

XIV Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação (ENANCIB 2013)
GT 11: Informação e Saúde

Comunicação Oral

“FONTES DE INFORMAÇÃO PARA POLÍTICAS DE PESQUISA EM SAÚDE”

Cicera Henrique da Silva – FIOCRUZ/ICICT
Tânia Regina Neves da Silva - FIOCRUZ
Viviane Santos de Oliveira Veiga - FIOCRUZ/ICICT
Ester Cristina Machado Ruas - UFF
Agatha Dias Lemos - Casa Publicadora Brasileira

Resumo

Este estudo se propõe a avaliar se as prioridades da agenda de pesquisa em saúde no Brasil estão em consonância com a filosofia do SUS, assim como se as informações sobre as pesquisas financiadas a partir da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS) estão disponíveis e acessíveis para ajudar a entender o panorama da saúde e orientar tomadas de decisões sobre investimentos na área. A análise foi dividida em duas partes: primeiro, estabelecemos uma comparação entre os objetivos e metas prioritárias do Pacto Pela Saúde (SUS) e as subagendas da ANPPS, com o objetivo de identificar pontos de convergência e de divergência. Em seguida, buscamos levantar o número de pesquisas realizadas ao longo dos últimos 11 anos nas 24 subagendas da ANPPS, os valores investidos a cada ano e a distribuição dessas pesquisas pelas unidades da federação. A intenção foi a de testar de que maneira essas informações disponíveis permitem ao pesquisador ou ao gestor traçar um panorama sobre a realidade atual da pesquisa em saúde no Brasil de modo a orientar a tomada de decisões sobre novos projetos de pesquisa a realizar ou ações de saúde a implementar. Nossa investigação identificou indícios de que algumas das subagendas não parecem de fato englobar temas que estejam sendo tratados como prioritários, uma vez que é pífia a quantidade de projetos nelas desenvolvidos. Observamos ainda que os dados disponíveis no Sistema Pesquisa Saúde apresentam fragilidades que comprometem a tentativa de traçar um panorama sobre a pesquisa em saúde. Conclui-se que somente uma maior integração entre as instâncias e os atores conduzirá a um contexto em que a produção de conhecimento cotidiano nas pesquisas em saúde gere indicadores confiáveis para realimentar a própria pesquisa e inspirar políticas públicas capazes de induzir mais justiça e equidade.

Abstract

This study aims to evaluate whether the priorities of the health research agenda in Brazil are in line with the philosophy of the SUS, as well as information on research supported by the National Agenda of Priorities in Health Research (ANPPS) are available and accessible to help understand the research health panorama and to guide decision making on investments in the area. The analysis was divided into two parts: first, we established a comparison between the objectives and priority goals of the Pact for Health (SUS) and the sub-agendas ANPPS, in order to identify points of convergence and divergence. Then we sought the number of research over the last 11 years of the 24 sub-agendas ANPPS, the amounts invested each year and the distribution of the research among the federation units. The intention was to test how the available information allow the researcher or manager can draw an overview on the current situation of health research in Brazil in order to guide decision-making on new research projects to be performed or health actions to implement. Our investigation found evidence that some of the sub-agendas do not actually seem to encompass issues that are

being addressed as a priority, since it is pífia the quantity of projects developed inside them. We further noted that the data available on Health Research System have weaknesses that undermine the attempt to give an overview on health research. It is concluded that only a greater integration between instances and actors will lead to a context in which the everyday knowledge production in health research can generate reliable indicators to refeed the research and inspire public policies able of inducing more justice and equity.

Keywords: Health Research Priorities Agenda. Financing. Information Sources.

1 INTRODUÇÃO

O foco deste trabalho parte do reconhecimento de que saúde, da pesquisa em saúde leva ao desenvolvimento e que as fontes de informação têm papel fundamental para auxiliar neste caminho. Este argumento é reforçado quando percebemos que, no mundo, para medir o desenvolvimento dos países, a fonte de informação utilizada é o fluxo de produção econômica o Produto Interno Bruto (denominado de PIB *per capita*). Ao longo do tempo, a Organização das Nações Unidas (ONU) propõe um novo indicador capaz efetivamente de medir o nível de desenvolvimento dos países, esta nova fonte de informação considera os níveis de desigualdade de renda na sociedade e de valores como o estoque de capitais social, humano e natural, assim como o nível de eficiência das instituições. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma nova fonte de informação para tomada de decisão que já está sendo agregada a este instrumento pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), bases conceituais para a elaboração de um futuro índice de desenvolvimento humano sustentável.

A partir deste quadro, os autores (MOREL, 2004; GADELHA, 2006; JANSEN *et al*, 2010) justificam que uma população saudável é um elemento fundamental e, ao mesmo tempo, uma das consequências esperadas do desenvolvimento de um país. O investimento em saúde e em pesquisa em saúde, portanto, torna-se estratégico.

O texto mostra que, apesar das divergências naturalmente existentes em um cenário de múltiplas abordagens, contextos, instituições científicas, formuladores de política, tomadores de decisão e atores estratégicos envolvidos com a pesquisa em saúde no Brasil, o Ministério da Saúde, como autoridade nacional das propostas políticas, num esforço democrático e de maneira colaborativa com os níveis estaduais e municipais, definiu uma Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS), com as estratégicas técnicas e práticas definidas pelo país para gerar conhecimento aplicável à realidade local do Sistema Único de Saúde.

Diante disso, é necessário indagar: O Brasil de fato conta hoje com uma agenda prioritária de investimentos em pesquisas, uma fonte de informação fidedigna e capaz de

gerar conhecimento aplicável à realidade local do SUS? As prioridades da agenda de pesquisa em saúde estão em consonância com as prioridades elencadas pelo SUS?

