

PARTE III

REGIÃO CENTRO-OESTE

INIQUIDADES REGIONAIS NA CAPTAÇÃO DOS EDITAIS GOVERNAMENTAIS E AS SUAS IMPLICAÇÕES NAS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA: DIÁLOGOS A PARTIR DO CONTEXTO DA REGIÃO CENTRO OESTE DO BRASIL¹

Dais Gonçalves Rocha

Professora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública-USP. Pós-Doutorado na *School of Population and Public Health-University of British Columbia*.

E-mail: daisrocha@yahoo.com.br

Bruno Leonardo Alves Andrade

Assessor da Diretoria Regional de Brasília da Fundação Oswaldo Cruz. Doutor em Bioética pela Faculdade de Ciências da Saúde-UnB.

¹ Agradecemos a contribuição de Vânia Cristina Marcelo pela leitura atenta e sugestões de estabelecimento de *links* com o nosso cotidiano do Planalto Central, que nos desafia conciliar a paixão “extensionista” com a produção de pesquisas comprometidas com a promoção da equidade em saúde.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a partir dos anos 2000, tem havido um crescente aumento de estudos sobre as desigualdades e/ou iniquidades regionais. No entanto, segundo Albuquerque (2012, p. 196), apesar dos avanços dos últimos dez anos, a proposta de regionalização do Sistema Único de Saúde-SUS permaneceu focada na organização das redes assistenciais, excluindo o tema da Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde (CT&I/S). A referida autora assinala os seguintes fatos para evidenciar esta exclusão: a) a ausência do termo CT& I/S no Pacto pela Saúde em 2007 e b) a não incorporação deste tema “nos objetivos e metas da primeira versão do COAP- Contrato Organizativo da Ação Pública, em 2011”. Faz-se necessário elucidar que o COAP, segundo o Ministério da Saúde, “constitui um instrumento de gestão compartilhada e tem a função de definir entre os entes federativos as suas responsabilidades no SUS, permitindo, **a partir de uma região de saúde** [grifo dos autores], uma organização dotada de unicidade conceitual, com diretrizes, metas e indicadores”. (BRASIL 2011b, p.5)

Incluir o tema da CTI&S no COAP possibilitaria uma agenda regional do SUS, onde gestores e trabalhadores poderiam definir os temas prioritários de pesquisa para a região, incluindo a formulação dos objetivos e tradução dos conhecimentos destas segundo os contextos locorregionais (ANDRADE 2015; ALBUQUERQUE 2012). O Conselho Nacional de Secretários de Saúde-CONASS, também, tem alertado para a necessidade dos gestores identificarem a relação entre pesquisa, organização e cuidado em saúde. Reconhece a conexão de CTI&S com a política de saúde, pois:

Conjugar o fomento à pesquisa em saúde às necessidades do Sistema Único de Saúde e às demandas da população implica operar transformações tanto no sistema de CTI&S como no sistema nacional de saúde, legitimando a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde como parte integrante da Política Nacional de Saúde (BRASIL 2011a, p.49).

Ainda, Viana et al (2011) destacam o ganho de importância que vem assumindo “as políticas federais de CTI&S para o desenvolvimento nacional” (p. 53), onde se associa a visão de saúde como parte de política social e do sistema de proteção social à visão deste setor ser, também, desenvolvimento e fonte de geração de riqueza para o país.

Os autores deste capítulo, sediados na região Centro Oeste, além de realizarem pesquisas, tendo como unidade de observação as macrorregiões do país, têm experiência de atuar como pareceristas de editais do Ministério da Saúde. Neste contexto, têm se deparado com um grande desafio: como superar as iniquidades regionais na captação dos recursos dos editais governamentais de CTI&S no Brasil?

Para possibilitar uma contextualização desta inquietação dos autores, a seguir, são apresentados alguns estudos que evidenciam as iniquidades regionais nas modalidades de financiamento governamentais das pesquisas.

