

* Artigo Original

O que os pesquisadores pensam do sistema de pesquisa em saúde no Brasil: um estudo piloto

José Carvalho de Noronha

Instituto de Medicina Social- IMS, Universidade do Estado do Rio de Janeiro- UERJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil
noronha@uerj.br

Telma Ruth Silva

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva-ABRASCO, Rio de Janeiro, RJ, Brasil
truth@openink.com.br

Fernando Szklo

Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência- SBPC, Rio de Janeiro, RJ, Brasil
cienciahoje@cienciahoje.org.br

Rita Barradas Barata

Departamento de Medicina Social. Faculdade de Ciências Médicas. Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil
rita.barradasbarata@gmail.com

DOI: 10.3395/receis.v6i1.478pt

Resumo

Este artigo apresenta a percepção de pesquisadores, formuladores de política científica e usuários de resultados de pesquisa sobre o funcionamento do sistema de pesquisa em saúde no Brasil. Foi realizado inquérito utilizando amostra probabilística de pesquisadores e intencional de formuladores da política científica e usuários de conhecimentos científicos. Apenas 17% dos entrevistados consideram bom o funcionamento do sistema de pesquisa em saúde no país apontando como componentes mais relevantes: a visão, agenda de prioridades e garantia dos recursos financeiros para a pesquisa. Os componentes menos valorizados foram: avaliação do próprio sistema, incorporação dos resultados às políticas públicas e difusão dos resultados para a opinião pública. As principais metas do sistema devem ser: melhoria da saúde da população, avanço do conhecimento e promoção da equidade. Os entrevistados apontariam maior proporção de recursos nas modalidades de indução para a pesquisa básica, epidemiológica e clínica. Eles valorizam os problemas de saúde atuais, os persistentes e a previsão de problemas futuros, o atendimento a grupos vulneráveis e a estratégias de prevenção e cura das doenças como critérios de definição de prioridades. Todas as opiniões sofreram alguma modificação segundo os grupos etários, a posição do entrevistado (pesquisador, gestor, usuário) e a área de atuação.

Palavras-chave : sistema de pesquisa em saúde; percepção dos pesquisadores; pesquisa em saúde; política científica; componentes do sistema de pesquisa em saúde

INTRODUCTION

As agências internacionais de cooperação têm destacado a importância do sistema de ciência e tecnologia em saúde para a obtenção dos objetivos dos sistemas nacionais de Saúde. Segundo a perspectiva vigente, o conhecimento científico e tecnológico deve ser visto como insumo para as ações da política nacional de Saúde. (GLOBAL FORUM FOR HEALTH RESEARCH, 2005; PANG; PABLOS-MENDEZ; JSSELMUIDEN, 2004).

A OMS define o sistema de pesquisa em saúde como o conjunto de "pessoas, instituições e atividades cujo propósito primário é gerar conhecimento de alta qualidade que possa ser usado para promover, restaurar ou manter o estado de saúde das populações" (PANG et al, 2003). A abordagem sistêmica tenta superar a fragmentação existente nas atividades de pesquisa e a dificuldade de comunicação usual entre pesquisadores e usuários dos produtos da pesquisa.

A Organização Mundial de Saúde propôs como uma das estratégias para implementar atividades relacionadas ao fortalecimento da capacidade de pesquisa em saúde nos países membros a Análise dos Sistemas de Pesquisa em Saúde (HRSA), como ferramenta para geração de informações e para avaliação do *status* da pesquisa em saúde nos países. O Brasil foi um dos países que participou do estudo piloto para desenvolvimento dos instrumentos.

Este artigo apresenta algumas das informações obtidas no inquérito realizado com uma amostra de pesquisadores, formuladores de política científica e usuários de resultados de pesquisa da área da saúde. O inquérito abrangeu quatro tópicos: características dos entrevistados, avaliação do ambiente de pesquisa no país, avaliação do sistema de pesquisa em saúde e produção e utilização de pesquisa. Neste artigo serão apresentados os resultados referentes apenas à avaliação do sistema de pesquisa, pois dada à quantidade de informações disponíveis não é possível apresentar em um único artigo todos os tópicos da avaliação.

Métodos

A pesquisa foi realizada através de um inquérito utilizando amostra probabilística de pesquisadores e intencional de formuladores da política científica e usuários de conhecimentos científicos. Os dados foram obtidos por entrevista com os indivíduos realizadas em 2003 e a análise é exploratória de tipo descritivo.

O questionário, desenvolvido pela equipe da OMS, foi traduzido para o português e após isso submetido ao escrutínio de consultores selecionados para analisar as questões visando homogeneizar conceitos e categorias. Os estudos de validação e confiabilidade foram realizados pela equipe da OMS, após modificações sugeridas pelas equipes locais. O instrumento é composto por cinco módulos sendo o primeiro destinado às características sócio-demográficas dos entrevistados, o segundo referente à avaliação do ambiente de pesquisa, o terceiro à avaliação do sistema de pesquisa em saúde, o quarto para a caracterização da produção e utilização dos conhecimentos científicos e o quinto voltado para avaliação dos instrumentos utilizados na entrevista.

Como os módulos 2 e 3 apresentam 5 versões cada (versões A, B, C, D, E), em função das vinhetas, fez-se uma distribuição aleatória sistemática das versões na amostra de respondentes, assim cada versão desses módulos foi respondida por 1/5 da amostra.

As vinhetas eram constituídas por pequenas afirmações que pretendiam calibrar a percepção do entrevistado, isto é, tendo em vista que a maior parte das questões contidas nos blocos 2 e 3 referentes respectivamente, ao ambiente de trabalho em pesquisa e aos componentes do sistema nacional de pesquisa em saúde, dependiam da percepção dos entrevistados, as vinhetas foram introduzidas como forma de avaliar a objetividade dessa percepção. Cada formulação pretendia retratar as diferentes nuances para cada um dos aspectos considerados relevantes no ambiente de trabalho ou para cada componente do sistema de pesquisa em saúde. Esta foi a parte do questionário mais criticada pelos entrevistados que consideraram as afirmações muito simplistas e óbvias além de cansativas por serem muito repetitivas.

