



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BÁSICAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS:
QUÍMICA DA VIDA E SAÚDE**

**CONTRIBUIÇÕES DO PROGRAMA PESQUISA PARA O SUS: GESTÃO
COMPARTILHADA EM SAÚDE COMO MECANISMO DE FOMENTO
DESCENTRALIZADO DESTINADO A PROJETOS DE PESQUISA CIENTÍFICA,
TECNOLÓGICA E DE INOVAÇÃO NO SETOR SAÚDE**

TESE DE DOUTORADO

Gilberto Ferreira de Souza

Porto Alegre, RS, Brasil.

2017

**CONTRIBUIÇÕES DO PROGRAMA PESQUISA PARA O SUS: GESTÃO
COMPARTILHADA EM SAÚDE COMO MECANISMO DE FOMENTO
DESCENTRALIZADO DESTINADO A PROJETOS DE PESQUISA CIENTÍFICA,
TECNOLÓGICA E DE INOVAÇÃO NO SETOR SAÚDE**

Gilberto Ferreira de Souza

Tese apresentada ao curso de Doutorado do Programa de Pós-
Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS
como pré-requisito para a obtenção do grau de
Doutor em Educação em Ciências.

Orientadora: Prof^a Dr^a Luciana Calabro

Porto Alegre, RS, Brasil.

2017

CIP - Catalogação na Publicação

Souza, Gilberto Ferreira de
Contribuições do Programa Pesquisa para o SUS:
gestão compartilhada em saúde como mecanismo de
fomento descentralizado destinado a projetos de
pesquisa científica, tecnológica e de inovação no setor
saúde / Gilberto Ferreira de Souza. -- 2017.
131 f.
Orientadora: Luciana Calabré.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Instituto de Ciências Básicas da
Saúde, Programa de Pós-Graduação em Educação em
Ciências: Química da Vida e Saúde, Porto Alegre, BR-
RS, 2017.

1. Prioridade de Pesquisa. 2. Política Pública. 3.
PPSUS. 4. Descentralização. 5. Financiamento. I.
Calabré, Luciana, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).



UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE



UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA MARIA



UNIVERSIDADE FEDERAL
DO PAMPA

ATA DA DEFESA DE DOUTORADO DE
Gilberto Ferreira de Souza
Nº 020

Aos quatro dias do mês de dezembro de dois mil e dezessete, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, realizou-se a defesa da Tese de Doutorado do aluno *Gilberto Ferreira de Souza* intitulada “**Contribuições do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde como mecanismo de fomento descentralizado destinado a projetos de pesquisa científica, tecnológica e de inovação no setor saúde**”, orientada pela *PROFA. DRA. LUCIANA CALABRÓ*, apresentada de acordo com o Artigo nº 40 do Regimento do Programa. Às dez horas (10h), a Professora Doutora Edson Luiz Lindner, coordenadora do Programa de Pós-Graduação, abriu os trabalhos. Em seguida apresentou ao público presente os membros da Banca Examinadora, passando, logo após, a palavra à **Gilberto Ferreira de Souza**, para que apresentasse seu trabalho de Tese de Doutorado. Após, iniciou-se a Defesa da Tese. A Professora Doutora *LUCIANA CALABRÓ*, Presidente da Banca Examinadora, passou a palavra ao primeiro membro da Banca, Prof. Dr. Diogo Onofre Gomes de Souza (PPG Educação em Ciências UFRGS). A seguir, fez uso da palavra o segundo membro da Banca, Prof. Dr. Moacir Wajner (PPG Bioquímica - UFRGS), em seguida fez uso da palavra o terceiro membro da banca Prof. Dr. Ricardo Tavares Pinheiro (Universidade Católica de Pelotas). Os examinadores mantiveram diálogo com o candidato. A Professora Doutora *LUCIANA CALABRÓ* comunicou aos presentes que a Banca iria proceder ao ato de atribuição de pareceres, reunindo-se em sessão secreta. Para tanto, os trabalhos foram interrompidos por dez (10) minutos. Após esse intervalo, a Banca emitiu os seguintes pareceres: Professor Doutor Diogo Onofre Gomes de Souza parecer final: “Aprovado”, Professor Doutor Moacir Wajner parecer final: “Aprovado” e o Professor Doutor Ricardo Tavares Pinheiro, parecer final “Aprovado”. O candidato faz jus ao grau de DOUTOR em Educação em Ciências. Finalmente, a Professora Doutora Edson Luiz Lindner encerrou os trabalhos, dos quais lavrei a presente ata, que vai assinada pelos membros examinadores e pelo coordenador adjunto do Programa de Pós-Graduação.

LUCIANA CALABRÓ
PRESIDENTE DA BANCA
PPG EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS: QUÍMICA
DA VIDA E SAÚDE-ASSOCIAÇÃO:
UFRGS/UFSM/FURG – SEDE: UFRGS

DIOGO ONOFRE GOMES DE SOUZA
PPG EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS: QUÍMICA
DA VIDA E SAÚDE-ASSOCIAÇÃO:
UFRGS/UFSM/FURG – SEDE: UFRGS

MOACIR WAJNER
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOQUÍMICA
UFRGS

RICARDO TAVARES PINHEIRO
UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS

Edson Luiz Lindner
COORDENADOR SUBSTITUTO DO PPG EM
EDUCAÇÃO CIÊNCIAS: QUÍMICA DA VIDA E SAÚDE
- ASSOCIAÇÃO: UFRGS/UFSM/FURG - SEDE:
UFRGS

Agradecimentos

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico pela oportunidade singular de cursar um Programa de Doutorado, concomitantemente com o exercício de minha atividade profissional. Obrigado.

À Dra. Luciana Calabro, orientadora dessa pesquisa, sempre disponível, amável, paciente e gentil. Suas sugestões foram extremamente importantes para o alcance dos objetivos propostos nesse trabalho. Sua generosidade vai além do apoio acadêmico e alcança o ser humano envolto nesse processo de criação de uma TESE, com seus diversos dilemas e inúmeras preocupações. Ser-lhe-ei eternamente grato por ajudar-me a concretizar esse objetivo que cultivo desde a juventude. Obrigado.

À Ivana Lima, esposa e parceira de todas as horas e as minhas filhas Natalia e Manuela pela compreensão incondicional. O apoio das mulheres de minha vida constituiu-se num poderoso combustível para a concretização desse sonho acadêmico. Obrigado.

Aos meus pais (*in memoriam*) Dionésio e Zeni e aos meus irmãos Renato e Odilson (*in memoriam*) e irmãs (Marlene, Maria Helena, Marta Helena, Neide, Silvânia e Cristiane (*in memoriam*)), pelo amor cultivado no seio de nossa família e pelo incentivo permanente. Obrigado.

Aos amigos do meu núcleo de trabalho (Suzana Rachel, Raque Coelho, Guilherme Bueno, Ana Paula e Edilea Franco) pela compreensão e colaboração. Obrigado.

À Bernadete da COSAU/CNPq pelas bibliografias (Saúde Coletiva, Avaliação de Programas, Políticas Públicas e Movimento Sanitário Brasileiro) que muito contribuíram para a realização desta pesquisa. Obrigado.

À Luci Schefer pelo apoio acadêmico durante a execução deste projeto. Obrigado.

Ao SECIN/CNPq pelo apoio administrativo e, principalmente, a Ana Dalva pelo compromisso e dedicação a nossa causa. Obrigado.

À equipe do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde pelo apoio na extração dos dados. Obrigado.

À Márcia Mota, Guilherme Bueno e Carlos Pitalluga pela ajuda com os fluxogramas que compõem a estratégia incorporação de tecnologias do PPSUS. Obrigado.

Aos professores do PPG em Educação de Ciências: Química da Vida e Saúde pela dedicação e compromisso com a disseminação do conhecimento. Obrigado.

À Deus, pelo conforto espiritual, essa força motriz que nos eleva e nos permite sonhar e realizar. Obrigado.

EPIGRAFE

“Ninguém caminha
sem aprender a caminhar,
sem aprender a fazer o caminho caminhando,
refazendo e retocando
o sonho pelo qual se pôs a caminhar”.

(Paulo Freire)

CONTRIBUIÇÕES DO PROGRAMA PESQUISA PARA O SUS: GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE COMO MECANISMO DE FOMENTO DESCENTRALIZADO DESTINADO A PROJETOS DE PESQUISA CIENTÍFICA, TECNOLÓGICA E DE INOVAÇÃO NO SETOR SAÚDE

RESUMO

A presente tese objetivou identificar as contribuições do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde - PPSUS para o processo de descentralização do fomento em ciência, tecnologia e inovação no setor saúde. E, ainda, construir, a partir do Modelo Lógico do PPSUS, uma estratégia que facilite a incorporação, pelo Sistema Único de Saúde (local e nacional), das tecnologias geradas pelos projetos de pesquisa financiados. De posse dos dados obtidos nos documentos constitutivos do PPSUS, nos convênios celebrados entre CNPq/FAPs e nas atas de julgamento do Comitê Gestor, além daqueles observados na literatura especializada, a presente tese produziu três grupos de resultados: 1) publicações que abordam, dentre outros aspectos, a implantação do programa nas Ufs, incluindo o aporte de recursos, o processo de definição de prioridades de pesquisa; o sistema de julgamento; o sistema de A&A e as subagendas mais pesquisadas; 2) contribuições do PPSUS para o aprimoramento do processo de fomento descentralizado, as quais foram agrupadas nas seguintes categorias: instrumentos jurídicos; previsão e execução de recursos; definição temas e linhas de pesquisa prioritárias; sistema de seleção de projetos de pesquisa; sistema de acompanhamento e de avaliação; sistemas de ciência e tecnologia e sistema de saúde dos estados e pesquisadores e gestores do SUS (pesquisa versus serviços) e; 3) estratégia de incorporação de tecnologias, denominada EIT-PPSUS, constituída de cinco fases que englobam toda a execução do programa e os caminhos pertinentes à incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde, nas suas dimensões local e nacional. Tanto as diretrizes do programa, quanto seu processo operacional, estão consolidados e são aceitos pelos partícipes do PPSUS, assim como pelos pesquisadores. A execução do programa teve o mérito produzir tecnologias aplicáveis

ao SUS, constituir-se num canal formal que possibilitou a aproximação dos sistemas de C&T e de saúde estaduais, além conectar as comunidades acadêmicas e de gestores do SUS nas UFs. A execução descentralizada do programa mostrou-se um mecanismo viável de financiamento de projetos de pesquisa, com foco no estado, com a devida observância à vocação e a capacidade instalada nas UFs, tanto de equipamentos, quanto de recursos humanos, com potencial de criar e manter uma massa crítica de pesquisa no campo da saúde enraizada no estado partícipe do programa.

Palavras-Chave: Prioridades de pesquisa. Política Pública. PPSUS. Descentralização. Financiamento.

CONTRIBUTIONS OF THE RESEARCH PROGRAM TO SUS: MANAGEMENT SHARED IN HEALTH AS A DECENTRALIZED DEVELOPMENT MECHANISM FOR SCIENTIFIC, TECHNOLOGICAL RESEARCH PROJECTS IN THE HEALTH SECTOR

ABSTRACT

The present thesis aimed to identify the contributions of the Research Program for SUS: shared management in health - PPSUS for the decentralization process of the promotion of science, technology and innovation in the health sector. And, also, to build, from the Logical Model of the PPSUS, a strategy that facilitates the incorporation, by the Unified Health System (local and national), of the technologies generated by the funded research projects. With the data obtained in the PPSUS constitutive documents, in the agreements signed between CNPq / FAPs and in the Evaluation Committee's judgment minutes, in addition to those observed in the specialized literature, this thesis produced three groups of results: 1) publications that, in addition to other aspects, approach the implementation of the program in the UFs, including the contribution of resources, the process of setting research priorities; the judgment system; the A & A system and the most researched sub-agendas; 2) PPSUS contributions to the improvement of the decentralized development process, which were grouped into the following categories: legal instruments; forecasting and execution of resources; definition of priority themes and lines of research; system selection of research projects; monitoring and evaluation system; science and technology systems and health system of the states and SUS researchers and managers (research versus services); 3) technology incorporation strategy, called EIT-PPSUS, consisting of five phases that encompass the entire execution of the program and the paths pertinent to its incorporation by the Unified Health System, in its local and national dimensions. Both the guidelines of the program and its operational process are consolidated and accepted by the PPSUS participants, as well as by the researchers. The execution of the program had the merit to produce technologies applicable to SUS, to constitute a formal channel that allowed the approximation of state C&T and health systems, in addition to connecting SUS

academic and management communities in UFs. The decentralized implementation of the program has proved to be a viable mechanism for funding research projects, with a focus on the state, with due regard to the vocation and installed capacity in UFs, both of equipment and human resources, with the potential to create and maintain a critical mass of research rooted in the state participating in the program.

Keywords: Priorities in Research. Public Policy. PPSUS. Decentralization. Financing.

LISTA DE TABELAS, ILUSTRAÇÕES E QUADROS

Resultados: Grupo 1 (artigos)

Avaliação do grau de implantação do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde	43
Quadro 1. Matriz de critérios para avaliação do grau de implantação do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde - PPSUS nas UF.....	47
Gráfico1. Número de projetos aprovados e recursos aportados, por UF, no período de 2002 a 2012	48
Gráfico 2. Número de projetos aprovados e recursos financeiros aportados, por região, no período de 2004 a 2012	48
Gráfico 3. Distribuição das principais subagendas mais pesquisadas no âmbito do PPSUS, segundo as regiões do país	49
Quadro 2. Avaliação do grau de implantação do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS nas UF	50
O Programa Pesquisa para o Sus: gestão compartilhada em saúde e sua execução via Sistema de Gestão de Convênios e Contratos de Repasse	56
Gráfico 1. Recursos aplicados por região do país sob responsabilidade do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde: 2008 a 2016	61
Programa Pesquisa para o SUS - gestão compartilhada em saúde: desafios enfrentados na definição de temas e linhas de pesquisas prioritárias	67
Gráfico 1. Distribuição das dez subagendas mais pesquisadas no âmbito do PPSUS no período de 2004 a 2012, segundo as regiões do país	73
Tabela 1. Matriz 1 - Identificação de problemas de saúde/pesquisa	77
Tabela 2. Matriz 2 - Listagem e priorização dos problemas de saúde/pesquisa	78
Tabela 3. Matriz 3 - Seleção das linhas de pesquisa	79
Figura 1. Fluxograma do processo de definição de prioridades de pesquisa utilizado pelo Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde ..	80
Resultados - Grupo 2:	85

Estratégia de Incorporação de Tecnologias no âmbito do Sistema Único de Saúde – EIT-PPSUS

Tabela 1. Fases da Estratégia de Incorporação de Tecnologias do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – EIT-PPSUS	85
Figura 1. Fluxograma da estratégia adotada pelo PPSUS para selecionar projetos de pesquisa nas Unidades Federativas	87
Figura 2. Fluxograma das etapas administrativas, sob responsabilidade das FAPs, necessárias à contratação dos projetos aprovados pelo Comitê Gestor do PPSUS	90
Figura 3. Fluxograma do Sistema de acompanhamento e de avaliação dos projetos aprovados pelo Comitê Gestor do PPSUS	93
Figura 4. Fluxograma do modelo para geração de Síntese do Conhecimento a partir dos resultados alcançados com a execução dos projetos financiados pelo PPSUS	96
Figura 5. Fluxograma de Incorporação de Tecnologias no SUS (local e nacional), a partir da Síntese do Conhecimento, oriunda dos projetos financiados pelo PPSUS	99
Resultados: Grupo 3	
Contribuições do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde para o processo de descentralização do fomento em Ciência, Tecnologia e Inovação no setor saúde	100
Tabela 1. Principais contribuições do PPSUS, por categoria, para a consolidação do processo de fomento descentralizado no setor saúde	107-109

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A&A	- Acompanhamento e Avaliação
ANPPS	- Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde
CAUC	Serviço Auxiliar de Informações para Transferências Voluntárias
CF	- Constituição Federal
CGEE	- Centro de Gestão e Estudos Estratégicos
CGSAU	- Coordenação Geral do Programa de Pesquisa em Saúde
CPqGM	Centro de Pesquisa Ageu Magalhães
CNCTIS	Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
CNPq	- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONASEMS	- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	- Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONFAP	- Conselho Nacional das Fundações de Amparo à Pesquisa
CONITEC	- Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias
CONSECT	Conselho Nacional de Secretários para Assuntos de Ciência, Tecnologia e Inovação
COSAU	- Coordenação do Programa de Pesquisa em Saúde
C&T	- Ciência e Tecnologia
CT&I	Ciência, Tecnologia e Inovação
DDT	- Documento de Diretrizes Técnicas
DECIT	- Departamento de Ciência e Tecnologia
DGP	- Diretório de Grupos de Pesquisa
EIT-PPSUS	- Estratégia de Incorporação de Tecnologias do PPSUS
ENAP	- Escola Nacional de Administração Pública
FAPAC	Fundação de Amparo à Pesquisa do Acre
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FAPs	- Fundações de Apoio/Amparo à Pesquisa dos Estados
FNS	Fundo Nacional de Saúde
IACTI	- Instituto de Amparo à Ciência, Tecnologia e Inovação do Estado de

Roraima

IICA	- Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura
MCTI	- Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação
ML	- Modelo Lógico
MMA	- Matriz de Medidas Avaliativas
MPOG	- Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MS	- Ministério da Saúde
PNCTIS	- Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
PNS	- Política Nacional de Saúde
PPSUS	- Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde
SCTIE	- Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SES	- Secretaria Estadual de Saúde
SIAFI	- Sistema Integrado de Administração Financeira
SICONV	- Sistema de Gestão de Convênios e Contratos de Repasse
SNCTI	- Sistema Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação
SNCTIS	- Sistema Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
UFs	- Unidades Federativas
UFRGS	- Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNESCO	- Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

PRÓLOGO

Quais são as razões implícitas ou não que nos levam a selecionar um tema para ser objeto de estudo?

Toda narrativa prescinde de um contexto para fazer sentido. Portanto, desde criança, cultivei o desejo de ser doutor. Gostava da sonoridade dessa palavra. Essa vontade originou-se a partir da leitura de um texto contido num pedaço, meio rasgado, de uma revista médica que tive acesso. Possivelmente, parte dela foi usada para embrulhar alguma compra efetuada por meu pai e, para minha sorte, li. Lembro-me que se referia a uma matéria sobre algum problema de saúde ocorrido em Roma, na Itália.

No início da década de 70, morávamos no interior de Minas Gerais, há 60 quilômetros da cidadezinha mais próxima, chamada Coromandel. Logo, o acesso à literatura médica/científica naquela época era algo impensável para um garoto de 10 anos, que vivia na zona rural. A partir daquele dia, resolvi que queria ser doutor, além de conhecer Roma.

Passado o tempo, visitei Roma, mas o desejo foi atendido só pela metade. Médico, não pude ser, pois tenho intolerância a dois aspectos do sangue – cheiro e textura.

E o desejo? Vivo, mas migrou-se da Medicina para o campo acadêmico, pois desde meados da década de 80, tenho trabalhado no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, uma das maiores agências de fomento da América Latina, justamente na área da saúde. Nesse longo período, tive acesso a inúmeros aspectos envolvendo a ciência e a tecnologia e suas influências na transformação das condições de saúde de uma dada população. Inclusive, fui o coordenador, por algum tempo, da Coordenação do Programa de Pesquisa em Saúde – COSAU do CNPq.

Com apoio do Centro de Pesquisa Ageu Magalhães - CPqGM, da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, fiz mestrado em Saúde Pública (Sistema de Vigilância Epidemiológica) e tornei-me mais um abnegado sanitário brasileiro.

Dentre as inúmeras ações/programas no campo da saúde que acompanhei, um merece destaque especial, principalmente pela ousadia de seus objetivos que miram mitigar as desigualdades regionais no campo da saúde. Trata-se do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde - PPSUS, formatado pelo Ministério da Saúde - MS e implantado, de forma descentralizada, nas unidades federativas - UFs, com o apoio do CNPq.

O PPSUS é objeto de estudo da tese que está sendo construída por mim, com o apoio irrestrito da Prof^a Dra^a. Luciana Calabro, orientadora do Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Os objetivos do programa são amplos, ambiciosos, tanto quanto àqueles que o garoto interiorano definiu há aproximadamente quatro décadas, com apenas 10 anos de idade, e que estão prestes de serem alcançados.

É preciso sonhar. É preciso fazer. Se objetivos forem definidos, não há caminho que não possa ser percorrido. Portanto, mãos a obra com essa tese, pois os obstáculos e as desculpas verdadeiras estão presentes em nossas vidas e, quase sempre, interrompem ou atrasam o alcance de nossos sonhos. Com esforço e dedicação, serão superados.

Concluída a narrativa, creio que estão presentes os pressupostos que embasaram a escolha pelo tema objeto dessa pesquisa.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	20
1.1 A inserção da pesquisa científica, tecnológica e/ou de inovação no setor saúde	21
1.2 Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos e Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde	23
1.3 Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde – PNCTIS	26
1.4 Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde – ANPPS	28
1.5 Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em Saúde – PPSUS	29
1.6 O papel do Conselho Nacional das Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa e das Fundações de Apoio/Amparo à Pesquisa dos Estados no processo de descentralização e de desconcentração da pesquisa em saúde no Brasil	31
1.7 Objeto e problema de pesquisa	33
1.8 Referencial teórico	34
1.9 Objetivos	36
1.9.1 Objetivos gerais	36
1.9.2 Objetivos específicos	37
2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	38
2.1. Construção da estratégia de incorporação de tecnologias – EIT-PPSUS, no âmbito do SUS (local e nacional)	38
2.2 Contribuições do PPSUS para o processo de fomento descentralizado no âmbito do setor saúde	39
2.3 Caracterização geral da pesquisa quanto aos seus fins, sua natureza e estratégia de pesquisa adotada	40
3. RESULTADOS	42

	xix
3.1 Resultados (Grupo 1) - Publicações	43
3.1.1 Avaliação do grau de implantação do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde	43
3.1.2 O Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde e sua execução via Sistema de Gestão de Convênios e Contratos de Repasse	56
3.1.3 Pesquisas fomentadas pelo Ministério da Saúde na subagenda sistemas e políticas de saúde, Brasil 2002 – 2014	63
3.1.4 Programa Pesquisa para o SUS - gestão compartilhada em saúde: desafios enfrentados na definição de temas e linhas de pesquisas prioritárias	67
3.2 Resultados (Grupo 2) – Estratégia de Incorporação de Tecnologias do PPSUS	85
3.3 Resultados (Grupo 3) – Contribuições do Programa de Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde para o processo de consolidação da estratégia de fomento descentralizado	100
3.3.1 Categoria 1 – Instrumentos jurídicos	100
3.3.2 Categoria 2 - Previsão e execução de recursos	103
3.3.3 Categoria 3 – Sistema de definição de temas e linhas de pesquisa prioritárias	104
3.3.4 Categoria 4 – Sistema de seleção de projetos de pesquisa	104
3.3.5 Categoria 5 – Sistema de acompanhamento e de avaliação	105
3.3.6 Categoria 6 – Sistemas de ciência e tecnologia e de saúde dos estados	106
3.3.7 Pesquisadores e gestores do SUS (pesquisa versus serviços)	106
4. DISCUSSÕES	110
5. PERSPECTIVAS E RECOMENDAÇÕES	122
REFERÊNCIAS	126

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho de pesquisa destinou-se a mensurar as contribuições do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde - PPSUS como mecanismo de fomento descentralizado e, ainda, propor uma estratégia viável de incorporação, pelo Sistema Único de Saúde – SUS, nos níveis local e nacional, das tecnologias geradas a partir da execução de projetos de pesquisa financiados pelo programa com recursos aportados pelos governos estaduais e federal.

O PPSUS, formatado pelo Departamento de Ciência e Tecnologia – DECIT, subordinado à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE, do Ministério da Saúde - MS foi selecionado como objeto de estudo por ser uma política pública que adota um sistema inovador de execução descentralizada, baseado nas UFs, incluindo recursos e poder decisório. Outro fator determinante para escolha desse programa refere-se a característica do Doutorado que está sendo executado pelo discente, centrado em seu ambiente de trabalho no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, órgão gestor administrativo do PPSUS a nível nacional.

A tese está estruturada em cinco capítulos intitulados **Introdução, Procedimentos Metodológicos, Resultados, Discussões e Perspectivas/Recomendações**, complementada pelas Referências.

Na **Introdução** tratou-se da inserção da pesquisa científica, tecnológica e/ou de inovação no setor saúde e da criação da SCTIE e do DECIT pelo MS. No âmbito das políticas públicas foram relatadas a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde – PNCTIS, a Agenda Nacional de Prioridade de Pesquisa – ANPPS e o Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS, incluindo seus documentos constitutivos, objetivos, forma de execução, sistema de seleção de prioridades, modelo de julgamento, sistema de acompanhamento e de avaliação. Constam, também, os objetivos e problemas de pesquisa, o referencial teórico, que deu sustentação ao estudo e, ainda, as contribuições do Conselho Nacional das Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa - CONFAP e das Fundações de Apoio/Amparo à Pesquisa dos Estados - FAPs para o processo de descentralização e de desconcentração do financiamento à pesquisa em saúde no Brasil.

No capítulo dois - **Procedimentos Metodológicos** - são relatadas e descritas as opções metodológicas utilizadas nas diversas partes da pesquisa, incluindo-se aquela utilizada para construir, a partir do Modelo Lógico do PPSUS, a Estratégia de Incorporação de Tecnologias – EIT-PPSUS. No terceiro capítulo – **Resultados** – apresentam-se os resultados desta pesquisa divididos em três grupos, quais sejam: publicações, Estratégia de Incorporação de Tecnologias – EIT-PPSUS, inclusos os cinco fluxogramas que mapeiam essa estratégia e as contribuições oriundas do PPSUS para o processo de fomento descentralizado no setor saúde. O conjunto de contribuições foi agrupado em: instrumentos jurídicos; previsão e execução de recursos; definição temas e linhas de pesquisas prioritárias; sistema de seleção de projetos de pesquisa; sistema de acompanhamento e de avaliação; sistema de ciência e tecnologia e de saúde dos estados e pesquisador e gestores do Sistema Único de Saúde - SUS (pesquisa versus serviços).

No quarto capítulo, intitulado **Discussões** – os dados obtidos com a pesquisa, assim como os resultados alcançados são discutidos à luz da literatura pertinente, enquanto no quinto, denominado **Perspectivas/Recomendações** – o autor apresenta suas ponderações e sugestões que objetivam aprimorar o PPSUS e sua execução em todo território nacional. As perspectivas foram agrupadas em: manutenção do PPSUS; sistema de definição de temas e respectivas linhas de pesquisas prioritárias; sistema de julgamento; sistema de acompanhamento e avaliação; aporte de recursos no PPSUS; o PPSUS versus a PNCTIS; geração de síntese do conhecimento e incorporação de tecnologias no âmbito do SUS - local/nacional.

As referências utilizadas para a construção da presente tese estão listadas ao final do capítulo Perspectivas/Recomendações.

1.1 A inserção da pesquisa científica, tecnológica e/ou de inovação no setor saúde

O conceito de saúde é amplo e vem evoluindo ao longo do tempo, passando de um estado de “ausência de doença” para conceitos que englobam questões como

“bem-estar físico, mental e social”. Esse arranjo é complexo e, ainda hoje, constitui-se numa lacuna epistemológica importante no campo da saúde coletiva (ALMEIDA-FILHO, 2011).

Na perspectiva de Paim (2006) a aplicação desses conceitos à dimensão da atenção à saúde poder ser examinada mediante dois aspectos:

“a) como resposta social aos problemas e necessidades de saúde; b) como um serviço compreendido no interior de processos de produção, distribuição e consumo. Como resposta social, insere-se no campo disciplinar da Política de Saúde, sobretudo quando são analisadas as ações e omissões do Estado no que tange à saúde dos indivíduos e da coletividade. Como um serviço, a atenção à saúde situa-se no setor terciário da economia e depende de processos que perpassam os espaços do Estado e do mercado” (PAIM, 2006, p.11).

No Brasil, o imaginário popular não conecta os resultados das pesquisas científicas, tecnológicas e/ou de inovação à melhora das condições de saúde de grupos populacionais, tampouco os correlacionam a superação das desigualdades regionais, nas dimensões sócio-econômica e/ou cultural.

Embora esse elo não seja visível ao cidadão médio, a própria Carta Magna do país estabelece em seu Capítulo II – Direitos Sociais - que a saúde é um “direito de todos” e um “dever do estado” que será garantido mediante a oferta de políticas sociais e econômicas, cuja materialização dar-se-ia via acesso do cidadão ao Sistema Único de Saúde – SUS, pautado pelos princípios doutrinários da universalidade, da integralidade e da equidade (BRASIL, 2002). Dentre as atribuições do SUS constam o fomento à pesquisa e a firmatura de parcerias com instituições que a executam, previsão essa, que conecta e formaliza a utilização da pesquisa como instrumento capaz de gerar soluções que contribuam para a resolução dos problemas de saúde da população.

Na literatura especializada, há vários exemplos de estudos que buscam conectar a atividade científica às condições mais favoráveis de saúde da população (WHO, 2000; MOREL, 2004; PAIM, 2006; BRASIL, 2007; ALMEIDA-FILHO, 2011; PETERS, 2013), assim como, há aqueles que a consideram um elemento essencial e necessário ao desenvolvimento e propositura de políticas de crescimento econômico

que possam impactar, favoravelmente, o panorama de saúde de populações menos abastadas (WORLD BANK, 1993; WHO, 2001).

O papel da pesquisa nos sistemas e serviços de saúde notabilizou-se no cenário internacional a partir da década de 90. Esse processo, focado nos países em desenvolvimento, foi capitaneado pelo Council on Health Research for Development – COHRED e pelo Global Forum for Health Research. Essas instituições buscavam “fortalecer a pesquisa em saúde nas agendas nacionais, regionais e global, na perspectiva de promover o desenvolvimento e reduzir as iniquidades em saúde” (BRASIL, 2007, p. 6).

O Brasil inseriu-se nessas discussões que culminaram na realização da 1ª e da 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde - CNCTIS ocorridas nos anos de 1994 e 2004. Como produto dessas discussões acadêmicas, resolveu institucionalizar a pesquisa científica e tecnológica no âmbito MS, com a criação de estruturas administrativas (DECIT e SCTIE) e a aprovação na 2ª CNCTIS, da Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde - PNCTIS e da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa - ANPPS, atendendo assim, as iniciativas preconizadas pelo COHRED e pelo Global Forum. Como instrumento para executar as premissas contidas na PNCTIS e na ANPPS, o DECIT/MS, formatou, no início dos anos 2000, o Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde - PPSUS.