Pacheco Santos et al (2011) indicaram que a região Sudeste - SE conduziu 40,5% de todos os projetos de pesquisa e obtiveram 59,7% de todos os recursos financiados pelo Ministério da Saúde desde a implantação da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. O estudo de Pacheco Santos et al (2011) ainda evidenciou que a região com menor aporte de recurso foi a Centro Oeste - CO. Este fato foi atribuído à concentração dos mais tradicionais institutos de pesquisa e universidades de saúde nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro. Nunes, Ferreto, Barros (2010) também relatam que SE tem 54,3% de todos os programas de pós-graduação, sendo 66,3%, da área da saúde e, 52,9% da Saúde Coletiva. Em 2012, Minayo confirma que a concentração dos programas de pós-graduação *stricto sensu* em saúde coletiva na região SE ainda está em 52,9%, mas destaca que “no caso do doutorado a concentração é de 90%” (p. 21).

Albuquerque (2012) corrobora os resultados acima. Analisando o período entre 2002 e 2010, indica que o SE abrigou 38% do total dos projetos de pesquisa e 59% do total de recursos em relação às outras regiões do país. Em seguida, Sul e Nordeste - NE com um padrão semelhante 16% e 17% respectivamente. Mas, as regiões Norte e CO apresentaram o mesmo padrão quanto ao % de recursos recebidos (4% cada) e projetos apoiados (8% cada)

Santos et al (2009), ao avaliarem o perfil dos pesquisadores bolsistas de produtividade científica da área de Saúde Coletiva, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico- CNPq, já haviam identificado que, no triênio de 2004-2006, 61,29% dos bolsistas eram de São Paulo e Rio de Janeiro. E quando somavam a estes os de Minas Gerais este percentual atingia 70,96% do total de todas as bolsas do país.

Oliveira (2008) destaca que “distorções podem, também, serem verificadas entre os estados de uma mesma região geográfica” (p.26). Exemplifica com a produção científica do Espírito Santo quando comparada com o desempenho de Rio e São Paulo.

Atualmente, ainda se observa esta iniquidade na distribuição dos grupos de pesquisa nas regiões do país. Em 2014, o 10º Censo do Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq apresentou que 43,9% dos grupos de pesquisa estão no Sudeste (sendo SP 20,6% e RJ 11,7%) e 22,4 no Sul. Reconheceu que houve um incremento significativo na região NE (20,4), mas o percentual nas regiões CO (7,5%) e N (5,8) ainda é limitado. Na região CO: Distrito Federal tem 2,3%,

Goiás 1,9%, Mato Grosso do Sul 1,8%, Mato Grosso 1,5% do total dos grupos de pesquisa do Brasil.

Os autores deste capítulo se sentem mais provocados a investir na temática ao lerem em Fagundes, Cavalcante e Ramacciotti (2005b) que “o fato de que as assimetrias regionais não constituem prioridade na agenda das regiões mais desenvolvidas contribuem também para a reduzida produção bibliográfica sobre o tema” (2005b, p.60).

2. DEFINIÇÃO DE CRITÉRIOS REGIONAIS NA DESTINAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS EM CT&IS PARA ENFRENTAMENTO DAS DESIGUALDADES REGIONAIS

A superação das desigualdades regionais constitui uma das estratégias da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde - PNCTIS (BRASIL 2008). Para tal, previu: Fortalecimento da pós-graduação em saúde nas regiões N, NE e CO; Definição de critérios regionais para destinação dos recursos financeiros em CT&IS; Garantir aporte de recursos para IES e pesquisa nas regiões N, NE e CO Ampliar o aporte de recursos para IES e pesquisa para as regiões N, NE e CO; Ampliar os recursos nos editais referentes ao Acordo Multilateral Amazônico de CT&IS; Articulação interinstitucional entre centros de pesquisa regionais; Difusão ampla de avanços científicos e tecnológicos, entre outros.

Neste capítulo, selecionou-se para analisar, dentre os dispositivos ou as diretrizes citadas acima, o “cumprimento da **definição de critérios regionais para destinação dos recursos financeiros em CT&IS**”. Esta análise será feita a partir do estudo do processo de indução às pesquisas em Doenças Negligenciadas pelo Ministério da Saúde no período de 2006 a 2012. Esta constitui um dos produtos da tese intitulada de “A produção do conhecimento em doenças negligenciadas no Brasil: uma análise bioética dos dispositivos normativos e da atuação dos pesquisadores brasileiros”. (ANDRADE, 2015; ANDRADE, ROCHA 2015)