Dos 280 indivíduos que compuseram a amostra, apenas 193 responderam ao conjunto completo de questionários (68,9%) Outros 36 indivíduos responderam parte dos questionários e 51 (18,2%) se recusaram a participar alegando, principalmente falta de tempo. As taxas de recusas foram equivalentes entre pesquisadores, formuladores e usuários de pesquisa.

Detalhes sobre a metodologia podem ser obtidos em outro artigo (SILVA et al, 2007).

Sistema de pesquisa em saúde no Brasil

Segundo Guimarães (2006) o Brasil se encontra no grupo de países em desenvolvimento responsáveis pela produção de aproximadamente 6% da pesquisa em saúde em âmbito mundial.

Em número de artigos indexados pelo *Thonson Institute*, o Brasil classifica-se atualmente na 13º posição. Nessa mesma base a produção em Saúde Coletiva, por exemplo, classifica-se em 11º lugar.

O censo dos grupos de pesquisa brasileiros realizado pelo CNPq 2006 (CNPq 2006) registra 6.825 grupos dedicados à pesquisa em saúde humana, correspondendo a 32,46% da totalidade de grupos de pesquisa. Esses grupos reúnem 18.838 pesquisadores (56,6%) dos quais 10.653 são doutores. A produção em ciência e tecnologia desses pesquisadores corresponde a 14.276 artigos em periódicos nacionais por ano e 11.910 em periódicos estrangeiros. Em termos per capita há 1,27 artigos em periódicos nacionais por pesquisador ano e 1,06 artigos em periódicos estrangeiros por pesquisador ano.

Ainda segundo Guimarães (2006) o Brasil destina volume expressivo de recursos financeiros para a pesquisa em saúde (1,5% dos gastos nacionais com saúde e 3,3% dos gastos públicos com saúde). A quase totalidade do financiamento para a pesquisa vem do setor público e apenas 3,5% dos recursos são provenientes de financiamentos internacionais demonstrando a capacidade autôctone do sistema de pesquisa em saúde. A produção da pesquisa está concentrada nas universidades e em alguns institutos de pesquisa (LETA; GLÄNZEL; THUS, 2006).

No conjunto das áreas que compõem as ciências da saúde, as medicina respondem pela maioria dos grupos e pesquisadores (18,7%) seguidos pela área de Saúde Coletiva com 8,7% dos grupos de pesquisa.

O sistema caracteriza-se por grande concentração regional com a maioria dos grupos localizados em instituições das regiões sudeste e sul, as mais desenvolvidas do país.

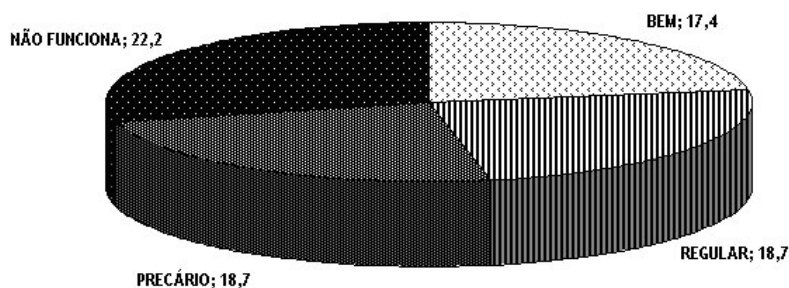
Análise da produção acadêmica do período 1994-2003, realizada por Meneghini e Parker, identificou 25 núcleos de excelência no país. Das 11 temáticas estudadas, cinco são da área de saúde: cirurgia cardiovascular, neurociências, doenças infecciosas, genética humana e saúde reprodutiva (MENEGHINI; PACKER, 2006).

A partir de 2004, com o pleno desenvolvimento do Departamento de Ciência, Tecnologia e Inovação do Ministério da Saúde e a aprovação da política nacional de Ciência, tecnologia e inovação em saúde houve expressiva mudança no panorama da pesquisa em saúde no país. Os dados deste estudo piloto podem servir como linha de base para futuras avaliações desta política, uma vez que foram obtidos em momento imediatamente anterior à sua implementação

Funcionamento do sistema

A avaliação sobre o funcionamento do Sistema de Pesquisa em Saúde no país dividiu a opinião dos entrevistados. Nenhum entrevistado considerou que o sistema funciona muito bem. Todas as outras opções foram assinaladas por cerca de 20% dos entrevistados.

Figura 1: Funcionamento do sistema de pesquisa em saúde no Brasil, 2003



Entre os entrevistados com atuação em pesquisa clínica, saúde coletiva e P&D predominou a avaliação de funcionamento regular enquanto para os da área de pesquisa básica predominou a visão de funcionamento precário.

Para gestores, produtores e usuários a avaliação do funcionamento foi semelhante predominando também a idéia de funcionamento precário ou regular. O mesmo comportamento foi verificado em todos os grupos etários

D´Souza e Sadana (2006) apontam como principais desafios para o funcionamento adequado dos sistemas de pesquisa em saúde a falta de coordenação entre as instituições de pesquisa, falta de integração entre produtores e usuários da pesquisa científica, falta de demanda por parte dos formuladores das políticas de saúde, e falta de acesso a fundos de pesquisa.

A avaliação dos participantes da pesquisa provavelmente reflete a insatisfação decorrente da comparação entre as condições existentes no país com aquela presente nos países de renda alta. Comparativamente a países na mesma faixa de renda, provavelmente a avaliação seria melhor, uma vez que as limitações quanto à capacitação de pesquisadores, acesso a financiamento interno e externo, bases de dados e capacidade institucional são menores no país (GUIMARÃES et al, 2006).