As iniciativas implementadas no MS no âmbito administrativo (SCTIE e DECIT) e político (PNCTIS e ANPPS), resultantes desse processo de discussão que buscava inserir a pesquisa no âmbito da saúde, estão descritas abaixo, separadamente, em tópicos para melhor explicitar seus objetivos e missões.

1.2 Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos e Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde

A necessidade de aprimorar a estrutura do MS foi amplamente discutida durante a realização da 1ª CNCTIS, ocorrida em 1994 e culminou na criação pelo MS, em 2003, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - SCTIE e do

Departamento de Ciência e Tecnologia – DECIT a ela subordinado (GOLDBAUM, SERRUYA, 2007).

O Decreto da Presidência da República nº 8.901, de 10 de novembro de 2016, estabeleceu as novas competências da SCTIE, conforme descrito abaixo:

1. formular, coordenar, implementar e avaliar:
 - a. Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde;
 - b. Políticas Nacionais de Assistência Farmacêutica e de Medicamentos, inclusive de hemoderivados, vacinas, imunobiológicos e outros insumos relacionados como partes integrantes da Política Nacional de Saúde;
2. formular, coordenar e implementar políticas de fomento, desenvolvimento e inovação para os insumos estratégicos na área de saúde;
3. formular, implementar e avaliar políticas, diretrizes e metas para as áreas e os temas estratégicos necessários à implementação da Política Nacional de Saúde, no âmbito de suas atribuições;
4. viabilizar a cooperação técnica com os Estados, os Municípios e o Distrito Federal, no âmbito de sua atuação;
5. articular a ação do Ministério da Saúde, no âmbito de suas atribuições, com as organizações governamentais e não governamentais, com vistas ao desenvolvimento científico e tecnológico em saúde;
6. estabelecer métodos e mecanismos para a análise da viabilidade econômico-sanitária de empreendimentos públicos no Complexo Industrial da Saúde;
7. participar da formulação, da coordenação e da implementação das ações de regulação do mercado, com vistas ao aprimoramento da Política Nacional de Saúde, no âmbito de suas atribuições;
8. formular, fomentar, realizar e avaliar estudos e projetos, no âmbito de suas responsabilidades;
9. formular, coordenar, avaliar, elaborar normas e participar da execução da política nacional e da produção de medicamentos, insumos estratégicos e produtos médicos, em articulação com os demais órgãos governamentais;

10. promover ações de implementação de parcerias público-privadas no desenvolvimento tecnológico e na produção de produtos estratégicos na área de saúde; e
11. coordenar o processo de incorporação e desincorporação de tecnologias em saúde (BRASIL, 2016)

A SCTIE é composta pelos Departamentos de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, de Ciência e Tecnologia, do Complexo Industrial e Inovação em Saúde e de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde.

Para melhor situar o PPSUS, objeto desta pesquisa, na estrutura da secretaria, listar-se-á, complementarmente às responsabilidades da SCTIE, as ações sob responsabilidade do Departamento de Ciência e Tecnologia – DECIT, onde o programa foi formatado originalmente.

O Decreto da Presidência da República nº 8.901, de 10 de novembro de 2016, estabeleceu, também, as novas competências do DECIT, conforme descrito abaixo:

1. participar da formulação, da implementação e da avaliação da Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, tendo como pressupostos as necessidades demandadas pela Política Nacional de Saúde e a observância dos princípios e das diretrizes do SUS;
2. coordenar e executar as ações do Ministério da Saúde no campo de pesquisa e desenvolvimento em saúde, e articular intersetorialmente no âmbito do Sistema Nacional de Ciência e Tecnologia;
3. coordenar a formulação e a implementação de políticas, programas e ações de avaliação de tecnologias no SUS;
4. coordenar o processo de gestão do conhecimento em Ciência e Tecnologia em Saúde, visando à utilização do conhecimento científico e tecnológico em todos os níveis de gestão do SUS;
5. promover, em articulação com instituições de ciência e tecnologia e agências de fomento, a realização de pesquisas estratégicas em saúde;
6. prestar cooperação técnica para o aperfeiçoamento da capacidade gerencial e orientar, capacitar e promover ações de suporte aos agentes dos Estados,

dos Municípios e do Distrito Federal, no âmbito da ciência e tecnologia em saúde;

7. acompanhar as atividades da Secretaria-Executiva da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, instituída no âmbito do Conselho Nacional de Saúde;
8. coordenar a elaboração, a execução e a avaliação de programas e projetos em áreas e temas de abrangência nacional, no âmbito das atribuições da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos;
9. implantar mecanismos de cooperação para o desenvolvimento de instituições de ciência e tecnologia que atuam na área de saúde; e
10. propor acordos e convênios com os Estados, os Municípios e o Distrito Federal para a execução descentralizada de programas e projetos especiais no âmbito do SUS (BRASIL, 2016).

Outro assunto discutido durante a 1ª CNCTIS e pacificado na segunda conferência refere à proclamação de que a Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde - PNCTIS é um componente da Política Nacional de Saúde – PNS (GOLDBAUM; SERRUYA, 2007).

A partir desse pressuposto, foi possível elaborar, com ampla participação e discussão da comunidade científica e atores do MS, dois documentos que foram aprovados pelo plenário da 2ª CNCTIS e homologados pelo Conselho Nacional de saúde – CNS. Trata-se da PNCTIS e da ANPPS (GOLDBAUM; SERRUYA, 2007).

Esses dois documentos serão detalhados nos próximos tópicos de forma a construir uma relação de causa/efeito entre estes e o PPSUS, com foco em seus objetivos e sua implantação em todo o território nacional.

1.3 Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde - PNCTIS

Durante a 1ª CNCTIS, berço das discussões sobre a necessidade de construir uma PNCTIS para o país, ficou estabelecido que o documento deveria pautar-se no “compromisso ético e social de melhoria das condições de saúde da população,

considerando as diferenças regionais e buscando a equidade” (GOLDBAUM; SERRUYA, 2007; BRASIL, 2008a).

A PNCTIS integra a PNS. Emana da Constituição Federal que o Sistema Único de Saúde – SUS deve pautar-se pelos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade. Tais princípios norteiam, também, a PNCTIS e, portanto, quando aplicados a sua dimensão científica e tecnológica, deve orientar “a produção e a apropriação de conhecimentos e tecnologias que contribuam para a redução das desigualdades sociais em saúde, em consonância com o controle social” (BRASIL, 2008a).

A PNCTIS compõe, também, a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação - PNCTI e, portanto, subordina-se aos mesmos princípios que a regem, a saber, o mérito técnico-científico e a relevância social, bases estruturais do sistema de seleção de projetos de pesquisa adotado pelo PPSUS.

A PNCTIS foi elaborada, observando-se as seguintes estratégias:

1. sustentação e fortalecimento do esforço nacional em ciência, tecnologia e inovação em saúde;
2. criação do sistema nacional de inovação em saúde;
3. construção da agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde;
4. criação de mecanismos para superação das desigualdades regionais;
5. aprimoramento da capacidade regulatória do Estado e criação de rede nacional de avaliação tecnológica;
6. difusão dos avanços científicos e tecnológicos;
7. formação, capacitação e absorção de recursos humanos no sistema nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde, incentivando a produção científica e tecnológica em todas as regiões do País, considerando as características e as questões culturais regionais;
8. participação e fortalecimento do controle social (BRASIL, 2008a).

A estratégia de construção da PNCTIS foi amparada nos seguintes princípios: extensividade, inclusividade, seletividade, complementaridade, competitividade, mérito científico, relevância social, sanitária e econômica, responsabilidade gestora e participação do controle social. (BRASIL, 2008a).

O PPSUS é a materialização de várias estratégias e princípios constitutivos da PNCTIS, ao financiar, por exemplo, projetos capazes de gerar tecnologias que mitigem os graves problemas de saúde da população brasileira.

1.4 Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde - ANPPS

Priorizar é uma tarefa complexa, pois envolve negociações entre diferentes atores (KINGDOM, 1995) e dimensões (GOLDBAUM, SERRUYA, 2007) que compõem o universo da pesquisa em saúde no país.

Para àqueles que militam no âmbito da teoria do caos (ROCHA NETO, 2011), esse é um cenário de oportunidades, de possibilidades e também de desafios.

O Brasil vem, ao longo do tempo, construindo uma estrutura institucional e normativa que possa enfrentar questões relativas à saúde da população. Do ponto de vista normativo, a elaboração da ANPPS é um exemplo salutar desse aprimoramento.

A idéia de construir uma ANPPS ganhou força no início da década de 90 durante a realização da 1ª CNCTIS. Inicialmente, estabeleceu-se que a ANPPS teria como pressuposto “respeitar as necessidades nacionais e regionais de saúde e aumentar a indução seletiva para a produção de conhecimentos e bens materiais e processuais nas áreas prioritárias para o desenvolvimento das políticas sociais” (BRASIL, 2008b, p.5). O estabelecimento desse recorte foi observado durante as cinco etapas de construção da agenda, a saber: situação de saúde e condições de vida; definição de subagendas de pesquisa; definição de temas de pesquisa; consulta pública e; 2ª CNCTIS. Durante essas etapas foram construídos os elementos necessários a redação da própria ANPPS.

Assim como a PNCTIS, a ANPPS foi aprovada durante a 2ª CNCTIS e homologada pelo CNS. A ANPPS é um documento norteador do PPSUS e tem sido amplamente consultada e adotada como um guia pelos participantes das Oficinas de Definição de Prioridades de Pesquisa realizada pelas FAPs com o intuito de definir temas e respectivas linhas de pesquisa prioritárias objeto de financiamento do PPSUS.

Segundo Decit (2010), a ANPPS, composta por 24 subagendas, é seu documento norteador e orienta as ações de fomento à pesquisa no país.

1.5 Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde - PPSUS

O PPSUS é uma ação pública, formatada pelo DECIT, do MS, em observância aos princípios e diretrizes da PNCTIS e, também, da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação - PNCTI, quanto ao mérito técnico-científico e a relevância social. Além disso, o programa foi elaborado segundo as diretrizes emanadas pela ANPPS.

O PPSUS, assim como a PNCTIS, têm objetivos ambiciosos, os quais requerem ações bem planejadas, que reconheçam as diferenças regionais, as vocações de pesquisa estaduais e adotem sistemas de seleção de projetos de pesquisa pautado no mérito e na relevância social da pesquisa. Os projetos financiados pelo programa buscam enfrentar questões e gerar soluções (tecnologias) relativas a: problemas prioritários de saúde da população brasileira; redução das desigualdades regionais em ciência, tecnologia, e inovação em saúde e fortalecimento da gestão do SUS. Objetiva, ainda, promover a aproximação dos sistemas de Saúde e de Ciência, Tecnologia e Inovação estadual.

Iniciado em 2001, a versão piloto do PPSUS, denominada Projeto Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia em Saúde, foi implantada, via convênios celebrado entre o Fundo Nacional de Saúde – FNS e as FAPs dos estados (Alagoas, Ceará, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Pernambuco, Piauí e Sergipe). Em 2003, mudou o operador financeiro e o projeto deu continuidade via contratos estabelecidos entre as FAPs dos estados (Minas Geais, Santa Catarina e Bahia) e a Organização das Nações Unidas para Educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO (OLIVEIRA, 2008). Diferentemente da atual configuração do PPSUS, que passou de “projeto” à “Programa” a primeira edição foi totalmente financiada com recursos oriundos do DECIT/MS.

O DECIT identificou problemas relativos a gestão dos operadores financeiros dessa edição as quais dificultaram o desenvolvimento dos projetos contratados.

Considerando essa limitação, foi estabelecida parceria com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, agência com larga experiência no fomento a projetos de pesquisa e parcerias institucionais. Esse novo arranjo institucional ensejou, preliminarmente, uma cooperação técnica entre os Ministérios da Saúde e da Ciência e Tecnologia (OLIVEIRA, 2008).

Em 2003, consolidado o acordo entre o DECIT/MS e o CNPq, a agência contribuiu com sua expertise para a formatação do Documento de Diretrizes Técnicas, do sistema de julgamento e de acompanhamento do projeto que aumentou seu escopo e passou a ser denominado “Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS”. A partir dessa alteração, o PPSUS deveria ser destinado a todas as UFs e, exigiria contrapartida financeira das FAPs e/ou do agente executor do programa no estado.

Em comum acordo, DECIT/MS e FAPs definiram que os aportes no programa seriam baseados nos valores (proporções união x estados) expressos na “Carta de Salvador” (CONSECTI, 2006). O CNPq, como gestor administrativo do programa, não participa das etapas de definições quanto a FAP que participará de determinada edição, assim como, dos valores atribuídos a cada uma.

O CNPq, a partir da celebração do termo de cooperação com o MS, já participou das edições do PPSUS lançadas nos anos de 2004, 2006, 2008, 2011, 2012, 2015/2016/2017.

A partir de 2004, todas as edições do PPSUS exige a contrapartida financeira das FAPs partícipes do programa. Todos os estados já participaram, de pelo menos, duas edições do PPSUS. Os motivos que definiram as ausências de algumas FAPs em determinadas edições do PPSUS não são de responsabilidade do CNPq. Algumas apresentavam pendências em seus CNPJ quanto à adimplência de certidões exigidas na celebração de convênios. Há ausências motivadas por questões financeiras e ainda, devido ao escopo do PPSUS, como ocorreu na edição de 2011, onde apenas dez FAPs participaram. Particularmente nessa edição, o PPSUS objetivou, também, financiar projetos de pesquisa que englobassem à “Implantação das redes de atenção à saúde nos estados” preconizadas pelo SUS.

O PPSUS é uma ação formatada no âmbito do governo federal (DECIT/MS) e executada de forma descentralizada nas UFs, incluindo recursos e poder decisório. Participam da implantação desse projeto quatro partícipes, sendo dois federais (DECIT/MS e CNPq) e dois estaduais (FAPs e SES). Os recursos são oriundos do governo federal e dos governos estaduais e seus quantitativos obedecem ao estabelecido na Carta de Salvador (CONSECTI, 2006).

1.6 O papel do Conselho Nacional das Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa e das Fundações de Apoio/Amparo à Pesquisa dos Estados no processo de descentralização e de desconcentração da pesquisa em saúde no Brasil

O Conselho Nacional das Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa – CONFAP, criado em 2006, com sede em Brasília-DF, é uma organização sem fins lucrativos que tem por objetivo “melhor articular os interesses das agências estaduais de fomento à pesquisa” (CONFAP, 2017).

As Fundações de Amparo/Apoio à Pesquisa – FAPs estão instituídas em 25 UFs, além do Distrito Federal. Somente o estado de Roraima não possui sua fundação e as atividades relativas à ciência e tecnologia daquele UF são conduzidas pelo Instituto de Amparo à Ciência, Tecnologia e Inovação do Estado de Roraima - IACTI.

As duas primeiras fundações instituídas e que compõem o CONFAP, datam da década de 1960, respectivamente a FAPESP – SP (1960) e FAPERGS – RS (64), enquanto a última, instituída pelo estado do Acre (Fundação de Amparo à Pesquisa do Acre – FAPAC), data de fevereiro de 2012.

As FAPs são responsáveis pela implementação de grande parte da política de ciência e tecnologia dos estados e executam, inclusive, o PPSUS em suas respectivas UFs. Além da execução, participam, também, com parte dos recursos a título de contrapartida financeira destinados ao programa.

Na década de 80, surgiram as FAPs nos estados do Rio de Janeiro (1980), de Minas Gerais (1985), de Pernambuco (1989). Na década de 90, Ceará e Alagoas (1990), Distrito Federal e Paraíba (1992), Mato Grosso (1994), Paraná (1998) e Mato Grosso do Sul (1994) também constituíram suas fundações.

Entre os anos de 2001 a 2012, foram instituídas 12 fundações e consolidou-se o modelo estadual de gerenciamento e implantação de ações voltas à ciência e a tecnologia no âmbito das UFs. Esse novo ciclo iniciou em 2001 no estado da Bahia. No ano seguinte, no Amazonas. Em 2003, foram os estados do Maranhão e do Rio Grande do Norte e em 2004, Espírito Santo. Os estados de Santa Catarina, Goiás, Piauí e Sergipe formalizaram suas fundações em 2005.

Os estados do Pará (2007), do Amapá (2009), de Rondônia e Tocantins (2011) e Acre (2012) concluíram esse importante passo que fortaleceu, sobremaneira o Sistema Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde – SNCTIS.

A estruturação das fundações nas UFs do país, com autonomia administrativa e financeira foi fundamental para a implementação do PPSUS, em seu formato descentralizado, pois o programa utiliza as estruturas dessas fundações para realizar grande partes das atividades necessárias a sua execução. Por outro lado, a robustez do PPSUS, tanto do ponto de vista orçamentário, quanto a sua abrangência territorial contribuiu com a consolidação do sistema FAP no país.

O CONFAP possui um escopo de atuação mais amplo e tem participado de todos os conselhos deliberativos ligados à política de ciência e tecnologia no Brasil. Estabeleceu uma rede de parceria com organismos internacionais e nacionais, incluindo agências de fomento como o CNPq que é o gestor administrativo do PPSUS no âmbito nacional.

Em 2014, o CONFAP, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários para Assuntos de Ciência, Tecnologia e Inovação - CONSECTI, formataram as bases da nova legislação para a ciência, tecnologia e inovação (CT&I). Após ampla discussão no Congresso Nacional, em 2016 a Presidente Dilma Rousseff sancionou a lei que trata do novo Marco Legal de CT&I, que segundo Confap (2017) busca reduzir a burocracia para pesquisadores e facilitar a inovação no Brasil.

Assim que o novo Marco Legal por regulamentado, a execução e prestação de contas de recursos oriundos do Tesouro Nacional, incluindo aqueles destinados ao PPSUS, será mais desburocratizada e o pesquisador dedicará mais tempo a sua atividade, centrada na geração de tecnologias capazes de atender aos anseios da população. Essa nova perspectiva de execução dos recursos destinados à ciência e à tecnologia alcançará os projetos financiados pelo PPSUS e apresenta potencial de maximização dos recursos investidos no programa, constituindo-se em uma grande contribuição do CONFAP e do CONSECTI para a ciência brasileira.

1.7 Objeto e problema de pesquisa

O objeto de pesquisa amplificado desta tese é a temática da pesquisa em saúde no Brasil e o locus de observação, coleta de dados e foco da construção da estratégia de incorporação de tecnologia é o PPSUS.

As razões da escolha deste programa como objeto de pesquisa foram descritas no “Prólogo” desta tese e serão aqui ratificadas. Considerando as características do programa de doutorado que está sendo executado pelo discente, em seu ambiente de trabalho, a definição de um objeto de pesquisa que estivesse ao seu alcance foi de extrema importância para o alcance dos objetivos propostos.

Na condição de gestor do PPSUS, no âmbito do CNPq, o discente tem acesso ao conjunto de informações que permeiam a execução do programa nas UFs do país, inclusos os problemas financeiros, técnicos, políticos e administrativos que permitiram a formatação de algumas indagações, tais como:

1. Qual o grau de implantação do PPSUS nas UFs do país?;
2. O PPSUS é um programa, de fato, executado de forma descentralizada?
3. Como são definidas as prioridades de pesquisa no âmbito dessa ação?
4. Há um modelo lógico que estabelece o *modus operandi* dessa ação?
5. Como funcionam os arranjos de poder embutidos na execução de uma ação governamental que envolve DECIT/MS, CNPq, 26 FAPs e um Instituto (Roraima) e 27 Secretarias Estaduais de Saúde?

6. Como são definidos os valores aportados no programa?
7. Há um sistema de seleção de projetos de pesquisa pré-definido?
8. Como funciona a avaliação e o acompanhamento dos projetos financiados?
9. Qual a proporção de projetos apoiados, segundo os temas da ANPPS?
10. Os objetivos do PPSUS estão sendo atingidos?
11. Há uma avaliação de resultados dessa ação governamental?
12. Como se dá, no âmbito do SUS, a incorporação das tecnologias geradas pelos projetos financiados pelo programa?

Essas questões nortearam a definição do projeto de pesquisa e sua respectiva implementação. Ao longo de sua execução, surgiram outras questões relativas a interação entre sistemas de C&T e de saúde dos estados, entre pesquisadores e gestores do SUS (local), e formação de recursos humanos que fortaleceram a idéia inicial.

1.8 Referencial Teórico

O referencial teórico utilizado para construção dessa tese, considerando seu objeto de estudo e as questões de pesquisa pautadas no tópico “Objeto e problema de pesquisa” constituiu-se de cinco abordagens, as quais, em conjunto, produziram um “marco conceitual” capaz de subsidiar a realização da pesquisa.

A primeira abordagem refere-se a um conjunto de documentos produzidos pelo MS relativos a I CNCTIS (BRASIL, 1994) e a II CNCTIS (BRASIL, 2004), a PNCTIS (BRASIL, 2008a), a ANPPS (BRASIL, 2008b), Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde: diretrizes técnicas (BRASIL, 2014), Seleção de prioridades de pesquisa em saúde: guia PPSUS (BRASIL, 2009) e o Modelo Lógico do PPSUS (OLIVEIRA, 2008). Esse conjunto de documentos permitiu a captura na literatura dos pressupostos científicos e políticos que subsidiaram a criação do PPSUS no âmbito do MS, assim como sua implantação nas 26 UFs e no Distrito Federal.

Considerando a natureza da execução do PPSUS, sob responsabilidade direta das UFs, as abordagens “descentralização” e “poder” foram, respectivamente, amparadas, majoritariamente, nas obras “Descentralização do fomento à ciência, tecnologia e inovação no Brasil (CGEE, 2010) e Microfísica do Poder (FOUCAULT, 1982). A primeira traça “um panorama da evolução história do problema da descentralização das políticas de CT&I no Brasil, com foco principal nos anos 2000” (CGEE, 2010), enquanto Foucault (1982) aborda as relações de poder entre instituições e/ou pessoas, diferenciando a hierarquia *top down*, baseada na afirmativa (manda quem pode e obedece que tem juízo), das relações de poder, baseadas, no caso do PPSUS, nas responsabilidades de cada partícipe e ancoradas, principalmente, na autonomia administrativa e gerencial de cada FAP que executam o do programa.

A “execução descentralizada” e o “poder compartilhado”, ancorados na gestão compartilhada, constituíram-se em elementos chaves para o processo de implantação do PPSUS, que foi originalmente formatado pelo MS para ser executado nas UFs.

A quarta abordagem baseada na obra produzida pela Prof^a Dr^a Lúgia Maria (VEIRA-DA-SILVA; FORMIGALI, 1994; VEIRA-DA-SILVA, 2005) deu suporte à avaliação do grau de implantação do PPSUS nas UFs que foi mensurado, a partir de variáveis que compõem o Modelo Lógico do programa (OLIVEIRA, 2008), tais como: número de edições PPSUS; modelo de definição de prioridades de pesquisa; sistema de julgamento e sistema de acompanhamento e avaliação.

A última abordagem, que subsidiou a construção da “Estratégia de Incorporação de Tecnologia do PPSUS – EIT-PPSUS” refere-se a obra intitulada “Knowledge translation in healthcare: a review of the literature”, produzida pelos pesquisadores Eivor Oborn, Michael Barrett e Girts Racko (OBORN; BARRET; RACKO, 2010), da University of Cambridge. O texto contempla os vários modelos de tradução do conhecimento existentes na literatura, dentre os quais o “Modelo de Translação do Conhecimento”, que foi selecionado para amparar a construção da EIT-PPSUS. Segundo os autores, o processo de tradução do conhecimento inclui:

“a divulgação do conhecimento, a comunicação, a transferência de tecnologia, o contexto ético, a gestão do conhecimento, a utilização do conhecimento, o processo de troca bidirecional entre pesquisadores e aqueles que aplicam conhecimento, pesquisa de implementação, avaliação de

tecnologia, síntese de resultados com o contexto global e desenvolvimento de diretrizes de consenso” (OBORN; BARRET; RACKO, 2010, p.6).

A essência, o foco desse modelo centra-se na interação entre os pesquisadores (geradores de conhecimento e pertencentes à dimensão acadêmica) e os gestores/tomadores de decisão, representantes do sistema de saúde, responsáveis pela incorporação dos resultados da pesquisa na prática médica, com o intuito de acelerar os ganhos advindos de uma inovação local e/ou global, cujo objetivo primordial é o fortalecimento do sistema de saúde, com consequente elevação do padrão de saúde da população beneficiária (OBORN; BARRET; RACKO, 2010, p.6). No âmbito dessa tese, translação significa “conhecimento para ação”.

Quanto à estratégia adotada na pesquisa, assim como a análise de dados, o estudo foi amparado pelas teorias do “Estudo de Casos” proposta Yin (2001) e que comporta uma ampla variedade de evidências e de “Análise de Conteúdo” formatada por Bardin (2009) que possibilita a categorização dos dados de acordo com as necessidades do estudo.

1.9 Objetivos

1.9.1 Objetivos Gerais

1. Identificar as contribuições do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde para o processo de descentralização do fomento em Ciência, Tecnologia e Inovação no setor saúde;
2. Construir, a partir do Modelo Lógico do PPSUS, uma estratégia que facilite a incorporação, pelo Sistema Único de Saúde (local e nacional), das tecnologias geradas pelos projetos de pesquisa financiados.

1.9.2 Objetivos Específicos

1. Determinar o grau de implantação do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde nas unidades federativas;
2. Mapear os aportes de recursos federais e estaduais destinados ao Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde;
3. Classificar os projetos de pesquisa aprovados e financiados segundo os temas constantes da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde;
4. Mapear a adesão das unidades federativas ao modelo de julgamento, de acompanhamento e de avaliação preconizado pelo Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde;
5. Mapear/analisar o processo de definição de prioridades de pesquisa adotado pelo Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde;
6. Analisar o Sistema de Gestão de Convênios e Contratos de Repasse como mecanismo de transferência e gestão de recursos oriundos do Governo Federal e destinado às Fundações de Apoio/Amparo à Pesquisa dos Estados;
7. Elaborar, a partir do Modelo Lógico do PPSUS, uma estratégia que facilite a incorporação, pelo Sistema Único de Saúde (local e nacional), das tecnologias geradas pelos projetos de pesquisa financiados;
8. Identificar, por categoria, as contribuições do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde para o processo de fomento descentralizado no âmbito do setor saúde.

2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa gerou quatro publicações, as quais compõe, em sua integralidade, o corpo desta tese. Portanto, a metodologia utilizada nesses manuscritos não será reescrita nesse capítulo.

Complementarmente, na parte final desse capítulo, far-se-á, uma caracterização mais generalizada dos procedimentos metodológicos adotados na realização desta pesquisa.

Além dessa abordagem geral, há duas partes constituintes da presente tese, que ainda não foram objeto de publicação e, portanto, suas metodologias serão descritas a seguir. A primeira refere-se a construção da estratégia de incorporação de tecnologias – EIT-PPSUS, no âmbito do SUS (local e nacional), enquanto a segunda, trata das contribuições do PPSUS para o processo de fomento descentralizado no âmbito do setor saúde.

2.1. Construção da estratégia de incorporação de tecnologia – EIT-PPSUS, no âmbito do SUS (local e nacional).

Esta parte da pesquisa que aborda a construção da estratégia de incorporação de tecnologias – EIT-PPSUS, no âmbito do SUS (local e nacional), está contemplada no segundo objetivo geral e nos objetivos específicos, número 08 da presente tese. Para sua execução, adotou-se, além das fontes de evidências utilizadas nas publicações, a observação participante (YIN, 2001; LAKATOS, 2004; MINAYO, 1992). Na condição de participante/executor de várias atividades necessárias à implantação do programa, o autor não precisou ganhar, a priori, a confiança do grupo Yin (2001), por fazer parte dele, mas certamente, observou inúmeros fatos e fenômenos que serviram de base para construção da estratégia de incorporação supracitada (LAKATOS, 2004).

Além do conhecimento adquirido com a execução de rotinas, o autor interagiu por aproximadamente uma década com os partícipes do programa no nível estadual e federal, incluindo pesquisadores, gestores do SUS e presidentes de FAPs de todos os

estados, incluindo suas equipes técnicas e com os coordenadores nacionais do PPSUS, inclusive com o seu primeiro coordenador. A interação do autor, com todos os partícipes do PPSUS fortaleceu sua percepção e convicção sobre a necessidade e importância de construir uma estratégia de incorporação, pelo SUS, das tecnologias geradas a partir dos projetos financiados pelo programa.

Para ser, de fato aplicável, a estratégia foi concebida observando cinco aspectos fundamentais que norteiam o PPSUS, quais sejam:

1. observância aos objetivos do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde;
2. agrupamento das tecnologia geradas, via financiamento de projetos de pesquisa, baseado nos temas da ANPPS;
3. observância às desigualdades regionais no campo da saúde;
4. reconhecimento do SUS como um sistema de execução tripartite (União, Estados e Municípios), assim como seus princípios fundamentais centrados na universalidade, na integralidade e na equidade;
5. possibilitar ao SUS a incorporação de tecnologias a nível local e nacional. No primeiro nível, via Núcleos de Ciência e Tecnologia – Núcleos C&T, das SES e, no segundo, via Comissão de Incorporação de Tecnologias - CONITEC, do MS.

2.2. Contribuições do PPSUS para o processo de fomento descentralizado no âmbito do setor saúde

A identificação e análise das contribuições do PPSUS para o fomento descentralizado basearam-se na abordagem de “Análise de Conteúdo”, que permite organizar a própria análise pretendida, assim como, categorizar os dados observados em conjuntos diferenciados, ou mesmo, reagrupá-los segundo aspectos considerados semelhantes (BARDIN, 2009).

Na “organização da análise”, defini-se quais os documentos serão analisados e faz-se uma pré-análise desse material, levantando hipóteses e objetivos de acordo com

as regras estabelecidas pelo autor. Os dados brutos são sistematizados e agregados em unidades, as quais determinam as características pertinentes ao conteúdo (BARDIN, 2009).

Na atividade de “categorização”, o autor conta com três possíveis critérios para estabelecer suas categorias, podendo escolher a semântica (temas), a sintática (verbos) e a lexial (de acordo com o sentido). Os elementos observados na etapa anterior podem ser categorizados por conjuntos diferenciados e, ainda, reagrupados por aspectos semelhantes (BARDIN, 2009). Adotou-se neste caso, o critério semântico para realizar a categorização pretendida.