As doenças negligenciadas são classificadas como um grupo heterogêneo de 17 enfermidades que afetam, quase que exclusivamente, as populações socialmente excluídas, que vivem em áreas degradadas pela pobreza. (BATALHA, MOROSINI 2013). Nessa relação estão incluídas as seguintes enfermidades (WHO 2012):

- 1) Tracoma;
- 2) Úlcera de Buruli;

- 3) Tripanossomose africana (doença do sono);
- 4) Doença de Chagas (tripanossomíase americana);
- 5) Dengue;
- 6) Dracunculíase;
- 7) Cisticercose;
- 8) Leishmaniose;
- 9) Hanseníase;
- 10) Filariose linfática;
- 11) Oncocercose;
- 12) Esquistossomose;
- 13) Boubá;
- 14) Geohelmintíase;
- 15) Raiva;
- 16) Equinococose;
- 17) Fasciolíase.

As patologias acima listadas são exemplos clássicos já consagrados pela literatura científica mundial. (BEYRER 2007). No entanto, o conteúdo da Nota Técnica N.1/2011/IOC-FIOCRUZ/DIRETORIA (BRASIL 2011c) reforçou que a febre reumática, as doenças relativas à subnutrição e anemias carenciais também compõem o grupo das doenças negligenciadas. Nesta lista também podem ser adicionadas as seguintes doenças: leptospirose, outras treponematoses e escabiose. (MORAES NETO 2012)

No ano de 2003, o Ministério da Saúde do Brasil iniciou um processo de indução à produção de conhecimento sobre as doenças relacionadas à pobreza, que são denominadas por doenças negligenciadas - DN. Inicialmente foram lançados editais por doenças específicas (tuberculose 2003; dengue 2004 e hanseníase 2005), sendo em seguida lançados três editais (2006, 2008 e 2012) para doenças consideradas negligenciadas e prioritárias (dengue, doença de Chagas, esquistossomose, hanseníase, leishmanioses, malária, tuberculose, tracoma e geohelmintíases) na visão dos gestores, pesquisadores e profissionais da área da saúde. (BRASIL, 2008; BRASIL, 2012)

Quadro 1 – Histórico do fomento à pesquisa em doenças negligenciadas pelo Ministério da Saúde (2002 a 2012).

| Edital | Investimento (R\$) | Nº de projetos |
|------------------------------------|---------------------------|-----------------------|
| Tuberculose | 9.8 milhões | 06 |
| Dengue | 945 mil | 29 |
| Hanseníase | 2,8 milhões | 38 |
| Doenças Negligenciadas 2006 | 22 milhões | 82 |
| Doenças Negligenciadas 2008 | 17 milhões | 58 |
| Doenças Negligenciadas 2012 | 18 milhões | 76 |
| Total | 70,5 milhões | 289 |

Fonte: DECIT/MS.

Estes editais apresentavam como um dos seus objetivos contribuir para a “implementação e avaliação de ações públicas voltadas para melhoria das condições de saúde da população brasileira e para a superação de desigualdades regionais e socioeconômicas”.

Também, visando diminuir a desigualdade regional previu: “parcela mínima de 30% do valor global do edital destinada, necessariamente, a projetos desenvolvidos por pesquisadores vinculados a instituições de pesquisa sediadas nas regiões **Norte, Nordeste e Centro-Oeste, caso haja projetos qualificados** [grifo dos autores]”.

Observando a distribuição espacial das 07 das 17 doenças classificadas como DN pela OMS, sendo estas: hanseníase, tuberculose, malária, leishmaniose (visceral e tegumentar), esquistossomose, tracoma e leptospirose, constata-se uma distribuição heterogênea destas doenças no território brasileiro (BRASIL 2014). No entanto, com exceção, da tuberculose, onde em 2013, após o Amazonas (67,33), o estado do Rio de Janeiro ficou em segundo lugar das Unidades Federadas na taxa de incidência, configurando 62,26 casos novos por 100 mil habitantes, todas as demais doenças tiveram maior prevalência nas regiões Norte, Nordeste ou Centro Oeste.