Componentes do sistema de pesquisa em saúde

Foram considerados como componentes do sistema: a visão ou concepção geral do sistema, definição de prioridades, financiamento, alocação e responsabilidade no uso dos recursos financeiros, mérito científico, monitoramento do sistema, infra-estrutura de pesquisa, critérios éticos, comunicação dos resultados de pesquisa para a opinião pública, incorporação dos conhecimentos na formulação das políticas e nas práticas de saúde.

Dentre esses componentes foram considerados mais importantes para o sistema de pesquisa em saúde: a concepção do sistema ou visão (38,7%); o estabelecimento de prioridades (28,7%); e, a garantia de recursos financeiros para a pesquisa em saúde (18,3%). Em seguida foram mencionados: a alocação de recursos para projetos relevantes e a responsabilidade na utilização dos recursos, a infra-estrutura para pesquisa e a capacidade de produzir resultados válidos. Os componentes menos valorizados pelos entrevistados foram o monitoramento do sistema para aprimorá-lo, a incorporação dos resultados à formulação de políticas de saúde, a utilização dos resultados para as práticas de saúde e a comunicação dos resultados de pesquisa para a opinião pública.

Os três componentes assinalados como mais importantes demonstram a percepção, por parte dos entrevistados, em consonância com a literatura sobre o tema, da necessidade de formulação explícita de uma política de ciência e tecnologia em saúde, da elaboração de uma agenda de prioridades que oriente as iniciativas nesse campo e da garantia de um fluxo adequado e contínuo de recursos para a manutenção da atividade (THE STATE, 2008; LOPEZ, 2008).

A aprovação da Política Nacional de CT&I em Saúde e da Agenda Nacional de Prioridades em Saúde durante a II Conferência Nacional de CT&I em Saúde, realizada em julho de 2004, vieram atender a essa reivindicação da comunidade científica brasileira (GUIMARÃES et al, 2006; BARRETO, 2004).

O caráter marcadamente acadêmico da ciência brasileira transparece na menor importância atribuída pelos entrevistados à aplicação dos resultados de pesquisa e à sua divulgação junto ao público leigo. A pouca importância concedida aos aspectos comunicacionais têm como contrapartida o grande desinteresse da mídia, impressa, falada e televisionada, pela ciência nacional.

A avaliação, segundo os entrevistados, foi satisfatória apenas em relação aos critérios éticos. Certamente esta percepção parte da valorização do trabalho desempenhado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde e a criação dos Comitês de Ética em Pesquisa nas instituições participantes do sistema.

Missão e metas do sistema de pesquisa em saúde

Foram apresentadas como *metas básicas* do Sistema Nacional de Pesquisa em Saúde o avanço do conhecimento científico, a utilização de conhecimentos para melhorar a saúde da população e o uso dos avanços científicos para promover a equidade em saúde. O avanço do conhecimento foi considerado muito importante por 91,3% dos entrevistados e o uso de conhecimentos para a melhoria da saúde, por 95,6%. Já a promoção da equidade só foi considerada muito importante por 89,1%. ($p=0,026$)

Os entrevistados com atuação na área de saúde coletiva consideraram a promoção da equidade tão importante quanto as demais metas. Os

entrevistados com atuação na área de P&D valorizaram menos o avanço do conhecimento como meta para o sistema.

Os gestores, produtores e usuários valorizaram as três metas apresentadas sendo que gestores e produtores valorizaram mais o uso de conhecimento para a melhoria da saúde, enquanto os usuários valorizaram mais o avanço do conhecimento. O grupo que mais valorizou a promoção da equidade foi o dos gestores.

Os menores de 60 anos valorizaram mais o avanço do conhecimento do que a promoção da equidade, enquanto os mais velhos valorizaram igualmente ambas as metas.

Na apresentação das vinhetas, em relação à **visão, missão e metas** do sistema foram consideradas adequadas as alternativas em que esses aspectos eram definidos em conjunto por pesquisadores, associações de prestadores de serviço, conselho nacional de pesquisa e ministério da saúde ficando este último encarregado da implementação. Foram consideradas inadequadas as situações em que não houve nenhuma definição da visão, missão e metas para o sistema, ou esta discussão foi feita de maneira independente pelo ministério da saúde, pelo conselho nacional de pesquisa ou pelos pesquisadores.

A utilização do conhecimento científico para a melhoria das condições de saúde da população apontada como a principal missão do sistema de pesquisa em saúde reflete o *ethos* da comunidade científica da área e também o valor atribuído à saúde no país. Frequentemente os cientistas consideram que a missão do sistema de pesquisa é gerar novos conhecimentos estando a preocupação com os usos e aplicações em segundo plano (PÉREZ-TAMAYO, 2001).

Os gestores são peças fundamentais na decisão sobre em que grau os resultados de pesquisa científicas ou tecnológicas serão incorporados à política de saúde (CHOI et al, 2005). A interação direta entre cientistas e gestores tem sido apontada em diversos estudos como o facilitador mais influente para a garantia da aplicação (HAINES; KURUVILLA; BORCHET, 2004; PITTMAN; ALMEIDA, 2006; SOUZA; CONTRANDIOPOULOS, 2004).

Alguns autores apontam que a produção de conhecimentos pode apresentar desdobramentos práticos que incluem além da melhoria do estado de saúde, destacado anteriormente, a redução dos custos do sistema de saúde através da inovação e da regulação (BARRETO, 2004; BUXTON; HANNEY; JONES, 2004).