Para tentar responder a essas indagações, foi utilizado o método da análise comparativa entre os objetivos e metas prioritárias do Pacto Pela Saúde as subagendas da ANPPS, com o objetivo de identificar pontos de convergência e de divergência entre as duas propostas. Em seguida, a partir do único dado disponível no Sistema Pesquisa Saúde (<http://www.saude.gov.br/pesquisasaude>), onde constam os projetos de pesquisas apoiados pelos órgãos financiadores do governo desde 2002, buscou-se levantar o número de pesquisas realizadas ao longo dos últimos 11 anos nas 24 subagendas da ANPPS, os valores investidos a cada ano e a distribuição dessas pesquisas pelas unidades da federação.

A investigação dos dados apresentados pelo Estado apresenta fragilidades que comprometem as análises porventura empreendidas. As subagendas não parecem de fato englobar temas que estejam sendo tratados como prioritários, uma vez que é pífia a quantidade de projetos nelas desenvolvidos e fica a impressão de que as prioridades foram estabelecidas sem que houvesse fontes de informação efetivamente confiáveis.

Neste sentido, considerando o enfoque a que nos propusemos, este estudo observa que os dados disponíveis no Sistema Pesquisa Saúde não permitem responder às indagações, e seria necessária uma pesquisa mais aprofundada. Mas aponta para a necessidade de desenvolver o conceito chave da integração, não só das agendas e de governança, mas, sobretudo uma integração entre política, prática e pesquisa, como sinalizam Jansen *et al* (2010).

2 PESQUISA EM SAÚDE

A pesquisa em saúde tem tido, nos últimos anos, uma constante ampliação no número de projetos e pesquisadores nela envolvidos. No Brasil, este desenvolvimento científico na sua abrangência e na complexidade dos temas abordados trouxe consigo um crescente questionamento sobre a definição de prioridades (GUIMARÃES, 2012; MOREL, 2004). Muitos países estabeleceram legislações, agendas, prioridades próprias, outros simplesmente acataram as diretrizes internacionais. Abordagens diferentes para a priorização de pesquisa em saúde existem, segundo Viergever (2010), e não há acordo sobre o que poderia constituir a melhor prática neste campo. No caso brasileiro, são três os ministérios envolvidos na gestão e no direcionamento político da pesquisa em saúde no âmbito federal: Educação, Saúde e Ciência & Tecnologia. O Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

(CNPq) e a Cooperação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior (Capes) são os responsáveis pela gestão financeira dos projetos. Desde 2004, por intermédio de seu Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit), o Ministério da Saúde empenha esforços de produção científica em saúde no país, seguindo diretrizes da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) e da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, elaborada a partir do consenso técnico-político verificado entre os participantes da 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia, e Inovação em Saúde. (GUIMARÃES, 2006).

2.1 FOMENTO E APOIO À PESQUISA CIENTÍFICA

O Brasil, um país em fase desenvolvimento, estabeleceu o desafio de alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio da ONU para o ano de 2015. Apesar de detentor de um forte parque industrial e uma vigorosa comunidade científica, o país não detinha uma organização de sistemas de pesquisa em saúde capazes de definir prioridades com bases sanitárias e assegurar a incorporação dos resultados às políticas e ações de saúde.

Este imenso desafio foi aceito por Guimarães (2006), que, enquanto trabalhava no Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit) do Ministério da Saúde do Brasil, em 2003, estabeleceu uma Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. Essa política foi baseada em dois princípios fundamentais: a busca da equidade em saúde e de sólidos princípios éticos e evitar a exploração de populações vulneráveis. E no curto período de três anos este processo foi concluído e lançado pelo governo federal, recolocando o Ministério da Saúde nos esforços brasileiros de pesquisa em saúde.

Busca-se a definição de estratégia e prioridade para reverter o quadro atual não só da pesquisa em saúde, mas também da educação, ciência e tecnologia, para que o país possa embarcar na economia do conhecimento e competir no mercado internacional em pé de igualdade com outros países.

E para fomentá-la com recursos financeiros, o governo federal conta com diversos órgãos, ligados ao Ministério da Ciência e Tecnologia, ao Ministério da Educação e às secretarias estaduais, que fornecem apoio financeiro a pesquisadores e cientistas brasileiros.

O Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) é a agência do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI) que tem como

principais atribuições fomentar a pesquisa científica e tecnológica e incentivar a formação de pesquisadores brasileiros.

Outra instituição de fomento é a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), fundação do Ministério da Educação (MEC), que desempenha papel fundamental na expansão e consolidação da pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado) em todos os estados da Federação.

O incentivo à ciência também acontece através das Fundações de Amparo a Pesquisa (FAPs) que estão presentes em 21 das 27 unidades federativas do país, que estão ligadas diretamente aos governos estaduais.

A Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa) vinculada ao Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, objetiva viabilizar soluções de pesquisa, desenvolvimento e inovação para a sustentabilidade da agricultura, em benefício da sociedade brasileira.

Com exceção das FAPs, todos os organismos citados acima pertencem ao governo federal, e conseqüentemente, disputam da mesma fonte de recursos do orçamento público da União para o desenvolvimento de pesquisas científicas que vem mantendo-se o mesmo há quase uma década. Segundo discussão no Jornal do Senado (BRASIL, 2012), nos últimos nove anos, o Brasil manteve a proporção de investimento em pesquisa e desenvolvimento (P&D), em relação ao produto interno bruto (PIB), em torno de 1%, apesar de o governo ter prometido, em 2003, aumentar o gasto para 2%, nível próximo ao da média dos países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico, que é de 2,3%. Quatro anos mais tarde, no esforço para chegar lá, o Plano de Ação 2007–2010 para Ciência, Tecnologia e Inovação (Pacti) fixou uma meta de 1,5% ao final do período, que, porém, não foi alcançada: o

Em 10 anos, investimentos nacionais em P&D praticamente se mantêm estáveis

Empresas e governo dividem meio a meio os gastos, que estão longe de somar os 2,68% do PIB, como na Coreia do Sul