Na etapa da organização da análise, estabeleceu-se que a coleta dos dados seria realizada nos documentos constitutivos do PPSUS (Documento de Diretrizes Técnicas, Acordos de Cooperação MS/CNPq, Modelo Lógico do PPSUS e nos convênios que estabelecem as obrigações dos partícipes do programa), assim como naqueles relativos à sua execução (Oficina de Definição de Prioridades; Atas de Julgamento; Termos de Outorga, Sistema de Acompanhamento do PPSUS e em reuniões dos partícipes do programa). Para análise das informações foram criadas as seguintes categorias:

1. Instrumentos jurídicos;
2. Previsão e execução de recursos;
3. Definição de temas e linhas de pesquisa prioritárias;
4. Sistema seleção de projetos de pesquisa;
5. Sistema de acompanhamento e de avaliação;
6. Sistemas de Ciência e Tecnologia e Sistema de Saúde dos Estados;
7. Pesquisadores e Gestores do SUS (pesquisa versus serviços).

2.3. Caracterização geral da pesquisa quanto aos seus fins, sua natureza e estratégia de pesquisa adotada.

Acima, foram descritas as metodologias utilizadas em cada parte do trabalho. Num aspecto mais amplo, a pesquisa caracteriza-se como um estudo exploratório e

descritivo de natureza quali/quantitativa, com suporte de instrumentos multivariados de coleta de dados: pesquisa bibliográfica e pesquisa documental (YIN, 2001; MINAYO, 1992).

O PPSUS, objeto dessa pesquisa, é executado de forma descentralizada em todas as UF's do país. No entanto, sua implantação é norteada por um conjunto de regras e procedimentos contidos no Documento de Diretrizes Técnicas do PPSUS e, também, nos convênios celebrados entre o CNPq e as FAPs e que devem ser seguidos por todos seus participantes. Considerando essa importante característica do programa, adotou-se como estratégia de pesquisa o "estudo de casos múltiplos" proposto por (YIN, 2001). Para o autor, o poder dessa estratégia centra-se em sua capacidade de lidar com uma ampla variedade de evidências (YIN, 2004, p.27).

3. RESULTADOS

Os resultados alcançados com a execução da presente pesquisa dividem-se em três grupos. O primeiro refere-se às publicações, sendo dois artigos e dois resumos apresentados nos congressos (69ª SBPC e 3º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde - ABRASCO). Esses manuscritos respondem às indagações/inquietações do projeto de pesquisa contidas nos objetivos específicos numerados de 1 a 6 e compõem a presente tese, no formato publicado e/ou submetido.

O segundo grupo de resultados, refere-se à estratégia PPSUS para incorporar, no âmbito do SUS, no nível local e/ou nacional, as tecnologias geradas pelos projetos financiados pelo programa. Essa questão está formatada nos objetivos específicos, número 7. Considerando sua longa experiência in loco com o PPSUS, sem desprezar outras alternativas, o autor optou pela categoria “ouvinte participante” como fonte principal para identificação e captação das evidências que permitiram a formatação e construção da estratégia PPSUS para a incorporação no âmbito do SUS, das tecnologias geradas com a execução dos projetos aprovados pelo Comitê Gestor do PPSUS.

A Estratégia de Incorporação de Tecnologias do PPSUS – EIT-PPSUS foi construída em estreita observância aos cinco aspectos que foram descritos na metodologia. Sua formatação contemplou todas as etapas previstas na implementação do PPSUS nas UFs e, procurou estimular, desde o lançamento da chamada pública, um canal formal que possibilitasse a inclusão no projeto original de metas e produtos almejados, o acompanhamento de sua execução e, ao final, a possibilidade de visualizar os resultados obtidos e o conseqüente estímulo e facilitação à incorporação, pelo SUS, das tecnologias produzida.

A EIT-PPSUS preconiza a utilização de estruturas formais já existentes no âmbito do SUS para viabilizar a análise e incorporação de tecnologias geradas pelos projetos financiados pelo programa. No nível local, a estrutura selecionada foi a dos Núcleos de C&T, criados nas SES, a partir de incentivos financeiros ofertados pela primeira edição do PPSUS. Na esfera federal, adotou-se a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias - CONITEC, instância legalmente constituída no âmbito SCTIE, do MS.

O terceiro, refere-se ao conjunto de contribuições oriundas do PPSUS para o processo de fomento descentralizado, considerando que essa política pública é executada pelas UFs, de forma descentralizada (recursos e poder decisório), desconcentrada (27 UFs) e ainda, em observância as condições financeiras e estruturais de cada FAP participante do programa. Essa questão foi abordada nos objetivos específicos, número 8.

Os elementos identificados via documentos e demais critérios de coleta de dados, descritos na metodologia, foram agrupados nas seguintes categorias:

1. Instrumentos jurídicos;
2. Previsão e execução de recursos;
3. Definição temas e linhas de pesquisa prioritárias;
4. Sistema seleção de projetos de pesquisa;
5. Sistema de acompanhamento e de avaliação;
6. Sistemas de Ciência e Tecnologia e de Saúde dos Estados;
7. Pesquisadores e Gestores do SUS (pesquisa versus serviços).

3.1 Resultados (Grupo 1) - publicações

3.1.1 Avaliação do grau de implantação do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde

Artigo publicado na Revista Saúde em Debate. Rio de Janeiro. Volume 41, n. Especial, p. 180-192, março 2017. Editora: Centro Brasileiro de Estudos em Saúde, ISSN: 0103-1104. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042017s14> - (interdisciplinar). Área de Avaliação: Ensino, Qualis A2, apresentado como parte integrante dessa tese, em seu formato original (publicado).

Avaliação do grau de implantação do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde

Evaluation of the degree of implementation of the Program Research for SUS: shared management in health

Gilberto Ferreira de Souza¹, Luciana Calabro²

RESUMO O estudo objetivou monitorar a execução e o grau de implantação do Programa de Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde, no País. Utilizou como estratégia de pesquisa o estudo de casos múltiplos, na busca ativa nos documentos do programa e no Sistema Pesquisa Saúde, do Ministério da Saúde. O programa lançou cinco edições e investiu R\$ 274,5 milhões na contratação de 2.923 projetos de pesquisa, tendo sido executado de forma descentralizada. Está 'implantado' em 20 estados, e 'parcialmente implantado' nos demais. O êxito da ação pode ser medido pelo aporte de recursos federais e estaduais, pela adesão da comunidade científica e dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS).

PALAVRAS-CHAVE Monitoramento. Avaliação. Política de pesquisa em saúde. Prioridades em pesquisa. Financiamento.

ABSTRACT *The study aimed to monitor the accomplishment and the degree of implementation of the Program 'Research for SUS: shared management in health', in Brazil. A multiple case design strategy was employed, involving an active search in the Programs' documents and in the Health Research System of the Ministry of Health. The Program launched 5 editions, invested R\$ 274.5 million in the hiring of 2.923 research projects, and had a decentralized implementation. The results indicate that the Project was considered 'Implemented' in 20 states, and 'Partially implemented' in the others. The success of the intervention can be due to the contribution of federal and state resources, the adherence of the scientific community and of the Brazilian Unified Health System (SUS) managers.*

KEYWORDS *Monitoring. Evaluation. Health Research Policy. Priorities in research. Financing.*

¹ Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – Brasília (DF), Brasil.
gilberto.souza@cnpq.br

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências – Porto Alegre (RS), Brasil.
luciana.calabro@ufrgs.br

Introdução

No Brasil, país com dimensões continentais, há desigualdades regionais e intrarregionais nos campos socioeconômico e científico (BARROS, 2000) que necessitam ser enfrentadas. Gerar políticas públicas que promovam a desconcentração dos investimentos direcionados ao desenvolvimento científico e tecnológico, contemplando essas diferenças, apresenta-se como um dos grandes desafios nacionais.

No campo da saúde, utilizar a descentralização de recursos e, também, do poder decisório como modelo é condição *sine qua non* para o sucesso e a efetividade das políticas públicas.

A descentralização do fomento em Ciência, Tecnologia e Inovação (CTI) no País é recente, e vem contribuindo de forma significativa para o fortalecimento do Sistema Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação (SNCTI) e a inserção de novos atores institucionais (CGEE, 2010). Na vanguarda das ações no campo da saúde, o Ministério da Saúde (MS), por intermédio do Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit), deu início a um processo de institucionalização da Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (CTIS) no País, com a criação da Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde (PNCTS) e a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS) (BRASIL, 2011B).

Esses marcos institucionais foram fundamentais para posicionar o MS como indutor, financiador e usuário do CTIS no Brasil. Dentre as inovações, já em 2002, o MS, via Decit, lançou o modelo descentralizado de política pública no contexto do fomento à pesquisa, no setor saúde, denominado Projeto Gestão Compartilhada, do qual participaram dez unidades federativas (UF): Alagoas, Bahia, Ceará, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Sergipe e Santa Catarina (BRASIL, 2011A).

O projeto foi formatado com o ambicioso propósito de financiar pesquisas que pudessem contribuir para a resolução dos problemas prioritários de saúde e para o fortalecimento da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 2003, o MS firmou acordo de cooperação com o Ministério da Ciência e Tecnologia e Inovação (MCTI). Essa parceria possibilitou a celebração de termo de cooperação com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), que passou a ser o gestor administrativo do projeto. Em 2004, o projeto foi renomeado como Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde (PPSUS), com o objetivo de aperfeiçoar a gestão, assim como os serviços ofertados pelo SUS à população (BRASIL, 2014B).

A execução de todas as etapas do programa baseia-se no documento 'Diretrizes Técnicas' (DDT) do PPSUS, que estabelece o rito, desde a definição de prioridades de pesquisa até o sistema de acompanhamento e avaliação (A&A) dos projetos aprovados. Este documento vem sendo remodelado desde a primeira edição do programa, tendo sua última atualização ocorrido em 2014 (BRASIL, 2014B).

Quatro instituições participam da gestão do programa: no âmbito federal, o MS e o CNPq; e na esfera estadual, as Fundações de Amparo/Apoio à Pesquisa (FAP) e as Secretarias Estaduais de Saúde (SES). O MS é o coordenador nacional do programa, subsidiado pela expertise do CNPq na formatação de editais, nos processos de seleção de projetos e atividades de A&A das pesquisas aprovadas. As FAP e as SES são responsáveis, conjuntamente, pelas oficinas de definição de prioridades (BRASIL, 2009), pela contratação dos projetos aprovados e pelas atividades de A&A. Os papéis dessas instituições são complementares e compartilhados, conforme a atividade que deve ser operacionalizada em cada instante, sem hierarquizar o processo decisório.

O programa prevê o lançamento de edições a cada dois anos. A primeira ocorreu em 2002, tendo continuidade nos anos de 2004, 2006, 2008 e 2012. Em 2010, o Decit, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), do MS, consultando o CNPq, decidiu cancelar o lançamento da respectiva edição. Essa decisão foi tomada baseada

na necessidade que algumas FAP demonstraram de prorrogar a vigência dos projetos de pesquisa ainda em execução, contratados nas edições de 2006 e 2008.

Em 2011, foi lançada uma edição especial do programa, incorporando ao seu objeto a 'implantação das redes de atenção à saúde nos estados'. Participaram dessa edição as seguintes UF: Amazonas, Ceará, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Pará, Pernambuco, Paraná, São Paulo, Santa Catarina e Distrito Federal. Na perspectiva do MS, a implantação dessas redes contribuiria para aprimorar a organização do SUS (BRASIL, 2014A).

Embora o programa preveja o lançamento de edições bianuais, sua implementação fica condicionada à abertura de editais e/ou chamadas públicas pelas FAP e à efetiva contratação dos projetos aprovados. Em algumas UF, há a necessidade de lançamento de novos editais, por exemplo, para contemplar linhas de pesquisa previstas no edital inicial e que não obtiveram propostas aprovadas.

Considerando a magnitude desse programa, além dos investimentos – que totalizaram aproximadamente R\$ 274,5 milhões, na contratação de 2.923 projetos de pesquisa –, e considerando não ter sido identificada, na literatura especializada, a realização de avaliação dessa intervenção, este estudo objetivou mapear a execução do PPSUS e avaliar seu grau de implantação nas UF, no período de 2004 a 2012.

Em virtude da polissemia conceitual acerca do tema avaliação, adotou-se, neste trabalho, a definição proposta por Ligia Maria Vieira-da-Silva no livro 'Avaliação de políticas e programas de saúde', que a concebe como

um julgamento que se faz sobre uma intervenção sanitária (política, programa ou prática), voltada para a resolução de problemas de saúde, visando aferir o mérito, esforço ou valor da referida intervenção ou do seu produto, para o seu aperfeiçoamento. (VIEIRA-DA-SILVA, 2014, P. 16).

A autora afirma, também, que a avaliação "é um dos componentes do processo de gestão".

Chen (1990) propõe que a avaliação seja focada na 'teoria do programa', o que permite visualizar os fatores e os processos que geram os efeitos observados em uma dada intervenção. Segundo o autor, essa abordagem facilita o processo de coleta e a análise de dados, partindo do *modus operandi* do programa, que é demonstrado através de seu modelológico.

Oliveira (2008), em conjunto com os *stakeholders* do PPSUS, construiu o Modelo Lógico (ML) e a Matriz de Medidas Avaliativas (MMA) do programa, que explicitam sua teoria. O modelo foi constituído a partir da tríade 'componentes, elementos e atividades'. Seus componentes são a gestão compartilhada, a aproximação entre os sistemas de saúde e de ciência e tecnologia estaduais; financiamento e sustentabilidade do programa, as prioridades de pesquisa e a seleção de projetos; acompanhamento e avaliação das pesquisas, e o desenvolvimento da capacidade regional de pesquisa. Seus elementos foram constituídos dos objetivos, na implantação; dos processos, dos efeitos e do resultado final. Segundo a autora, esses componentes e elementos, com suas respectivas atividades, representam a teoria do PPSUS expressa no ML.

Entre as características ou atributos da avaliação formatados por Vieira-da-Silva & Formigli (1994), e revisadas por Vieira-da-Silva (2005), o grau de implantação da intervenção configura-se como uma alternativa de avaliação do processo de implantação de programas de governo.

Metodologia

O estudo dividiu-se em duas partes. Na primeira, destinada a mapear as UF participantes por edição do programa, e a quantificar os recursos investidos, o número de projetos aprovados e as subagendas da ANPPS contempladas, o levantamento de dados centrou-se nos editais/chamadas lançados pelas FAP, nas atas de julgamento do Comitê Gestor do PPSUS em cada UF e no Portal Pesquisa Saúde do MS, disponível no

endereço eletrônico <http://pesquisasaude.saude.gov.br/>.

Na segunda parte, adotou-se o 'Grau de Implantação' definido por Vieira-Da-Silva & Formigli (1994) como característica ou atributo para avaliar o grau de implantação do PPSUS nas UF. Segundo Vieira-Da-Silva *et al.* (2010A), o grau de implantação de uma intervenção divide-se em três estágios, quais sejam: Incipiente (≥ 0 e $< 33,3\%$); Intermediário ($\geq 33,3\%$ e $< 66,66\%$); e Avançado ($\geq 66,6\%$).

A estratégia de pesquisa adotada foi o

estudo de casos múltiplos (YIN, 2001), baseado na observação e busca ativa nos documentos que retratam a execução do programa nas UF. Os critérios adotados foram: 1) o número de edições do PPSUS; 2) o modelo adotado na definição de prioridade de pesquisa do PPSUS; 3) o sistema de julgamento contido no DDT do PPSUS; e 4) o processo de A&A dos projetos contratados pelo PPSUS, conforme descrito no *quadro 1*. Os critérios 2, 3 e 4 fazem parte dos 'componentes' do modelo lógico do PPSUS.

Quadro 1. Matriz de critérios para avaliação do grau de implantação do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde (PPSUS), nas UF

Critério	Ponderação	Graus de implantação		
		Não implantado	Parcialmente implantado	Implantado
Número de edições do PPSUS	30	Não participou de nenhuma edição do PPSUS (0)	Participou de até três edições do PPSUS (15)	Participou de quatro ou mais edições do PPSUS (30)
Modelo adotado na definição de prioridade de pesquisa do PPSUS	15	Não utilizou o modelo de definição de prioridades de pesquisa do PPSUS (0)	Utilizou em até três edições do PPSUS o modelo de definição de prioridades de pesquisa do PPSUS (7,5)	Utilizou em quatro ou mais edições o modelo de definição de prioridades de pesquisa do PPSUS (15)
Sistema de julgamento contido no DDT do PPSUS	15	Não utilizou o sistema de julgamento contido no DDT do PPSUS (0)	Utilizou em até três edições o sistema de julgamento contido no DDT do PPSUS (7,5)	Utilizou em quatro ou mais edições o sistema de julgamento contido no DDT do PPSUS (15)
Processo de A&A dos projetos contratados pelo PPSUS	10	Não utilizou o processo de A&A dos projetos contratados pelo PPSUS (0)	Utilizou em até três edições o processo de A&A dos projetos contratados pelo PPSUS (5)	Utilizou em quatro ou mais edições o processo de A&A dos projetos contratados pelo PPSUS (10)

Fonte: Adaptado de Vieira-da-Silva *et al.* (2010).

Delimitação do estudo

Foram incluídas, neste estudo, as edições do PPSUS lançadas no período compreendido entre 2004 e 2012. Foram excluídas as edições 2002, considerada piloto na implantação do programa, e a edição 2015, por encontrar-se em fase inicial de execução (de elaboração dos editais para seleção dos projetos de pesquisa).

Resultados

No período de 2004 a 2012, foram contratados 2.923 projetos de pesquisa científica,

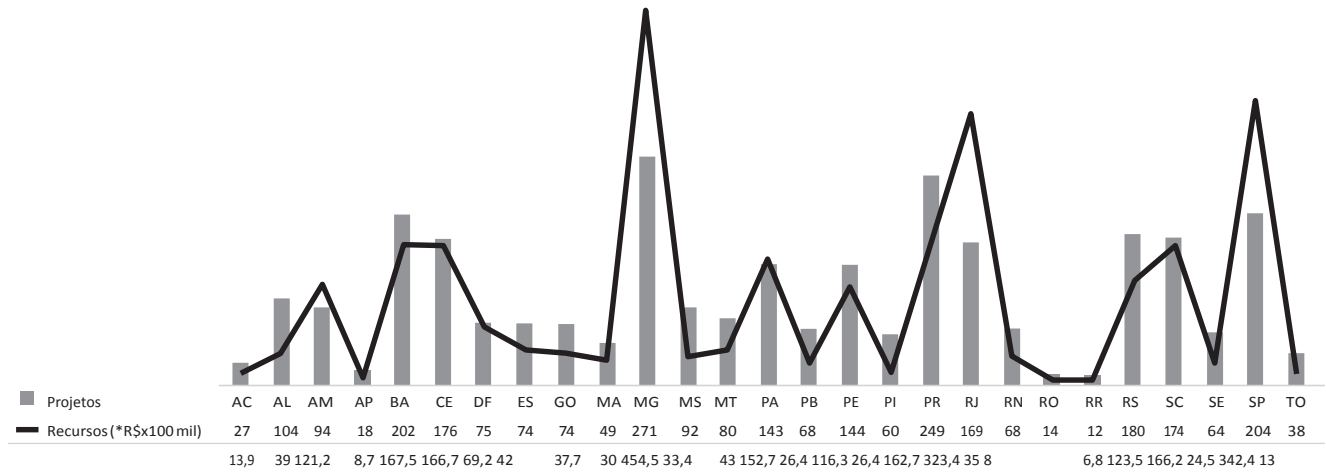
tecnológica e/ou de inovação, resultantes das seleções feitas nas cinco edições lançadas pelo PPSUS, totalizando investimentos no valor global de R\$ 274.463.600,00, sendo R\$ 161.915.000,00 (59%) oriundos do MS e R\$ 112.548.600,00 (41%) do Sistema FAP.

O total de recursos investidos, assim como o número de projetos de pesquisa aprovados por UF, são descritos no *gráfico 1*. Destaca-se que as UF que apresentaram os maiores investimentos no programa foram: Minas Gerais, com R\$ 45,5 milhões (16,6%) aplicados em 251 projetos (8,6%); São Paulo, com R\$ 34,2 milhões (12,5%) em 204 projetos (6,7%);

e Rio de Janeiro, com R\$ 32,3 milhões (11,8%) em 169 projetos (5,8%). As UF de Roraima, de Rondônia e do Amapá foram as que apresentaram os menores investimentos nesse período:

R\$ 0,7 milhões (0,2%) aplicados em 12 projetos (0,4%); R\$ 0,8 milhões (0,3%) em 14 projetos (0,5%); e R\$ 0,9 milhões (0,3%) em 18 projetos (0,6%), respectivamente.

Gráfico 1. Número de projetos aprovados e recursos aportados, por UF, no período de 2002 a 2012



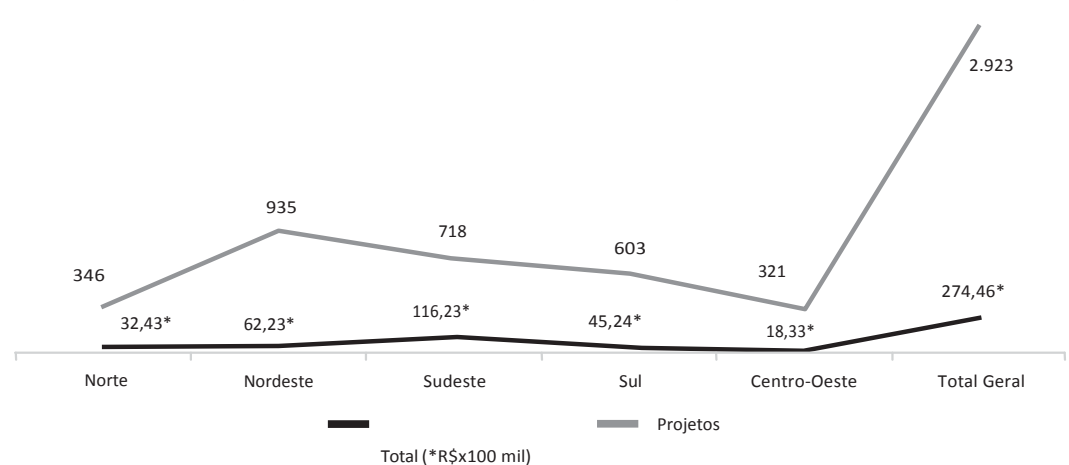
Fonte: BRASIL (2016).

*Valores em R\$ e multiplicados por 100 mil para apresentação no gráfico.

Analisando-se a distribuição de recursos e de projetos por região, constatou-se que a região Sudeste (42%) concentra o maior

volume de recursos investidos e a região Nordeste, o maior número de projetos aprovados (32%), conforme indicado no gráfico 2.

Gráfico 2. Nº de projetos aprovados e recursos financeiros aportados, por região, no período de 2004 a 2012



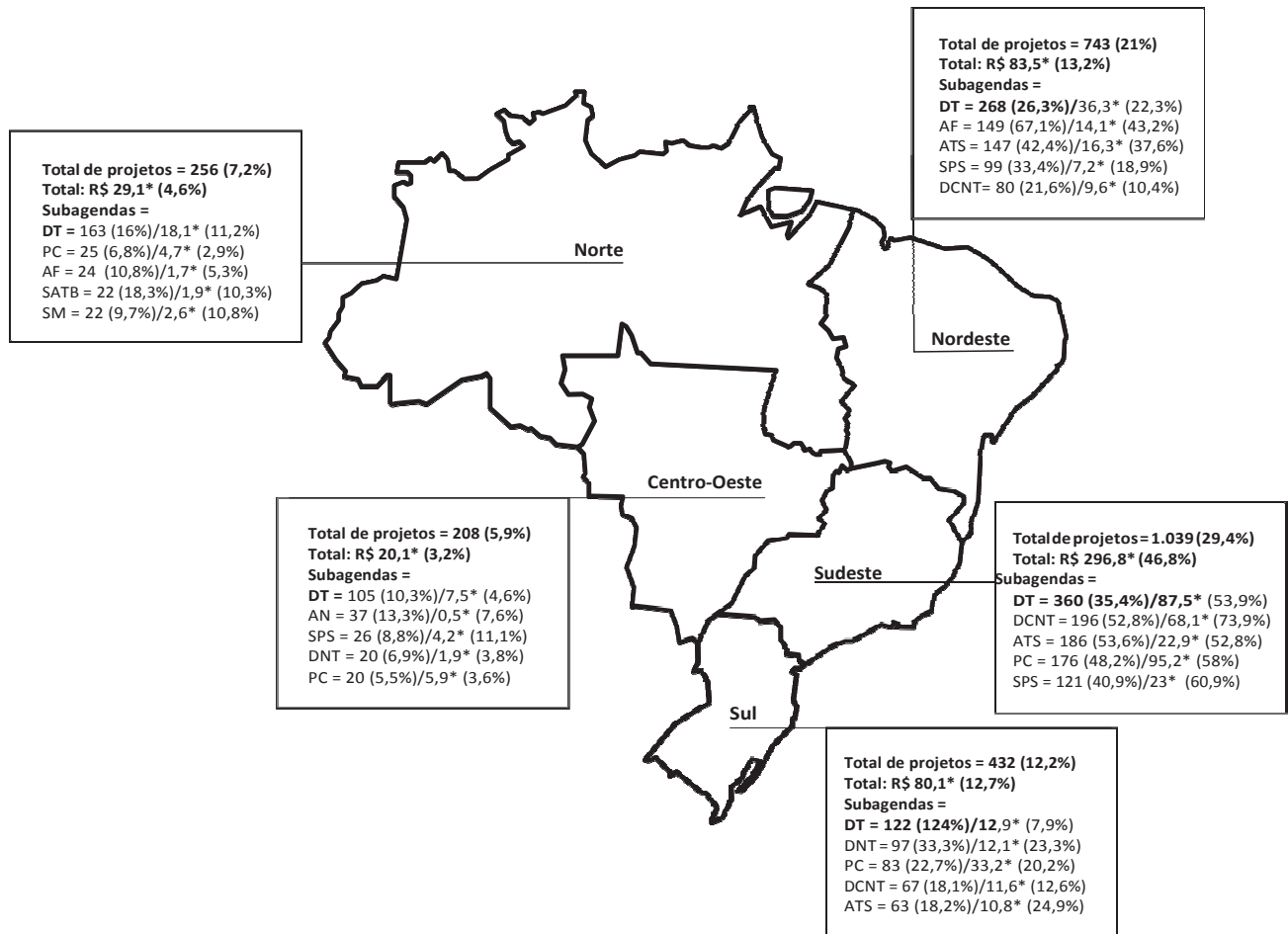
Fonte: BRASIL (2016).

*Valores em R\$ e multiplicados por 100 mil para apresentação no gráfico.

Ranqueando-se as subagendas da ANPPS com maior número de projetos aprovados, identificou-se uma convergência dos temas pesquisados nas regiões do País, destacando-se: doenças transmissíveis (presentes em todas as regiões); pesquisa clínica

(Sudeste, Sul, Centro-Oeste e Norte); avaliação de tecnologias em saúde e doenças crônicas não transmissíveis (Sudeste, Sul e Nordeste). O gráfico 3 apresenta as cinco subagendas mais pesquisadas no âmbito do PPSUS, segundo as regiões do País.

Gráfico 3. Distribuição das principais subagendas, mais pesquisadas no âmbito do PPSUS, segundo as regiões do País



Fonte: BRASIL (2016).

*Valores em R\$ e multiplicados por 100 mil para apresentação no gráfico.

Os resultados obtidos, a partir dos critérios utilizados para avaliação do grau de implantação do PPSUS entre os anos 2004 e 2012, e a respectiva situação de cada UF,

encontram-se descritos no quadro 2. Entre as 27 UF, verificou-se que todas participaram de, pelo menos, uma das cinco edições do PPSUS lançadas entre 2004 e 2012.

Quadro 2. Avaliação do grau de implantação do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde (PPSUS), nas UF

UF	Critério 1: Número de edições do PPSUS		Critério 2: Utilização do Modelo de Definição de Prioridades de Pesquisa		Critério 3: Utilização do Sistema de Julgamento do DDT		Critério 4: Utilização do Processo de A&A do DDT	
	Pontuação (0) nenhuma (15) até 3 (30) a partir de 4	Situação (1) NI (2) PI (3) I	Pontuação (0) nenhuma (7,5) até 3 (15) a partir de 4	Situação (1) NI (2) PI (3) I	Pontuação (0) nenhuma (7,5) até 3 (15) a partir de 4	Situação (1) NI (2) PI (3) I	Pontuação (0) nenhuma (5) até 3 (10) a partir de 4	Situação (1) NI (2) PI (3) I
AL	30	I	15	I	15	I	10	I
AM	30	I	15	I	15	I	10	I
BA	30	I	15	I	15	I	10	I
CE	30	I	15	I	15	I	10	I
ES	30	I	15	I	15	I	10	I
MA	30	I	15	I	15	I	10	I
MG	30	I	15	I	15	I	10	I
MS	30	I	15	I	15	I	10	I
MT	30	I	15	I	15	I	10	I
PA	30	I	15	I	15	I	10	I
PB	30	I	15	I	15	I	10	I
PE	30	I	15	I	15	I	10	I
PI	30	I	15	I	15	I	10	I
PR	30	I	15	I	15	I	10	I
RJ	30	I	15	I	15	I	10	I
RN	30	I	15	I	15	I	10	I
RS	30	I	15	I	15	I	10	I
SC	30	I	15	I	15	I	10	I
SE	30	I	15	I	15	I	10	I
SP	30	I	15	I	15	I	10	I
AC	15	PI	7,5	PI	7,5	PI	5	PI
AP	15	PI	7,5	PI	7,5	PI	5	PI
DF	15	PI	7,5	PI	7,5	PI	5	PI
GO	15	PI	7,5	PI	7,5	PI	5	PI
RO	15	PI	7,5	PI	7,5	PI	5	PI
RR	15	PI	7,5	PI	7,5	PI	5	PI
TO	15	PI	7,5	PI	7,5	PI	5	PI

Fonte: Elaboração própria.

DDT: Documento de Diretrizes Técnicas do Programa PPSUS

NI: Não Implementado

PI: Parcialmente Implementado

I: Implementado.

Da análise realizada nas 27 UF, observou-se que o PPSUS obteve a pontuação máxima em 20 UF, sendo considerado como uma intervenção que adotou o preconizado no DDT, tendo sido classificado como 'implantado'. Todas as 16 UF das regiões Sul, Sudeste e Nordeste compõem esse grupo. Entre as 11 UF das regiões Norte e Centro-Oeste, o programa atingiu esse patamar no Amazonas, no Pará, em Mato Grosso do Sul e em Mato Grosso. Nas demais, o PPSUS encontra-se na situação de 'parcialmente implantado'.