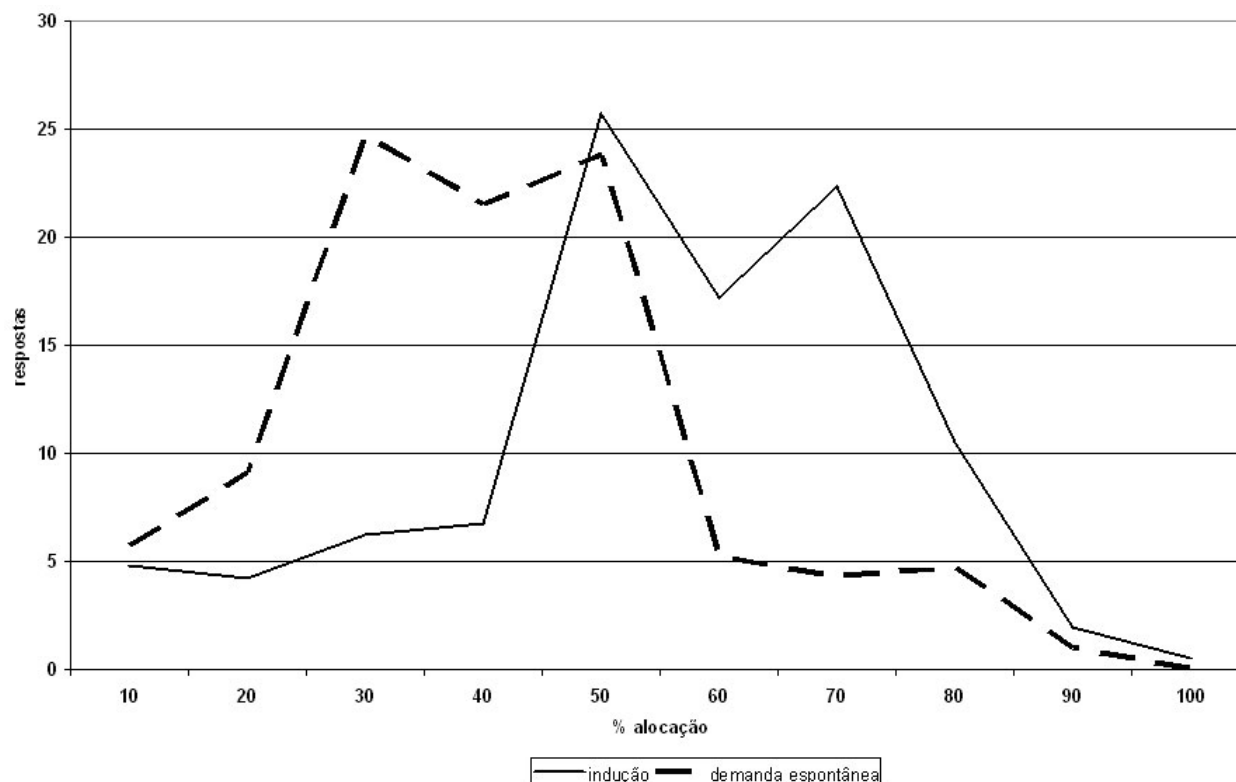
Embora, as desigualdades sociais em saúde sejam acentuadas no país, parte dos entrevistados não considerou que a equidade deva ser uma das metas do sistema de pesquisa. Este posicionamento pode ser decorrente de dificuldade em considerar o papel da ciência na redução das desigualdades.

Sanders e colaboradores (2004) consideram que um imperativo da pesquisa em saúde deve ser o foco na crescente dívida em saúde e riqueza existente entre o mundo rico e o pobre e na brecha existente entre a disponibilidade do conhecimento científico e sua efetiva aplicação para solucionar os problemas especialmente nos países pobres. No Brasil, país de renda média, mas com importante grau de desigualdade social, o sistema de pesquisa em saúde obrigatoriamente terá que considerar a busca da equidade como uma de suas principais missões.

Formas e critérios para a alocação de recursos

Os entrevistados indicaram o percentual dos recursos que alocariam para indução à pesquisa e para o atendimento à demanda espontânea. Em termos medianos a distribuição apontada pelos entrevistados foi 60% para a indução e 40% para a demanda espontânea. De modo geral, os pesquisadores da área de P&D, os representantes dos usuários e os indivíduos com menos de 40 e mais de 60 anos aumentariam a alocação para a indução, propondo valores entre 60 e 70% (Figura 2).

Figura 2: Distribuição acumulada de percentuais de alocação de recursos segundo tipo, Brasil, 2003



Segundo os entrevistados, a menor proporção dos recursos seria alocada para pesquisas em sistemas de saúde e pesquisas sobre o próprio sistema de C&T. Ambas receberiam em média 17% dos recursos com mediana de 15%. A pesquisa básica e a pesquisa epidemiológica receberiam cada uma cerca de 20% dos recursos. A pesquisa clínica seria a melhor aquinhoadada recebendo em média 26% dos recursos.

A menor valorização da aplicação dos resultados aparece também na menor proporção de recursos que seriam destinados às pesquisas em sistemas e serviços de saúde. Esta posição é até certo ponto contraditória com a escolha da meta de melhoria da saúde da população como a principal a ser buscada pelo sistema de pesquisa em saúde.

Aparentemente, os entrevistados acreditam na potência da ciência em si para a solução dos problemas de saúde sem valorizar adequadamente a mediação exercida pelas organizações para fazer face aos problemas. As pesquisas relacionadas com as formas organizativas e os modelos de intervenção não são vistas como necessárias.

O fato do montante destinado à pesquisa básica ser semelhante ao indicado para a pesquisa epidemiológica sugere que os entrevistados têm consciência das diferenças existentes entre esses dois tipos de saberes e reconhecem a contribuição de cada um para o alcance das metas do sistema. Maior proporção de recursos propostos para a pesquisa clínica permite dois tipos de interpretação: de um lado, o reconhecimento da relativa fragilidade dessa área no país e do custo alto que estas pesquisas têm; por outro, pode estar indicando uma sobrevalorização dos resultados

esperados desse tipo de pesquisa para a melhoria da saúde no âmbito populacional.

Critérios de identificação de prioridades

Uma agenda de prioridades de pesquisa em saúde é um instrumento importante para orientar o financiamento da pesquisa, realizar escolhas informadas entre opções de pesquisa e para induzir a pesquisa considerada estratégica para o interesse nacional (LENAWAY et al, 2006).

Para 17% dos entrevistados não há nenhum critério racional de identificação de prioridades para a pesquisa em saúde no país. Menos de 1% considera que não é necessário haver qualquer critério de identificação de prioridades.