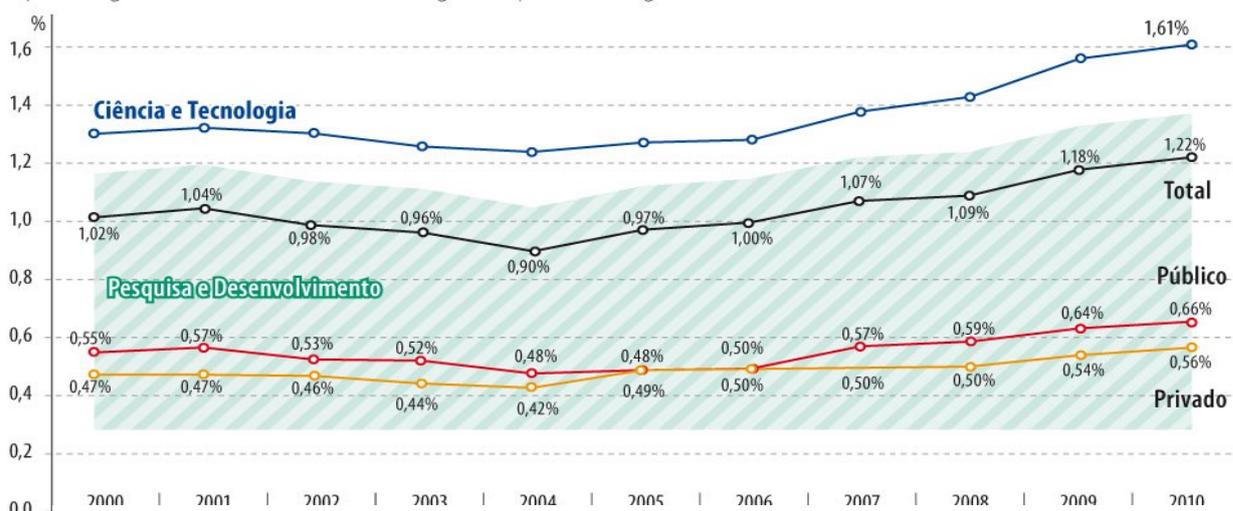


Gráfico 1 – Investimentos em P&D. Fonte: BRASIL, 2012

investimento total ficou em 1,22% do PIB em 2010. .

A política de pesquisa em saúde e as prioridades da agenda também são orientadas pela alocação de recursos do mesmo fundo financeiro, oriundo do Ministério da Saúde. Mas quanto de recurso federal é disponibilizado hoje para a pesquisa científica em saúde? Segundo o Projeto de Lei Orçamentária Anual – PLOA (2012-2013) dos R\$ 87,7 bilhões alocados para a área da saúde, o setor de Assistência Hospitalar e Ambulatorial contará com recursos da ordem de R\$ 41,3 bilhões; a Atenção Básica receberá R\$ 16,8 bilhões. Quanto ao Suporte Profilático e Terapêutico, há uma previsão de investimento de R\$ 9,7 bilhões. A área de Vigilância Epidemiológica deve receber R\$ 4,7 bilhões, no que se refere às despesas de Pessoal Ativo e Encargos Sociais, a saúde deverá contar com R\$ 8,3 bilhões. Entre as demais despesas, destaque para o saneamento básico urbano e rural que tem como previsão receber um valor da ordem de R\$ 1,2 bilhão, mas nenhuma destinação financeira para pesquisa científica em saúde.

(http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/sof/orcamento_13/OFAT_2013.pdf)

Como pode o Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit) ser responsável pelo incentivo ao desenvolvimento de pesquisas em saúde no país e não receber do Governo Federal uma destinação específica e regular de recursos, para que possa de fato planejar a realização dos projetos de pesquisa em saúde ao longo dos anos? O Decit atua no Ministério da Saúde em consonância com outros três Departamentos da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE): Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF), Complexo Industrial e Inovação em Saúde (DECIIS) e Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS). No âmbito federal tem de se relacionar no campo político e financeiro com o Ministério da Educação, Agricultura, Ciência e Tecnologia.

2.2 AGENDA POLÍTICA E AGENDA DE PESQUISA EM SAÚDE

A política e a prática são dimensões da pesquisa igualmente importantes e necessárias para seu desenvolvimento. Não raro, prática e política são entendidas como distantes devido ao conceito que as diferencia e o modo como os atores as encaram: os cientistas percebem os processos de decisão política como altamente burocráticos e, portanto, atrasados; e os gestores políticos atribuem alto *status* intelectual para a pesquisa científica, considerando-a nem sempre voltada para a prática. Contudo, quando se trata de pesquisa em saúde, é preciso pensar na possibilidade de intercâmbio com o objetivo de engajamento mútuo (JANSEN *et al*, 2010).

Os autores sustentam que a política está mais ligada à ideologia e, por isso, ela é trabalhada com perspectivas em longo prazo. A prática, por sua vez, é da esfera da urgência, de ações em curto prazo que atendam às necessidades das pessoas. As características da própria pesquisa, muitas vezes, estão desconectadas com as da política e da prática. Ainda de acordo com Jansen *et al* (2010), os ciclos de trabalho da pesquisa acadêmica, da prática e da política pública passam por etapas sucessivas semelhantes, no entanto, o problema, a formulação da abordagem, a implementação de estratégias e a avaliação são trabalhados de maneira distinta por cada nicho.

A agenda política deve usar instrumentos políticos, a fim de evitar, diminuir ou acabar com os problemas sociais de saúde. Para tanto, ela pode propor ações que envolvam a participação de funcionários e gestores públicos, de organizações e até da comunidade.

O processo de formulação da agenda política deve considerar questões orçamentárias, a dinâmica do custo-benefício, a possibilidade de incentivos econômicos, um roteiro de implementação de estratégias e o monitoramento delas. Porém, definir o que fica dentro e o que fica fora da agenda é algo muito complexo.