Discussão

A existência do documento de 'Diretrizes Técnicas' (BRASIL, 2014B), do 'Guia PPSUS: Seleção de prioridades de pesquisa em saúde' (BRASIL, 2009), assim como a do modelo lógico do PPSUS (OLIVEIRA, 2008), explicitando a teoria do programa, contribuiu para a implantação e execução do PPSUS no território nacional. As desigualdades regionais e intrarregionais ligadas à infraestrutura das FAP, sua capacidade econômica para aportar contrapartida financeira ao programa, a situação de saúde de cada estado, a massa crítica instalada em universidades e centros de pesquisa, e as prioridades de pesquisa de cada UF foram analisadas como características locais, requerendo soluções diferenciadas, distantes das receitas outrora utilizadas. Essa postura dos partícipes federais (MS e CNPq) do PPSUS transformou dificuldades em oportunidades e contribuiu para a implantação do programa em âmbito nacional.

Preliminarmente à discussão acerca dos resultados alcançados com a execução do PPSUS, será focado o grau de implantação do programa nas UF. Antes de serem formatados os critérios de avaliação, adotou-se as recomendações descritas por Denis & Champagne (1997) referentes à teoria do programa, à identificação das práticas necessárias à implantação da intervenção, à descrição das práticas correntes dos

partícipes e à análise da variação na implantação, a partir da variação das características contextuais.

A participação das UF nas cinco edições do programa ocorreu de forma não linear. As ausências em determinadas edições foram motivadas por diversos fatores, entre os quais a capacidade financeira da FAP, a inexistência de FAP na UF e, quando presentes, problemas referentes à regularidade fiscal, que impediram a celebração de convênios com o CNPq. Além disso, na edição 2011, somente dez UF participaram do programa. Esse grupo foi selecionado pelo próprio MS, considerando as peculiaridades daquela edição, que deveria englobar, também, a 'implantação das redes de pesquisa' nos estados (BRASIL, 2014A).

Portanto, na avaliação do 'grau de implantação' do PPSUS nas UF do País, adotou-se, entre outros critérios, o número de participação nas cinco edições lançadas. Constatou-se que, em 20 das 27 UF, o PPSUS foi avaliado como sendo um programa 'implantado'. Isto significa que aquelas UF participaram de quatro edições e seguiram o que preconiza o documento DDT do PPSUS.

Nas demais UF, com predomínio da região Norte, o programa é avaliado como 'parcialmente implementado'. Isto não significa que não foram adotados os ritos previstos no documento, mas constatou-se que as participações daquelas UF ficaram aquém das quatro edições definidas como parâmetros de avaliação e enquadramento na situação de 'implantado'.

Independentemente do grau de implantação, os resultados encontrados, com a execução do programa, demonstram a magnitude alcançada pelo PPSUS em relação aos investimentos globais (aumento de 325,8% entre a edição 2004 e a 2012), ao número de projetos submetidos (7.093), ao número de aprovados (2.923), ao aporte de recursos em todas as UF do País – inclusive, com contrapartida financeira de todas as FAP –, assim como em relação ao avanço na gestão compartilhada

das atividades, a observância à descentralização efetiva do poder decisório às FAP nas atividades sob sua responsabilidade.

Outro aspecto não menos importante foi a autonomia dada ao CNPq, pelo MS, com relação à gestão dos recursos federais aplicados no PPSUS e à celebração de convênios que possibilitaram a transferência efetiva, no tempo preciso, de recursos às FAP, garantindo a execução do programa em cada UF.

No âmbito do programa, a questão do poder decisório baseou-se em uma relação amistosa entre os partícipes, sem hierarquizações, mas centrado na responsabilidade e na experiência de cada um, na execução da atividade. Segundo Foucault (1982), só existirá realmente a descentralização do poder decisório entre os partícipes de uma intervenção quando não houver uma relação de hierarquia entre eles. De fato, além dos recursos, a gestão do PPSUS adota o modelo de descentralização das decisões baseado na etapa do programa.

O crescimento do programa, ao longo dos anos, fica evidenciado pela adesão das UF, das SES, e pelo interesse demonstrado pela comunidade científica, de participar das etapas, com destaque para as oficinas de definição das prioridades de pesquisa, no quantitativo de projetos submetidos em resposta às chamadas lançadas.

Identificou-se ampla participação de pesquisadores, gestores, técnicos das SES e representantes das FAP nos seminários parciais e finais de A&A. Este esforço conjunto assegura que os recursos investidos nas ações de fomento à pesquisa científica, tecnológica e de inovação contribuem para a resolução dos problemas prioritários de saúde demandados em cada UF do País, além de reforçar a necessidade de promover a descentralização e a desconcentração dos investimentos federais no setor saúde.

Dada a histórica desigualdade regional e intrarregional no fomento à pesquisa em saúde, o PPSUS constitui-se não só em um fator de desenvolvimento local, mas também

em um orientador de ações estratégicas nos serviços de saúde, possibilitando, inclusive, a inserção da pesquisa científica, tecnológica e de inovação em saúde nas agendas das SES.

A definição das prioridades de pesquisa por cada UF é um fator preponderante e também inovador desse processo, e contou, ao longo das edições do programa, com a participação de técnicos das SES, das FAP, do MS, do CNPq, de pesquisadores de instituições de ensino e pesquisa, além de representantes do controle social (BRASIL, 2009). Este último, exercido por intermédio das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde.

Nesta etapa, o programa apoia-se firmemente no conhecimento dos gestores do SUS e na expertise dos pesquisadores para identificação e resolução dos problemas de saúde enfrentados em cada UF. Coube às SES, apoiadas pelas FAP, o papel de articular e sistematizar as prioridades de pesquisa que compõem os editais e/ou chamadas lançados no âmbito do PPSUS, nas UF.

O estabelecimento de prioridades de pesquisa orienta a aplicação dos recursos de maneira mais racional, mais focado nas necessidades de saúde, e não apenas para manter linhas de pesquisa nas universidades e/ou centros de pesquisa. Este redirecionamento do fomento pode diminuir os efeitos previstos no desequilíbrio conhecido como 'gap 10/90', onde apenas 10% dos recursos disponíveis para pesquisa são direcionados às doenças e agravos, que afetam 90% da população (GLOBAL FORUM FOR HEALTH RESEARCH, 2000).

O enquadramento dos 2.923 projetos financiados pelo PPSUS no âmbito das subagendas de pesquisa identificou uma convergência de temas por regiões do País, o que caracteriza um perfil nacional de prioridades de pesquisa no setor saúde, mesmo sendo respeitadas as vocações regionais e os problemas locais de saúde. A subagenda 'doenças transmissíveis' – que foi definida localmente, mas está presentes nas cinco regiões do País – conta com 1.018 (34%) projetos financiados.

Em um ambiente com escassez de recursos aliada à emergência e à reemergência de doenças, é fundamental aproximar o universo científico da atividade de atenção à saúde e possibilitar que a saúde pública interaja, de forma mais efetiva, com a CTIS. Esse estreitamento entre produtores e usuários do conhecimento pode contribuir com a geração, e consequente incorporação, pelo SUS, de soluções pelas quais a sociedade brasileira tanto anseia.

A avaliação como campo conceitual e de trabalho não está bem definida: o papel do avaliador carece de clareza e os conceitos da área são utilizados de formas diferentes. Além disso, frequentemente são criados novos conceitos, que redundam em uma imensa diversidade terminológica (VIEIRA-DASILVA; FORMIGLI, 1994), indicando a riqueza do campo da avaliação e, ao mesmo tempo, gerando dificuldades para uma comunicação clara sobre o tema (PATTON, 1982). Isso pôde ser comprovado durante os seminários de A&A dos projetos aprovados, quando o PPSUS conseguiu compor uma mesa de discussão com membros das FAP, da comunidade científica e dos serviços do SUS, criando novos conceitos e gerando novas incorporações dos resultados alcançados.

Além dos resultados científicos, evidenciados pelas publicações de artigos, livros e patentes, destaca-se, também, a formação de recursos humanos para o setor saúde, considerando que teses e dissertações foram desenvolvidas e concluídas com o apoio do programa. Esta vertente de apoio contribuiu para a qualificação de recursos humanos, com a perspectiva de incorporação dos conhecimentos e das tecnologias produzidas às ações e aos serviços do SUS, gerando mudanças de pensamento, de comportamento e programáticas ou organizacionais, nas práticas e na cultura, como resultado da aprendizagem, durante o processo avaliativo. Acredita-se que adotar o pressuposto de foco na utilidade requer a necessária coerência entre os propósitos e procedimentos da avaliação (FIGUEIRÓ ET AL. 2012).

Há avanços na formação de mestres e doutores no País. No entanto, as regiões Norte e Centro-Oeste detêm pouco mais de 15% dessa massa crítica especializada. Estudo do Centro de Gestão e Estudos Estratégicos (CGEE, 2010) indica que 70% dos doutores do País são formados na região Sudeste, fato que reforça a endogenia da formação e dificulta a fixação desses profissionais em outras regiões brasileiras.

Além das publicações técnicas e científicas sob responsabilidade dos pesquisadores apoiados, o Decit/SCTIE-MS formatou o 'Encontro Nacional do PPSUS: iniciativas inovadoras de pesquisa em saúde' (BRASIL, 2014C), realizado em Brasília, com o objetivo de ampliar a divulgação dos resultados mais promissores alcançados pelos projetos apoiados entre os membros da academia e gestores do SUS.

No âmbito do PPSUS, a avaliação dos resultados alcançados e sua divulgação estão bem estruturadas. No entanto, é preciso formatar instrumentos que facilitem ou permitam que o conhecimento gerado e as intervenções sanitárias resultantes sejam efetivamente incorporados às políticas e ações de saúde pública (MOREL, 2004). Segundo Toma *et al.* (2011), é preciso fortalecer as relações entre pesquisadores e gestores do SUS, pois suas atuações nas dimensões do 'fazer ciência' e 'tomar decisões' não os aproxima, e pode dificultar e/ou impossibilitar possíveis incorporações, no SUS, das soluções produzidas pelas pesquisas.

Na quinta edição do DDT do PPSUS (BRASIL, 2014B, P. 17), ficou estabelecido que caberá às SES, a partir dos resultados apresentados nos seminários finais de A&A, a "análise do potencial e incentivo à incorporação dos resultados das pesquisas nos serviços de saúde", inclusive a obrigação de "estabelecer estratégias" que possibilitem essa incorporação. As estratégias utilizadas no PPSUS, para disseminação das informações em saúde, buscam envolver todos os atores e setores dos mais diversos níveis, possibilitando a

aproximação da academia dos serviços de saúde, a participação efetiva dos gestores de saúde no programa e o envolvimento do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) nas ações estratégicas do programa.

Considerações finais

A execução do PPSUS possibilitou a aproximação entre os sistemas estaduais de saúde e de ciência e tecnologia, contribuiu para a consolidação do sistema estadual de ciência e tecnologia, incentivou a formação de recursos humanos (mestres e doutores) na área da saúde, atendeu às necessidades locais de pesquisa em saúde e contribuiu para a desconcentração dos investimentos feitos pelo governo federal no setor saúde. Estas contribuições demonstram que o programa obteve êxito, e que a formação de seu

modelo lógico e a utilização do DDT foram instrumentos essenciais para a sua implantação nas UF do País.

Agradecimentos

Este trabalho não teria sido desenvolvido sem a solidária colaboração e o empenho de Luci Sheffer e Celia Aly, do Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS, do Ministério da Saúde; de Daniela Scarabucci, da Coordenação de Biociências, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico; e de Sidney Domingos, do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, de São Paulo.

Colaboradores

Todos os autores contribuíram substancialmente na concepção, no planejamento, na análise e na interpretação dos dados. s

Referências

BARROS, F. A. F. Os desequilíbrios regionais da produção técnico-científica. *São Paulo Perspec.*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 12-19, jul./set. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Descentralização no contexto do fomento à pesquisa em saúde*. *Rev. Saúde Pública*, São

Paulo, v. 45, n. 3, p. 626-30, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Seleção de prioridades de pesquisa em saúde: guia PPSUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009 (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Pesquisas estratégicas para o sistema de saúde*: PESS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Programa de Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde: diretrizes técnicas*. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2015/mar-co/30/diretrizes-tecnicas-PPSUS-2014.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Encontro Nacional do PPSUS: iniciativas inovadoras de pesquisa em saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014c. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/encontro_nacional_ppsus.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2017.

_____. 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/pesquisa-saude>>. Acesso em: 3 fev. 2016.

CENTRO DE GESTÃO E ESTUDOS ESTRATÉGICOS (CGEE). *Descentralização do fomento à ciência, tecnologia e inovação no Brasil*. Brasília, DF: CGEE, 2010. Disponível em: <<http://www.cgee.org.br/publicacoes/descentralizacao.php>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

CHEN, H. T. *Theory-Driven Evaluations*. London: Sage Publication, 1990.

DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise da implantação. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997, p. 49-88.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

FIGUEIRÓ, A. C. *et al.* Usos e influência da avaliação em saúde em dois estudos sobre o Programa Nacional de Controle da Dengue. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2095-2105, nov. 2012.

GLOBAL FORUM FOR HEALTH RESEARCH. *The 10/90 Report on Health Research*. Geneva: WHO, 2000.

MOREL, C. M. A pesquisa em saúde e os objetivos do milênio: desafios e oportunidades globais, Soluções e políticas nacionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 261-270, 2004.

OLIVEIRA, M. M. *Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em Saúde – PPSUS: construção de modelo lógico e da matriz de medidas avaliativas*. 2008. 132 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

PATTON, M. Q. *Practical evaluation*. Beverly Hills: Sage Publications, 1982.

TOMA, T. S. *et al.* PPSUS e o desafio da incorporação dos resultados das pesquisas no Estado de São Paulo. *Bis*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 15-25, abr. 2011.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. *Avaliação de políticas e programas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro; Salvador: Fiocruz; Edufba, 2005, p. 15-40.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 10, p. 80-91, mar. 1994.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. *et al.* Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica. Salvador, 2005-2008. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, Recife, n. 10, supl. n. 1, p. s131-s143, nov. 2010.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

Recebido para publicação em abril de 2016
Versão final em outubro de 2016
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

3.1.2 O Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde e sua execução via Sistema de Gestão de Convênios e Contratos de Repasse.

Trabalho apresentado à Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência - SBPC. A 69ª SBPC foi realizada entre os dias 16 a 22 de julho de 2017, na Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Pampula, Belo Horizonte. O trabalho sob o nº 2840 foi enquadrado na subárea de Saúde Pública (4.06.2) e aceito pela Comissão Organizadora para ser apresentado no formato de pôster no dia 20/07/2017. Segundo a SBPC, a partir de novembro de 2017 serão publicados os Anais/Resumos no formato de livro eletrônico online, no site: <http://portal.sbpcnet.org.br/publicacoes/tipo/reunioes-anuais/>. Registro do ISSN nº 2176-1221.

Emissão de Certificado: Julho de 2017. Certificado nº AT69RA2840 - Este número permite a verificação da autenticidade deste documento no site da SBPC: <http://portal.sbpcnet.org.br/certificados/>.

Considerando que os ANAIS da 69ª SBPC ainda não foram publicados, o trabalho apresentado, como parte integrante dessa tese, estará em seu formato de submissão à 69ª SBPC.



69ª REUNIÃO ANUAL DA SBPC

16 A 22 DE JULHO DE 2017 | UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS | BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

Certificamos que o trabalho **O PROGRAMA PESQUISA PARA O SUS: GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE E SUA EXECUÇÃO VIA SISTEMA DE GESTÃO DE CONVÊNIOS E CONTRATOS DE REPASSE**, de autoria de *Gilberto Ferreira de Souza, Luci Fabiane Scheffer Moraes, Suzana Rachel de Oliveira, Ana Paula Reche Corrêa e Luciana Calabro*, foi apresentado, na forma de pôster, na 69ª Reunião Anual da SBPC, realizada de 16 a 22 de julho de 2017, na Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Belo Horizonte/MG, Brasil.

Emissão: Julho de 2017.

Certificado nº AT69RA2840 - Este número permite a verificação da autenticidade deste documento no site da SBPC:

<http://portal.sbpnet.org.br/certificados/>



TRABALHO APRESENTADO À 69ª SBPC

O PROGRAMA PESQUISA PARA O SUS: GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE E SUA EXECUÇÃO VIA SISTEMA DE GESTÃO DE CONVÊNIOS E CONTRATOS DE REPASSE

Gilberto Ferreira de Souza¹, Luci Fabiane Scheffer Moraes²,
Suzana Rachel de Oliveira³, Ana Paula Reche Corrêa³, Luciana Calabro⁴

Resumo

O Brasil é um país com dimensões continentais e essa magnitude reflete-se em suas diferenças regionais e intra-regionais nas dimensões sócio-cultural, econômica, tecnológica e, principalmente, no campo da saúde. Portanto, formatar programas e/ou sistemas que atendam a essas disparidades e que contribuam para a resolução de problemas da população é tarefa árdua e muito complexa. Este trabalho objetiva avaliar a efetividade do Sistema de Gestão de Convênios e Contratos de Repasse na gestão operacional das transferências realizadas pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico às Fundações de Apoio/Amparo à Pesquisa dos estados participantes do Programa de pesquisa para o sus: gestão compartilhada em saúde, entre os anos de 2008 a 2016. Esse sistema caracteriza-se por estar disponível na rede mundial de computadores e aberto à consulta pública, contribuindo com a transparência das ações governamentais.

Palavras-Chave: Programa PPSUS; Sistema SICONV; Transferências voluntárias.

Introdução

Com a finalidade de financiar pesquisas científicas e tecnológicas relativas aos temas constantes da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde – ANPPS (BRASIL, 2009), em 2002, o Departamento de Ciência e Tecnologia – DECIT, do Ministério da Saúde – MS formatou o Programa de Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS (BRASIL, 2011). O programa conta com parceiros

¹ Doutorando do Programa de Educação em Ciências da UFRGS. gilberto.souza@cnpq.br.

² Consultora do Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS do Ministério da Saúde.

³ Analista em Ciência e Tecnologia do CNPq.

⁴ Docente do Programa de Pós Graduação em Educação em Ciências da UFRGS.

federais (Ministério da Saúde - MS e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq) e estaduais (Fundações de Apoio/Amparo à Pesquisa - FAPs e Secretarias de Saúde - SES). A partir de 2003, o CNPq integra o PPSUS e é o responsável pela gestão operacional do Programa.

O PPSUS caracteriza-se por ser uma ação de execução descentralizada, com aporte de recursos federais e estaduais, e por compartilhar o poder decisório entre seus partícipes. Seus objetivos são amplos e buscam contribuir com a resolução dos problemas prioritários de saúde da população brasileira, com o aprimoramento da gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e, ainda, almeja promover a aproximação entre os Sistemas de Saúde e de Ciência e Tecnologia estaduais.

Os recursos federais pactuados no âmbito do PPSUS, sob responsabilidade do DECIT/MS, são repassados às FAPs via convênios celebrados com o CNPq. A partir de 2008, a Portaria Interministerial nº 127/2008, editada pelos ministérios do Planejamento, Orçamento e Gestão, da Fazenda, e do Controle e da Transparência, estabeleceu-se que as transferências de recursos da União a estados e municípios mediante a celebração de convênios e contratos de repasse dar-se-ia, exclusivamente, via Sistema SICONV.

Com essa nova diretriz normativa, desde 2008 o CNPq, gestor operacional do PPSUS, vem utilizando o SICONV – um sistema que se caracteriza por sua disponibilidade na web, acessível à consulta pública – como mecanismo que viabiliza as transferências de recursos da União às FAPs partícipes do Programa PPSUS.

Nessa linha, o objetivo deste trabalho é avaliar a efetividade do Sistema SICONV como veículo utilizado para transferir recursos da União às FAPs, entre 2008 e 2016, no âmbito do Programa PPSUS.

Metodologia

Adotou-se o estudo de casos múltiplos (YIN, 2001) como estratégia de pesquisa, que foi baseada na observação e busca ativa nos documentos que retratam a execução do programa nas FAPs. Os recursos investidos no Programa PPSUS, sob

responsabilidade do DECIT/MS foram mapeados no Sistema SICONV, nos campos “Dados”, “Cronograma de Desembolso - Concedente” e “Concedente – OBs”. Para acessar o sistema, os autores/servidores do CNPq utilizaram suas respectivas senhas de acesso ao Sistema SICONV, via link “Acesso ao SICONV – Produção”.

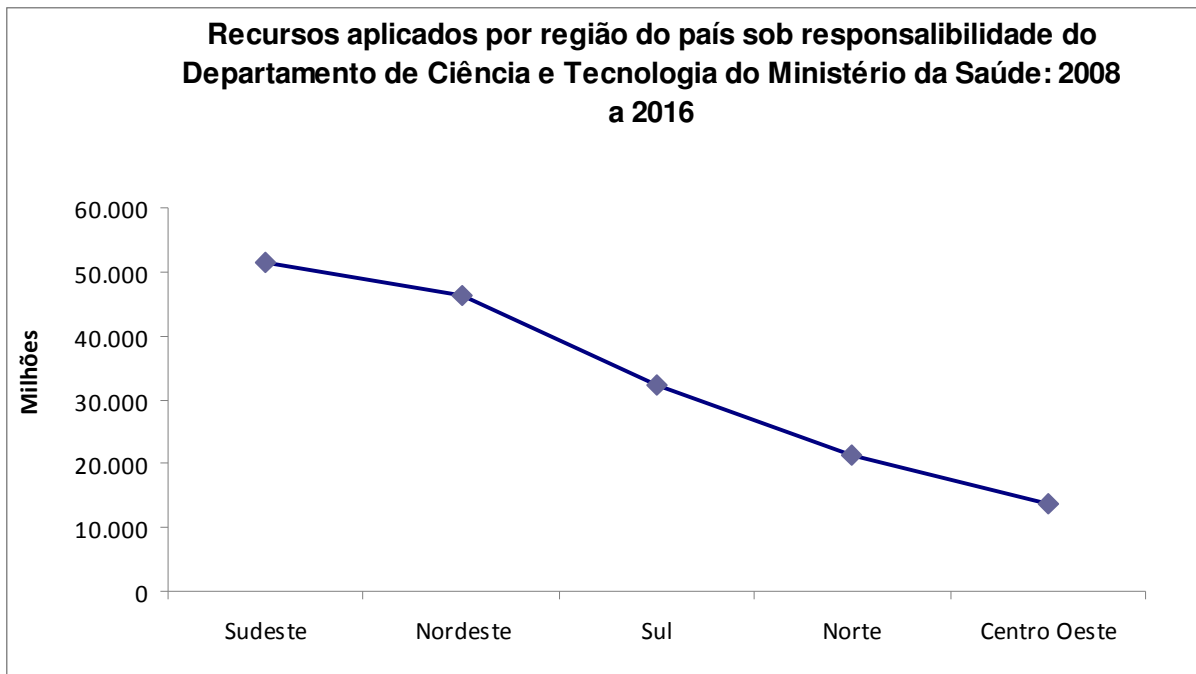
Resultados e Discussão

A partir de 2008, a transferência de recursos pactuados pela administração federal passou a ser regulamentada pela PO 127/2008, que estabeleceu o rito a ser utilizado pelos órgãos e entidades da Administração Pública Federal para transferir recursos oriundos da União a estados e municípios. O CNPq adotou esse modelo de transferências para viabilizar as cinco últimas edições do Programa PPSUS. Os investimentos sob responsabilidade do DECIT/MS totalizaram aproximadamente 165 milhões de reais, distribuídos entre as regiões do país, conforme descrito no Gráfico 1, que apresenta apenas os investimentos federais no programa.

A partir da identificação do volume de recursos repassados nas edições bem-sucedidas do programa, o Sistema SICONV mostrou-se adequado como veículo de repasse de recursos da União às FAPs, o que pode ser verificado nos dados disponíveis na web, abertos à consulta pública. O acesso livre ao sistema maximiza a transparência das ações e programas e possibilita ao gestor e aos órgãos de controle federais e estaduais o acompanhamento, em tempo real, dos registros lançados, que atestam a execução do objeto pactuado entre o CNPq e as FAPs.

Além disso, o Sistema SICONV também está conectado com outros sistemas utilizados pela Administração Pública, como o Sistema Integrado de Administração Financeira – SIAFI e o Serviço Auxiliar de Informações para Transferências Voluntárias – CAUC. Essas parcerias permitem, dentre outros benefícios, a verificação da adimplência dos partícipes dos convênios junto a diversos órgãos federais, sendo possível a visualização de toda a documentação que compõe o convênio, inclusive aquelas que retratam a execução financeira de seu objeto.

Gráfico 1. Recursos aplicados por região do país sob responsabilidade do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde: 2008 a 2016.



Fonte: Elaborado pelos autores, a partir de dados constantes no Sistema SICONV.

Conclusões

A partir dos dados extraídos do Sistema SICONV é factível afirmar que o sistema é adequado e efetivo como mecanismo de transferência de recursos da União às FAPs. Sua utilização maximiza a transparência do objeto executado e facilita o seu acompanhamento pelos gestores federais, estaduais e pelos órgãos de controle, tanto da União, como dos estados partícipes do Programa PPSUS. Embora o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, gestor do Sistema SICONV, tenha feito parceria com a Escola Nacional de Administração Pública – ENAP para ofertar treinamentos presenciais e à distância, verifica-se que há um grande déficit de usuários capacitados a operacionalizá-lo de maneira adequada. Essa fragilidade é agravada pelo rodízio dos colaboradores que atuam, principalmente, no âmbito das FAPs e operam o sistema em seus diversos níveis. Outra vertente que dificulta sua utilização consiste no seu grau de

detalhamento, que correspondem aos diversos dispositivos legais que devem ser cumpridos no rito de celebração e execução de convênios. Apesar das dificuldades relatadas quanto ao uso do sistema, em dezembro/2016, foi editada a Portaria Interministerial nº 424/2016, a qual mantém a obrigatoriedade do uso do Sistema SICONV como mecanismo de transferências de recursos oriundos da União a estados e municípios.

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Seleção de prioridades de pesquisa em saúde: guia PPSUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 60 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Descentralização no contexto do fomento à pesquisa em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 626-30, 2011.

YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos / Robert K. Yin; trad. Daniel Grassi – 2.ed. – Porto Alegre: Bookman, 2001.

3.1.3 Pesquisas fomentadas pelo Ministério da Saúde na subagenda sistemas e políticas de saúde, Brasil 2002 – 2014.

Trabalho apresentado ao 3º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. O 3º congresso, organizado pela ABRASCO, ocorreu em Natal, RN, entre os dias, 01 a 04 de maio de 2017. O trabalho sob o nº 14860 foi aprovado pela comissão científica e figura como parte integrante dessa tese, no seu formato de submissão ao congresso.

3º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde
UFRN - Natal/RN
01 a 04 de maio de 2017

COMPROVANTE DE TRABALHO APROVADO

Trabalho nº 14860

Prezado(a) LUCI FABIANE SCHEFFER MORAES

Seu trabalho intitulado **PESQUISAS FOMENTADAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE NA SUBAGENDA SISTEMAS E POLÍTICAS DE SAÚDE, BRASIL 2002 – 2014.** foi aprovado para a apresentação no **3º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde** na modalidade **Poster em Rodas de Conversa.**

Comissão Científica

29/05/2017

ABRASCO - 00.665.448/0001-24

TRABALHO APRESENTADO AO 3º CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE

Título:	PESQUISAS FOMENTADAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE NA SUBAGENDA SISTEMAS E POLÍTICAS DE SAÚDE, BRASIL 2002 – 2014.
Modalidade desejada:	Comunicação Coordenada
Tema:	Relato de Pesquisa / 3) PLANEJAMENTO, PROGRAMAÇÃO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE.
Texto (resumo):	<p><u>Introdução</u></p> <p>A Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde promulgada em 1990 definem as bases legais para a Saúde. A Lei nº 8.080/96 estabelece as competências do Sistema Único de Saúde (SUS), entre as quais o incremento do desenvolvimento científico e tecnológico no campo da saúde². Diante desse desafio, o Ministério da Saúde (MS) passou a liderar a gestão de ciência, tecnologia e inovação em saúde, tornando-se um importante financiador, indutor e usuário da pesquisa em saúde. A partir do ano 2000, com a estruturação do Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit), e em 2003, com a criação da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), o financiamento aumentou³. Com o intuito de aproximar o saber científico das práticas sanitárias e dos problemas de saúde da população brasileira, em 2003 foi construída e implantada a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS), que tem como mecanismo a indução seletiva da produção de conhecimentos e bens materiais e processuais nas áreas prioritárias para o desenvolvimento das políticas sociais e de saúde⁴.</p> <p><u>Objetivos</u></p> <p>Analisar o perfil das pesquisas financiadas pelo Decit/SCTIE/MS na subagenda Sistemas e Políticas em Saúde quanto, distribuição quantitativa e financeira por estado e região, assim como ao tipo e objeto de estudo e natureza das pesquisas, no período de 2002 a 2014.</p>

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo e bibliográfico, onde se adotou como recorte metodológico a análise de fontes documentais das pesquisas financiadas pelo MS, no período de 2002 a 2014. A busca foi realizada no site do MS/Decit–Base de Dados Gerencial, a partir do endereço eletrônico: <http://pesquisasaude.saude.gov.br/bdgdecit/>, onde foi pesquisada a subagenda “sistemas e políticas em saúde”. Como resultados, serão apresentados os financiamentos da pesquisa no Brasil na área de sistemas e políticas em saúde, objetivando responder às seguintes questões: Qual o montante de recursos destinados pela União ao desenvolvimento da CTIS nesse período? Quais os montantes recebidos pelas pesquisas? Quais as regiões do Brasil que têm enviado e aprovado mais projetos de pesquisa nessa área? Qual o tipo, objeto e natureza das pesquisas que predominam nesta subagenda e a sua aplicabilidade no SUS?

Resultados e Discussão

De 2002 a 2014, foram financiadas 298 pesquisas e investidos R\$38,4 milhões. Desse montante, foram investidos R\$21,8 milhões em 6 editais que fomentaram 71 pesquisas (23,8%); R\$14,9 milhões em 86 editais do fomento descentralizado (PPSUS) que fomentaram 218 pesquisas (73,1%); e R\$1,8 milhão em 9 contratações diretas (3,0%). A distribuição dos projetos por região apresenta o Sudeste com 123 (41,3%), o Nordeste com 99 (33,2%), o Centro-oeste com 26 (8,7%), o Sul com 13 (4,4%) e o Norte com 10 (3,3%). Predominaram as pesquisas na área de sistemas de saúde, planejamento, gestão de políticas, programas e serviços de saúde (73,5%) e na sua maioria eram quantitativas. Grande parte apresentou como objeto de estudo o processo de descentralização, regionalização da atenção e gestão em saúde, a avaliação da qualidade dos serviços e do acesso aos usuários. Tais estudos apontaram a fragmentação dos processos de trabalho, a fragilidade da informação e da tomada de decisão na gestão e nos serviços. Isso reforça a importância de aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, o que implica na mudança de cultura, dos processos decisórios e do planejamento.

