os desafios colocados pelos fluxos de informação que decorrem numa escala global à construção de intervenções na área da saúde mais apropriadas às necessidades das populações.

Compreender o impacto local do conhecimento biomédico, quer ao nível da prática clínica quer ao nível dos programas de educação assentes na biomedicina, implica compreender a "importância crescente da tecnologia e dos saberes das ciências da vida na medicina", as "transformações na produção, distribuição e consumo dos conhecimentos biomédicos e da gestão da informação médica" e, à luz das considerações locais (econômicas, culturais, políticas ou sociais) entender a produção de "novos atores e identidades coletivas tecnocientíficas" (NUNES, 2009, p. 145). As organizações envolvidas na Saúde Global devem, a partir dos lugares onde as ações são implementadas, dar particular atenção às condições históricas e do contexto, tal como sugerem os testemunhos e as práticas que emergiram quando as organizações internacionais procuraram dar uma "face pública" à epidemia HIV/AIDS, promovendo a sua aceitação pelas pessoas afetadas na África Ocidental e tentando demonstrar a efetividade dos programas implementados (NGUYEN, 2010). As iniciativas de combate às desigualdades de saúde, promovidas no seio da Saúde Global, devem contemplar o reforço das ligações entre as instituições internacionais, nacionais e locais e a melhoria da coordenação entre vários atores e a sociedade civil em contextos sociais e epistemológicos específicos. Através da integração em iniciativas internacionais dedicadas a desenvolver e apoiar a capacitação dos profissionais na área da saúde, os programas dedicados ao ensino na área da saúde devem contribuir para a melhoria das condições de vida e da prestação de cuidados de saúde às populações (ADAMS, 2010). No entanto, é na análise das consequências locais da disseminação do conhecimento especializado e da sua tradução para as políticas globais de saúde que as ausências inerentes às intervenções são perceptíveis, assim como os potenciais contextos locais onde modos alternativos de construção de conhecimento poderiam ter lugar.

O médico e antropólogo Paul Farmer é um dos principais proponentes de uma abordagem baseada na comunidade, cuja noção de intervenção passa por enfrentar as condições estruturais que perpetuam as doenças ao nível local (FARMER, 2006). A partir da abordagem da justiça social, o autor e a associação que ele coordena - Partners in Health, consideram as trajetórias dos doentes e o seu acompanhamento tão importantes como a resolução dos fatores econômicos e sociais que afetam as famílias ou que sustentam as infraestruturas clínicas existentes num local. Nesta visão, o sistema de saúde serve à promoção do desenvolvimento social e económico e a formação dos profissionais de saúde passa pela promoção da saúde em contextos onde saúde é mais do que eliminar a doença (FARMER et al. 2006). No entanto, mesmo estas iniciativas tendem a excluir os saberes locais, construídos a partir das experiências de vida das pessoas que lidam com a doença e os determinantes das condições de vida. Danielle Groleau propõe colmatar estas ausências através da integração do conhecimento baseado na experiência dos usuários/doentes na construção de intervenções sobre a saúde, estabelecendo pontes entre os contributos da biomedicina e das ciências sociais para o campo da saúde (GROLEAU et al. 2009).

Os profissionais de saúde encontram-se frequentemente numa posição privilegiada para articular os saberes da biomedicina e da epidemiologia com contextos e modos de vida locais e

que poderão abrir espaços que permitam a emergência de ecologias de conhecimentos e práticas (SANTOS, 2006) que sustentem novas configurações de saúde como bem-estar, moldadas pela vontade de realização da justiça social e da democracia.

(Re)definição de modos de construção de conhecimento sobre saúde: da transferência de conhecimento à colaboração

A fundamentação teórica deste artigo parte de uma reflexão teórica sobre duas experiências de produção de conhecimento sobre saúde e da sua contribuição para o estudo dos processos de educação e capacitação dos profissionais de saúde. Esta reflexão tem vindo a revelar espaços estratégicos para a discussão e transformação das abordagens e práticas existentes em diferentes níveis de atenção à saúde das populações, desafiando-nos a enriquecer e qualificar as práticas dos profissionais de saúde nas comunidades onde atuam.