Jansen *et al* (2010) explicam que a percepção de um problema que entrará na agenda depende da comparação entre os padrões normativos atuais e a situação real. Apesar disso, nem sempre são tomadas as melhores decisões, porque a política elabora estratégias genéricas, considerando as complexidades sociais de modo geral.

Quando o problema recortado pela agenda de pesquisa se dedica apenas ao acúmulo de conhecimento, fica mais difícil de alcançar o propósito para o qual a agenda foi criada, ou seja, equilibrar a teoria e a prática, obtendo resultados positivos para a saúde pública. Vale ponderar ainda se o item que entrará na agenda de pesquisa tem aplicabilidade futura e se há probabilidade de adoção e adaptação por parte da agenda política. Para tanto, Jansen *et al* (2010) recomendam evitar a generalização de resultados e desviar-se de investimentos em pesquisas de pouco uso.

O tempo também pode ser um complicador para a agenda de pesquisa. A questão de uma pesquisa e seu projeto são processos demorados, pois, em muitos casos, dependem tanto de aprovação, como de uma população e suas variáveis. Fora isso, “profissionais e pesquisadores não têm autoridade formal na definição da agenda política local e não podem facilmente influenciar a política local, embora eles possam usar a atenção da mídia para colocar um tema na agenda política” (JANSEN *et al*, 2010, p. 2, tradução nossa).

A agenda de pesquisa também não deve ser baseada tão somente no interesse de instituições de fomento nem tampouco nos interesses pessoais do cientista. Se o dado científico se relaciona com o contexto (e, nesse caso, as ciências sociais podem colaborar), ele pode ser mais bem aproveitado, pois poderá ser usado em vários momentos do processo, tanto da agenda de pesquisa, quanto da agenda política (BOWEN e ZWI, 2005).

Diante disso, não seria o ideal sincronizar a agenda política com a agenda de pesquisa em saúde? Para Bowen e Zwi (2005), não há escassez de grandes ideias apresentadas aos formuladores de políticas, mas nem sempre as propostas apresentam argumentos, provas suficientes ou informações precisas, a fim de que as agendas possam cruzar seus dados com eficácia e melhorar a circulação do conhecimento.

Mas, certamente, isso leva tempo, pois, como concluem Jansen *et al* “Prioridades sobre definição de agenda, formulação do problema, o objetivo com clareza, o uso de provas, a legitimidade, o uso de teoria, a atenção à validade interna e externa, tempo de vida, disponibilidade e capacidade de leitura de publicações não se sobrepõem automaticamente” (2010, p. 13 tradução nossa).

3 MATERIAL E MÉTODO

Apesar das divergências naturalmente existentes em um cenário de múltiplas abordagens, contextos, instituições científicas, formuladores de política, tomadores de decisão e atores estratégicos envolvidos com a pesquisa em saúde no Brasil, há certo consenso de que as prioridades precisam ser definidas, na tentativa de produzir uma melhor prática no Sistema Único de Saúde (SUS). Diante disso, nos perguntamos: o Brasil de fato conta hoje com uma agenda prioritária de investimentos em pesquisas nesta área para gerar conhecimento aplicável à realidade local do SUS? As prioridades da agenda de pesquisa em saúde estão em consonância com as prioridades elencadas pelo SUS? E mais: as informações sobre as pesquisas financiadas a partir da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS) estão disponíveis e acessíveis para ajudar a entender o panorama da saúde e orientar tomadas de decisões sobre investimentos na área?

Para tentar responder a essas perguntas, nos propusemos realizar uma análise dividida em duas partes: primeiro, estabelecemos uma comparação entre os objetivos e metas prioritárias do Pacto Pela Saúde (que refletem as metas prioritárias do SUS) e as subagendas da ANPPS (fruto de consenso estabelecido entre os participantes da 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia, e Inovação em Saúde, em 2004), com o objetivo de identificar pontos de convergência e de divergência entre as duas propostas; em seguida, a partir dos dados

disponíveis no Sistema Pesquisa Saúde (<http://www.saude.gov.br/pesquisasaude>), onde constam os projetos de pesquisas apoiados pelo Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit/SCTIE/MS) desde 2002 com a colaboração de CNPq, Finep, Unesco, Opas, Fundações de Amparo a Pesquisa, Secretarias Estaduais de Saúde e de Ciência e Tecnologia, buscamos levantar o número de pesquisas realizadas ao longo dos últimos 11 anos (de 2002 a 2012, que é o período disponibilizado pelo sistema) nas 24 subagendas da ANPPS, os valores investidos a cada ano e a distribuição dessas pesquisas pelas unidades da federação. A intenção foi a de testar de que maneira essas informações disponíveis permitem ao pesquisador ou ao gestor traçar um panorama sobre a realidade atual da pesquisa em saúde no Brasil de modo a orientar a tomada de decisões sobre novos projetos de pesquisa a realizar ou ações de saúde a implementar.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No documento Pacto Pela Saúde (BRASIL, 2006), encontramos 11 objetivos e metas prioritárias. No documento Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde – ANPPS (BRASIL, 2008), encontramos 24 subagendas de pesquisa. Na comparação entre os dois documentos, feita por meio de duas tabelas (Tabela 1 e Tabela 2), observamos ser a ANPPS mais abrangente do que o Pacto Pela Saúde, de forma que a maior parte dos itens listados no Pacto encontra correspondência na ANPPS, mas muitas das subagendas deste último documento não se correlacionam às diretrizes do Pacto.