Conclusões/Considerações Finais

Os dados apresentados mostram a importância e o desenvolvimento de pesquisas na área de sistemas e políticas de saúde em todo o Brasil, o que evidencia o interesse crescente da comunidade científica em atender às demandas de pesquisa

nesta área e a importância dessas iniciativas, pois contribuem de forma definitiva para o fortalecimento e consolidação do SUS.

Referências

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
2. Brasil. Lei nº 8.080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: . Acessado em: 10 jun 2010.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit). Base de Dados Gerencial.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Processo de definição de prioridades de pesquisa em saúde: a experiência brasileira/Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Apresentador: Luci Fabiane Scheffer Moraes - lucisheffer@gmail.com

Dados dos Autores:
> Luci Fabiane - Moraes - Unisul
> Gilberto Ferreira de Souza - Souza, G.F. - CNPq
> Elisabeth Meloni Vieira - Vieira, E.M. - USP/RP
> Kenio Costa de Lima - Lima, K.C. - UFRN

3.1.4 Programa Pesquisa para o SUS - gestão compartilhada em saúde: desafios enfrentados na definição de temas e linhas de pesquisas prioritárias.

Artigo submetido à publicação na Revista Meta: Avaliação, Editada pela Fundação Cesgranrio, ISSN 2175-2753. Área de Avaliação: Ensino - Qualis: A2, apresentado como parte integrante dessa tese, em seu formato de submissão à revista.

ARTIGO SUMETIDO À REVISTA META: AVALIAÇÃO

Programa Pesquisa para o SUS - gestão compartilhada em saúde: desafios enfrentados na definição de temas e linhas de pesquisas prioritárias

Resumo

O estudo objetivou analisar o modelo de definição de prioridades de pesquisa do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde, apontando o processo e os métodos utilizados para determinar, por estado, as linhas de pesquisa prioritárias na saúde. Adotou-se, como estratégia de pesquisa, o estudo de casos múltiplos Yin (2001), apoiada nos documentos constitutivos do programa e seus editais lançados entre 2004 a 2012 e na literatura referente às estratégias de priorização temática da pesquisa. Como resultado, mapeou-se o modelo adotado e identificou as dez linhas de pesquisa prioritárias mais apoiadas. O programa é uma política pública de execução descentralizada, que já produziu importantes resultados de pesquisa, com foco em problemas prioritários de saúde, na vocação de pesquisa e nas realidades locais. O sucesso dessa ação ancora-se em seu modelo de definição de prioridades de pesquisa, centrado no estado.

Palavra Chave: Pesquisa prioritária, PPSUS, descentralização.

Program Research for SUS - shared health management: challenges faced in the setting of themes and lines of priority research

Abstract

The study aimed to analyze the research priorities setting model of the SUS Research Program: shared health management, pointing out the process and methods used to determine, by state, the priority lines of research in health. As a research strategy, it was adopted the study of multiple cases supported by Yin (2001), based on the constitutive documents of the program and its notices published between 2004 and 2012 and on the literature on the strategies of thematic prioritization of the research. As a result, the adopted model was mapped and identified the ten most supported priority research lines. The program is a decentralized public policy that has already produced important research results, focusing on priority health problems, the vocation of research and local realities. The success of this action is anchored in its state-centered model of research priorities.

Keyword: priority research, PPSUS, decentralization.

Programa Investigación para el SUS - gestión compartida en salud: desafíos enfrentados en la definición de temas y líneas de investigación prioritarias

Resumen

El estudio objetivó analizar el modelo de definición de prioridades de investigación del Programa Pesquisa para el SUS: gestión compartida en salud, apuntando el proceso y los métodos utilizados para determinar, por Estado, las líneas de investigación prioritarias en la salud. Se adoptó, como estrategia de investigación, el estudio de casos múltiples Yin (2001), apoyado en los documentos constitutivos del programa y sus ediciones lanzadas entre 2004 y 2012 y en la literatura referente a las estrategias de priorización temática de la investigación. Como resultado, se mapeó el modelo adoptado e identificó las diez líneas de investigación prioritarias más apoyadas. El programa es una política pública, de ejecución descentralizada, que ya ha producido importantes resultados de investigación, con foco en problemas prioritarios de salud, en la vocación de investigación y en las realidades locales. El éxito de esta acción se ancla en su modelo de definición de prioridades de investigación, centrado en el Estado.

Palabra Clave: Investigación prioritaria, PPSUS, descentralización

1. Introdução

O que é ser prioritário? O conceito e seus significados dependem fortemente do “olhar” dispensado por quem ousa identificá-lo ou descrevê-lo. Segundo Echeverria (1997, p. 40) “nunca podemos dizer como as coisas realmente são: só podemos dizer como nós as interpretamos ou consideramos”. Portanto, identificar problemas e definir temas e suas respectivas linhas de pesquisa prioritárias capazes de contribuir com soluções tecnológicas é uma tarefa dispendiosa. Priorizar pesquisas no universo da saúde é ainda mais complexo, pois envolve vidas humanas. No Brasil, as carências desse setor são visíveis em múltiplos cenários.

As dificuldades englobam a infraestrutura de pesquisa instalada no país e sua respectiva concentração, as desigualdades regionais no campo da pesquisa, a formação e fixação de recursos humanos em todo o território nacional, incluindo pesquisadores e técnicos, sendo fortemente agravadas pela descontinuidade do volume de recursos destinados ao fomento à pesquisa. Avolumam-se, ainda, pelas condições adversas de saúde da população brasileira, que

se tornam mais complexas devido à transição demográfica e epidemiológica vivenciada pelo país.

A lista não é exaustiva, mas indica grandes dificuldades para o processo de definição de prioridades de pesquisa em um contexto caracterizado pela necessidade e pela emergência das ações no campo da saúde.

Logo, definir o que é prioritário não é tarefa fácil, lógica, processual e corriqueira. Constitui-se em árduo processo de negociação, envolvendo atores políticos, acadêmicos, gerenciais e aqueles que compõem o controle social, todos defendendo suas respectivas dimensões (KINGDOM, 1995), motivo pelo qual, a definição de prioridades de pesquisa necessita amparar-se em processo com métodos especificados para garantir sua legitimidade (NUENS, 2007; GIBSON; MARTINS, 2004).

Há que se considerar nesses métodos de garantia de legitimidade que a definição de prioridades de pesquisa torna-se mais complexa no âmbito do Sistema Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde - SNCTIS. Isso porque, além da inserção institucional dos diversos atores estratégicos que defendem seus próprios interesses (KINGDOM, 1995), deve-se observar o modelo de implementação descentralizado, que traz uma nova dimensão a essa complexidade quando incluem atores atuantes em diferentes esferas de governo (ARRETCHE, 1999), que interagem com as diversas estruturas organizacionais que compõem o SNCTIS.

Embora composto por interesses difusos e conflitantes, priorizar o que deve ser pesquisado não pode ser definido como algo impossível, inatingível. Nos últimos anos, o país construiu um arcabouço institucional, técnico e jurídico capaz de subsidiar o processo de definição de prioridades de pesquisa no campo da saúde.

O Ministério da Saúde - MS, por intermédio do Departamento de Ciência e Tecnologia - DECIT, criado em 2000, assumiu posição de vanguarda na condução da pesquisa em saúde no país. Em 2004, durante a II Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde - II CNCTIS, foram aprovadas a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde - PNCTIS e a Agenda Nacional de Prioridade de Pesquisa em Saúde - ANPPS. Essa agenda tem como principal pressuposto o respeito às necessidades nacionais e, também, às de caráter regional de saúde. Busca, ainda, incrementar a indução seletiva de pesquisa com foco na produção de conhecimentos que contribuam com o desenvolvimento mais harmônico do país (BRASIL, 2008; 2009; 2011).

A partir desse novo arranjo institucional, as pesquisas a serem implementadas no campo da saúde deveriam observar as diretrizes e princípios da PNCTIS, em estreito alinhamento com os temas da ANPPS. Nesse cenário mais favorável, o DECIT desenhou o Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde - PPSUS, objeto de discussão desse artigo no quesito definição de prioridades de pesquisa.

O PPSUS, executado de forma descentralizada pelas unidades da federação - UF, conta com um arranjo institucional próprio, que envolve um modelo lógico (OLIVEIRA, 2008) e um Documento de Diretrizes Técnicas - DDT (BRASIL, 2014), com parceiros federais (MS e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq) e estaduais (Fundações de Amparo/Apoio à Pesquisa - FAPs e as Secretarias Estaduais de Saúde - SES), que implementam as ações utilizando recursos oriundos do governo federal e dos governos estaduais.

A primeira edição do PPSUS foi implementada pelo MS no período 2001/2003 e contou com suporte do Fundo Nacional de Saúde - FNS e da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura - UNESCO, contemplando as FAPs dos Estados de Alagoas, do Ceará, de Mato Grosso do Sul, da Paraíba, de Pernambuco, do Piauí, de Sergipe, da Bahia, de Minas Gerais e de Santa Catarina.

Em 2003, o DECIT firmou parceria com o CNPq para implantar o programa em todas as UFs, iniciativa que resultou no lançamento das edições 2004, 2006, 2008, 2011, 2012, 2015 e 2016, com investimentos da ordem de 274 milhões de reais, culminando no financiamento de aproximadamente 2.900 projetos de pesquisa científica, tecnológica e/ou de inovação no campo da saúde.

Este artigo objetivou identificar e analisar o “modelo de definição de prioridades de pesquisa” utilizado pelo PPSUS, apontando quais são os processos utilizados para responder à questão: quais temas e respectivas linhas de pesquisa são prioritários no campo da saúde e que devem ser objeto de financiamento do PPSUS?

2. Procedimentos metodológicos

O PPSUS é uma ação executada de forma descentralizada (recursos e poder decisório) nas 27 UFs. Em face dessa característica, adotou-se como estratégia de pesquisa o estudo de casos

múltiplos (YIN, 2001) com o intuito de identificar e descrever o modelo adotado pelo PPSUS no processo de definir temas e linhas de pesquisa prioritárias por UF.

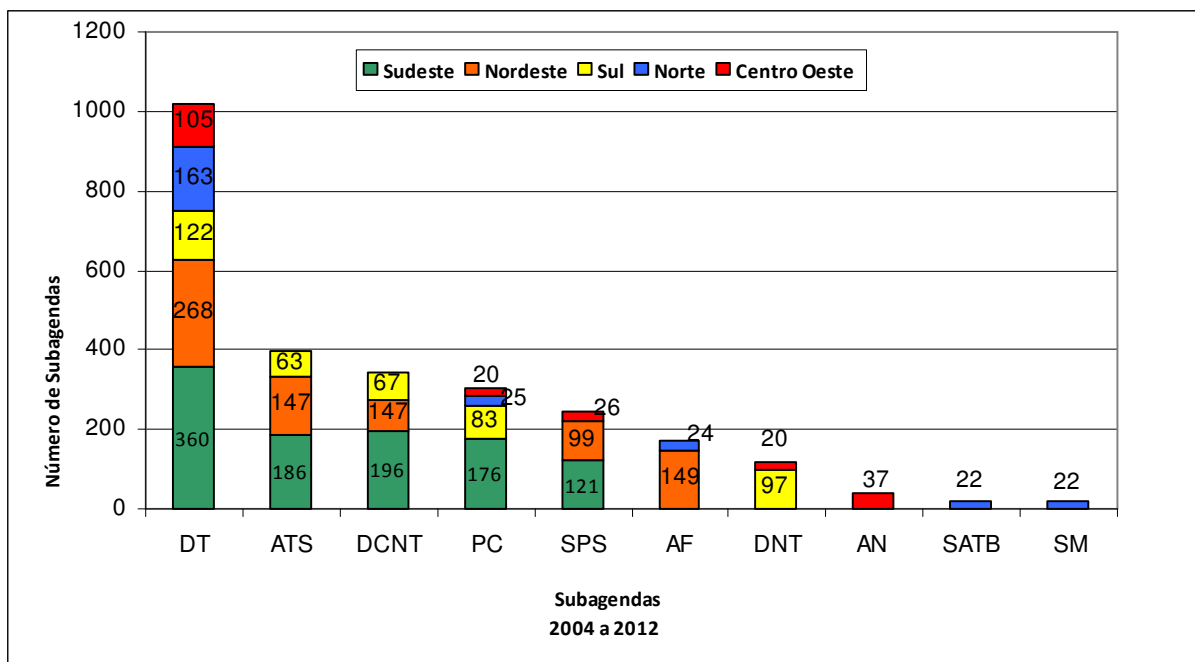
O mapeamento do modelo foi viabilizado por intermédio de busca e análise dos pressupostos constitutivos do PPSUS, presentes em seus documentos norteadores (Documento de Diretrizes Técnicas - DDT, Acordos de Cooperação – AC celebrado entre o MS e o CNPq, Modelo Lógico do PPSUS, nos convênios que estabelecem as obrigações dos partícipes do programa, nos editais lançados pelo PPSUS entre 2004 e 2012 e na literatura especializada referente às estratégias de priorização temática da pesquisa.

Via editais lançados em cada uma das UFs e atas de julgamento do Comitê Gestor do PPSUS e, ainda, por intermédio de consulta ao “PortalSaúde”, disponível no sítio do MS, mapeou-se as pesquisas financiadas no país, no âmbito do PPSUS, entre os anos de 2004 a 2012. Foram identificados os dez temas da ANPPS mais financiados pelo programa, por região do país, no período observado, conforme descrito no Gráfico 1.

2.1. Delimitação do estudo, questões éticas, financiamento e conflitos de interesses

Foram incluídas as edições 2004, 2006, 2008, 2011 e 2012 e excluídas a edição 2002, considerada piloto, e a 2015/2016, por se encontrar em uma fase intermediária de execução. As edições incluídas e as excluídas correspondem à totalidade lançada pelo programa. A pesquisa baseou-se em documentos públicos e em dados disponíveis no “PortalSaúde” do MS, de acesso aberto e em editais disponíveis nos sítios das FAPs. Portanto, não foi necessária a apreciação por um Comitê de Ética, conforme indicado na *Resolução CNS/MS nº 466* de 12 de dezembro de 2012. A pesquisa foi realizada com recursos próprios e não foi identificado conflito de interesses.

Gráfico 1. Distribuição das dez subagendas mais pesquisadas no âmbito do PPSUS no período de 2004 a 2012, segundo as regiões do país.



Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2017)

Legenda:

AF(Assistência Farmacêutica); NA(Alimentação e Nutrição); ATS(Avaliação de Tecnologias em Saúde); DT(Doenças Transmissíveis); DNT(Doenças não Transmissíveis); DCNT(Doenças Crônicas não Transmissíveis); SATB(Saúde, Ambiente, Trabalho e Biossegurança); SM(Saúde da Mulher); SPS(Sistema e Políticas de Saúde) e PC(Pesquisa Clínica).

3. Resultados

No período delimitado nessa pesquisa, identificou-se que as FAPs, em parceria com as SES, conforme previsto no Documento de Diretrizes Técnicas do PPSUS (BRASIL, 2014), promoveram oficinas de trabalho para definir temas e respectivas linhas de pesquisa prioritários em cada UF. Dos quatro partícipes do programa, apenas o CNPq não compareceu a todas as oficinas, tendo sua presença sido mais efetiva nas edições 2004 e 2006. Isto porque o CNPq, como agência federal de fomento à pesquisa, identificou que recebia uma atenção maior do que a recomendável a um observador participante, considerando se tratar de oficina com poder para

decidir os temas prioritários de pesquisa, dentre os problemas de saúde/pesquisa identificados no âmbito de cada UF.

O processo utilizado nessas oficinas, que ocorre em cada UF partícipe do PPSUS, constitui-se das seguintes etapas:

- 1) a SES, com apoio do MS, define, *a priori*, eixos temáticos para orientar a discussão dos participantes da oficina, subsidiada pelos dados que retratam as condições de saúde da população da UF. Usualmente, são definidos de dois a cinco eixos temáticos, que podem comportar até três linhas de pesquisa prioritárias cada um;
- 2) a FAP, em parceria com a SES, organiza a oficina, com duração de um a dois dias;
- 3) a FAP convida membros da comunidade científica, representantes das áreas técnicas do SUS e membros da sociedade civil (controle social) para participarem da oficina. Todos os participantes são vinculados a instituições sediadas na UF que está organizando o evento;
- 4) o MS, com o apoio da FAP, apresenta as Matrizes 1, 2 e 3, que serão utilizadas para definir, inicialmente os problemas de saúde/pesquisa, e posteriormente, os temas/linhas de pesquisa prioritários para a UF;
- 5) os participantes da oficina, utilizando as Matrizes 1, 2 e 3, têm autonomia para definir problemas de saúde/pesquisa e, também, os temas/linhas prioritários que serão objeto de pesquisa, a partir dos eixos temáticos;
- 6) a FAP recebe a lista dos temas/linhas prioritários ao final da oficina, que necessariamente comporá o futuro edital e/ou chamada pública que será lançada. No intervalo entre a realização da oficina e o lançamento do edital e/ou chamada pública e havendo a ocorrência de alguma emergência de saúde, como por exemplo, o recente surto de Zika, os partícipes do PPSUS (MS, CNPq, FAP e SES) consensualmente podem adicionar novas linhas de pesquisa à listagem original.

A oficina de trabalho para a definição de prioridades é organizada pelas FAPs, contando com o apoio das SES. O *modus operandi* dessa oficina segue uma rotina preestabelecida em conjunto por todos os partícipes do PPSUS, o que tem facilitado à condução dos trabalhos nessa etapa do programa.

No primeiro dia, um representante da SES apresenta aos participantes do evento um panorama das condições de saúde da população local, o mesmo que foi identificado para

auxiliar a SES/MS na definição dos eixos temáticos. Sua apresentação neste momento destina-se a nivelar as discussões acerca dos principais problemas de saúde enfrentados pela UF, o que facilita as discussões e permite a definição de prioridades para o financiamento de pesquisas que possam gerar conhecimentos que contribuam com a resolução dos problemas de saúde da população da UF. Em seguida, um representante do MS apresenta a metodologia de trabalho que deverá ser seguida durante a oficina.

Concluídas as apresentações da SES e do MS, os participantes dividem-se em grupos por eixos temáticos, de acordo com suas próprias escolhas. Cada grupo é direcionado a uma sala previamente estabelecida e as discussões são iniciadas com a apresentação dos componentes de cada grupo, que abordam suas experiências acadêmicas e/ou de gestão no SUS, o que permite ao grupo conhecer a capacidade de pesquisa instalada na UF, incluindo os pesquisadores locais, suas experiências e as instalações laboratoriais existentes nas Universidades e/ou Centros de Pesquisa daquela UF.

Esse diálogo, além de criar um ambiente favorável à estruturação de redes de pesquisa, também facilita cooperações entre cientistas e servidores das SES (SUS local), ao tempo em que dificulta a seleção de temas prioritários que não apresentem conexão com a capacidade técnica e institucional instalada na UF.

O instrumento utilizado pelo PPSUS para identificar e definir os temas e linhas de pesquisa prioritárias é composto por três matrizes intituladas “Matriz 1 - identificação de problemas de saúde/pesquisa”, “Matriz 2 - listagem e priorização dos problemas de saúde/pesquisa” e “Matriz 3 - seleção das linhas de pesquisa”(BRASIL, 2009). Essas matrizes têm suas origens nos pressupostos do Global Forum for Health Research, que conecta e condiciona as atividades de pesquisa em saúde aos problemas sanitários da população (GLOBAL FORUM FOR HEALTH RESEARCH, 1999).

A partir dos eixos temáticos, constrói-se a Matriz 1, que objetiva identificar/listar os problemas de saúde/pesquisa enfrentados pela UF. Nessa etapa, cada grupo temático constrói sua própria lista prioritária e o ponto crítico a ser superado é a compreensão de que nem todos os problemas de saúde são, necessariamente, problemas de pesquisa. As discussões são acaloradas, mas prevalece o consenso entre os participantes na construção da Matriz 1, conforme descrito na Tabela 1.

Na etapa seguinte, todos os problemas de saúde/pesquisa levantados por todos os grupos são analisados conforme os critérios constantes da Matriz 2: a) **magnitude** - frequência com que certas doenças ou agravos afetam grandes contingentes populacionais, b) **gravidade** - refere-se à urgência do problema e **transcendência** - refere-se ao conjunto de características apresentadas pela doença ou agravo, de acordo com a sua forma clínica e epidemiológica, que lhes conferem relevância especial e, c) **insuficiência do conhecimento para a solução do problema** - analisa-se a base de conhecimento disponível para resolver o problema. Quanto maior a insuficiência de conhecimento, maior deverá ser a nota atribuída a este critério de avaliação (BRASIL, 2009).

Todos os problemas de saúde/pesquisa identificados na Matriz 1 são avaliados, individualmente, por intermédio da atribuição de notas de 1 a 3 para os três critérios acima. Nessa etapa, há interesses conflitantes entre a política, a academia e os serviços do SUS e a discussão é persistente, mas o sistema de pontuação conduz para um resultado de consenso. Destaca-se que, nesse momento, não há inclusão de novos problemas de saúde/pesquisa.

Finalizada a avaliação dos problemas de saúde/pesquisa, com a indicação das referidas pontuações, está concluída a Matriz 2 (Tabela 2). Os participantes das oficinas atribuem à lista uma nota de corte de aproximadamente 70 (setenta) por cento e, consensualmente, têm autonomia para proceder ajustes, caso julguem necessário.

Após a definição da linha de corte, o resultado obtido comporá Matriz 3 (Tabela 3), que se constitui nos temas/linhas de pesquisa prioritárias para a UF organizadora da oficina. O edital e/ou chamada pública a ser lançada respeitará, em sua plenitude, o resultado produzido pelos participantes da oficina (Matriz 3).

Tabela 1. Matriz 1 - Identificação de problemas de saúde/pesquisa.

EIXO DE AÇÃO 1 - Políticas e Gestão em Saúde	
Problemas de saúde/pesquisa	Linhas de pesquisa
1. Ausência de informações sobre a resolutividade dos programas de atenção e de educação em saúde	1.1 Avaliação dos programas, serviços e ações de Atenção à Saúde 1.2 Estudos sobre estratégias, ações, impactos da educação em/na saúde 1.3 Estudos sobre a vigilância e segurança alimentar e nutricional 1.4 Estudo da efetividade das ações de ouvidoria na melhoria das ações e serviços de saúde
EIXO DE AÇÃO 2 – Atenção Básica	
Problemas de saúde/pesquisa	Linhas de pesquisa
2. Ausência de informações sobre os processos de ordenação do cuidado e coordenação da Rede de Atenção	2.1 Avaliação da Atenção Básica como ordenadora do cuidado e coordenadora da Rede de Atenção à Saúde 2.2 Avaliação das ações de reabilitação na Atenção Básica 2.3 Avaliação da organização do processo de trabalho na assistência à saúde na Atenção Básica 2.4 Avaliação da qualidade dos registros das equipes nos prontuários na Atenção Básica.

Fonte: Adaptado – Ministério da Saúde (BRASIL, 2007)

Esse modelo de definição de prioridades, que vem sendo aplicado em todas as edições por todas as UFs, está consolidado no âmbito do PPSUS e tem contribuído para o financiamento de projetos de pesquisa com potencial de alterar a realidade de saúde local e nacional. A Figura 1 sistematiza o modelo e retrata os processos e os momentos em que cada partícipe do programa atua para atingir seus objetivos.

Tabela 2. Matriz 2 - Listagem e priorização dos problemas de saúde/pesquisa.

Problema (A)	Magnitude (B)	Gravidade e transcendência (C)	Insuficiência de conhecimento para a solução do problema (D)	Nota global de cada problema (E)
Listar os problemas de saúde/pesquisa apontados na Matriz I.	Pode ser dimensionada pela elevada frequência com que certas doenças ou agravos afetam grandes contingentes populacionais.	Gravidade refere-se à urgência do problema. Transcendência refere-se ao conjunto de características apresentadas pela doença ou agravo, de acordo com a sua forma clínica e epidemiológica, que lhes conferem relevância especial.	Deve-se considerar a base de conhecimento disponível para resolver o problema. Quanto maior a insuficiência de conhecimento, maior deverá ser a nota atribuída a este critério de avaliação.	Soma das médias aritméticas encontradas nas colunas (B), (C) e (D).

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2007).

Notas:

1. Em cada critério de avaliação (A, B, C, D e E), as notas variam de 1 a 3.
2. A nota global de cada critério de avaliação resultará da média aritmética das notas dadas por cada integrante do grupo

Tabela 3. Matriz 3 - seleção das linhas de pesquisas.

Problemas de saúde/pesquisa	Linhas de pesquisas prioritárias
1. Ausência de informações sobre a resolutividade dos programas de atenção e de educação em saúde	<ul style="list-style-type: none"> A. Avaliação dos programas, serviços e ações de Atenção à Saúde B. Estudos sobre estratégias, ações e impactos da educação em/na saúde C. Estudo da efetividade das ações de ouvidoria na melhoria das ações e serviços de saúde
2. Ausência de informações sobre os processos de ordenação do cuidado e coordenação da Rede de Atenção	<ul style="list-style-type: none"> A. Avaliação da Atenção Básica como ordenadora do cuidado e coordenadora da Rede de Atenção à Saúde B. Avaliação das ações de reabilitação na Atenção Básica C. Avaliação da organização do processo de trabalho na assistência à saúde na Atenção Básica

Fonte: Adaptado – Ministério da Saúde (BRASIL, 2007).

Figura 1. Fluxograma do processo de definição de prioridades de pesquisa utilizado pelo Programa de Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde.

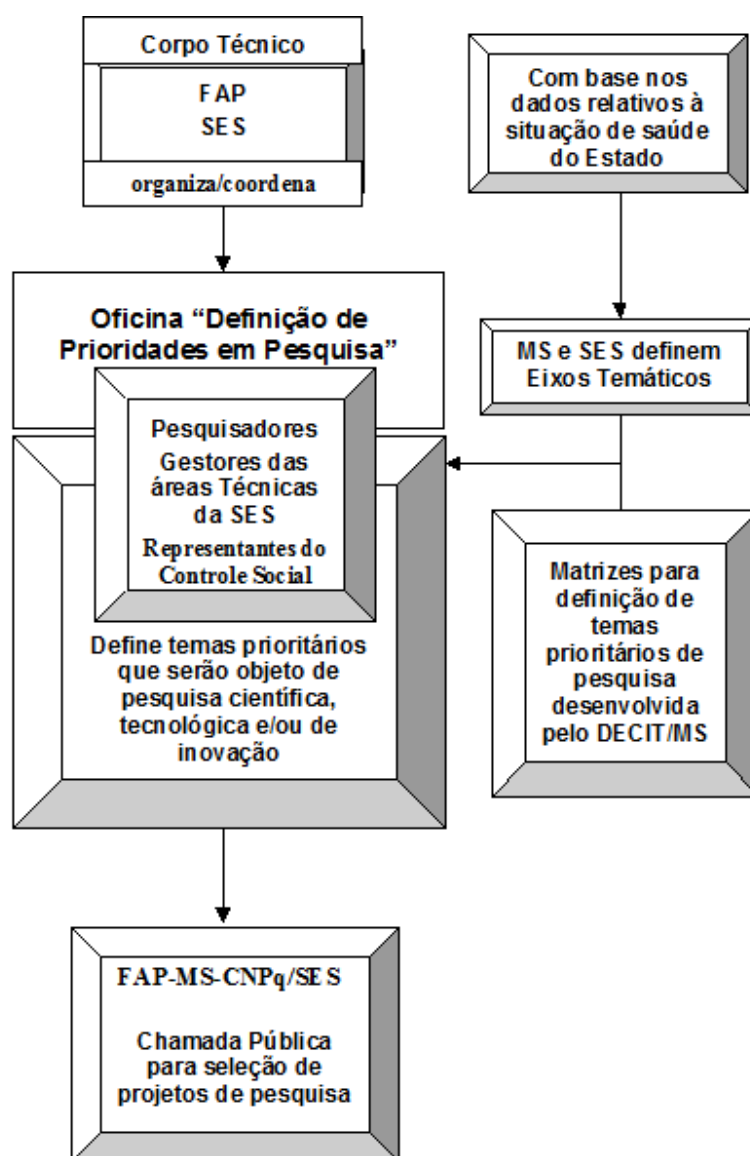


Figura 1. Fluxograma do processo de definição de prioridades de pesquisa utilizado pelo Programa de Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde.

4. Discussão

O cenário no país é adverso para a execução de políticas públicas, particularmente no campo da saúde. As desigualdades regionais e intrarregionais avolumam-se e o país convive simultaneamente com as transições demográfica e epidemiológica e com reduções significativas nos orçamentos dos governos federal e estadual destinados à pesquisa.

Priorizar o que deve ser pesquisado é fundamental e o modelo adotado pelo PPSUS tem a capacidade de potencializar a geração de conhecimentos voltados ao enfrentamento dessas desigualdades. Isto porque a incorporação pelo SUS dos resultados das pesquisas tem a capacidade de promover a melhoria das condições de saúde da população, com foco nas necessidades epidemiológicas e sanitárias das UFs, resguardando as orientações da ANPPS (BRASIL, 2009) e atendendo aos compromissos assumidos na PNCTIS (BRASIL, 2008). O êxito desse modelo também reside no respeito às diretrizes da PNCTIS e da ANPPS, que se caracterizam como instrumentos essenciais de gestão da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - SCTIE e orientam as ações de fomento à pesquisa em saúde do MS (BRASIL, 2009).

A definição de prioridades de pesquisa pautada em um amplo processo participativo legitima as decisões, dificultando e diminuindo o espaço para uso do poder discricionário do agente financiador da pesquisa, que, sujeito à dimensão política do processo, tende a tomar decisões baseadas na subjetividade (BATTESINI; FISCHMANN; WEISE, 2013). O PPSUS tem seu processo e seus instrumentos de definição de prioridades em pesquisa legitimados por seus partícipes, pela comunidade científica e pelos gestores das FAPs e das SES.

Financiar a pesquisa em saúde com amparo em linhas prioritárias deve ser visualizado como uma fonte de oportunidade estratégica (RUIVO, 2004; MOREL, 2004) e, também, como uma possibilidade de ampliar os resultados em benefício da população brasileira (COSTA; CRUZ, 2014). É nesse contexto que o Programa PPSUS se configura como um programa exitoso ao definir como estratégia de financiamento a implementação descentralizada (ARRETCHE, 1999). Esse modelo viabiliza a inclusão das percepções e necessidades dos diversos atores e instituições envolvidos na execução do programa, contribuindo para uma produção científica que dê respostas aos problemas enfrentados pelo SUS tanto em suas dimensões locais como nacional.