A primeira experiência refere-se à participação em projetos de Cooperação Internacional no Ensino Superior na área da Saúde, destinada à implementação de programas de educação médica nas áreas materno-infantil e doenças infecciosas, em universidades de Angola e Moçambique, através do financiamento da União Europeia e de Portugal. O envolvimento nestes projetos consistiu na implementação de processos de comunicação e de ensino/aprendizagem facilitadores da transferência de conhecimento biomédico, orientado para a melhoria da qualidade da educação médica e da prática clínica nos países referidos. As orientações dos projetos para a educação e preparação dos profissionais de saúde assentou na mobilização de conhecimento biomédico através do uso de plataformas tecnológicas, exigindo a formação/preparação prévia dos públicos-alvo (médicos, docentes clínicos, estudantes de medicina) para receberem este conhecimento, quer através de ações de formação, de conteúdos curriculares e de outros formatos seguindo orientações internacionais neste campo (FRENK et al, 2010). As estratégias adotadas assentaram na criação e desenvolvimento de uma plataforma que serviu de suporte à qualificação e capacitação dos profissionais de saúde e de educação médica, visando: i) a partilha e disseminação de informação entre profissionais de saúde, melhorando o impacto de intervenções ao nível dos serviços institucionais; ii) a formação contínua de profissionais de saúde; iii) o fomento da capacitação tecnológica dos profissionais de saúde e de educação médica, com a rotinização da utilização das tecnologias da informação e comunicação nos contextos de trabalho (FERREIRA, no prelo). Esta plataforma assumiu-se como suporte da cooperação entre Portugal, Angola e Moçambique, tendo em vista, por um lado, promover a comunicação entre os parceiros e apoiar o acesso e partilha de informação sobre saúde e, por outro, desempenhando um papel preponderante na mediação tecnológica dos processos de qualificação e capacitação de recursos humanos da área da saúde e educação médica.

Através do envolvimento entre atores do Ensino Superior e da Saúde, como os investigadores, profissionais de saúde, docentes, membros das equipas dos projetos de cooperação, tanto europeus como africanos, definiram-se modos de produção e circulação de conhecimento adequados à formação e educação de médicos de acordo com as orientações de uma agenda global – os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, e não de acordo com uma planificação e orientação das ações necessárias nos contextos locais, que apenas poderia acontecer através da participação reforçada dos atores nacionais e locais na construção de programas de educação contextualizados e sustentáveis. Sendo difícil definir o que são, para os vários atores, as necessidades “verdadeiras”, apenas foi possível vislumbrá-las, através da observação das situações das escolas e hospitais, do acesso a relatos e histórias pessoais. Esta experiência permitiu compreender que a transferência de conhecimento aconteceu de forma hierárquica entre os coordenadores dos projetos e os restantes parceiros, e que apenas contemplando a participação de todos os atores em “novas configurações de saberes, atores e

alianças" (NUNES, 2006, p. 13) se poderiam estabelecer estratégias que contribuíssem, na realidade, para a prossecução dos objetivos que se pretendia alcançar. Não excluindo ou recusando a importância do acesso aos dispositivos de diagnóstico e terapêuticos, foi possível reconhecer, através dos seus modos de chegada a estes locais, a dimensão e presença de um conhecimento que se afirma como superior aos conhecimentos e experiências individuais e coletivas que traduzem localmente os processos de determinação social da saúde. Este reconhecimento leva-nos a questionar as possibilidades reais de um envolvimento social e cultural com a produção e partilha de conhecimento sobre saúde num paradigma dominado pela biomedicina. Os mecanismos de transferência de conhecimento assentam num modelo de déficit (IRWIN; MICHAEL, 2003), que ignoram propostas de construção de conhecimento onde a experiência e os saberes locais têm lugar e coexistem com os saberes científicos e técnicos em relações de reconhecimento e respeito mútuos. Os problemas que surgem no encontro entre os conhecimentos "globalizados" e os conhecimentos locais apenas podem ser ultrapassados através da redefinição do modo de construção de conhecimento sobre saúde e de possibilidades de participação nesse processo em plataformas de igualdade de conhecimentos, ao contrário dos modelos de transferência "de cima para baixo", onde a participação é esquecida.