TABELA 1- COMPARATIVO PACTO PELA SAÚDE E AGENDA DECIT (convergências)

PACTO PELA SAÚDE (2006)	AGENDA DECIT (2008)
SEMELHANÇAS	
Atenção à saúde do idoso	Saúde do idoso
Controle do câncer de colo de útero e de mama	Saúde da mulher
Redução da mortalidade infantil e materna	Saúde da criança e do adolescente
Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, AIDS	Doenças transmissíveis
Promoção da saúde	Promoção da saúde
Saúde do trabalhador	Saúde, ambiente, trabalho e biossegurança
Saúde mental	Saúde mental
Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência	Saúde dos portadores de necessidades especiais
Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência	Violência, acidentes e trauma

Tabela 1-Comparativo Pacto pela saúde e Agenda DECIT (convergências). Fonte: **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde**, Série B. Textos Básicos em Saúde, 2.ª edição, 2008. **Série Pacto Pela Saúde**, Série A. Normas e Manuais Técnicos, volume 2, 2006.

TABELA 2 – COMPARATIVO PACTO PELA SAÚDE E AGENDA DECIT (sem correlação)

PACTO PELA SAÚDE (2006)	AGENDA DECIT (2008)
SEM CORRELAÇÃO	
Fortalecimento da atenção básica	Saúde dos povos indígenas
Saúde do homem	Saúde da população negra
	Doenças não transmissíveis
	Alimentação e nutrição
	Bioética e ética na pesquisa
	Pesquisa clínica
	Complexo produtivo da saúde
	Avaliação de tecnologias e economia da saúde
	Epidemiologia
	Demografia e saúde
	Saúde bucal
	Comunicação e informação em saúde
	Gestão do trabalho e educação em saúde
	Sistemas e políticas de saúde
	Assistência farmacêutica

Tabela 2-Comparativo Pacto pela saúde e Agenda DECIT (divergências). Fonte: **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde**, Série B. Textos Básicos em Saúde, 2.ª edição, 2008. **Série Pacto Pela Saúde**, Série A. Normas e Manuais Técnicos, volume 2, 2006.

Na Tabela 1 observamos que a maior parte dos objetivos e prioridades listados no Pacto Pela Saúde está contemplada nas subagendas da ANPPS: dos 11 itens, apenas 2 não encontram correspondência (Tabela 2). O que a princípio pareceria promissor, deixa uma interrogação quando se constata que um desses dois itens é justamente o “Fortalecimento da atenção básica”, uma das pedras de toque do SUS, mas que não é listada como prioridade na ANPPS. O mais preocupante, porém, foi verificar que somente 9 das 24 subagendas da ANPPS são consideradas como prioridade para o SUS. Incluem-se nessa imensa área sem correlação, por exemplo, itens como “Saúde dos povos indígenas” e “Saúde da população negra” – não priorizados pelo SUS, priorizados pela ANPPS – no nosso entender, temas de relevância para se avançar na questão da equidade.

Outra divergência observada é a não priorização, pelo SUS, de itens como “Pesquisa clínica”, “Complexo produtivo da saúde” e “Epidemiologia” – áreas de pesquisa de suma importância para o desenvolvimento de estratégias focadas nas prioridades de nossas populações e em ações que nos colocariam no rumo de obter independência em C&T, algo fundamental quando pensamos que boa parte dos agravos que atingem nossa população são doenças negligenciadas, que dificilmente serão objeto de pesquisa por parte dos países desenvolvidos, e que portanto precisamos nos capacitar para enfrentá-las. Ainda no rol das divergências estão “Comunicação e informação em saúde” e “Gestão do trabalho e educação

em saúde”, importantes para fazer deslanchar a participação popular e o controle social no âmbito do SUS. O que podemos inferir nesta comparação é que há certo descompasso entre a agenda política e a agenda de pesquisa em saúde.

No Sistema Pesquisa Saúde, identificamos uma grande variedade de possibilidades de cruzamento das informações disponíveis, além daquelas que já havíamos elegido para a realização da presente análise (número de projetos financiados por subagenda a cada ano, distribuição das pesquisas pelas unidades da federação e valores investidos a cada ano), de forma que acreditamos haver naquele sistema um grande potencial de informações para a realização de outras pesquisas visando a testar a usabilidade dos dados armazenados e sua adequação para o traçado de panoramas diversos de análise sobre a realidade brasileira da pesquisa em saúde, o que sugerimos que seja feito em outras investigações.

No nosso caso, testamos apenas parte dessas possibilidades. A partir das informações que previamente elegemos, montamos três tabelas para melhor visualizar as correlações dos dados. A primeira registra a evolução do número de editais e projetos lançados a cada ano e os valores investidos nessas pesquisas no período de 2002 a 2012; a segunda relaciona o número de projetos de pesquisa financiados em cada uma das 24 subagendas ao longo desses 11 anos; a terceira mostra como esses projetos se distribuíram pelas 27 unidades da federação.

TABELA 3 – INVESTIMENTO PESQUISA EM SAÚDE POR ANO

ANO	EDITAIS	PROJETOS	INVESTIMENTOS R\$
2002	6	88	2.008.582,26
2003	10	130	11.065.708,44
2004	57	836	82.025.306,70
2005	43	623	138.874.909,12
2006	35	816	158.813.551,77
2007	20	168	37.446.738,22
2008	19	330	153.460.453,46
2009	41	748	110.109.588,65
2010	16	192	47.749.096,09
2011	7	8	8.882.000,00
2012	15	227	62.890.938,64
TOTAL	269	4166	813.326.873,35

Tabela 3- investimento pesquisa em saúde por ano. Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Sistema Pesquisa Saúde. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/pesquisasaude>.