No âmbito do PPSUS, o financiamento de determinadas linhas temáticas no campo da saúde exige a definição de prioridades *ex-ante*, que é realizada, individualmente, pelas UFs para cada edição do programa (BRASIL, 2009). A metodologia utilizada nesse processo apresenta uma distinção objetiva entre processo e instrumentos utilizados durante as oficinas de trabalho (NUYENS, 2007; GIBSON; MARTIN; SINGER, 2004). A consolidação desse modelo, além de definir o que é prioritário no âmbito de cada UF, teve o mérito de transformar a atuação e o posicionamento das FAPs e das SES no cenário da pesquisa no campo da saúde no país. Atualmente, essas instituições não mais aceitam receber do governo central, de forma passiva, os temas/linhas que devem pesquisar.

Na perspectiva de Kant (1985), essas instituições alcançaram o “entendimento”, pois, a partir da liberdade advinda da descentralização de recursos e do poder decisório, assumiram um papel de vanguarda na condução do processo de definição de suas próprias linhas prioritárias de pesquisa. O alcance dessa capacidade institucional para liderar esse processo foi influenciado de forma positiva pela ausência de um poder decisório central. No âmbito do PPSUS há, na verdade, uma relação de poder entre os partícipes do programa, dependente da atividade a ser executada, e não uma hierarquia rígida e tradicional no processo decisório (FOUCAULT, 1982). As ações necessárias à execução do programa são compartilhadas e cada partícipe exerce seu papel na etapa/atividade que deve ser executada.

Além de capacitar as FAPs e SES, o PPSUS contribuiu para aproximar os sistemas de ciência e tecnologia e de saúde dos estados, aproximando-os do MS, órgão formulador da PNCTIS e da ANPPS. Essa interação facilita a estratégia de incorporação das tecnologias geradas pelas pesquisas financiadas, ao favorecer a aproximação entre pesquisadores e gestores do SUS local (OBORN; BARRET; RACKO, 2010; TOMA et al., 2011).

Na perspectiva dos parceiros do PPSUS, essa é uma política pública que tem produzido conhecimentos importantes e que mantém sua capacidade de gerar novos resultados de pesquisa que possam contribuir para superar as desigualdades regionais no campo da saúde.

Um dos aspectos responsáveis pelo sucesso desse programa é justamente seu modelo de definição de prioridades de pesquisa, centrado na UF, que, *a priori*, identifica quais são os principais problemas de saúde/pesquisa e, posteriormente, define quais as linhas de pesquisa serão apoiadas, considerando as condições de saúde de sua gente, sua vocação de pesquisa, assim como a capacidade de pesquisa instalada em seus domínios.

A efetiva participação de universidades, de institutos de pesquisa e de pesquisadores atuantes em diferentes linhas de pesquisa, assim como de representantes do controle social e de gestores das diversas áreas técnicas da SES nas “oficinas de definição de prioridades” é condição *sine qua non* para o sucesso do modelo PPSUS de definir temas/linhas prioritárias de pesquisa capazes de gerar tecnologias que possam contribuir com a resolução dos problemas de saúde enfrentados pela população brasileira.

Referências

ARRETCHE, M. T. M. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um estado federativo. Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v.14, n.40, p.111-141, 1999.

BATTESINI, M.; FISCHMANN, A.; WISE, A. D. Identificação de prioridades em saúde: uma alternativa técnica de apoio à tomada de decisão. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.18, n.12, p.3673-3682, 2013.

BRASIL. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. (Série B. Textos Básicos em Saúde). - http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Politica_Portugues.pdf

_____. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. Seleção de prioridades de pesquisa em saúde: guia PPSUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_ppsus_2ed_2009.pdf

_____. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. Pesquisas estratégicas para o sistema de saúde – PESS. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – Diretrizes Técnicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/30/diretrizes-tecnicas-PPSUS-2014.pdf>

_____. 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 set. 2017.

COSTA, T. B.; CRUZ, M. M. A política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde no Brasil: o dilema da definição de prioridades para pesquisa. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v.38, n.1, p.163-183, 2014.

ECHEVERRIA, R. *Ontologia del lenguaje*. 4ª. edição. Santiago de Chile: Dolmen Ensayo, 1997.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

GIBSON, J. L.; MARTIN, D. K.; SINGER, P. A. Setting priorities in health care organization: criteria, process, and parameters of success. *BMC Health Services Research*, Cincinnati, v. 4, n.25, 2004.

GLOBAL FORUM FOR HEALTH RESEARCH. *The 10/90 report on health research 99: promoting research to improve the health of poor people*. Geneva: Global Forum For Health Research, 1999.

KANT, I. Resposta à pergunta: o que é Esclarecimento? In: *Textos seletos*. Tradução Floriano de Souza Fernandes. Petrópolis: Vozes, 1985.

KINGDOM, J. W. *Agendas, alternatives and public policies*. 2ª. ed. New York: Harper-Collins College Publishers, 1995.

MOREL, C. M. A pesquisa em saúde e os objetivos do milênio: desafios e oportunidades globais, soluções e políticas nacionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.261-270, 2004.

NUYENS, Y. Setting priorities for health research: lessons from low and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneve, v.85, n.4, p.319-321, 2007.

OLIVEIRA, M. M. Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS: Construção do Modelo Lógico e da Matriz de Medidas Avaliativas. 04 Abr.2008. P-134. Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde - Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

RUIVO, B. 'Phases' or 'paradigms' of science policy. *Science and Public Policy*, Guildford, v.3, p.157-164, 2004.

TOMA et al. PPSUS e o desafio da incorporação dos resultados das pesquisas no Estado de São Paulo. *BIS Boletim Instituto Saúde*, São Paulo, v.13, n.1, p.15-24. 2011.

YIN, R.K. *Estudo de caso: planejamento e métodos* / Robert K. Yin; trad. Daniel Grassi – 2ª edição. Porto Alegre: Bookman, 2001.

3.2 Resultados (Grupo 2) - Estratégia de Incorporação de Tecnologias do PPSUS

A Estratégia de Incorporação de Tecnologias do PPSUS – EIT-PPSUS é composta por 05 fases distintas que englobam todas as etapas do processo de geração de uma tecnologia e sua possível incorporação pelo SUS, no âmbito local e nacional (Tabela 1). Para todas as fases, foram definidas as etapas onde deverá ser modificado e/ou incorporado alguma alteração nas ferramentas que são utilizadas atualmente, com o propósito de facilitar, desde o início, o ciclo de incorporação da nova tecnologia. Após cada descrição da etapa, há um fluxograma que retratará a nova perspectiva de implementação do PPSUS, via FAPs, nas UF do país, com foco nas atividades que facilitarão à incorporação, pelo SUS, das tecnologias produzidas.

Objetivando facilitar e padronizar o entendimento do leitor, no âmbito do EIT-PPSUS foram definidos, em todas as suas fases, conceitos que identificam e padronizam as terminologias que foram utilizadas na composição dessa estratégia de incorporação de tecnologias.

Tabela 1. Fases da Estratégia de Incorporação de Tecnologias do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em Saúde – EIT-PPSUS

F A S E S	Seleção de projetos de pesquisa científica, tecnológica e/ou de inovação em saúde.
	Contratação dos projetos aprovados pelo Comitê Gestor do PPSUS.
D A	Acompanhamento e avaliação dos projetos aprovados/contratados.
E I T	Projeto Síntese do Conhecimento.
	Incorporação de Tecnologias pelo Sistema Único de Saúde.

Fonte: Elaborado pelo autor.

EIT-PPSUS (FASE 1)

Seleção de projetos de pesquisa científica, tecnológica e/ou de inovação em saúde

Chamada Pública⁵ – incorporar ao texto das chamadas atuais: a) os resultados esperados com o desenvolvimento do projeto; b) modelo de gestão e de divulgação científica⁶; c) perspectiva de aplicabilidade no SUS (curto, médio, longo) prazos e; d) perspectiva de impacto (SUS/saúde, intelectual e sócio-econômico).

Formulário Consultor Ad hoc – reestruturar o formulário utilizado pelos consultores *Ad hoc* do PPSUS para contemplar os novos itens incorporados às chamadas públicas.

Seleção de projetos para financiamento – lista dos aprovados.

-Comitê de Especialistas⁷ – Análise do mérito técnico-científico das propostas;

Comitê Gestor⁸ - Análise da relevância social e revisão do orçamento dos projetos recomendados pela Comissão de Especialistas.

Todos os itens inseridos na chamada pública comporão os novos critérios de julgamento que deverão ser observados pelo Comitê de Especialistas. Abaixo, a Figura 1 contempla todas as atividades relatadas na Fase 1.

⁵ **Chamada Pública** – instrumento utilizado pelas FAPs para seleção de projetos de pesquisa no âmbito do Programa PPSUS. Usualmente, cada FAP lança pelo menos uma chamada, por edição do Programa.

⁶ **Modelo de Gestão e de Divulgação Científica** – no projeto de pesquisa submetido às chamadas públicas, o pesquisador deverá indicar o *modus operandi* do projeto (p.ex. gestão de recursos, coleta de dados, acompanhamento da execução dos objetivos/metast) e quais as estratégias de divulgação científica (p.ex. artigos publicados em periódicos indexados; livros; capítulos de livros; formação de recursos humanos; registro de patentes; produtos ou processos desenvolvidos; publicações técnicas - cartilhas; relatórios; p.ex. passo a passo da investigação de surtos).

⁷ **Comitê de Especialistas** – membros da comunidade científica que participam do julgamento (análise do mérito técnico-científico) das propostas submetidas às chamadas públicas lançadas no âmbito do PPSUS.

⁸ **Comitê Gestor** – composto, paritariamente, por representantes do DECIT/MS, do CNPq, da FAP e da SES que analisam a relevância social e o orçamento dos projetos recomendados pela Comissão de Especialistas. Esse Comitê é constituído por UF participante do PPSUS.

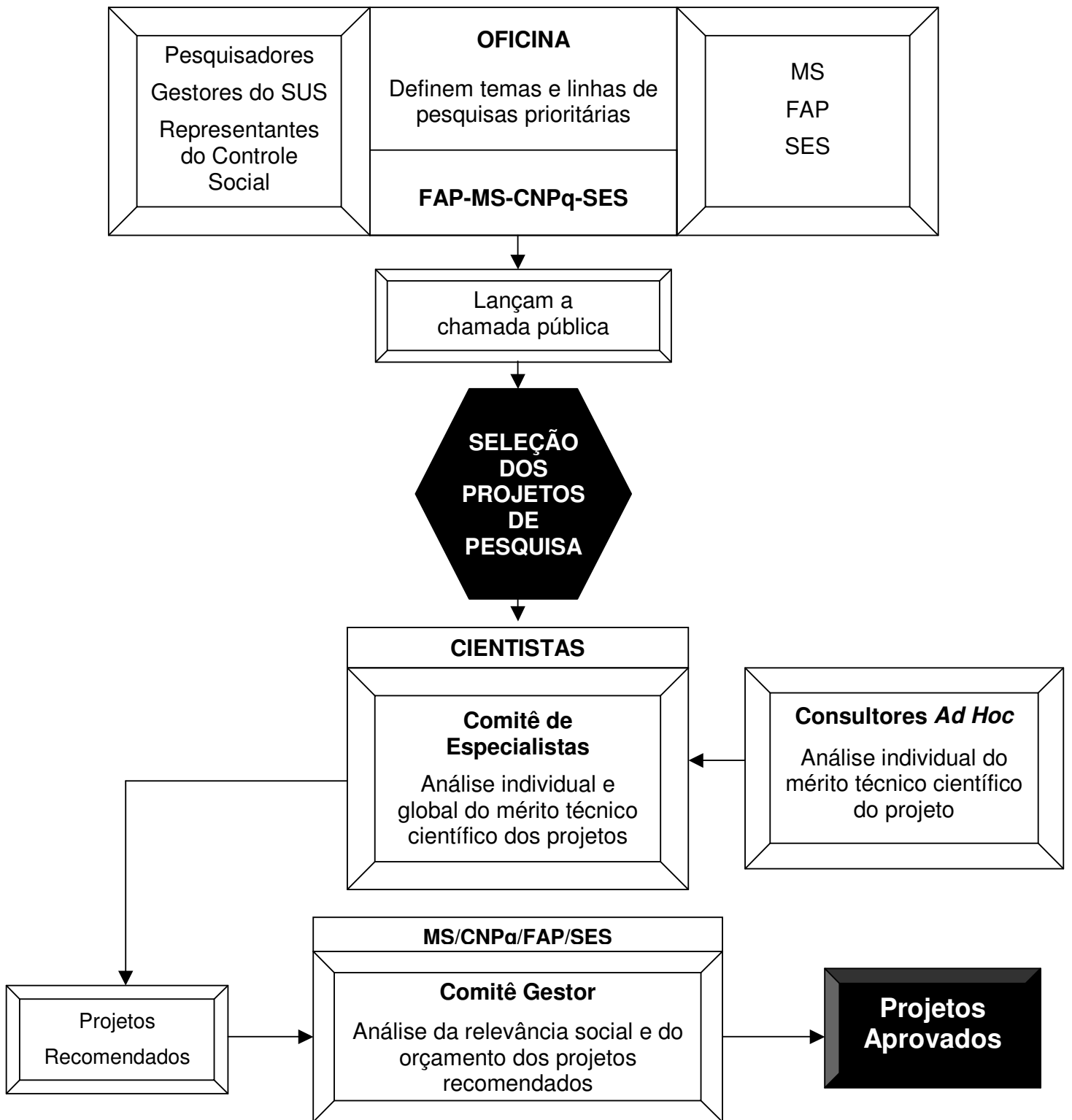


Figura 1. Fluxograma da estratégia adotada pelo Programa PPSUS para selecionar projetos de pesquisa nas UFs.
Fonte: Elaborado pelo autor.

EIT-PPSUS (FASE 2)

Contratação dos projetos aprovados pelo Comitê Gestor do PPSUS

Termo de Outorga⁹ - incorporar ao atual Termo de Outorga os resultados esperados com o desenvolvimento do projeto; modelo de gestão e de divulgação científica; perspectiva de aplicabilidade no SUS (curto, médio, longo) prazos e perspectiva de impacto (SUS/saúde, intelectual e sócio-econômico) do projeto aprovado e que será financiado.

Seminário Marco Zero – atividade presencial com todos os pesquisadores aprovados pelo Comitê Gestor do PPSUS. **Finalidades:** promover ajustes metodológicos nas propostas aprovadas; quando necessário, solicitar Prova de Conceitos¹⁰; aproximar academia dos Serviços do SUS (formação de redes); ratificar os objetivos do PPSUS; fortalecer os compromissos do pesquisador com relação a: resultados esperados; modelo de gestão e de divulgação científica, perspectiva de aplicabilidade dos resultados alcançados no SUS (curto, médio, longo) prazos e perspectiva de impacto (SUS/saúde, intelectual e sócio-econômico).

Financiamento - o valor financiado deverá ser pago em duas parcelas. Condicionar o pagamento da segunda parcela à apresentação dos resultados prometidos pelo coordenador do projeto contratado. Essa análise deverá ser feita ao final do primeiro ano, durante o Seminário de Avaliação Parcial (presencial).

A realização do Seminário Marco Zero ex-ante à contratação dos projetos aprovados é de fundamental importância para o alcance dos objetivos propostos no projeto de pesquisa e aprovados pelo Comitê Gestor.

A inclusão no Termo de Outorga das alterações inseridas na chamada pública, bem como condicionar o pagamento da segunda parcela ao cumprimento das metas estabelecidas pelo pesquisador, objetiva reforçar, formalmente, o compromisso do

⁹ **Termo Outorga** - contrato celebrado entre as FAPs e os pesquisadores aprovados pelo Comitê Gestor do PPSUS. Além dos aspectos jurídicos formais, esse instrumento deverá conter: a) os resultados esperados com o desenvolvimento do projeto; b) o modelo de gestão e de divulgação científica; c) a perspectiva de aplicabilidade dos resultados dos projetos no SUS (curto, médio, longo) prazos e; e) perspectiva de impacto das pesquisas (SUS/saúde, intelectual e sócio-econômico).

¹⁰ **Prova de Conceito** – O Comitê de Especialistas poderá indicar, dentre os projetos recomendados, àqueles que necessitam apresentar, além da metodologia do projeto que já foi analisada, a viabilidade de sua idéia (por exemplo - infraestrutura de pesquisa necessária para desenvolver o projeto; testes; detalhamento da metodologia; acesso à banco de dados, equipe técnica, parcerias, autorizações legais).

pesquisador com o projeto submetido à FAP e aprovado pelas instâncias deliberativas do PPSUS.

A Figura 2 retrata o fluxograma de contratação dos projetos, como também estabelece as atividades requeridas para a realização do pagamento da primeira e da segunda parcela dos recursos aprovados.

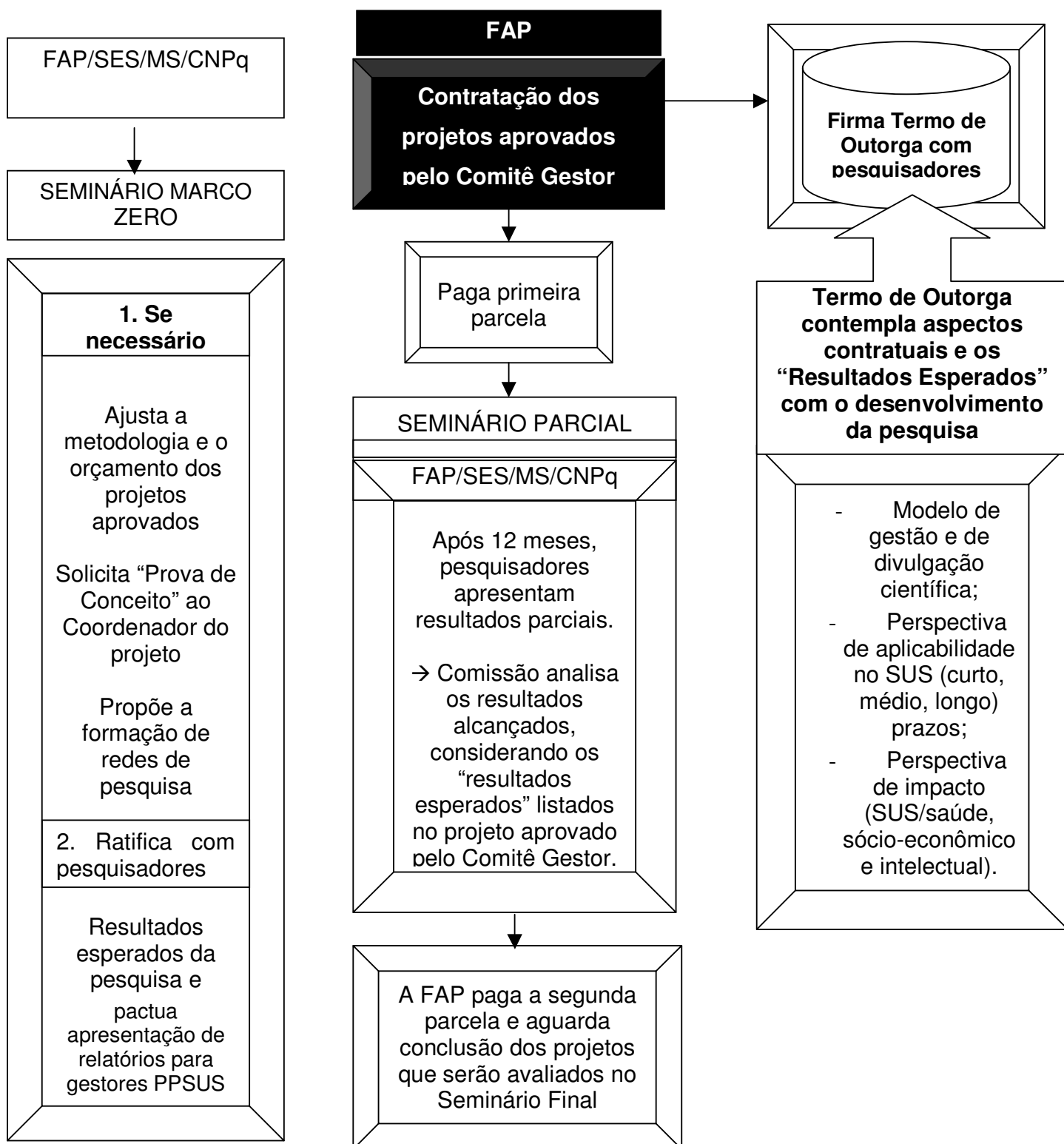


Figura 2. Fluxograma das etapas administrativa, sob responsabilidade da FAPs, necessárias à contratação dos projetos aprovados pelo Comitê Gestor do PPSUS.

Fonte: Elaborado pelo autor.

EIT-PPSUS (FASE 3)

Sistema de acompanhamento e de avaliação dos projetos aprovados/contratados

3.1 Seminário Marco Zero – atividade presencial com todos os pesquisadores aprovados pelo Comitê Gestor do PPSUS. **Finalidades:** promover ajustes metodológicos nas propostas aprovadas; quando necessário, solicitar Prova de Conceitos; aproximar academia dos Serviços do SUS (formação de redes); ratificar os objetivos do Programa PPSUS; fortalecer os compromissos do pesquisador com relação a: resultados esperados; modelo de gestão e de divulgação científica, perspectiva de aplicabilidade dos resultados alcançados no SUS (curto, médio, longo) prazos e perspectiva de impacto (SUS/saúde, intelectual e sócio-econômico).

3.2 Seminário Parcial de Avaliação e Acompanhamento – incorporar ao formulário utilizado pelo Especialista os resultados esperados; o modelo de gestão e de divulgação científica; a perspectiva de aplicabilidade dos resultados alcançados no SUS (curto, médio, longo) prazos e perspectiva de impacto (SUS/saúde, intelectual e sócio-econômico) do projeto financiado. **Finalidade:** Acompanhar o desenvolvimento do projeto aprovado, avaliando se os objetivos propostos estão sendo executados, conforme previsto; propor adaptações para o alcance dos objetivos da pesquisa.

3.3 Seminário Final de Avaliação – incorporar ao formulário utilizado pelo Especialista os resultados esperados; o modelo de gestão e de divulgação científica; a perspectiva de aplicabilidade dos resultados obtidos no SUS (curto, médio, longo) prazos e a perspectiva de impacto (SUS/saúde, intelectual e sócio-econômico) do projeto financiado. **Finalidade:** a) avaliar se os resultados pactuados foram atingidos; b) propiciar a divulgação dos resultados alcançados; c) potencializar o debate científico; d) gerar dados necessários à produção da síntese do conhecimento.

Embora o Seminário Marco Zero componha a Fase 2 do EIT-PPSUS, fez-se necessário inseri-lo novamente nessa etapa, pois essa fase faz parte do ciclo de acompanhamento e de avaliação do programa. Essa etapa ainda não está formalmente inserida no Documento de Diretrizes Técnicas do PPSUS, mas tem sido utilizada por algumas FAPs como uma ferramenta que se mostrou capaz de aperfeiçoar a execução dos projetos aprovados pelo Comitê Gestor.

Durante o seminário tem sido possível aperfeiçoar as metodologias dos projetos, assim como possibilitado a formação de redes de pesquisa e, ainda, propiciar a aproximação dos pesquisadores contemplados, das áreas técnicas das SES. Essas são virtudes que devem ser preservadas e aprimoradas para fortalecer a implementação de um programa de âmbito nacional como é o PPSUS.

Atualmente, quando da realização do Seminário Parcial, parte das questões que eram observadas no passado, relativas à metodologia, a dificuldade de obtenção de dados armazenados nas SES, questões orçamentárias não aparecem mais nessa etapa. O Marco Zero resolveu esses percalços que, em alguns casos, dificultavam a execução plena do projeto aprovado.

O Seminário Final poderá e terá outro papel. Tanto os partícipes do PPSUS (MS, CNPq, FAP e SES) quanto o Especialista que acompanha, do ponto de vista acadêmico, a apresentação dos resultados do projeto (tecnologias geradas) pelo pesquisador, deixará de ter uma participação meramente protocolar, passiva. Será incorporado ao formulário, que será utilizado pelo Especialista para executar sua análise, as mesmas variáveis qualitativas que foram inseridas no projeto original. Os resultados gerados serão confrontados pelo Especialista com àqueles prometidos quando da submissão do projeto à chamada pública e ratificados no ato da assinatura do Termo de Outorga.

O Seminário Final tornar-se-á mais robusto e esta etapa exercerá papel fundamental para o sucesso e continuidade do programa, assim como revelará para os partícipes do PPSUS tecnologias passíveis de serem incorporadas no âmbito do SUS.

Nesta etapa, espera-se do Especialista a confecção de um relatório gerencial indicando as tecnologias geradas, com possibilidades de aplicação no SUS, assim como a indicação de projetos que atingiram maturidade científica e que estão aptos para receberem novos refinanciamento, com maior potencial de gerar tecnologias que possam alterar a realidade de saúde da população.

Na Figura 3, estão descritas as fases e finalidades do Sistema de A&A do PPSUS.

Sistema de Acompanhamento e de Avaliação dos projetos aprovados pelo Comitê Gestor do PPSUS

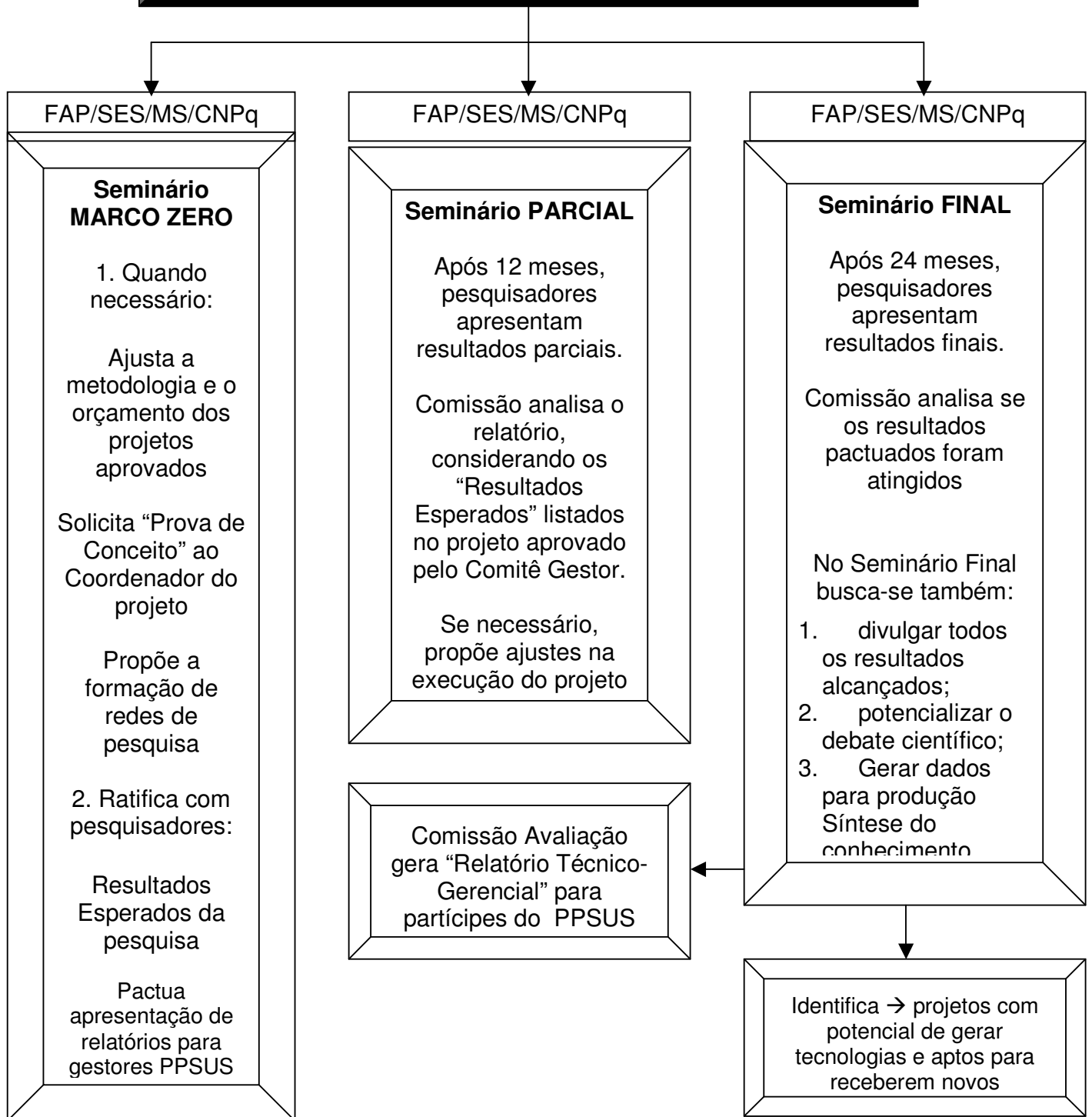


Figura 3. Fluxograma do Sistema de Acompanhamento e de Avaliação dos projetos aprovados pelo Comitê Gestor do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em Saúde.
 Fonte: Elaborado pelo autor

EIT-PPSUS (FASE 4)

Projeto Síntese do Conhecimento¹¹

4.1 O DECIT deverá prever no Termo de Referência¹² do PPSUS recursos necessários à contratação de um Projeto Síntese para cada edição do programa. O projeto poderá ser realizado por um pesquisador e/ou através de uma Rede de Especialistas¹³, com apoio das áreas técnicas das SES e do DECIT, caso necessário.

4.2. A partir dos resultados gerados com as pesquisas, das recomendações dos especialistas que atuaram no Seminário Final, dos relatórios para gestores produzidos pelos pesquisadores e das publicações científicas resultantes dos projetos deverá ser produzida a síntese do conhecimento (mapear as tecnologias¹⁴ geradas), indicando, inclusive, a possibilidade de aplicação dessa tecnologia no SUS (curto, médio e longo) prazos e analisado os possíveis impactos¹⁵ dessa incorporação pelo SUS nas dimensões (SUS/Saúde, cultural e sócio-econômico).

4.3. A síntese deverá ser realizada em estreita observância aos eixos temáticos constantes na Agenda Nacional de Prioridade de Pesquisa em Saúde – ANPPS.

¹¹ **Projeto Síntese** – projeto que mapeará, a partir dos resultados das pesquisas financiadas pelo PPSUS em cada edição do Programa, a síntese do conhecimento produzido. A síntese deverá basear-se nos eixos temáticos que compõem a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde – ANPPS. O trabalho deverá ser realizado por pesquisador e/ou rede de pesquisadores financiado(s) com recursos oriundos do DECIT/MS, com apoio das áreas técnicas da SES e do MS, caso necessário.