A necessidade de modos alternativos de construção de conhecimento sobre saúde e de formas de participação que promovam a criação de redes de saberes locais capazes de sustentar diálogos e mediações entre atores locais, nacionais e internacionais é premente no contexto da Saúde Global. Estas construções apenas podem surgir no seio de novos enquadramentos epistemológicos, baseados em novas formas de colaboração e na construção de conhecimentos situados e partilhados, que contribuam para verdadeiras formas de comunicação e de diálogo, desafiando a governação global da saúde exercida pelas agências internacionais e suscitando importantes questões sobre igualdade e justiça no mundo (NUNES; FILIPE; MATIAS, 2008). Este trabalho implica um processo de transformação envolvendo o "recrutamento" e o "interessamento" de diferentes tipos de atores sociais (LATOURETTE, 2005) e a definição dos "porta-vozes" legítimos do problema e requer, então, a procura de novos posicionamentos entre os fenômenos locais e globais que definem a saúde e a disponibilidade de envolvimento com atores de contextos locais no processo de construção de conhecimento de saúde, dialogando com e traduzindo as experiências e as marcas de processos globais que definem a saúde.

A redefinição dos modos de produção de conhecimento sobre saúde requer a exploração de novos paradigmas da pesquisa, considerando as epistemologias existentes em diferentes lugares e os processos que dão origem à construção e aquisição de conhecimentos e formas de saber sobre o mundo (FLECK, 1979). Haraway (1988) lembra-nos que a produção do conhecimento deve incluir o reconhecimento de que todo o conhecimento é situado, e de que não é possível um olhar de parte alguma num caminho a ser percorrido na relação entre a sociedade e a produção de conhecimento, que implica um envolvimento com o mundo. Nunes (2010) acrescenta que "devemos aprender a funcionar num mundo destes, em que a produção de conhecimento é feita de forma colaborativa, ajudando a criar novas formas de conhecimento". Nunes (2010) adota a perspetiva parcial como a maneira adequada de entender a produção de conhecimento, olhando para as condições em que se produzem e estabelecem alianças. Assim, a construção de parcerias transversais a diferentes escalas – internacional, nacional e local deve acontecer em novos enquadramentos epistemológicos e basear-se em novas formas de colaboração, em conhecimentos situados e partilhados, que contribuam para a criação de estratégias de conhecimento baseadas em verdadeiras formas de diálogo e de comunicação. A construção de conhecimento no contexto da Saúde Global deve dirigir-se à resolução de problemas relacionados com a saúde, mas também com os seus determinantes sociais e precisa de ser realizada em novas reconfigurações da realidade (MOL,

2007), investigando a forma como as tensões são geridas a partir das perspectivas dos "agentes em ação" e recorrendo a narrativas que considerem a amplitude dos agentes, das instituições e dos ambientes que nos permitam reconfigurar a realidade. Esta reflexão parte da análise de uma experiência de envolvimento com o *modus operandis* da cooperação internacional em saúde, tal como ela tem vindo a ser planeada e implementada em lugares onde a pobreza e a exclusão social marcam a vida das populações, e onde a participação de atores como os profissionais de saúde em iniciativas de cariz colaborativo poderá contribuir para o desenvolvimento de enquadramentos teóricos e metodologias voltadas para a construção colaborativa de conhecimento e para as intervenções locais em saúde, promovendo intervenções mais eficazes decorrentes do estabelecimento de parcerias locais e integradoras dos interesses e necessidades dos seus públicos.