TABELA 4 – PROJETOS POR SUBAGENDA DE PESQUISA EM SAÚDE

SUBAGENDAS	ANO											TOTAL
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
Alimentação e Nutrição	2	4	101	106	12	1	1	16	5	1	-	249
Assistência Farmacêutica	7	8	22	75	22	1	4	36	4	-	6	185
Avaliação de Tecnologias e Economia da Saúde	1	2	32	35	10	32	42	104	18	-	3	279
Bioética e Ética em Pesquisa	-	58	78	18	-	-	-	-	-	-	-	154
Complexo Produtivo da Saúde	-	2	23	31	43	8	14	11	1	-	2	135
Comunicação e Informação em Saúde	1	5	10	2	40	-	-	5	2	-	4	69
Demografia e Saúde	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	2
Doenças Não Transmissíveis	3	6	59	99	94	10	24	84	21	-	31	431
Doenças Transmissíveis	23	9	136	78	195	15	69	151	31	3	97	807
Epidemiologia	1	1	2	2	13	5	2	43	7	-	8	84
Gestão do Trabalho e Educação em Saúde	7	4	14	4	57	-	1	19	6	1	10	123
Pesquisa Clínica	3	4	25	66	27	12	60	43	9	-	6	255
Promoção da Saúde	-	1	2	2	5	3	1	32	9	1	12	68
Saúde, Ambiente, Trabalho e Biossegurança	1	2	11	8	48	2	-	17	1	-	2	92
Saúde Bucal	2	2	40	7	24	2	26	23	2	-	19	147
Saúde da Criança e do Adolescente	8	3	48	7	38	1	3	21	3	-	3	135
Saúde da Mulher	3	5	46	11	22	54	5	23	2	1	4	176
Saúde da População Negra	-	1	-	1	28	-	-	6	2	-	-	38
Saúde do Idoso	3	-	6	4	27	1	2	20	4	1	3	71
Saúde dos Portadores de Necessidades Especiais	1	-	6	1	19	-	-	9	1	-	1	38
Saúde dos Povos Indígenas	1	1	9	28	3	16	1	4	1	-	3	67
Saúde Mental	3	1	15	24	15	4	71	17	5	-	-	155
Sistemas e Políticas de Saúde	16	11	78	13	64	1	2	25	7	-	10	227
Violência, Acidentes e Traumas	2	-	73	1	9	-	1	13	-	-	2	101
Agenda não indicada	-	-	-	-	-	-	-	26	49	-	1	76

Tabela 4 – Projetos por subagenda de pesquisa em saúde. Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Sistema Pesquisa Saúde. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/pesquisasaude>.

TABELA 5 - PROJETOS DESENVOLVIDOS POR ESTADO

ANO	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
UF												
AC	-	-	2	4	7	-	-	3	4	-	-	20
AL	8	1	20	4	29	2	2	28	1	-	2	97
AM	-	2	17	9	19	4	1	33	1	-	7	93
AP	-	-	3	1	6	-	-	6	-	-	-	16
BA	-	16	39	22	63	4	11	61	21	-	4	241
CE	26	4	54	23	45	2	12	44	2	-	34	246
DF	-	1	28	16	4	3	5	14	22	-	-	93

ES	-	1	4	22	22	1	-	22	5	-	1	78
GO	-	3	19	5	4	3	5	18	7	-	1	65
MA	-	1	2	12	12	-	-	10	-	-	2	39
MG	-	17	57	39	106	8	23	56	28	3	21	358
MS	15	2	5	14	8	13	1	20	-	-	24	102
MT	-	2	5	14	23	1	3	13	-	-	2	63
PA	-	1	28	15	42	2	8	43	-	-	21	160
PB	21	3	29	3	16	2	8	20	-	-	-	102
PE	17	3	60	22	36	3	40	8	7	-	20	216
PI	-	5	15	1	7	1	1	15	1	-	-	46
PR	-	3	31	47	11	26	6	84	24	-	5	237
RJ	-	11	122	102	104	17	66	41	8	3	26	500
RN	-	1	28	10	8	18	6	24	-	-	4	99
RO	-	1	7	5	1	1	-	-	1	-	1	17
RR	-	-	3	2	-	6	-	-	-	-	-	11
RS	-	4	74	65	60	15	30	52	11	1	13	325
SC	-	23	43	22	36	4	4	30	30	-	15	207
SE	-	9	15	-	14	-	-	9	1	-	-	48
SP	1	16	122	137	123	31	98	82	18	1	24	653
TO	-	-	4	7	10	1	-	12	-	-	-	34
TOTAL	88	130	836	623	816	168	330	748	192	8	227	4166

Tabela 5 - projetos desenvolvidos por estado. Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Sistema Pesquisa Saúde. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/pesquisasaude>.

Passando aos dados coletados sobre os projetos desenvolvidos com base na ANPPS, a Tabela 3 nos revela a existência de uma grande oscilação no número de editais lançados a cada ano e de projetos incluídos nesses editais, assim como uma variação significativa dos valores investidos a cada ano. Identifica-se nos anos 2005 e 2006, assim como nos anos 2008 e 2009, os momentos de maior investimento financeiro em pesquisa. São anos que coincidem com as segundas metades dos mandatos presidenciais, assim como os anos de 2007 e 2011, com baixíssimos investimentos, são os anos de início dos mandatos – o que pode ser uma indicação de alguma influência eleitoral no processo: mais investimentos às vésperas de campanhas eleitorais, menos investimentos após os resultados das urnas. Esta é apenas uma possibilidade de inferência, feita para demonstrar como a fragilidade da apresentação dos dados pode resultar em análises frouxas.