¹² **Termo de Referência** – documento técnico, elaborado pelo DECIT/SCTIE/MS para cada edição do programa, contendo os objetivos, a justificativa, a metodologia, os resultados esperados, o público alvo, os participantes e os recursos necessários à execução do Programa PPSUS.

¹³ **Rede de Especialistas** – membros da comunidade científica e/ou áreas técnicas do SUS, que apresentam capacidades técnico-científica para produzirem a síntese do conhecimento gerado com a execução dos projetos de pesquisa financiados pelo PPSUS.

¹⁴ **Tecnologias** – O conceito de tecnologias adotado nesta tese será aquele preconizado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia – CONITEC, do Ministério da Saúde: medicamentos, produtos e procedimentos por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde devam ser prestados à população, tais como vacinas, produtos para diagnóstico de uso *in vitro*, equipamentos, procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, informacionais, educacionais e de suporte, programas e protocolos assistenciais. Decreto nº 7.646, 21/12/2011.

¹⁵ **Possíveis Impactos** – os impactos deverão ser analisados segundo as seguintes perspectivas: a) **SUS/Saúde** – idéias que: afetam políticas públicas; facilite a aplicação dos princípios do SUS; alterem e/ou criem protocolos clínicos, melhorem a qualidade de saúde da população brasileira; b) **Intelectual** – idéias que: produzem novas idéias e permitem formar geradores de idéias; c) **Sócio-Econômica** - idéias que: afetam políticas públicas; diminuem as desigualdades; aumentam o envolvimento social com a ciência; gerem e criam empresas; aumentam a competitividade de empresas e geram empregos; criem setores industriais.

O autor, na condição de ouvinte participante das diversas atividades realizadas no âmbito do PPSUS (oficinas de prioridades, seminários de acompanhamento e avaliação (indicados na etapa anterior), encontros nacionais do PPSUS em Brasília-DF, onde são relatadas as experiências bem sucedidas no programa), constatou que a temática **“incorporação, pelo SUS, das tecnologias geradas pelos projetos financiados”** é um dos assuntos recorrentes e, ainda, é percebido como uma deficiência do próprio programa que necessita ser enfrentada com urgência.

Essa deficiência constitui-se numa das fragilidades do programa e que poderá ser sanada via utilização da estratégia (EIT-PPSUS) que está sendo proposta nesta tese. A existência de um canal formal, estruturado e pensado desde a primeira etapa (chamada pública), reforçada nas demais, poderá contribuir para sanar esse problema e fortalecer o PPSUS.

Na Figura 4, estão contempladas todas as variáveis e atividades necessárias à elaboração da síntese do conhecimento que contemplará todos os projetos financiados pelo PPSUS, por edição do programa, incluindo as tecnologias geradas, relatórios técnicos, avaliações (relatórios), assim como, as publicações resultantes da execução dos projetos aprovados.

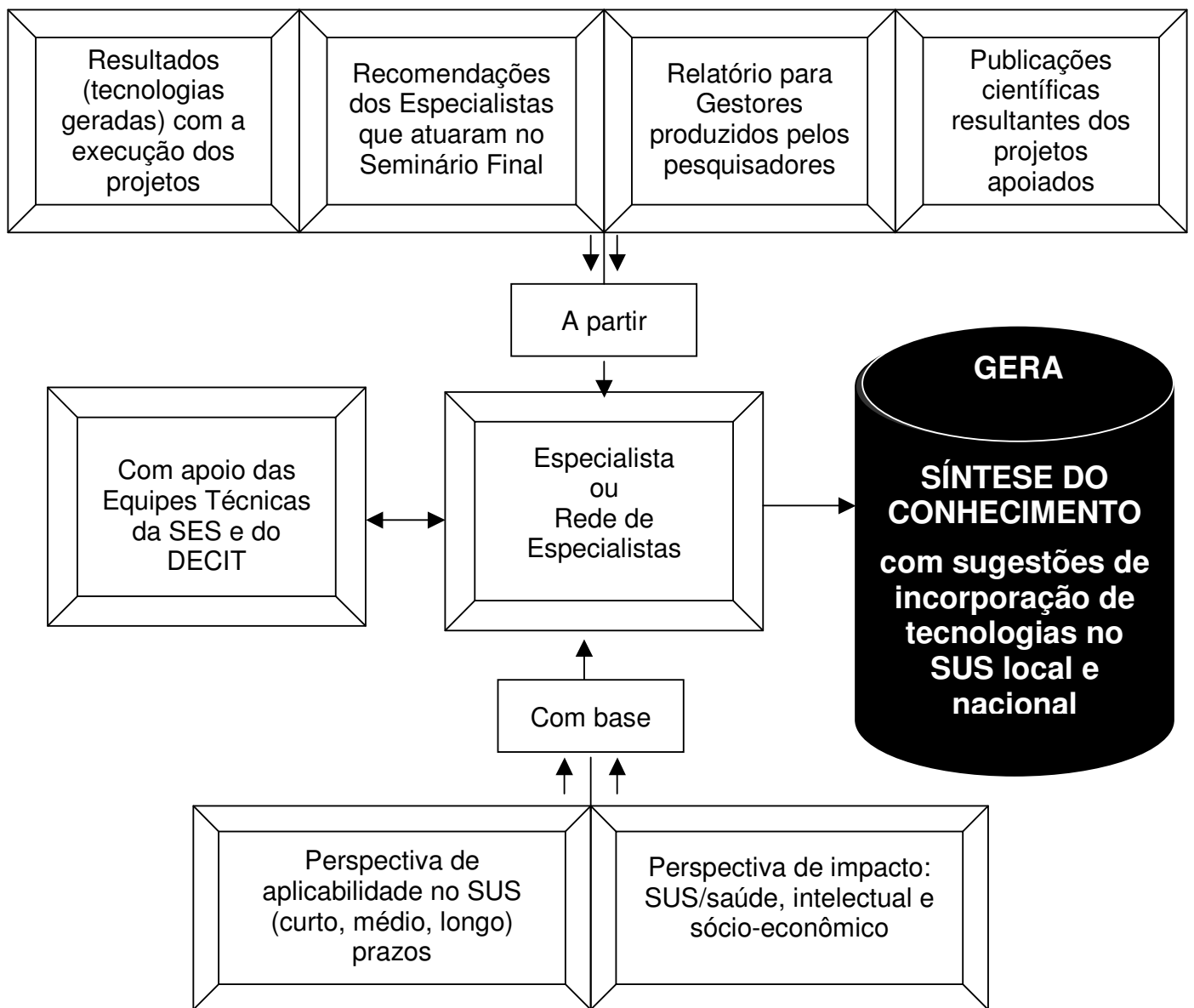


Figura 4. Fluxograma do modelo para geração de Síntese do Conhecimento a partir dos resultados alcançados com a execução dos projetos financiados pelo Programa PPSUS.

Fonte: Elaborado pelo autor.

EIT-PPSUS (FASE 5)

Incorporação de Tecnologias pelo Sistema Único de Saúde

5.1 Incorporação de tecnologias pelo SUS Nacional e/ou Local:

- **Incorporação no âmbito do SUS Nacional** - A critério das áreas técnicas do Departamento de Ciência e Tecnologia – DECIT, do MS - a quem compete coordenar a formulação, implementação e avaliação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS)¹⁶, da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS)¹⁷ e das Pesquisas Estratégicas para o Sistema de Saúde (PESS) – propor à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC¹⁸ a incorporação de tecnologias no âmbito do SUS Nacional. As tecnologias ofertadas foram geradas pelos projetos financiados pelo PPSUS e mapeadas via Síntese do Conhecimento.
 - **Incorporação no âmbito do SUS Local** - A critério das áreas técnicas das Secretarias Estaduais de Saúde – SES, a quem compete ofertar ao cidadão os serviços do SUS, propor aos Núcleos de C&T da SES a incorporação de tecnologias no âmbito do SUS Local. As tecnologias ofertadas foram geradas pelos projetos financiados pelo PPSUS e mapeadas via Síntese do Conhecimento.
-

Optou-se pela proposição da incorporação de tecnologias em duas instâncias – SUS Nacional e SUS Local, considerando a natureza das tecnologias geradas, que podem, por exemplo, introduzir e/ou modificar um **protocolo clínico**, destinado ao tratamento de alguma doença com incidência em todo território nacional e/ou, ainda, propor algum **modelo de gestão ou de capacitação de recursos humanos** para atender as peculiaridades administrativas de determinada SES, no seu contexto político gerencial.

¹⁶ **PNCTIS** – Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde – Formatada pelo Ministério da Saúde. Seu texto foi aprovado na 2.ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, realizada em 2004, e na 147.ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, realizada em 6 e 7 de outubro de 2004.

¹⁷ **ANPPS** – Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. Seu texto foi aprovado na 2.ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, realizada em 2004, e na 147.ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, realizada em 6 e 7 de outubro de 2004.

¹⁸ **CONITEC** - A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, criada pela lei nº 12.401 de 28 de abril de 2011, “que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Objetiva assessorar o Ministério da Saúde - MS nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde pelo SUS, bem como na constituição ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT”.

Essa opção, não desconsidera a atuação tripartite do SUS e nem seus princípios basilares ancorados na universalidade, na integralidade e na equidade do atendimento ao cidadão que demanda serviços ofertados pelo sistema.

A escolha da CONITEC, assim como dos Núcleos de C&T das SES, como instâncias responsáveis pelas análises dos pedidos de incorporação de tecnologias feitas, respectivamente, pelas áreas técnicas do DECIT/MS e das SES, deveu-se a sua institucionalização pré-existente no âmbito do MS e das SES.

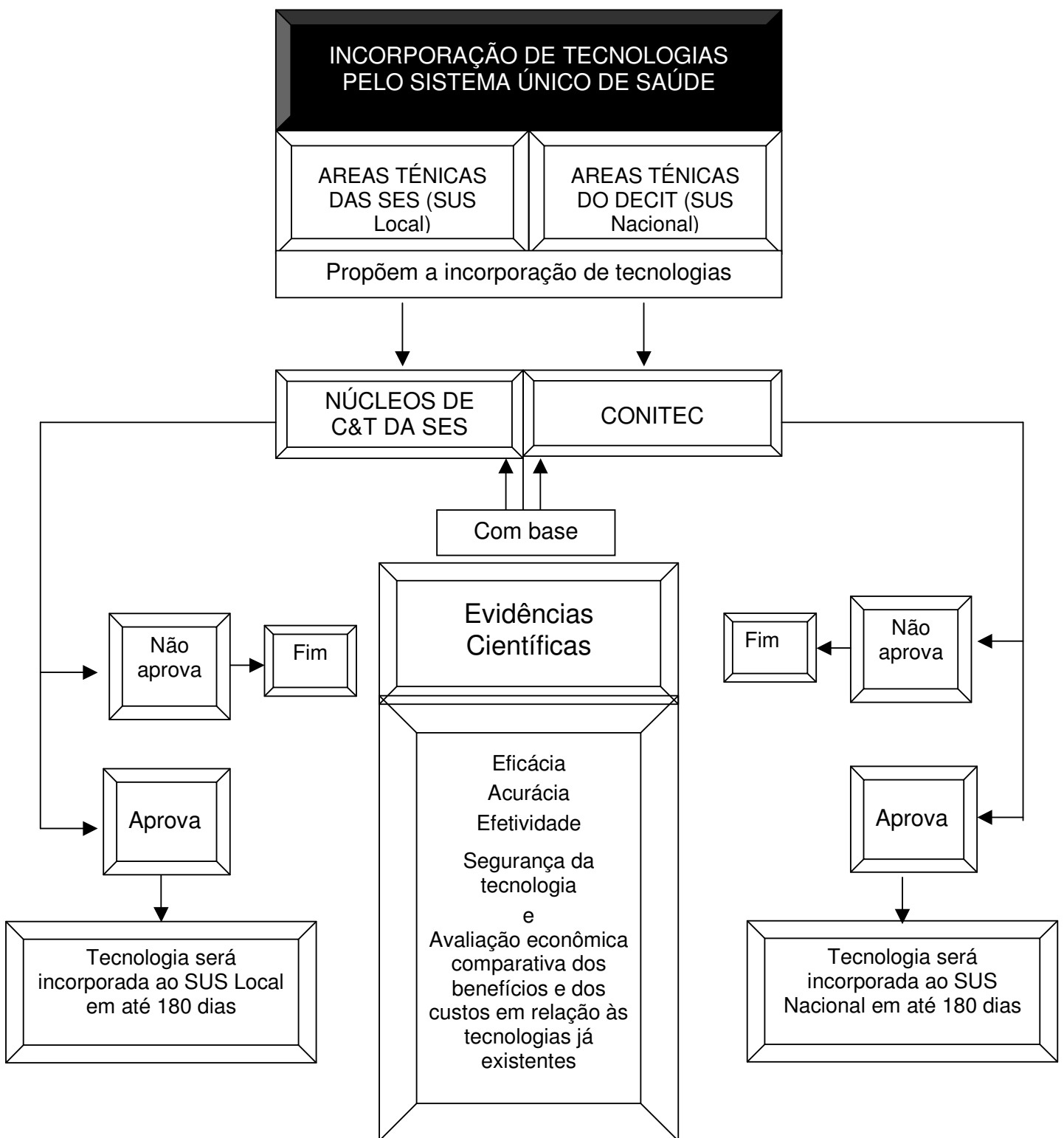


Figura 5. Fluxograma de Incorporação de Tecnologias no SUS (Nacional e Local), a partir da Síntese do Conhecimento, oriunda dos projetos financiados pelo PPSUS.

Fonte: Elaborado pelo autor.

3.3. Resultados (Grupo 3) – Contribuições do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS para o processo de consolidação da estratégia de fomento descentralizado.

Nessa parte dos resultados, foram descritas as contribuições do PPSUS para o processo de consolidação da estratégia de fomento descentralizado, no âmbito do setor saúde, adotada pelo DECIT, em parceria com o CNPq, com as FAPs e com as SES para a implantação do programa em todas as UFs do país.

Conforme previstas na metodologia, as contribuições do PPSUS foram agrupadas em sete categorias, listadas abaixo:

3.3.1 Categoria 1 - Instrumentos Jurídicos

A implementação do PPSUS, utilizando a estratégia de execução descentralizada, foi possível graças à padronização e utilização de instrumentos jurídicos celebrados entre seus partícipes: Termos de Cooperação - TC (MS/CNPq); Termos de Referência - TR do PPSUS (MS/CNPq); Convênios (CNPq/FAPs) e Termos de Outorga (FAPs/Pesquisadores).

Esses instrumentos conferiram segurança jurídica à implantação do programa nas UFs. Nesses documentos, são acordados valores que financiam o programa, responsabilidades dos partícipes, diretrizes do programa e pactuação de resultados entre os pesquisadores e a FAP executora dessa ação na UF.

A definição e a celebração obrigatória desses instrumentos jurídicos obedecendo a uma lógica de execução do programa (MS/CNPq; CNPq/FAP e FAP/Pesquisador) está consolidada e toda edição do PPSUS, necessariamente, segue essa rotina. **A instrumentalização jurídica do PPSUS constituiu-se em uma grande contribuição normativa desse programa para execução descentralizada de ações similares no território nacional.** Esse tem sido o rito sumário adotado pelo CNPq para executar esse programa e outras ações similares sob sua responsabilidade. Abaixo, breve relato dos instrumentos jurídicos.

Termo de Cooperação e/ou Termo de Execução Descentralizada

O Termo de Cooperação - TC, hoje denominado Termo de Execução Descentralizada – TED, é o primeiro instrumento jurídico celebrado para cada edição do programa. Nesse instrumento, acordado entre os partícipes federais do PPSUS – DECIT-MS/CNPq, define-se os valores sob responsabilidade do governo federal para a implantação de determinada edição do programa. Além dos valores, fica estabelecido o cronograma de desembolso e as responsabilidades do CNPq no sentido de viabilizar a implantação do programa nas UFs.

A partir do TED, o CNPq inicia as tratativas com as FAPs que participarão da ação. Ao final da vigência do TED, o CNPq presta conta dos recursos recebidos e dos compromissos assumidos junto ao MS.

Termo de Referência - TR do PPSUS.

Esse documento técnico que retrata as condições para execução do PPSUS foi uma iniciativa muito importante para a implantação do programa, com requisitos e condições unificadas para todo o território nacional, independentemente, do aporte financeiro, da situação política e das condições estruturais de cada FAP à época da celebração do convênio. Essa determinação do DECIT, com apoio do CNPq, foi fundamental para consolidar o programa e permitir sua continuidade, mantendo seus objetivos e as condições estabelecidas para sua implantação no território nacional.

A firmeza na manutenção dos objetivos e condições de execução do programa é outra contribuição do PPSUS para o fomento descentralizado. Adaptá-lo às condições conjunturais das 27 UFs seria inviável e poderia comprometer a sua sobrevivência como uma política pública que busca implementar ações contidas na PNCTIS.

Convênios

Conforme determina a legislação vigente quanto à transferência de recursos da União a estados e municípios, adotou-se o convênio como instrumento jurídico para estabelecer a parceria entre o CNPq e cada FAP partícipe do programa. A partir de 2004, para todas as edições do PPSUS, o CNPq firmou convênios individualizados com cada FAP, estabelecendo recursos (valores e cronograma de desembolso), direitos e obrigações para ambos. Inovou-se, ao incluir no corpo do acordo, o sistema de julgamento e de A&A do programa, conforme estabelecido no TR celebrado entre MS e o CNPq. Além disso, há uma rubrica destinada, exclusivamente, ao Sistema de A&A do PPSUS. Esse aporte para A&A é uma inovação desse programa e, certamente, contribuiu para o sucesso da execução descentralizada dessa ação.

Para cada edição do PPSUS, os convênios celebrados entre o CNPq e as FAPs obedeceram a uma padronização pré-estabelecida pela área técnica da Coordenação Geral do Programa de Pesquisa em Saúde – CGSAU do CNPq e a Procuradoria Federal (CNPq) o que facilitou a gestão e acompanhamento da implantação do programa nas FAPs partícipes dessa ação.

Termo de Outorga – TO

Trata-se de contrato celebrado entre as FAPs e os pesquisadores aprovados pelo Comitê Gestor do PPSUS, sem a participação do CNPq, do MS e/ou da SES, partícipes do programa. Essa é uma ação executada de forma descentralizada. Logo a FAP e o pesquisador, com projeto aprovado, ajustam entre si, respeitadas as diretrizes do PPSUS, as condições de execução do projeto. Ao término da vigência do projeto, o pesquisador presta contas técnica e financeira à FAP, de acordo com as condições acordadas.

Ao permitir o ajuste direto entre cada FAP e o pesquisador, o programa respeitou, por inteiro, as regras de execução de projetos preconizada por cada FAP do país. Uma medida simples, mas inovadora que contribuiu para a execução do

programa, pois observa e acata as peculiaridades burocráticas existentes nas FAPs do país.

3.3.2 Categoria 2. Previsão e execução de recursos

Um dos grandes gargalos à implantação de uma política de médio a longo prazos no país refere-se, exatamente, a falta de perenidade do aporte financeiro necessário a execução da ação pretendida. No âmbito do PPSUS, além da garantia da alocação de recursos, oriundos da União e dos Estados, a cada edição do programa, ex-ante ao lançamento da chamada pública para seleção de futuros projetos de pesquisa, consta também, a destinação de recursos para seu Sistema de A&A.

Desde 2004, quando o CNPq iniciou sua parceria com o DECIT/MS para implantar o PPSUS nas 27 UFs do país, os recursos destinados ao programa têm sido mantidos e/ou aumentados. A manutenção do aporte gera credibilidade e aceitabilidade do PPSUS junto à comunidade científica produtora de conhecimento. Além disso, arremata de forma duradoura a parceria com as FAPs que executam a ação e, também, aportam parte significativa dos recursos destinados ao programa.

Essa perenidade do aporte financeiro é uma das virtudes do PPSUS, assim como os recursos destinados ao seu sistema A&A que propicia as FAPs, em parceria com a SES, promover um A&A presencial, com a participação do pesquisador financiado e dos partícipes federais do programa (MS e CNPq). Durante a realização do seminário final, previsto no Sistema A&A do PPSUS, os gestores e áreas técnicas do SUS do estado, têm acesso imediato e direto aos resultados gerados (tecnologias).

O autor, participou de vários seminários finais do PPSUS e já presenciou inúmeras apresentações onde há, de imediato, contatos entre o pesquisador e o gestor do SUS e/ou da área técnica do SUS, que acompanha na SES, a temática que está sendo apresentada no seminário. Essa proximidade da comunidade da ciência (pesquisador) e da comunidade do serviço (gestor) aumenta a possibilidade de incorporação da tecnologia gerada.

3.3.3 Categoria 3. Sistema de definição de temas e linhas de pesquisa prioritários

O sistema PPSUS de definir prioridade de pesquisa é uma das grandes inovações deste programa. Essa iniciativa poderia ser adotada por programas que financiam pesquisas científicas, tecnológicas e/ou de inovação no campo da saúde. Esse sistema respeita, em sua integralidade a vocação de pesquisa do estado, sem perder de vista, a situação de saúde de sua população.

Participam do seminário, denominado “Oficina de Definição de Prioridades de Pesquisa”, realizado em cada edição do PPSUS, por todas as UFs, pesquisadores, gestores do SUS, das FAPs e do MS, assim como representantes do Controle Social. A prioridade é estabelecida a partir da utilização de três matrizes, que foram construídas a partir das orientações emanadas do Global Forum for Health Research, que conecta e relaciona as atividades de pesquisa em saúde aos problemas sanitários enfrentados pela população. Às FAPs e ao DECIT/MS cabem o papel de gerenciar a oficina, sem interferir diretamente na definição das prioridades de pesquisa do estado.

A discussão é feita a partir de eixos temáticos que foram propostos pelas SES, em parceria com o DECIT/MS. A primeira conhece as condições de saúde da população local, enquanto o segundo foi o responsável pela formulação, tanto da PNCTIS, quanto da ANPPS.

3.3.4 Categoria 4. Sistema seleção de projetos de pesquisa

O Sistema PPSUS de seleção de projetos de pesquisa está descrito nos Convênios celebrados entre CNPq e FAPs e ratificados nas chamadas públicas lançadas pelas FAPs.

Inicia-se com a realização da oficina para definição dos temas e respectivas linhas de pesquisa prioritárias que comporão a chamada pública destinada à seleção de projetos de pesquisa. Recebidas as propostas, a análise do mérito técnico-científico adota os seguintes procedimentos: etapa de enquadramento das propostas, segundo requisitos e condições da chamada; submissão das propostas à consultoria *ad hoc* que analisa, individualmente, o mérito de cada proposta; julgamento por Comissão de

Especialistas que analisa o mérito individual/coletivo das propostas, aprovação pelo Comitê Gestor do PPSUS, composto, paritariamente, por representantes dos partícipes do PPSUS (MS, CNPq, FAP e SES). Esse sistema é reforçado pela adoção dos Termos de Outorga, do Sistema de A&A do PPSUS e da exigência de prestação de contas técnica e financeira.

Esse rito de julgamento é utilizado, independentemente, da FAP que está executando o programa. **A manutenção da estratégia de julgamento do PPSUS, independentemente da FAP, utilizando todas as etapas previstas para seleção de projetos é uma efetiva contribuição do programa para o fomento descentralizado.**

3.3.5 Categoria 5. Sistema de acompanhamento e de avaliação

O Sistema de acompanhamento e de avaliação – A&A do PPSUS é composto por dois seminários. Um denominado parcial, que é realizado após 12 meses de execução dos projetos, com participação presencial, tanto do pesquisador financiado, quanto de representantes dos partícipes institucionais do programa. Participa, também, um especialista na área do projeto, capaz de propor alterações que possam melhorar sua execução.

No Seminário Final, mantém o mesmo rito. No entanto, são apresentados os resultados (tecnologias) gerados com o desenvolvimento do projeto financiado. Ao final do seminário, sob responsabilidade da SES é produzido um relatório técnico que contempla as tecnologias produzidas pelos projetos financiados.

Está em fase de testes um terceiro seminário, denominado Marco Zero. Este evento é realizado ex-ante à execução do projeto aprovado e objetiva corrigir pequenas falhas estruturais dos projetos, possibilitar interações entre pesquisadores e áreas técnicas do SUS, assim como possibilitar a formação de redes de pesquisa capazes de maximizarem as capacidades técnicas e operacionais dos pesquisadores envolvidos na execução dos projetos aprovados.

A inovação nesse processo centra-se nos recursos previstos nos convênios celebrados entre o CNPq e as FAPs e destinados, exclusivamente, ao sistema de A&A do PPSUS. Essa iniciativa, assim que possível, será incorporada

pelo CNPq para execução de outros programas implementados em parcerias com as FAPs do país. O aporte financeiro possibilita aos gestores do programa realizar todas as etapas previstas do Documento de Diretrizes Técnicas do PPSUS relativas ao seu processo de A&A.

3.3.6 Categoria 6. Sistema de Ciência e Tecnologia e Sistema de Saúde dos Estados

A nível estadual, a FAP é a executora da política de ciência e tecnologia do estado, enquanto a SES é responsável pela implementação dos serviços de saúde sob responsabilidade do SUS. A parceria dessas instituições na implantação do PPSUS teve o mérito de aproximar, definitivamente, os sistemas de ciência e tecnologia e de saúde dos estados.

A FAP usou sua estrutura, sua vocação e aglutinou pesquisadores em torno da idéia de geração de tecnologias que fossem capazes de dar resposta aos graves problemas de saúde detectados pelas SES. Por outro lado, a SES mapeou e diagnosticou os problemas de saúde que requeriam novos conhecimentos para serem enfrentados, mas ciente de que nem todos os problemas de saúde, são problemas de pesquisa. Com essa perspectiva, as instituições criaram um ambiente muito favorável à construção da estratégia PPSUS de definir temas e respectivas linhas de pesquisa prioritárias por estado.

A aproximação dos sistemas de ciência e tecnologia e de saúde, sem dúvida, é um fator positivo e que contribui, de forma significativa, para o sucesso do PPSUS e das ações de fomento descentralizado.

3.3.7 Categoria 7. Pesquisadores e Gestores do SUS (pesquisa versus serviços)

Nem todo problema de saúde requer tecnologias oriundas da pesquisa científica para sua efetiva resolução. Respeitando essa premissa, **o PPSU promoveu, durante as oficinas de definição de temas prioritários e seminários de A&A, a**

aproximação dos pesquisadores com os gestores SUS estadual e/ou com os responsáveis pelas áreas técnicas da SES.

As SES detêm um conjunto de dados estatísticos que retratam as condições de saúde de sua população, dados esses que foram alcançados pelos pesquisadores que possuem infra-estrutura de pesquisa e conhecimento científico capaz de gerar novas tecnologias que contribuam para a resolução dos problemas de saúde detectados que foram detectados durante as Oficinas de Definição de Prioridades de Pesquisa.

Essa parceria promoveu a aproximação da dimensão acadêmica, representada pelos pesquisadores e suas equipes, daquela que oferta os serviços sob responsabilidade do SUS. Essa união tem contribuído para a apresentação e execução de projetos de pesquisa mais robustos e destinados a enfrentar as questões de saúde mais prementes dos estados.

As principais contribuições do PPSUS, como instrumento de fomento descentralizado, foram agrupadas, por categoria e listadas na Tabela 1 a seguir.

Tabela 1. Principais contribuições do PPSUS, por categoria, para a consolidação do processo de fomento descentralizado no setor saúde.

Categoria	Principais contribuições do PPSUS para a consolidação do processo de fomento descentralizado
Instrumentos jurídicos	<p>Padronização e obrigatoriedade de uso dos seguintes instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Termos de Cooperação - TC (MS/CNPq);▪ Termos de Referência - TR do PPSUS (MS/CNPq);▪ Convênios (CNPq/FAPs);▪ Termos de Outorga (FAPs/Pesquisadores).
Previsão e execução de recursos	<ul style="list-style-type: none">▪ Definição dos recursos sob responsabilidade de cada partícipe do PPSUS ex-ante ao lançamento de chamada pública para seleção de projetos de pesquisa;▪ Previsão de recursos para o Sistema de A&A do PPSUS;▪ Gestão dos recursos sob responsabilidade das FAPs, instituições executoras do PPSUS na UFs;▪ Aporte dos recursos pactuados, conforme previsto no cronograma de desembolso dos convênios.

<p>Sistema de definição de temas e linhas de pesquisa prioritários</p>	<p>Definição dos temas e das linhas de pesquisa prioritários sob responsabilidade de cada UF partícipe do programa.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Previsão de recursos para a realização das Oficinas de definição de prioridades de pesquisa; ▪ A discussão é feita a partir de eixos temáticos que foram propostos pelas SES, em parceria com o DECIT/MS; ▪ Definição dos temas amparados em Matrizes; ▪ Participação de pesquisadores, gestores do SUS e do Controle Social.
<p>Sistema seleção de projetos de pesquisa</p>	<p>Sistema de seleção de projetos de pesquisa unificado em todo o território nacional, composto por:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oficina para definição de temas e linhas de pesquisa prioritárias; ▪ Lançamento de chamada pública para seleção de projetos de pesquisa; ▪ Enquadramento das propostas, segundo requisitos/condições expressos na chamada pública; ▪ Submissão dos processos à consultoria Ad hoc; ▪ Julgamento por Comissão de Especialistas; ▪ Aprovação pelo Comitê Gestor do Programa PPSUS, formatado por UF. <p>Esse sistema de seleção de projetos é reforçado pela adoção dos Termos de Outorga, do Sistema de A&A do PPSUS e da exigência de prestação de contas técnica e financeira.</p>
<p>Sistema de acompanhamento e avaliação</p>	<p>O Sistema de A&A do PPSUS integra o Documento de Diretrizes Técnicas do Programa e é reforçado nos convênios celebrados entre o CNPq e as FAPs e, ainda, nas chamadas públicas. É realizado presencialmente e composto por:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Seminário Parcial ▪ Seminário final. ▪ Prestação de contas técnica e financeira. <p>Está em fase de teste o seminário denominado “Marco Zero” que é realizado antes do efetivo desenvolvimento do projeto aprovado pelo Comitê Gestor do PPSUS.</p>
<p>Sistemas de Ciência e Tecnologia e Sistema de Saúde dos Estados</p>	<p>A FAP executa a política de C&T do Estado, enquanto a SES implementa os serviços ofertados pelo SUS. O <i>modus operandi</i> do PPSUS, baseado na gestão compartilhada propiciou:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A aproximação dos Sistemas de C&T e da Saúde no âmbito da UF, criando uma sinergia positiva que poderá facilitar a incorporação de tecnologias produzidas pelos projetos

	financiados pelo programa.
Pesquisador e Gestores do SUS (pesquisa versus serviços)	<p>A participação de pesquisadores e de representantes das áreas técnicas do SUS na “Oficina de Definição de Prioridades de Pesquisa” e nos seminários de A&A propiciou:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A aproximação da comunidade de pesquisadores dos gestores do SUS local, facilitando o acesso daqueles aos bancos de dados e laboratórios sob guarda da SES.