Como critérios ideais para identificação de prioridades os entrevistados indicaram: os problemas atuais de saúde (50%), os problemas de saúde persistentes (47,8%), problemas de saúde futuros, isto é, previstos (34%), políticas dirigidas para o atendimento a populações vulneráveis (22%), políticas para implementação em larga escala de estratégias de prevenção, controle e tratamento (18%) e novos conhecimentos básicos (17%)

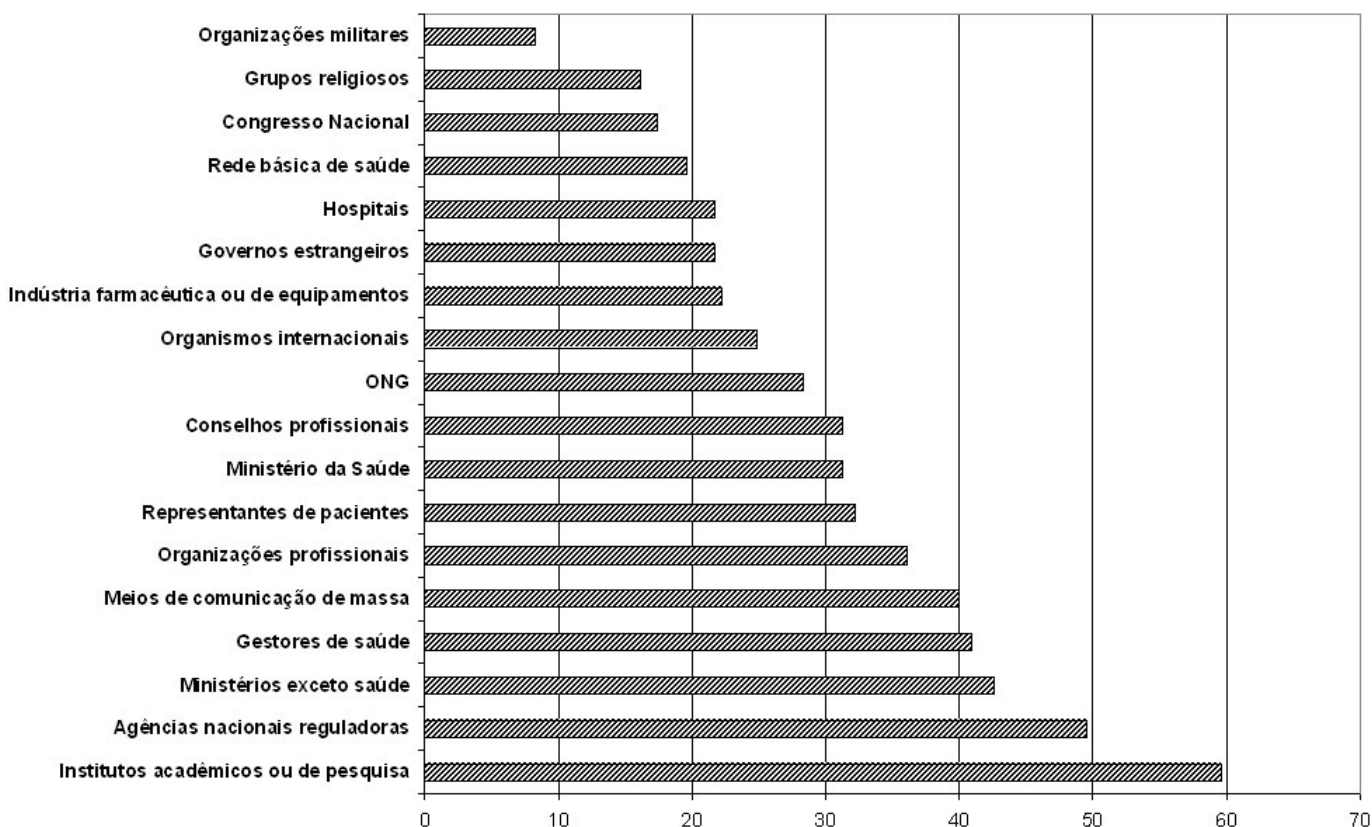
Os critérios considerados ideais pelos entrevistados mostram que eles valorizam mais a dimensão das necessidades em contraposição às influências políticas. De alguma maneira este posicionamento coincide com a menor importância dada à divulgação dos resultados das pesquisas para a população em geral (IHE, 2008). Os entrevistados parecem considerar que a atividade científica é exclusivamente do âmbito técnico não devendo ser influenciada pelo âmbito político da vida social. Neste aspecto, mesmo os entrevistados com atuação na área de saúde coletiva, habitualmente um campo atravessado por questões políticas, deram precedência aos critérios das necessidades. Sanders e colaboradores (2004) consideram que as prioridades de pesquisa em saúde devem incluir os determinantes de saúde, a implementação do sistema de saúde e as estratégias de mudança social para modificação da distribuição dos determinantes sociais.

A quase totalidade dos entrevistados considerou importante a existência de uma agenda de prioridades explícita. Esta postura coincide com a valorização da indução assinalada anteriormente. Entretanto, quase 20% achavam que não havia nenhum critério racional em uso para a identificação das prioridades de pesquisa no país. Outros entrevistados acreditam que as prioridades são estabelecidas a partir do perfil epidemiológico existente; da pressão de grupos de interesse da sociedade civil representados, no caso do Brasil, pela atuação das associações de portadores de patologias, pelas organizações não governamentais, pelos movimentos sociais; pela pressão de grupos políticos e pela pressão de grupos internacionais. Esta lista de critérios mostra que os entrevistados acreditam que o processo de definição das prioridades é mais influenciado pelos aspectos políticos do que pelas necessidades de saúde.

O processo de estabelecimento da agenda de prioridades de pesquisa em saúde comandado pelo ministério da Saúde teve início em meados de 2003, momento que coincidiu com a realização da pesquisa, e foi completamente concluído em meados de 2004 (GUIMARÃES et al, 2006). Assim, ao responder ao questionário os entrevistados ainda não tinham conhecimento sobre o processo que seria adotado no país.