Pelos dados colhidos no sistema, o ano de 2011 sofreu um grande revés no que tange ao financiamento de pesquisa em saúde: apenas 7 editais, com 8 projetos e investimento de menos de R\$ 9 milhões, quando em 2006 (o ano mais positivo), foram quase R\$ 159 milhões para desenvolver 816 projetos de 35 editais. O que teria acontecido em 2011? A incompletude

das informações do sistema não nos permite concluir: pode ser efetivamente desfinanciamento, assim como também atraso na inclusão das informações, alguma falha operacional ou mesmo algo previamente negociado. Aqui é importante salientar que a análise que nos propusemos fazer abarca apenas um comparativo quantitativo com relação ao desenvolvimento das pesquisas nos últimos 11 anos, mas uma análise qualitativa poderia levar a conclusões diferentes. O que observamos, em termos quantitativos, é que a redução é significativa tanto em número de editais e projetos quanto em valores investidos, mas não temos parâmetros para afirmar que a baixa quantitativa significa perda qualitativa. Para uma análise qualitativa seriam necessárias informações que não parecem estar satisfatoriamente disponíveis no Sistema Pesquisa Saúde: a maioria dos projetos conta apenas com curtos resumos que sequer seguem um padrão, embora haja os que registrem também objetivos, metodologia, produção bibliográfica, resultados e aplicabilidade ao SUS, entre outras informações, o que demonstra que seria possível o sistema como um todo ser mais completo.

Quando passamos às informações sobre os projetos desenvolvidos em cada subagenda de pesquisa (Tabela 4), notamos que a oscilação também é discrepante: de 807 projetos na agenda mais contemplada (Doenças Transmissíveis) a apenas 2 na mais esvaziada (Demografia e Saúde). Como entender um tema eleito como prioridade que ao longo de 11 anos desenvolve apenas duas pesquisas, enquanto outro tema desenvolve 807? De novo, a falta de especificações acerca das subagendas e das pesquisas não nos permite entender se 2 é suficientemente bom em comparação com 807, se é pouco ou se é insignificante. Se é pouco, também não sabemos se faltou a inclusão do tema nos editais lançados ou se faltou interesse por parte da comunidade científica para pesquisar naquela área. Diante disso, podemos continuar considerando-a como prioritária? A subagenda Bioética e Ética em Pesquisa registrou o desenvolvimento de projetos apenas nos anos de 2003, 2004 e 2005, desde então estando zerada. Há uma razão específica para isso? Novamente surge a dúvida sobre a qualidade desta informação, pois um dito tema prioritário que é “abandonado” por 7 anos consecutivos levanta questionamentos sobre sua real prioridade. Com que segurança um pesquisador ou um gestor pode se basear nesses dados para analisar o panorama da pesquisa em saúde ou para definir critérios para o lançamento de novos editais de pesquisa?

Por fim, observando-se o mapa de distribuição dos projetos de pesquisa por unidades da federação, nota-se que ao longo de 11 anos pouco mudou o panorama de concentração da maior parte das pesquisas em poucas unidades da federação. Os cinco estados que mais pesquisaram no período – São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Ceará – realizaram metade de todas as pesquisas feitas no período (2.082), enquanto a outra

metade (2.084) se dividiu entre as demais 22 unidades da federação. A se considerar que quando foi criada a ANPPS uma das justificativas era a necessidade de conquistar independência em C&T e focar as investigações na resolução dos agravos de saúde locais (GUIMARÃES, 2006), assim como na descentralização das pesquisas, o objetivo não parece estar nem perto de ser atingido. Estados como Rondônia, Roraima, Tocantins e Paraíba chegaram a fazer algumas pesquisas nos anos iniciais da ANPPS, mas arrefeceram em anos mais recentes. Os dados disponíveis no sistema não permitem interpretar a que se deve o recuo.

É preciso registrar ainda algumas dificuldades encontradas para a sistematização dos dados aqui apresentados. Ao coletar os dados das subagendas em cada ano para a confecção das tabelas, observamos que o sistema trabalha com 25 e não 24 subagendas: a de Doenças Não Transmissíveis está dividida em duas – Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Doenças Não Transmissíveis, sendo que esta última tem dados referentes apenas aos anos de 2009, 2010 e 2012, com 114 dos 431 projetos do tema¹; tal desmembramento não é explicado, e traz confusão no momento em que se procura levantar a situação de cada subagenda. Outra falha vista é que, ao somar os números parciais de todas subagendas, não se chega aos 4.166 informados pelo sistema, mas sim a 4.088, restando 78 projetos de pesquisa “no limbo”. Somente ao fazer uma varredura geral na lista dos 4.166 projetos, conferindo linha a linha, identificamos os 78 projetos não classificados: foram realizados em 2009, 2010 e 2012, a maioria sobre crack e diabetes, e em suas fichas o campo subagenda principal não foi preenchido – portanto, não aparecem quando se somam os totais de cada subagenda, criando assim uma diferença com relação ao total. Mais uma vez não encontramos qualquer indicação sobre os motivos dessa não associação das pesquisas a alguma das subagendas. Enfim, a falta de acuidade do sistema é um problema a se registrar.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora seja extremamente positiva a existência de uma Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, o conjunto de informações disponíveis sobre os projetos financiados ao longo dos últimos 11 anos apresenta fragilidades que comprometem as análises porventura empreendidas. Nossa investigação identificou indícios de que algumas das subagendas não parecem de fato englobar temas que estejam sendo tratados como prioritários, uma vez que é pífia a quantidade de projetos nelas desenvolvidos. As razões, entretanto, não

¹ Na Tabela 4, juntamos as duas subagendas em uma só, como consta no documento do Decit (BRASIL, 2008).

ficaram claras, e seria preciso investigar mais profundamente para conseguir confrontar tais inconsistências. Fica a impressão de que as prioridades foram estabelecidas sem que houvesse fontes de informação efetivamente confiáveis que permitissem apontar com mais precisão os projetos de fato necessários e capazes de promover intervenções positivas tanto no campo da pesquisa quanto no das ações de saúde.

O espectro da pesquisa em saúde é bem amplo, inclui investimentos em biomedicina, saúde pública, sistemas e políticas de saúde, saúde ambiental, ciências sociais e comportamentais, técnicas operacionais e novas tecnologias e avanços científicos. Por ser um universo diversificado, os estudos na área envolvem um grande número de agentes públicos e privados. O conceito chave para enfrentarmos os desafios de pesquisa em saúde nas próximas décadas está na integração. Não somente uma integração das agendas e de governança, mas sobretudo uma integração entre política, prática e pesquisa, como sinalizam Jansen *et al* (2010). Somente uma maior integração entre todas essas instâncias e atores conduzirá a um contexto em que a produção de conhecimento cotidiano nas pesquisas em saúde gere indicadores confiáveis para realimentar a própria pesquisa e inspirar políticas públicas capazes de induzir ações que tragam mais justiça e equidade à sociedade.