A partir da investigação realizada em projetos na área da saúde desenvolveu-se, ao nível teórico e metodológico, uma reflexão sobre os modos de apropriação de conhecimento biomédico por parte dos cidadãos e uma agenda de produção compartilhada de conhecimento sobre os determinantes sociais da saúde, em contextos nos quais diversos públicos (profissionais de saúde, doentes e "públicos leigos") estiveram envolvidos em formas ancoradas de produção de conhecimento sobre saúde. Os projetos "Avaliação do estado do conhecimento público sobre saúde e informação médica em Portugal" e "Novos caminhos da investigação em determinantes sociais da saúde", que integra a plataforma BIOSENSE (envolvimento e colaboração entre instituições científicas e a sociedade) foram coordenados pelo Centro de Estudos Sociais (CES) da Universidade de Coimbra. O projeto "Novos caminhos da investigação em determinantes sociais da saúde" constituiu uma colaboração entre o CES e o Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC-Fiocruz). No âmbito destes projetos, foram analisados contextos nos quais diversos públicos se envolveram em formas ancoradas de produção de conhecimento sobre saúde. Estes contextos desafiam as definições do que conta como conhecimento e dos modos como este é construído e apropriado, contribuindo para novas configurações de intervenção na saúde e podem contribuir para responder a situações locais no sentido de resolver problemas para os quais o conhecimento científico possa trazer soluções (NUNES, 2011), num projeto amplo e coletivo de solidariedade pragmática (FARMER et al, 2006) capaz de contribuir para a transformação social.

Os profissionais de saúde encontram-se frequentemente numa posição privilegiada para articular os saberes da biomedicina e da epidemiologia com contextos e modos de vida locais e que poderão abrir espaços que permitam a emergência de ecologias de conhecimentos e práticas (SANTOS, 2006) que sustentem novas configurações de saúde como bem-estar, moldadas pela vontade de realização da justiça social e da democracia.

Considerações finais

A discussão sobre o envolvimento da Saúde Global nas dinâmicas de produção de conhecimento "globalizado" sobre saúde poderá contribuir para a constituição de dispositivos de construção de conhecimento sobre saúde e de intervenções mais apropriadas às necessidades locais.

A reflexão aqui apresentada pretende recentrar o foco das intervenções dos atores internacionais envolvidos na Saúde Global nos contextos em que as relações entre experiências, saberes, vocabulários e práticas se vinculam a locais, permitindo outras visões do que conta, para os diferentes atores, como saúde e dando lugar a novas configurações de saberes e atores e que devem ter expressão nos programas de educação de profissionais de saúde.

O mapeamento das trajetórias de produção de conhecimento, junto de grupos ou comunidades socialmente vulneráveis, enriquecerá o diálogo com os profissionais de saúde, assim como a sua participação em iniciativas de combate às desigualdades de saúde (SOUZA, 2011). A integração de iniciativas de cariz colaborativo, dedicadas à coprodução de conhecimento sobre saúde poderá apoiar o desenvolvimento das capacidades necessárias à identificação de questões éticas relacionadas com as intervenções locais em saúde, promovendo uma intervenção mais eficaz e de sucesso destes profissionais na sociedade.

Referências bibliográficas

ADAMS, V. Against Global Health? In: METZL, E.;KIRKLAND, A.(Ed.). **Against Health**. New York: New York University Press, 2010, p. 40-58.

ADAMS, V., NOVOTNY, T., LESLIE, H. "Global Health Diplomacy" an editorial.**Medical Anthropology**,v.12, n.4, p. 315-323, 2008.

BIEHL, J. Antropologia no campo da Saúde Global. **Horizontes Antropológicos**, v.17, n.35, p.227-256.2011. [doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832011000100009>]

BIEHL, J., PETRYNA, A. Critical Global health. In: BIEHL, J. & PETRYNA, A. (Ed.) **When People Come First**. Princeton: Princeton University Press, 2013. p. 1-20.

FARMER, P., NIZEYE, B., STULAC, S. et al. Structural violence and clinical medicine. **PLoS medicine**, v. 3, n. 10, 2006, e449. [doi:10.1371/journal.pmed.0030449].

FASSIN, D. That obscure Objectof Global Health. In: INHORN, M. (Ed.)**Medical anthropology at the intersections**. Durham and London: Duke University Press, 2012. p. 95-115.