Para a **definição de prioridades** em pesquisa foi considerada excelente a situação na qual a formulação da agenda é feita conjuntamente pelo ministério da saúde, conselho nacional de pesquisa, pesquisadores, associações profissionais, representantes do setor produtivo e sociedade civil tendo em conta problemas de saúde atuais e futuros. A situação muito ruim foi retratada pela ausência de definição de prioridades ou pela definição de prioridades feita apenas pelo ministério da saúde ou de maneira independente pelos diferentes atores (Figura 3).

Figura 3: Colaboração entre os principais agentes do sistema de pesquisa no Brasil, 2003



Avaliação dos outros componentes do sistema de pesquisa em saúde

Os demais componentes do sistema foram avaliados através das vinhetas. Quanto às **diretrizes éticas** a melhor situação foi caracterizada como aquela na qual existem diretrizes éticas nacionais, leis e regulamentações; e, todas as instituições exigem análise ética dos projetos envolvendo seres humanos. Além disso, pelo menos 95% dos projetos são efetivamente analisados e pelo menos 90% dos indivíduos pesquisados assinaram o consentimento informado. Foi considerada muito ruim a situação de inexistência de diretrizes éticas, bem com a existência de diretrizes não regulamentadas.

No quesito **avaliação do sistema** foi considerada adequada a existência de um órgão encarregado de monitorar e avaliar as condições de produção de pesquisa, as demandas e os resultados reunindo informações sobre a produção e a utilização dos resultados. A situação muito ruim foi retratada pela inexistência de qualquer avaliação bem como pela existência apenas da avaliação da produção sem levar em conta a utilização.

Em relação ao **financiamento** da pesquisa em saúde a situação considerada ideal foi aquela na qual há critérios claros de financiamento baseado no mérito científico, apenas 10% a 15% dos recursos são distribuídos segundo relações pessoais, 10 a 20% para pesquisadores juniores e de nível médio e 75 a 90% dos pesquisadores prestam contas dos recursos recebidos. Foram consideradas muito ruins as situações nas quais 25 a 50% dos recursos são distribuídos segundo relações pessoais e apenas 25 a 50% dos pesquisadores prestam contas dos recursos recebidos. A situação extrema

considerada muito ruim por 83% dos entrevistados foi a inexistência de critérios explícitos para o financiamento e a ausência de prestação de contas.

Os valores expressos pelos entrevistados na análise das vinhetas relativas aos componentes do sistema mostram comprometimento com princípios democráticos de participação ampliada, respeito às diretrizes éticas, responsabilidade no uso dos recursos financeiros, defesa do mérito e da competição clara e transparente na disputa por financiamento e percepção da importância do acompanhamento e avaliação do desempenho.

Tópicos de pesquisa negligenciados

Em torno de 75% dos entrevistados consideraram que existem tópicos de pesquisa negligenciados no país. Para 18% deles doenças específicas como aids, doença de Chagas, leishmanioses, doenças do envelhecimento, doenças osteoarticulares, doenças genéticas, e outras foram citadas como negligenciadas. Em segundo lugar apareceram temas relacionados com políticas, programas e ações de saúde (11%) Em seguida foram mencionados: a pesquisa aplicada, o desenvolvimento de tecnologias e a pesquisa clínica.

A indicação dos tópicos de pesquisa negligenciados recaiu na identificação de escassez de pesquisas em certas doenças consideradas importantes no quadro sanitário nacional. O desenvolvimento tecnológico só foi apontado pelos entrevistados com atuação na área de P&D, pelos gestores e pelos indivíduos com 60 anos ou mais. A pesquisa em saúde coletiva foi apontada pelos indivíduos com atuação em saúde coletiva e na área de pesquisa clínica e pelos usuários. Praticamente todos os grupos apontaram a escassez de pesquisas em políticas, práticas e ações de saúde. Este posicionamento é contraditório com a indicação de menos recursos financeiros exatamente para este tópico, visto anteriormente.

Colaboração com outros agentes do sistema de pesquisa em saúde

As colaborações mais frequentes, citadas pelos entrevistados, foram com os institutos acadêmicos ou de pesquisa, agências nacionais reguladoras, ministério da saúde e outros ministérios, gestores do sistema de saúde e meios de comunicação de massa.

A colaboração com esses agentes se deu através de participação em projetos, assessorias, participação em comitês técnicos ou comitês assessores e atividades acadêmicas.

A colaboração dos pesquisadores da área de pesquisa básica foi mais frequente com instituições acadêmicas ou institutos de pesquisa, agências reguladoras e outros ministérios. Os pesquisadores da área de pesquisa clínica apresentaram colaboração bastante diversificada incluindo principalmente instituições acadêmicas e institutos de pesquisa, agências reguladoras, meios de comunicação de massa, organizações profissionais, grupos de pacientes ou consumidores, conselhos profissionais, gestores do sistema de saúde, ministério da saúde, outros ministérios e profissionais de saúde. Para os pesquisadores da área de saúde coletiva as colaborações ficaram concentradas em instituições acadêmicas e institutos de pesquisa, gestores do sistema de saúde, agências reguladoras, ministério da saúde e outros ministérios. Finalmente, os pesquisadores da área de desenvolvimento tecnológico colaboraram principalmente com instituições acadêmicas e institutos de pesquisa, agências reguladoras, empresas industriais, ministério da saúde, outros ministérios, meios de comunicação em massa e organizações não governamentais.

Para a área de pesquisa básica, clínica e de desenvolvimento tecnológico a colaboração se deu sob a forma de participação em projetos, assessorias ou participação em comitês técnicos ou comitês assessores. Na área de saúde coletiva além da participação em projetos e assessorias foram frequentes as atividades comunitárias.