Como nos lembra Pang (2003), quando é amplamente divulgado o conhecimento produzido pela pesquisa em saúde se torna um bem público global, contribuindo para as políticas públicas do setor, as ações de saúde a serem implementadas pelas nações e a própria realimentação da pesquisa científica, configurando-se um elemento fundamental para a melhoria da qualidade de vida das populações e para o fortalecimento da ciência no enfrentamento dos problemas futuros. Neste sentido, considerando o enfoque a que nos propusemos, este estudo observa que os dados disponíveis no Sistema Pesquisa Saúde não permitem responder às indagações sobre se o Brasil conta com uma agenda prioritária de investimentos em pesquisa em saúde capaz de gerar conhecimentos aplicáveis às realidades do SUS, uma vez que as informações disponíveis não ajudam a entender o panorama inicial e as transformações por ventura ocorridas com o acúmulo das pesquisas realizadas. Acreditamos serem necessários outros estudos, preferencialmente de natureza qualitativa, para tentar traçar esse panorama. E, mais do que isso, suprir o sistema com informações mais completas sobre os projetos desenvolvidos, de forma a permitir que o conhecimento científico acumulado circule e seja apropriado por pesquisadores e gestores envolvidos com a formulação de políticas públicas de saúde.

REFERÊNCIAS

- BOWEN, S.; ZWI, A.B. Pathways to “Evidence-Informed” Policy and Practice: A Framework for Action. **PLoS Med**, v. 2, n.7, e. 166, 2005. Disponível em: <<http://www.plosmedicine.org/article/fetchObject.action?uri=info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0020166&representation=PDF>> Acesso em: 26 jun. 2013. Doi:10.1371/journal.pmed.0020166
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde** 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008, 68 p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_portugues_montado.pdf> Acesso em: 1 jul. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Sistema Pesquisa Saúde**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/pesquisasaude>. Acesso em: 20 jul. 2013.
- BRASIL. Senado Federal. **Investimento em pesquisa e desenvolvimento, ciência, tecnologia e inovação no Brasil**, 2012. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/inovacao/ciencia-tecnologia-e-inovacao-no-brasil.aspx>. Acesso em: 07 jul. 2013.
- DEATON, A. Health, Inequality, and Economic Development. **Journal of Economic Literature**, American Economic Association, v. 41, n.1, p. 113-158, mar, 2003. Disponível em: <<http://www.nber.org/papers/w8318.pdf>>. Acesso em: 8 jul. 2013.
- DOEKSEN, G. A. *et al.* A Healthy Health Sector is Crucial for Community Economic Development. **The Journal of Rural Health**, v.14, p.66–72, 1998. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1748-0361.1998.tb00864.x/abstract>>. Acesso em: 8 jul 2013.
- FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 3. ed. Curitiba: Positivo, 2004.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030**: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Fundação Oswaldo Cruz *et al.* Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012, 323 p.
- GADELHA, Carlos Augusto Grabois. Desenvolvimento, Complexo industrial da Saúde e Política industrial. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v 40, n. spe, agosto 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30617.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2013.
- GUIMARÃES, R. *et al.* Ciência, tecnologia e pesquisa em saúde. In: GIOVANELLA, L *et al* (org) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 239-257.
- GUIMARAES, R. *et al.* Defining and implementing a National Policy for Science, Technology, and Innovation in Health: lessons from the Brazilian experience. **Cad. Saúde**

Pública, 2006, vol.22, n.9, p. 1775-1785. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n9/02a.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2013.

HARROD'S librarian's glossary: 9.000 terms used in information management, library science, publishing, the book trades and archive management. 8. ed. Compiled by Ray Prytherch (Raymond John) Aldershot: Gower, 1995.

JANSEN, M. W. *et al.* Public health: disconnections between policy, practice and research. **Health Research Policy and Systems**, 2010, v.8, n.37. Disponível em: <<http://www.health-policy-systems.com/content/8/1/37>>. Acesso em 3 jul. 2013.

MEDEIROS, Marisa Bräscher Basílio. **Fonte de informação**, 2006. Disponível em: <http://www.cid.unb.br/123/M0011000.asp?txtID_PRINCIPAL=123>. Acesso em: 15 ago. 2009

MOREL, C. M.. A pesquisa em saúde e os objetivos do milênio: desafios e oportunidades globais, soluções e políticas nacionais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n2/20380.pdf>>. Acesso em: 7 jun. 2013.

PANG, T *et al.* Knowledge for better health: a conceptual framework and foundation for health research systems. **Bull World Health Organ**, Genebra, v. 81, n. 11, Nov. 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/rpc/meetings/HRSAManuscript2003.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2013.

REIS, Margarida Maria de Oliveira. **Acesso e uso do Portal de Periódicos CAPES pelos professores da Universidade Federal do Acre**. 2005. 102 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) - Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Educação. Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, Florianópolis, 2005.

STEVENSON, Janet. **Dictionary of library and information management**. [S. l.]: Peter Collin Publishing, 1997. p.71.

VEIGA, José Eli da. Indicadores de sustentabilidade. **Estud. av.**, São Paulo, v.24, n.68, 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ea/v24n68/06.pdf>>. Acesso em 12 jul. 2013.

VIERGEVER, R. F. A checklist for health research priority setting: nine common themes of good practice. **Health Research Policy and Systems** 2010, 8:36. Disponível em: <<http://www.health-policy-systems.com/content/8/1/36>>. Acesso em 1 jul. 2013.