Os dados foram obtidos a partir dos projetos de pesquisas aprovados pelos editais de fomento à pesquisa e desenvolvimento na área das doenças negligenciadas lançados pelo Ministério da Saúde e parceiros nos anos de 2006, 2008 e 2012. São dados públicos e acessados no sítio eletrônico www.pesquisasaude.saude.gov.br e na Plataforma Lattes/CNPq. A consulta à base de dados foi realizada inicialmente entre os meses de novembro e dezembro de 2012 e complementada no mês dezembro de 2014. Os dados foram conferidos e lançados no programa Microsoft Excel 2010 para o cálculo das frequências e dos percentuais.

Para a construção do perfil dos pesquisadores, os autores deste estudo optaram pelas seguintes variáveis: gênero e formação dos coordenadores das pesquisas, tipo de instituição as quais estão vinculados (caráter e atuação) e região de localização no país destas instituições.

Entre os resultados destaca-se que 216 pesquisadores foram contemplados pelos três editais, sendo que o número diminuiu em cada edição. 10 pesquisadores tiveram projetos aprovados nos editais dos anos de 2006 e 2008 e eles submeteram projetos diferentes para cada um dos editais.

Em 2006, 47(58%) dos contemplados eram do gênero masculino e 35(42%) do gênero feminino gerando um total de 82 pesquisadores para este ano. No ano de 2008, o gênero masculino apresentou 29 contemplados (50%) e o gênero feminino também apresentou 29 (50%) contempladas, com um total de 58 pesquisadores. Já em 2012, foram 38 do gênero feminino e 38 do gênero masculino.

A Tabela 1 informa que as instituições contempladas pelos editais foram as de ensino superior, os institutos de pesquisa, os hospitais de ensino, os serviços de saúde e as organizações sem fins lucrativos (ONG, OSCIP, etc.). A maioria das instituições contempladas nos três editais era de caráter público. A região Sudeste do país apresentou o maior número de instituições contempladas, seguida pela região Nordeste do Brasil.

Tabela 1: Distribuição das instituições contempladas nos Editais de apoio à pesquisa para doenças negligenciadas por regiões do país, 2006, 2008 e 2012.

| Tipo de Instituição | Região/Ano | | | | | | | | | | | | | | |
|---|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | SE | | | NE | | | CO | | | S | | | N | | |
| | 2006 | 2008 | 2012 | 2006 | 2008 | 2012 | 2006 | 2008 | 2012 | 2006 | 2008 | 2012 | 2006 | 2008 | 2012 |
| Instituto de Pesquisa | 23 | 15 | 17 | 2 | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 3 | 0 | 4 |
| Ensino Superior | 30 | 20 | 26 | 12 | 9 | 12 | 0 | 2 | 3 | 7 | 4 | 8 | 1 | 4 | 2 |
| Hospital de Ensino | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Serviços de Saúde | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Outras Organizações sem fins lucrativos | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 54 | 38 | 43 | 14 | 10 | 15 | 1 | 2 | 3 | 9 | 4 | 8 | 3 | 4 | 7 |

Fonte: MS/SCTIE/DECIT.

Constatou-se que estes editais além de considerarem as necessidades de coletivos socialmente excluídos, atenderam também às diferenças regionais presentes nas cinco regiões do país aonde as pesquisas seriam produzidas. Como consequência, foi prescrita uma medida

pelos editais na intenção de abrandar tais diferenças e incentivar o acesso dos estudos provenientes das regiões menos estruturadas e com altos índices de doenças negligenciadas. Esta medida está em consonância com as diretrizes do marco legal da PNCTIS frente à crescente preocupação com a questão regional, que se torna explícita pela grande desigualdade em relação à capacidade produtiva, à formação de pesquisadores, ao financiamento, ao planejamento e à gestão de ciência, tecnologia e inovação no Brasil (ALBUQUERQUE 2012). Previu-se um incentivo pautado no combate às iniquidades regionais da pesquisa considerando as regiões com maior prevalência das doenças negligenciadas e com menor capacidade para pesquisa, como é o caso das regiões geográficas do Norte, Nordeste e Centro-Oeste. (MOREL et al 2009)

No entanto, apesar da tentativa de se estabelecer um parâmetro que considerasse a equidade como ponto de partida para divisão dos projetos em doenças negligenciadas por região do país, a quantidade de projetos contemplados das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, além de não representarem nem a metade dos projetos contemplados pela região Sudeste, não chegou ao patamar estabelecido pelas normativas previstas nos editais.