A extensa colaboração dos entrevistados com diversos dos agentes que compõem o sistema de pesquisa em saúde resulta em parte do viés introduzido na seleção da amostra e, em parte a uma tradição peculiar ao país. Mesmo a pesquisa acadêmica apresenta um grau relativamente alto de articulação com os órgãos governamentais setoriais. O campo da pesquisa em saúde por ser um campo eminentemente de pesquisa estratégica tem esta característica de forte articulação entre formuladores de políticas, prestadores de serviços e produtores de conhecimento. Por outro lado, o fato do financiamento à pesquisa ser predominantemente público favorece o estabelecimento dessas relações de dependência.

Identificação de experiências exitosas

As experiências exitosas citadas com maior frequência referiam-se aos componentes: critérios éticos (17,4%), desenvolvimento tecnológico (13,9%), fundos (9,1%) e formação de recursos humanos (9,1%)

Em relação aos critérios éticos foram citados como exitosos a criação dos comitês de ética em pesquisa, a formulação de normas e a melhoria em geral do padrão ético das pesquisas nacionais. Quanto ao desenvolvimento tecnológico foram citadas políticas nacionais com forte componente tecnológico ou científico, o desenvolvimento de imunobiológicos e o aumento da ação regulatória do estado.

Foram também identificados aspectos positivos relacionados com a política de ciência e tecnologia em saúde, destacando-se a realização das conferências nacionais, o apoio a projetos específicos, a criação do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) do Ministério da Saúde, a elaboração da agenda de prioridades em pesquisa e o diretório de grupos de pesquisa do CNPq (Conselho Nacional de Pesquisa).

Com relação aos fundos para a pesquisa foram mencionados: a criação dos fundos setoriais, o aumento dos recursos financeiros para pesquisa em saúde e o apoio a projetos específicos. A formação de pesquisadores também mereceu destaque principalmente em relação à avaliação dos cursos de pós-graduação pela CAPES, o crescimento da capacidade de formação e a crescente capacitação de profissionais.

Com menor frequência, também foram citadas experiências relacionadas com acesso à informação científica (BIREME, Portal CAPES), parceria universidade-empresa e cooperação entre instituições acadêmicas, infra-estrutura para pesquisa, qualidade das publicações científicas, maior divulgação dos resultados para o público em geral, incentivo à formação de redes.

Identificação de experiências negativas

Foram mencionadas várias experiências negativas sendo que as citadas com maior frequência eram referentes a deficiências de financiamento. Com menor número de menções apareceram problemas de funcionamento do sistema, dificuldades na utilização dos resultados, ausência ou problemas na definição de prioridades, dificuldades na avaliação de projetos e de pesquisadores, deficiências de recursos humanos, a falta de investimentos nas universidades públicas, as dificuldades políticas, problemas na avaliação dos projetos pelos comitês de ética em pesquisa, escasso desenvolvimento tecnológico, dificuldades para submissão de projetos, dificuldades na formação de redes e na divulgação dos resultados para o público.

Embora 13% dos entrevistados considerem que essas experiências negativas não levaram a nenhum aprendizado, os demais acham que elas permitiram o aprendizado de algumas lições dentre as quais se destacam a adoção de formas mais transparentes e justas de financiamento, maior compromisso com a pesquisa, importância das parcerias e da cooperação, necessidade da definição de prioridades, formas mais eficientes de divulgação dos conhecimentos, responsabilidade ética na condução das pesquisas, avaliação dos prejuízos produzidos pela descontinuidade, importância da avaliação, necessidade de utilizar os avanços tecnológicos, importância da fixação de pesquisadores e necessidade de aprimorar a difusão dos conhecimentos. Dentre as experiências internacionais consideradas interessantes destacaram-se, pela frequência com que foram referidas, algumas iniciativas visando à melhoria na produção de conhecimentos; formas de garantir continuidade no financiamento e aumentar os recursos para pesquisa; apoio a pesquisas melhor ajustadas às necessidades do país voltadas para reduzir a carga da doença sobre a população; formas mais eficientes de organização da pesquisa visando ampliar os resultados.

Conclusões

Os entrevistados dividiram-se quanto ao funcionamento do sistema de pesquisa em saúde no país, mas 83% o consideraram regular ou ruim demonstrando postura hiper crítica uma vez que as condições da pesquisa em saúde no Brasil são relativamente boas se comparadas com países de renda e desenvolvimento equivalente. São os pesquisadores da área básica os que apresentam maior descontentamento.

Há uma série de posturas contraditórias na percepção dos entrevistados. Ao mesmo tempo em que conferem menor importância à difusão dos resultados da pesquisa para a sociedade em geral e à incorporação dos resultados em políticas e programas de saúde, os entrevistados apontam como a principal missão do sistema de pesquisa em saúde, a melhoria da saúde da população.

A pouca importância atribuída a esses aspectos sugere postura elitista e acadêmica da maior parte dos entrevistados tendo como contrapartida o desinteresse dos meios de comunicação de massa pela produção científica nacional e grande debilidade política na negociação de orçamentos para a pesquisa e o desenvolvimento tecnológico nas instâncias do poder legislativo.

Apenas os pesquisadores do campo da saúde coletiva dão importância equivalente à redução das desigualdades, melhoria da saúde da população e avanço do conhecimento como metas do sistema.

Os entrevistados demonstram postura conservadora em relação à alocação dos recursos financeiros apontando como ideal uma partilha equilibrada

entre indução e demanda espontânea e maior volume de recursos para a pesquisa clínica, básica e epidemiológica com menor volume para o desenvolvimento tecnológico e o investimento em pesquisas sobre o sistema de saúde

Os entrevistados consideram a necessidade de contar com uma política de ciência e tecnologia em saúde, uma agenda de prioridades e garantia de financiamento regular e em volume suficiente para o bom funcionamento do sistema.

Com relação ao estabelecimento de prioridades defendem processos democráticos e participatórios de definição, mas apontam como critérios ideais aqueles baseados na avaliação das necessidades de saúde negando legitimidade às pressões políticas emanadas de diferentes grupos sociais.