FERREIRA, P. Gestão de conteúdos em programas de cooperação: a plataforma tecnológica "A NAME for Health" como ferramenta de partilha de conhecimento. In: NAME: uma perspetiva estratégica para a cooperação em Educação Médica. Porto: Centro de Educação Médica, Faculdade de Medicina a U.Porto. NO PRELO.

FLECK, L. **Genesis and Development of a Scientific Fact**. Chicago: The University of Chicago Press, 1979, p. 222.

FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **The Lancet**, v. 376, n. 9756, p.1923-1958, 2010.

HARAWAY, D. Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective, **Feminist Studies**, v. 14, n. 3, 1988, p. 575-599.

IRWIN, A.; MICHAEL, M. **Science, Social Theory & Public Knowledge**. London: Open University Press, 2003, p.179.

JANES, C.; CORBETT, K.Anthropology and Global Health. **Annual Review of Anthropology**, v. 38,p. 167-83, 2009.

LATOUR, B. **Reassembling the Social. An introduction to Actor-Network Theory**. Oxford: Oxford University Press, 2005, p. 301.

MATTA, G. A organização mundial da saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. **Trab. educ. saúde**, v.3, n.2, p. 371-396, 2005.[doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462005000200007>].

MENESES, M.P. Agentes do conhecimento? A consultoria e a produção de conhecimento em Moçambique. In: SANTOS, B.S. (Org.). **Conhecimento Prudente para uma vida decente**. Porto: Afrontamento, 2003, p. 695-713.

MOL, A. Política Ontológica. Algumas ideias e várias perguntas. In: NUNES, J.; ROQUE, R. (Org.). **Objectos impuros. Experiências em estudos sociais da ciência**. Porto: Edições Afrontamento, 2007, P. 23.

NGUYEN, V. **The Republic of Therapy: Triage and Sovereignty in West Africa's Time of AIDS**, Duke University Press, p. 237, 2010.

NUNES, J. A pesquisa em saúde nas ciências sociais e humanas: tendências contemporâneas. **Oficinas do CES 253**, n. 11, p.36, 2006.

NUNES, J. A política e a ética da construção do conhecimento. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DIREITO E SAÚDE, 6., Rio de Janeiro, 2011; SEMINÁRIO NACIONAL DIREITO E SAÚDE, 10. Rio de Janeiro, 2011. [Áudio e slides PowerPoint]. Rio de Janeiro: ENSP, 2011. Disponível em: <<http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=12863&tipo=B.>>. Acesso em: 24 ago. 2013.

NUNES, J.; FILIPE, A.; Matias, M. Saúde e novas formas de governação. **JANUS OnLine**, 2008. Disponível em: <http://janusonline.pt/2008/2008_3_6.html> Acesso em: 24 ago. 2013.

NUNES, J. Saúde, direito à saúde e justiça sanitária. **Oficinas do CES 372**, p.143-169, 2009.

SANTOS, B. **A Gramática do Tempo**. Porto: Afrontamento, 2006, p. 456.

SANTOS, B.; MENESES, M. Introdução. In: SANTOS, B.; MENESES, M. (Org.). **Epistemologias do Sul**. Coimbra: Almedina, 2010, p.9-19.

SANTOS, B.; MENESES, M.; NUNES, J. Introdução: para ampliar o cânone da ciência: a diversidade epistemológica do mundo. In: SANTOS, B. (Org.). **Semear outras soluções - Os Caminhos da Biodiversidade e dos Conhecimentos Rivais**, Porto: Afrontamento, 2004, p. 35-69.

SANTOS, B.; TRINDADE, J.; MENESES, M. et al. **Avaliação da Cooperação Portuguesa no Sector da Justiça (2000-2009) aos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP)**. Relatório Final – Sumário Executivo, Coimbra: Centro de Estudos Sociais, 2011, pp.11.

SOUZA, C. A construção da cidadania científica para a promoção da saúde: uma experiência de produção compartilhada de conhecimento. **Oficinas do CES 374**, 2011, p. 34.

World Health Organization. **Transformative scale up of health professional education**. Geneva: World Health Organization, 2011, p. 19.

Recebido 30-10-2013

Aceito 09-12-2013