As universidades e centros de pesquisas da região Sudeste do país mantiveram-se como o *locus* preferencial da produção do conhecimento em doenças negligenciadas no país ao longo da série temporal analisada por este estudo. Esta concentração converge com os resultados apresentados na contextualização da temática deste capítulo, onde a distribuição dos recursos e projetos seguiu o padrão de desigualdade regional.

Em consonância com Oliveira (2008, p. 27):

É evidente a necessidade do mérito científico baseado em critérios de qualidade e produtividade. No entanto existe a necessidade de avançar nesta discussão para que o mérito em si não atue como fator protetor de paradigmas hegemônicos, delimitando preferências por pesquisas biomédicas, em detrimento daquelas realizadas em outras modalidades, e que não seja fator de exclusão para os pesquisadores localizados nos espaços de menor desenvolvimento científico e tecnológico.

A referida autora apresenta o Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde - PPSUS como uma das alternativas para o enfrentamento desta desigualdade regional em pesquisa em saúde. O PPSUS é uma iniciativa do Departamento de Ciência e Tecnologia – Decit – do Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Ciência e Tecnologia, as Fundações de Apoio à Pesquisa e as Secretarias de Saúde dos estados brasileiros. Ela defende a potencialidade de promoção da equidade regional deste programa ressaltando que “podem concorrer ao edital público para seleção de projetos apenas pesquisadores vinculados a

instituições com sede no estado responsável pelo lançamento do edital”. (OLIVEIRA 2008, p.32)

No entanto, ao analisar a série histórica de 2003 a 2007 do PPSUS, estudada por Oliveira (2008), constatou-se a manutenção das assimetrias regionais no campo. Enquanto na região SE foram beneficiadas 113 instituições totalizando R\$ 33.400.000,00 de financiamento, no mesmo período, na região CO, somente 41 instituições receberam um total de R\$ 3.800.000,00.

As pesquisas desenvolvidas por Fagundes, Cavalcante e Ramacciotti (2005b) evidenciam que a situação persistente desta assimetria é resultante da associação de fluxos de recursos e infraestrutura de C&T, a qual tem denominado “processo de causação circular e cumulativa”. (FAGUNDES, CAVALCANTE E LUCHESI 2005a)

À guisa de conclusão, diante do exposto, os autores deste capítulo convidam os leitores a reconhecerem o necessário compromisso ético para avançar nas potencialidades das “pesquisas para a saúde” e construir outras métricas para avaliar o impacto destas. A exclusividade do indicador fator de impacto de citação da publicação não tem contribuído para o enfrentamento das iniquidades regionais visando ampliar o acesso aos recursos oriundos destas.

Finalmente, citam-se alguns questionamentos de Akerman (2013), que ao ecoar nas mentes e corações, podem nortear uma agenda para os próximos passos: “qual o propósito da ciência? Ajudar a humanidade ou se autorreproduzir entre seus pares? Como é possível saber se ela realmente está ajudando a humanidade? ” (p. 827).

3. CONCLUSÃO

Ênfase deve ser dada à **implementação e à avaliação dos mecanismos para garantir aporte de recursos para IES e pesquisa e tradução do conhecimento nas regiões Norte e Cento Oeste** previstos na PNCTIS. Enquanto os editais mantiverem a lógica de competitividade na captação de recursos, na qual os critérios são aqueles que beneficiam instituições e grupos de pesquisa consolidados, o aporte financeiro vai continuar em direção a estes. Para responder à pergunta inicial dos autores deste capítulo, após as evidências e diálogo com a literatura, ressalta-se a importância de concretizar a normativa que prevê critérios que considerem os aspectos critérios diferenciados de contrapartida para os estados e a definição de agendas regionais (FAGUNDES, CAVALCANTE E RAMACCIOTTI 2005b).

Este estudo indica a necessidade de aprofundar a **compreensão e a produção de evidências** sobre os **reflexos da incipiência dos programas de pós-graduação em saúde coletiva na região Centro Oeste** (Primeiro doutorado da área iniciado na UnB, em 2013) e o baixo incremento dos grupos de pesquisa como fatores associados à iniquidade na captação dos recursos dos editais governamentais nesta região.