Através do uso das vinhetas foi possível identificar a valorização dos aspectos éticos, a aprovação de sistemas de avaliação e acompanhamento da atividade de pesquisa pelos órgãos responsáveis, transparência no financiamento, mérito acadêmico na seleção dos projetos e compromisso com a prestação de contas em relação aos recursos financeiros recebidos.

Dentre os tópicos considerados como negligenciados pela pesquisa em saúde no Brasil destacam-se algumas doenças, as pesquisas sobre o sistema de saúde, desenvolvimento tecnológico e a pesquisa clínica.

Os resultados demonstram a colaboração ampla e diversificada dos pesquisadores, formuladores e usuários com diferentes agências e instituições tanto do sistema de ciência e tecnologia quanto do sistema de saúde além de colaboração com entidades da sociedade civil.

No âmbito nacional foram consideradas exitosas as experiências relacionadas com a institucionalização do sistema de controle dos aspectos éticos na pesquisa em saúde, algumas iniciativas governamentais de fomento ao desenvolvimento tecnológico, a criação dos fundos setoriais para o financiamento à pesquisa e a qualidade do sistema de pós-graduação para a formação de pesquisadores

Como experiências negativas foram mencionados vários problemas relativos ao financiamento da pesquisa tanto em relação com o volume de recursos quanto com descontinuidade e irregularidade na liberação.

De modo geral, os entrevistados se mostraram bastante críticos quanto ao funcionamento dos diferentes componentes do sistema apontando porém, a clara necessidade de organização e implementação de medidas que efetivamente garantam a existência de uma sistema de pesquisa em saúde no país

Conflito de interesses

Os autores declaram que não tem conflitos de interesse.

Contribuição dos autores

JCN fez contribuições substanciais à concepção e ao desenho; TRS e FZ fizeram contribuições substanciais à concepção, coleta de dados e revisão crítica do manuscrito; RBB fez contribuições substanciais para análise e interpretação dos dados e redação do manuscrito. Todos os autores deram aprovação final à versão submetida.

Agradecimentos

Ritu Sadana e colaboradores que coordenaram a iniciativa na OMS dando o suporte necessário para todas as etapas de desenvolvimentos dos instrumentos. A OMS, DECIT/MS e CNPq pelo apoio financeiro no desenvolvimento do estudo piloto.

Referências Bibliográficas

BARRETO, M. L. O conhecimento científico e tecnológico como evidência para políticas e atividades regulatórias em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n. 2, p. 329-338, 2004.

BUXTON, M.; HANNEY, S.; JONES, T. Estimating the economic value to societies of the impact of health research: a critical review. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 82, n. 10, p. 733-739, 2004.

CHOI, B. C. K. et al. Can scientists and policy makers work together? **J. Epidemiol. Community Health**, v. 59, p. 632-637, 2005.

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. **Censo de Diretórios de Grupos de Pesquisa 2006**. Disponível em: <<http://www.cnpq.gov.br>> .

D´SOUZA, C.; SADANA, R. Why do case studies on national health research systems matter? Identifying common challenges in low-and middle-income countries. **Social Science & Medicine**, v. 62, n. 8, p. 2072-2078, 2006.

Global Forum for Health Research. **The 10/90 Report on Health Research 2003-2004**. Geneve 2005.

GUIMARÃES, R. et al. Defining and implementing a national policy for science, technology, and innovation in health: lessons from the Brazilian experience. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 9, p. 1775-1794, 2006.

GUIMARÃES, R. Pesquisa em saúde no Brasil: contexto e desafios. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, p. 3-10, 2006. Número Especial.

HAINES, A.; KURUVILLA, S.; BORCHET, M. Bridging the implementation gap between knowledge and action for health. **Bull of the World Health Organization**, v. 82, n. 10, p. 724-732, 2004.

IHE - Institute of Health Economics. **Effective dissemination of findings from research**: a compilation of essays. Alberta (Canada): [s.n.], 2008.

LENAWAY, D. et al. Public Health systems research: setting a national agenda. **American Journal of Public Health**, v. 96, n. 3, p.410-413, 2006.

LETA, J.; GLÄNZEL; THUS, B. Science in Brazil. Part 2: sectoral and institutional research profiles. **Scientometrics**, v. 67, n. 1, p. 87-105, 2006.

LOPEZ, A. Health and health-research priorities: has WHO got it right? **The Lancet**, v. 372, n. 9601, p. 1525-1527, 2008.

MENEGHINI, R.; PACKER, A. Articles with authors affiliated to Brazilian institutions published from 1994 to 2003 with 100 or more citations: II – identification of thematic nuclei of excellence in Brazilian science. **Anais da Academia Brasileira de Ciências**, v. 78, n. 4, p. 855-883, 2006.

PANG, T.; PABLOS-MENDEZ, A.; JSSELMUIDEN, C.I. From Bangkok to Mexico: towards a framework for turning knowledge into action to improve health systems. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 82, n. 10, p. 720 -721, 2004.

PANG, T. et al. Knowledge for better health - a conceptual framework and foundation for health research systems. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 81, n. 11, p. 815-820, 2003.

PÉREZ-TAMAYO, R. Ciencia básica y ciencia aplicada. **Salud publica de México**, v. 43, n. 4, p. 368-372, 2001.

PITTMAN, P.; ALMEIDA, C. Cross-sector learning among researchers and policy-makers: the search for new strategies to enable use of research results. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, p. S97-S108, 2006. Suplemento 1.

SANDERS, D. et al. Making research matter: a civil society perspective on health research. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 82, n. 10, p. 757-763, 2004.

SILVA, T. R. et al. Avaliação do sistema de pesquisa em saúde do Brasil: algumas características dos pesquisadores e produção científica. **RECIIS Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p.9-18, 2007.

SOUZA, L. E. P. F.; CONTRANDIOPoulos, A. O uso de pesquisas na formulação de políticas de saúde: obstáculos e estratégia. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 546-554, 2004.

The Lancet. The state of health research worldwide. **The Lancet**, v. 372, p. 1519, nov. 2008.

Recebido em: 08/06/2011
Aceito em: 23/03/2012