Especialmente, em tempos de austeridade fiscal, esta temática deve ter visibilidade e ser priorizada. Segundo a Comissão de Pós-Graduação da Associação Brasileira de saúde Coletiva - Abrasco (2015),

O corte de 75% da CAPES também inviabilizará a participação de membros externos aos próprios programas nas bancas, comprometendo a qualidade desta atividade. Tal fato agravará as desigualdades regionais e intra-regionais, uma vez que programas localizados nas grandes capitais do Sudeste terão melhores facilidades para organizar bancas com membros externos sem despesas com passagens e diárias.

As agendas regionais de CT&IS devem favorecer a **visibilidade** dos conhecimentos e tecnologias produzidas locorregionalmente e o **enfrentamento das iniquidades reproduzidas e acentuadas** pelos serviços e políticas de saúde pública (ROCHA, AKERMAN 2014; BRAMEVAN 2013; VIEIRA-DA-SILVA, ALMEIDA FILHO 2009).

Tem aumentado a pressão por razões éticas e econômicas, para **diminuir a distância** estabelecida **entre a produção do conhecimento**, resultados da pesquisa e a sua aplicabilidade como elemento norteador tanto na construção de políticas públicas quanto nas ações voltadas para atenção à saúde. Esta articulação efetiva dos serviços/atenção na definição das agendas e nas perguntas norteadoras das pesquisas pode favorecer a incorporação dos resultados destas nos processos de tomada de decisão das políticas públicas (tradução das pesquisas em políticas).

Pensando as implicações para as políticas de saúde pública, a baixa capacidade de sistematização, visibilidade da produção de conhecimentos e incorporação seletiva de tecnologia devido à inexistência de políticas diferenciadas, voltadas para a realidade locorregional, se expressa, frequentemente, na mera reprodução e/ou baixíssima capacidade de reflexão sobre as políticas e programas “determinados” pelo Ministério da Saúde. Esta situação também pode ter raízes diante: da dificuldade de subsídios para pensar criticamente os temas locais e da pouca divulgação (e meios de), uma vez que as publicações científicas também não valorizam os artigos regionais (por conta da necessidade de atender a critérios de classificação, ou melhor, as métricas que priorizam temas nacionais ou internacionais).

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRASCO. **Comissão de Pós Graduação sobre Cortes 75% CAPES**. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/site/2015/07/nota-sobre-os-cortes-orcamentarios-nos-programas-de-pos-graduacao/> Acesso em: 03 ago. 2015

AKERMAN, M. Medidas de experiência e cienciometria para avaliar impacto da produção científica. **Rev Saúde Pública**, v. 47, n. 4, p.824-28, 2013.

ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi Política nacional de CT& I em saúde e a regionalização do SUS: diálogos possíveis. In: VIANA, Ana Luiza D; IBANEZ, N; BOSQUAT, Aylene. **A saúde, desenvolvimento, ciência, tecnologia e inovação**. São Paulo: Hucitec, 2012. p.174-202.

ANDRADE, Bruno Leonardo Alves **A produção do conhecimento em doenças negligenciadas no Brasil: uma análise bioética dos dispositivos normativos e da atuação dos pesquisadores brasileiros**. 2015.134f. Tese (Doutorado). Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, 2015.

ANDRADE, Bruno Leonardo Alves; ROCHA, Dais Gonçalves Doenças negligenciadas e bioética: diálogo de um velho problema com uma nova área do conhecimento. **Rev. bioét.** (Impr.). v. 23, n. 1, p. 105-13, 2015.

BATALHA Elisa, MOROSINI Liseane Atenção aos esquecidos. **RADIS**, n. 124, p.8 – 17, 2013.

BEYRER, Chris Neglected Diseases, civil conflicts, and the right to health. **The Lancet** 370, p.619–27. Vol 370 August 18, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPQ. **10º Censo dos diretórios dos grupos de pesquisa**. Brasília, 2015. Disponível: <http://lattes.cnpq.br/web/dgp/por-regiao> Acesso: 05/08/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2013**: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, 384p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Prioridade de Pesquisa em Saúde. **Caderno 2 – Doenças Negligenciadas**. Departamento de Ciência e Tecnologia – Decit 2006. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prioridades_invest/i2_tela4_2.html> Acesso em: 4 de abr. 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Ciência e Tecnologia em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: **CONASS**, 2011a. 143 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 11)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Comitê Gestor do Decreto 7508 – GE COAP. **Contrato Organizativo da Ação Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Oswaldo Cruz. **Nota Técnica nº1/2011/IOC-FIOCRUZ/Diretoria**. Rio de Janeiro, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia – 2. ed.– Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Oficina de Prioridades de Pesquisas em Saúde de Doenças Negligenciadas. Informativo DECIT** – Departamento de Ciência e Tecnologia/SVS da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Julho, 2008b.

BRAVEMAN, Paula. What is health equity: and how does a life-course approach take us further toward it? **Matern Child Health J**, v. 18, p.366-372, 2013.

FAGUNDES, Maria Emília Marques, CAVALCANTE, Luis Ricardo Mattos Teixeira, LUCHESI, Rafael. **Desigualdades regionais em ciência e tecnologia no Brasil**. Bahia Análise e Dados: ciência, tecnologia e inovação, 2005a.

FAGUNDES, Maria Emília Marques, CAVALCANTE, Luis Ricardo Mattos Teixeira, RAMACCIOTTI, Rafael Esmeraldo Luchesi Distribuição regional dos fluxos de recursos federais para ciência e tecnologia. **Parcerias Estratégicas, Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, Ministério da Ciência e Tecnologia**, n. 21, dez 2005b. Disponível em: http://seer.cgee.org.br/index.php/parcerias_estrategicas/article/viewFile/267/261 Acesso em: 04 dez. 2015

MINAYO, Maria Cecília Souza. Global & local, meritocrático & social: o papel da ciência e tecnologia em Saúde Coletiva no Brasil. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 6, n. 2, p.11-26, abr. 2012.

MORAES NETO, Antônio Henrique Almeida. Promoção da Saúde na Habitação dos Trópicos e Controle de Doenças. In: ROJAS, Maria Carmen; PEREZ, Carlos Barceló (compiladores) **Vivienda saludable, de cara a Rio +20. Red Interamericana de Vivienda Saludable**. Organización Panamericana de Salud y la Organización Mundial de la Salud, 2012, p.40-41.

MOREL, Carlos Medicis Co-authorship network analysis: a powerful tool for strategic planning of research, development and capacity building program on neglected diseases. **PLoS Neglected Trop Dis**. Switzerland, vol 3, n. 8, p. 1-8, 2009.

NUNES, Everardo Duarte; FERRETO, Lirane Elize; BARROS, Nelson Filice A pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil: trajetória. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 1923-1934, julho, 2010.

OLIVEIRA, Margarete Martins **Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde-PPSUS**. Construção do modelo lógico e da matriz de medidas avaliativas. 134f. Mestrado (Dissertação). Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, 2008.

PACHECO SANTOS, Leonor Maria et al. Fulfillment of the Brazilian agenda of priorities in health research. **Health Res Policy Syst**, v. 9, n. 35 2011.

ROCHA, Dais Gonçalves; AKERMAN, Marco. Determinação social da saúde e promoção da saúde: isto faz algum sentido para a Estratégia de Saúde da Família? Em que sentido podemos seguir?. In: SOUSA, M.F.; FRANCO, M.S.; MENDONÇA, A.V.M.. (Org.). **Saúde da Família nos municípios brasileiros: Os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. 1ed.Campinas-São Paulo: Saberes Editora, 2014, v. , p. 720-754.

SANTOS, Suelleng Maria Cunha et al. Perfil dos pesquisadores da Saúde Coletiva no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, RJ, v. 19, n.3, p. 764-775, 2009.

VIANA, Ana Luiza et al ; IOZZI Fabíola Lana ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi; BOUSQUAT, Aylene Saúde, desenvolvimento e inovação tecnológica: nova perspectiva de abordagem e investigação. **Lua Nova**, São Paulo, v. 83. p.41-77, 2011.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria, ALMEIDA FILHO, Naomar. Equidade em Saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25 Sup 2, p. S217-S226, 2009.

WHO: **Neglected Tropical Diseases. Hidden successes, Emerging Opportunities.**
WHO/CDS/NTD/2006.22006. Disponível em:
http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_CDS_NTD_2006_2_eng.pdf. Acesso em: 3 abr. 2012.