Fonte: Elaborado pelo autor

4. DISCUSSÕES

Este capítulo, dedicado às **Discussões**, abordará, inicialmente, o conceito de saúde que foi institucionalizado no país, com foco na saúde coletiva, incluindo o papel das estruturas administrativas criadas no âmbito do MS, os objetivos do SUS, os objetivos e estratégias da PNCTIS e da ANPPS. Far-se-á também, a inserção do PPSUS nesse cenário, englobando, inclusive, as razões que nortearam a escolha do mecanismo de fomento descentralizado, baseado nas UFs, feita pelo MS, para implantar o programa em todo o país.

Na segunda parte desse capítulo, a discussão focará os resultados alcançados com a implantação do PPSUS, entre 2004 a 2012. Os dados serão confrontados com os objetivos constituintes do próprio programa, com àqueles previstos na PNCTIS, quando couber, e sua adesão aos temas da ANPPS. Além disso, observar-se-á se a execução do PPSUS e seus efeitos mantêm relação com o caráter social preconizado no conceito de saúde coletiva adotado no país.

Na terceira parte, o tema abordado será a estratégia de incorporação de tecnologias – EIT-PPSUS construído a partir do modelo lógico do programa.

Na quarta parte, as contribuições do PPSUS para o modelo de fomento descentralizado serão analisadas, considerando as características do modelo de descentralização de políticas de saúde elencadas pelo Centro de Gestão de Estudos Estratégicos.

Feitas essas considerações, os temas relativos à primeira parte serão discutidos abaixo.

O Movimento Sanitário Brasileiro - MSB desenvolveu, a partir do conceito de “saúde pública” formatado pela Organização Mundial da Saúde - OMS, com subsídio do movimento sanitário internacional, o conceito de “Saúde Coletiva”. Enquanto o primeiro fora ancorado na perspectiva positivista, centrado no indivíduo, no cuidado fragmentado e numa visão causa/efeito da doença, a partir da década de 60, o segundo, desenvolvido em terras brasileiras e, aqui aplicado, centrou-se na dimensão social da saúde, capaz de induzir a geração de um conjunto de políticas sociais de proteção ao cidadão brasileiro (FLEURY; OUVENEY, 2008; PAIM; ALMEIDA-FILHO, 1988).

O conceito de “saúde coletiva” consolidou-se e seus pressupostos estão assentados na Constituição Federal – CF/88, no capítulo dedicado aos direitos sociais dos cidadãos brasileiros. Dentre esses direitos, encontra-se a saúde como um direito do indivíduo e um dever do estado (BRASIL, 2002). A inclusão do tema na Carta Magna veio ao encontro do desejo do MSB que buscava a construção de um sistema de saúde baseado na universalidade, na integralidade e na equidade (COHN, 1989; BRASIL, 1990; CAMPOS, 1996; 2007, PAIM, 2008).

Com a criação do Sistema Único de Saúde - SUS - Lei 8080/90, tais princípios e diretrizes materializaram-se e foram postos à disposição da sociedade (BRASIL, 1990), com inequívoca valorização da dimensão social da saúde. Nas últimas três décadas, o país tem buscado, através da adoção de políticas públicas, ofertar ao cidadão o acesso, via SUS, às tecnologias da saúde, capazes de promover o bem-estar físico, mental e social do indivíduo.

A saúde é um tema de pesquisa consolidado no país e os números que retratam essa atividade são expressivos. De acordo com o Diretório de Grupos de Pesquisa – DGP do CNPq (CNPq, 2017), as áreas de Ciência da Saúde e Ciências Biológicas contam, respectivamente, com 21.196/17.086 linhas de pesquisa, sendo trabalhadas por 47.069/31.462 pesquisadores, distribuídos em 5.069/3.650 grupos de pesquisa.

Os números dão a dimensão da importância e da grandiosidade da área da saúde no país. Agrupadas as linhas de pesquisa representam 27,5%, enquanto os pesquisadores 26,7% e a constituição dos grupos de pesquisa 26,1% do total catalogado no censo realizado em 2016 e cadastrado no DGP (CNPq, 2017). O aporte de recursos destinados à área da saúde, quando comparado as demais áreas de pesquisa, mantêm-se na proporção de 25/30% do total aplicado à pesquisa (PETERS, 2013).

Sob a perspectiva do MS, órgão formulador e executor da PNS, no seu sentido *lato sensu*, houve também uma consolidação de sua estrutura administrativa e das políticas daquele órgão no campo da saúde. No início dos anos 2000, foram criadas a SCTIE e o DECIT, estrutura essas, responsáveis pela formulação e implantação da PNCTIS e da ANPPS. Essas iniciativas credenciaram o MS para assumir a vanguarda

na proposição e execução de pesquisa científica, tecnológica e/ou de inovação no campo da saúde.

Naquele período, as ações de C&T do MS deparavam-se com um cenário constituído dos seguintes elementos: prioridades de pesquisa em saúde definidas no âmbito nacional; concentração da pesquisa em instituições das regiões Sudeste e Sul; baixa adesão e/ou ausência de estruturas nas SES ligadas à pesquisa; embrionário processo de coordenação nacional para acompanhar a execução das ações da PNCTIS e da ANPPS; insipiente conexão entre pesquisa e as necessidades sanitárias regionais da população e incipiente processo de descentralização do fomento em pesquisa no campo da saúde.

Nesse cenário, o MS resolveu formatar um programa que viabilizasse a implantação da pesquisa científica, tecnológica e/ou de inovação prevista na PCNTIS e no SUS, mantendo conexão e estreita observância aos temas da ANPPS e, ainda, que fosse executado de forma descentralizada, sem perder de vista que seus resultados deveriam direcionar-se ao SUS, na sua dimensão territorial local e/ou nacional, e que fossem adequadas às necessidades de saúde da população alcançada pela ação.

Com essa necessidade, o DECIT/MS formatou o PPSUS, programa de pesquisa, de abrangência nacional, construído sob a perspectiva de uma política social que busca gerar tecnologias capazes de mitigar os grandes problemas sanitários da população e, ao mesmo tempo, com capacidade para aprimorar a gestão do SUS.

Sua implantação descentralizada induziu a participação colaborativa de atores federais e estaduais, instituições de ensino/pesquisa, de pesquisadores, do controle social, de gestores do SUS e, ainda, criou um ambiente favorável à aproximação dos sistemas de saúde e de ciência e tecnologia dos estados (OLIVEIRA, 2008).

Essas características do programa referentes a sua criação, alcance e execução, de certa forma contemplaram as três dimensões inerentes ao ideal da saúde coletiva propostas pelo pesquisador Everardo Duarte Nunes, que as classificou – como “corrente de pensamento”, como “movimento social” e como “prática teórica” (NUNES, 1994).

Enquanto **Corrente de Pensamento e Movimento Social** - o PPSUS é um instrumento que colabora com a implantação no SUS, quanto à introdução da pesquisa

científica, tecnológica e/ou de Inovação no âmbito da Saúde (BRASIL, 1990), assim como, das diretrizes da PNCTIS, quanto à descentralização, fortalecimento do esforço nacional em CTI&S, superação das desigualdades regionais, formação e absorção de recursos humanos e produção científica e tecnológica em todas as regiões do País, considerando as características e as questões culturais regionais (BRASIL, 2008a). A instituição do SUS e da PNCTIS foi possível em virtude de um grande movimento social capitaneado pelo MSB.

Enquanto **Prática Teórica** - envolve a formatação e execução de uma política social, subsidiada pelas diretrizes da PNCTIS (BRASIL, 2008a) e ancoradas nos temas da ANPPS (BRASIL, 2008b), incluindo delegação de poder decisório (FOUCAULT, 1982) às FAPS e SES relativas à definição dos temas e respectivas linhas de pesquisa prioritárias sob responsabilidade dos entes federados, além de uma gestão compartilhada em todas as fases de implantação do programa nas UFs.

A escolha pela execução descentralizada do PPSUS originou-se nas estratégias da própria PNCTIS (BRASIL, 2008a) e na natureza organizativa do Brasil, sob o formato de uma Federação, que convive com elevadas disparidades regionais (ARRETCHE, 1999; 2002; CGEE, 2010). Os objetivos do MS relativos à descentralização de partes de suas ações de C&T focavam-se em dois aspectos primordiais. O primeiro, destinava-se a instrumentalizar as FAPs e as SES em questões de cunho normativo e político, tornando-as aptas à execução de políticas formatadas no âmbito federal. O segundo ponto referia-se ao fortalecimento e engajamento dos sistemas de C&T e de saúde dos estados na execução do PPSUS e, ainda, o estreitamento das relações entre geradores e incorporadores do conhecimento nas esferas local e federal (OBORN; BARRET; RACKO, 2010).

Um importante estudo realizado no Brasil pelo Centro de Gestão e Estudos Estratégico (CGEE, 2010) identificou que a incorporação de novos atores institucionais ao processo de implantação de uma política pública objetiva

“dar maior amplitude e capilaridade ao processo de desenvolvimento científico e tecnológico da sociedade brasileira. Esse conjunto renovado de instituições envolvidas com a CT&I representam o esteio de uma nova configuração do Sistema Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação” (CGEE, 2010, p.7).

Atualmente, exceto o estado de Roraima, as UFs do país contam com sua FAP dedicada a implementar as respectivas políticas de ciência e tecnologia estaduais e, ainda, tornaram-se um importante aliado do governo federal e suas agências de fomento na implantação de políticas públicas, como por exemplo, o PPSUS. Essas estruturas fortaleceram o Sistema Nacional de Ciência e Tecnologia – SNCT do país, atuando em espaços pouco explorados até então e/ou de difícil acesso às políticas públicas desenhadas pelo governo central.

Somente entre os anos de 2001 a 2012, foram instituídas 12 FAPs no país e, destas, cinco foram criadas por estados da região norte (CONFAP, 2017). Tanto as FAPs, quanto o PPSUS, foram instrumentos que propiciaram aos pesquisadores daqueles estados acesso direto ao financiamento de recursos destinados à pesquisa no campo da saúde.

O sistema de seleção de projetos das agências federais privilegia o mérito e relevância do projeto, assim como, a produção científica do proponente, sem considerar as diferenças regionais, as estruturas de pesquisa instaladas e a vocação de pesquisa de cada UF. Nesse modelo, o pesquisador proponente concorre com os demais pesquisadores oriundos de todas as UFs.

No âmbito do PPSUS, adota-se, tal qual o modelo nacional, o mérito e relevância do projeto, assim como a capacidade do proponente como critérios de julgamento. No entanto, há um diferencial territorial importante, pois cada proponente, assim como seu projeto, concorre, exclusivamente, entre os membros da comunidade científica do estado que lançou a chamada pública, sem o ônus de participar de uma concorrência nacional. Esse aspecto da seleção nivela a concorrência e propicia ao pesquisador maior possibilidade de acesso ao financiamento à pesquisa que é disponibilizado pelo PPSUS.

Outra variável que compõem o PPSUS e direciona o processo seletivo de projetos de pesquisa refere-se a sua limitação ao campo da saúde. Somente projetos que atendam a esse quesito são passíveis de serem financiados pelo programa, limitando-se assim o número de proponentes que submetem projetos à chamada pública.

Concluídas as discussões relativas ao conceito de saúde, estruturas do MS, SUS, PNCTIS, ANPPS e a inserção do PPSUS nesse cenário, far-se-á a **discussão** dos resultados obtidos pelo programa no período analisado (2004 a 2012), os quais foram apresentados no Capítulo 3 e subdivididos em três partes – publicações, Estratégia para Incorporação de Tecnologias (EIT-PPSUS) e contribuições do PPSUS para o processo de descentralização do fomento em CT&I no setor saúde.

O modelo de execução descentralizado previsto no Documento de Diretrizes Técnicas do PPSUS (BRASIL, 2014) foi utilizado para implementar o programa em todas as UFs do país. Esse modelo previa e foi executado quanto à descentralização de recursos, de poder decisório e foi amparado numa gestão compartilhada das ações necessárias à execução do programa. Além disso, em todos os convênios celebrados entre o CNPq e as FAPs houve previsão e aporte de recursos a título de contrapartida sob responsabilidade das fundações. O valor da contrapartida variou de acordo com o previsto na “Carta de Salvador” (CONSECTI, 2006) e foi acertado diretamente entre as FAPs e o DECIT/MS, sem a participação do CNPq.

A priori, o PPSUS deveria ser ofertado a cada dois anos. No entanto, por questões diversas, incluindo atrasos na execução, objeto do convênio e problemas relativos à adimplência das FAPs no ato de celebração de convênios com o CNPq, essa periodicidade foi alterada quanto ao tempo e o número de FAPs participantes em cada Edição. As edições ocorreram em 2001/2003 (edição piloto), 2004, 2006, 2008, 2011, 2012, sendo a última lançada em 2015/2016 (em execução).

Todas as FAPs adotaram os sistemas de definição de prioridades de pesquisa, de seleção de projetos de pesquisa, de A&A e prestação de contas preconizados pelo PPSUS (BRASIL, 2014), tornando uníssona sua execução em âmbito nacional. Essa adesão tem facilitado o gerenciamento dessa ação no território nacional.

A etapa denominada “Oficina Definição de Prioridades de Pesquisa” onde são definidos os temas e respectivas linhas de pesquisa prioritárias, sob responsabilidade das FAPs, com auxílio das SES, necessita ser acompanhada e ajustada frequentemente. No modelo atual, há possibilidade de haver um viés na indicação da prioridade de pesquisa da UF se a representatividade, composta por instituições de ensino/pesquisa, pesquisadores, representantes do controle social e gestores do SUS

não for adequadamente avaliada. Cabe às FAPs promover a divulgação e a realização das Oficinas com a maior diversidade e representatividade possível, ciente que há disputas envolvendo os distintos atores e seus respectivos interesses (COSTA; CRUZ, 2014).

Entre os anos de 2004 e 2012 foram lançadas 05 edições do PPSUS, sendo investidos aproximadamente 274 milhões e contratados 2.923 projetos de pesquisa. A região nordeste selecionou 935 projetos, com investimento de 62,23 milhões, enquanto a região sudeste contou com o maior investimento (116,23 milhões) e contratou 718 projetos, ocupando a segunda posição nesse quesito. A região Sul ocupa a terceira posição quanto aos investimentos (45,24 milhões) e número de projetos (603). A região Norte selecionou 346 projetos, utilizando 32 milhões, enquanto o Centro-Oeste investiu 18,33 milhões, aplicados em 321 projetos.

O mapeamento regional comprova a descentralização da execução do PPSUS que alcança todas as UFs do país. No entanto, ainda observa-se uma concentração dos recursos na região Sudeste, com 42 por cento dos investimentos do programa. Na segunda posição, a região Nordeste com 22,7 por cento dos recursos. Neste caso houve uma inversão com a região Sul (16,51) que tradicionalmente ocupa a segunda posição nesses comparativos. A quarta posição é ocupada pela região Norte, com 11,7 por cento dos recursos, seguida do Centro-Oeste, com 6,7 por cento.

Se o parâmetro comparativo for o valor médio por projeto financiado, apenas as regiões Sudeste, com R\$ 161.880,22 e Centro-Oeste R\$ 57.102,80 mantiveram suas respectivas posições em primeiro e quinta colocação, quando comparadas com o quesito participação no montante de recursos. O Sul assume a segunda posição com valor médio por projeto de R\$ 75.024,88, enquanto o Nordeste passa de segundo para quarto lugar, com valor médio de R\$ 66.556,15.

Quanto ao número de projetos financiados, a região nordeste assume a primeira posição com 935 pesquisas financiadas. Na segunda posição, figura o sudeste com 718 projetos, seguida do sul, com 603. Na quarta colocação, o norte, com 346 projetos. Nesse quesito, o centro-oeste ocupa, também, a última posição, com 321 projetos aprovados.

O Sudeste apresenta maior volume de investimento, assim com a maior média de recursos por projeto, enquanto o Nordeste assume a liderança quanto ao número de pesquisas financiadas. A região Sul mantém a terceira posição entre as regiões em todos os quesitos avaliados (quantitativo de recursos, média por projeto e número de pesquisas financiadas), enquanto o Centro-Oeste ocupa a última posição nesses quesitos.

O montante de recursos aplicados em cada região do país está diretamente conectado à capacidade de pesquisa instaladas na UFs, incluindo instituições e pesquisadores. Outro fator preponderante que explica essa questão refere-se à capacidade da FAPs partícipes do PPSUS em aportar recursos, a título de contrapartida financeira, que se somam aos recursos oriundos do governo federal.

As questões que definem o valor médio de um projeto abrangem variáveis ligadas a: objetivos do programa; escopo da chamada pública (aberto e/ou com valor definido por projeto); tamanho dos projetos de pesquisa; quantitativo de recursos destinados à capital, custeio e bolsas. No entanto, é preciso verificar, se há, nos objetivos do programa e/ou da chamada pública manifesto interesse do “Agente Público” em pulverizar e/ou concentrar os recursos disponibilizados para a ação em análise.

Majoritariamente, as UFs partícipes do PPSUS, adotaram a estratégia de definir faixas de valores por projeto. No entanto, essa medida não foi aplicada aos temas/linhas de pesquisa. A aprovação ou não de projetos em determinado tema fica subordinada à análise do mérito e da relevância da própria pesquisa.

A opção adotada pelo PPSUS, certamente, conduz ao apoio de um maior número de projetos e cria um ambiente favorável à formação de redes estaduais de pesquisa, cumprindo, assim, a função interna do programa de desconcentrar e descentralizar a aplicação dos recursos destinados à pesquisa científica no estado. E, num sentido mais amplo, “busca promover a redução das desigualdades regionais no campo da ciência, tecnologia e inovação em saúde” (BORTOLI; MORAIS; MOTTA, 2011).

O PPSUS, como instrumento de execução de parte das ações previstas na PNCTIS, está atrelado aos temas da ANPPS (BRASIL, 2008b). Os projetos aprovados

entre 2004 a 2012 foram agrupados segundo os 24 temas da agenda. Dentre os temas, os mais pesquisados foram: a. doenças transmissíveis; b. assistência farmacêutica; c. alimentação e a nutrição; d. avaliação de tecnologias e economia em saúde; e. doenças não transmissíveis; f. doenças crônicas não transmissíveis; g. saúde, ambiente, trabalho e biossegurança; h. saúde da mulher; i. sistema e políticas de saúde e; j. pesquisa clínica.

Do ponto de vista regional, os temas mais contemplados foram “doenças transmissíveis”, presente em todas as regiões do país, acompanhado por “pesquisa clínica” nas regiões sudeste, sul, centro-oeste e norte e “avaliação de tecnologias em saúde e doenças crônicas não transmissíveis” financiados nas regiões sudeste, sul e nordeste. Considerando as características de definição de temas prioritários centrado nas UFs, as subagendas mais pesquisadas refletem a vocação de pesquisa regional, assim como os problemas de saúde/pesquisa identificados em cada “Oficina de Definição de Prioridades de Pesquisa”.

A terceira parte das “discussões” abordará a construção da EIT-PPSUS que objetiva criar condições e ampliar as possibilidades de incorporação das tecnologias resultantes dos projetos financiados pelo PPSUS.

Modificar as condições sanitárias da população brasileira integra os objetivos do PPSUS (BRASIL, 2014) e, portanto, a EIT-PPSUS visa inserir os Núcleos de C&T da SES, como instância que promoverá a incorporação de tecnologias no SUS, em sua dimensão local e manter sob responsabilidade da CONITEC (BRASIL, 2011) as incorporações de âmbito nacional.

A estratégia contida da EIT-PPSUS assume uma posição “ativa” em relação à incorporação de tecnologia pelos serviços do SUS. Ao inserir, já a partir da chamada pública de capitação de projetos de pesquisa, as condições necessárias à geração, a avaliação e a incorporação, via Núcleos de C&T das SES (nível local) e via CONITEC (nível nacional) das tecnologias produzidas a partir dos projetos financiados.

Desde a primeira etapa, a proposta do pesquisador deverá conter um conjunto de resultados desejados, os quais serão acompanhados e avaliados pelo sistema de A&A do PPSUS, culminando com a produção de uma “síntese do conhecimento” que contemplará todas as tecnologias geradas, as quais já terão sido avaliadas quanto a

duas perspectivas: a) de aplicabilidade ao SUS (curto, médio e longo) prazos e, b) de impactos (SUS/Saúde, intelectual e sócio-econômico).

De posse dessa síntese do conhecimento, caberá as áreas técnicas da SES (nível local) e do DECIT/MS (nível nacional) proporem, caso julguem pertinente, aos Núcleos de C&T da SES e/ou à CONITEC a incorporação de tecnologias que já passaram por uma análise prévia (temporalidade) de aplicabilidade ao SUS, assim como os possíveis impactos advindos da provável incorporação dessa tecnologia.

O cenário para efetivação da EIT-PPSUS é complexo, pois envolve incorporação e/ou substituição de tecnologias já incorporadas no âmbito do SUS. Possíveis rearranjos tem impactos diretos na indústria da saúde, gerando preocupações aos Serviços do SUS (RODRIGUES; ANDREAZZI, 2011), no mercado local e/ou nacional e, certamente, não percorrerá um caminho pacificado.

Além do mercado, a incorporação de uma nova tecnologia teve atentar-se para questões relativas aos riscos do uso indiscriminado de tecnologias imaturas, sem uma análise prévia de questões relativas à segurança, as restrições a sua eficácia, as limitações de prevenção e de indicação e, ainda, o custo-efetividade dessa tecnologia (NOVAES; ELIAS, 2013; INCA, 2017).

Do ponto de vista temporal, a ETI-PPSUS poderá tornar-se um instrumento útil para diminuir o tempo entre a geração do conhecimento ofertado pela comunidade de pesquisadores financiados pelo PPSUS e o efetivo uso dessa tecnologia pelas comunidades de práticas de cuidados de saúde (OBORN; BARRET; RACKO, 2010).

A despeito das dificuldades, a EIT-PPSUS foi pensada e formatada para contribuir com o SUS, via incorporação de tecnologias produzidas com base em evidências científicas e que se mostraram capazes de fortalecer os princípios basilares do sistema de saúde do país, com foco na integralidade, na universalidade e na equidade.

Na última parte desse capítulo, serão discutidas as contribuições do PPSUS, como mecanismo de fomento descentralizado, no campo da saúde.

O programa teve o mérito de institucionalizar-se ex-ante a sua implementação. Via seu Documento de Diretrizes Técnicas (BRASIL, 2014) estabeleceu a maneira de sua implementação, um novo formato para definir temas prioritários de pesquisa e

desenvolveu um sistema de julgamento e de A&A próprios para o programa. Criou-se no âmbito do PPSUS um rito sumário para seleção e A&A de projetos de pesquisa científica, tecnológica e/ou de inovação no campo da saúde.

A adoção do rito, composto por definição de prioridades de pesquisa, de seleção de projetos e de um sistema de A&A, preconizado pelo PPSUS, aproximou os sistemas estaduais de C&T e de saúde que participam ativamente das atividades necessária à execução do programa no estado. Promoveu, também, a aproximação entre a comunidade de pesquisadores e gestores (OBORN; BARRET; RACKO, 2010), do SUS.

Do ponto de vista acadêmico, possibilitou a formação de redes de pesquisa e cravou o respeito e incentivo à vocação estadual e regional de pesquisa, como elementos importantes do processo de fomento à pesquisa descentralizado, capazes de formar uma massa crítica enraizada no estado, preocupada em gerar soluções sanitárias locais que beneficie diretamente a população envolta nesse processo.

O PPSUS traz em seu próprio nome, a temática da gestão compartilhada, outro elemento inovador dessa ação. O processo decisório envolto nas diversas atividades previstas para a execução do programa foi pautado no entendimento mútuo, criando um ambiente favorável e amistoso entre os partícipes do PPSUS.

Nesse modelo de gestão compartilhada, não houve e não há, propriamente, uma hierarquia emanada do governo central, que controla o processo decisório, mas foi construída baseada numa relação de poder dependente da atividade a ser executada (FOUCAULT, 1982). Cada partícipe assume sua responsabilidade no momento requerido pela atividade que será executada.

Como política pública, no campo social, o PPSUS construiu um conjunto de normas e procedimentos capazes de aprimorar a execução de ações emanadas do governo central e executadas em todo território nacional. Esse arcabouço é facilmente adaptável a outras ações e pode contribuir com o processo de execução descentralizado, com foco no estado.

O caminho é longo, mas é possível enfrentar e sanar as desigualdades regionais no campo da saúde (DRACHLER, et al., 2003), sem perder de vista que o cuidado à saúde, fornecido à população sem equidade pode produzir estratificação

social (WHO, 2007), fomentando o próprio ciclo das desigualdades. No entanto, a apropriação de tecnologias inclusivas pelo sistema público de saúde pode contribuir com a resolução da questão posta por Reinaldo Guimarães, sanitarista com larga atuação no MS - “a desigualdade é o calcanhar-de-aquiles da civilização brasileira” (GUIMARAES, 2004, p.378).

5. PERSPECTIVAS E RECOMENDAÇÕES

Objetivando facilitar a apresentação das perspectivas e recomendações relativas ao PPSUS para os anos vindouros, far-se-á o fatiamento das possibilidades/necessidades do programa considerando: manutenção do PPSUS; sistema de definição de temas e respectivas linhas de pesquisas prioritárias; sistema de julgamento; sistema de acompanhamento e avaliação; aporte de recursos no PPSUS; o PPSUS versus a PNCTIS; geração de síntese do conhecimento e incorporação de tecnologias no âmbito do SUS - local/nacional.

Manutenção do PPSUS - a instabilidade política e a grave crise econômica são variáveis que devem ser observadas e monitoradas, diuturnamente, pelas autoridades partícipes do PPSUS. A continuidade do programa, sob a perspectiva desse discente, não pode desconsiderar tais variáveis. Contribuirá, sobremaneira, para sua manutenção a adoção de uma avaliação permanente dos resultados alcançados, a partir dos projetos financiados, incluindo: uma análise concernente ao cumprimento dos objetivos do PPSUS, sua aderência à PNCTIS e a adoção de mecanismos que possibilite a incorporação, pelo SUS, das tecnologias geradas.

Além dessas variáveis, a inclusão do PPSUS no Plano Plurianual do Ministério da Saúde potencializaria a perenidade do programa, pois deixaria de ser uma ação de governo para ser um programa do estado brasileiro.

Sistema de definição de temas e respectivas linhas de pesquisas prioritárias - o sistema PPSUS utilizado para definir os temas e respectivas linhas de pesquisa prioritárias, com base na UF, é uma inovação oriunda desse programa. No entanto, ele necessita ser aprimorado para evitar um viés de seleção. Dever-se-ia criar algum mecanismo que garanta uma maior participação institucional (IES, Centros e Institutos de Pesquisa, Empresas Públicas lotadas na UF) e de pesquisadores oriundos de diferentes linhas de pesquisa em cada edição da Oficina. Se não houver uma participação representativa, corre-se o risco de definir prioridades baseadas, exclusivamente, nas perspectivas de algum grupo majoritário presente no evento, desconsiderando as condições de saúde de sua população, objeto maior do financiamento oriundo do PPSUS.

Sistema de Julgamento do PPSUS - O DECIT/MS deverá aprimorar seu Sistema de Informação de Ciência e Tecnologia em Saúde – SISCT, criando uma ferramenta/link que permita ao Comitê Gestor do PPSUS, visualizar claramente uma diferenciação entre os pareceres emitidos pelos consultores *ad hoc*, assim como a recomendação ou não da Comissão de Especialistas, responsáveis, respectivamente, pela análise individual e conjunta do mérito e da relevância dos projetos submetidos às chamadas públicas lançadas pelas FAPs, em parceria com o MS, com o CNPq e com as SES.

A análise da “relevância social”, atualmente a cargo do Comitê Gestor do PPSUS, deveria ser incorporada às atribuições do Comitê de Especialista, com apoio de representantes das áreas técnicas das SES diretamente envolvida na temática sob análise. Portanto, o parecer emitido pelo Comitê, contemplaria, além do mérito técnico-científico, a análise de relevância social da pesquisa.

No quesito “relevância social”, a posição da SES é preponderante, considerando que a execução do programa é descentralizada, com foco no estado. As áreas técnicas têm ciência dos problemas de saúde enfrentados na UF, assim como da premência requerida para cada situação.

Sistema de Acompanhamento e Avaliação do PPSUS - o Documento de Diretrizes Técnicas do Programa estabelece a realização de dois seminários para o Sistema de A&A do PPSUS denominados, respectivamente, “Parcial” (após 12 meses) e “Final” (após conclusão dos projetos). Com o advento do seminário “Marco Zero”, realizado *ex-ante* à implementação dos projetos aprovados, o seminário parcial deverá centrar-se na análise dos resultados parciais, comparando-os com aqueles aprovados pelo Comitê Gestor e servir de parâmetro para efetivação do pagamento da segunda parcela dos recursos aprovados para o pesquisador.

Portanto, o Sistema PPSUS de A&A, deverá ser remodelado, readaptando a finalidade do seminário parcial e incorporando ao Documento de Diretrizes Técnicas o seminário “Marco Zero” que tem demonstrado maior eficiência, principalmente no aspecto temporal. Nessa etapa, são discutidas e/ou incorporadas alterações nos projetos aprovados pelo Comitê Gestor do PPSUS antes de sua efetiva execução,

evitando atrasos e emprego de recursos desnecessários em atividades/etapas sujeitas a alterações.

Aporte de recursos no PPSUS - manter o aporte de recursos compartilhado entre governos federal e estaduais e a execução do programa no formato descentralizado, sob responsabilidade das FAPs e das SES. No entanto, para promover uma efetiva “desconcentração” dos investimentos do programa nos estados, além da Carta de Salvador, dever-se-ia observar também: a vocação de pesquisa do estado, sua capacidade instalada (institucional e recursos humanos – pesquisadores) e o percentual de execução dos resultados alocados nas edições anteriores do PPSUS. Para tal fim, dever-se-ia ser criado, pelo DECIT/MS, um algoritmo que observasse e pontuasse essas variáveis, possibilitando aos gestores definir ou não o incremento de recursos à determinada UF. Nas diversas edições, há casos que a FAP não executa a totalidade dos recursos pactuados no convênio celebrado com o CNPq e outras, com demanda qualificada (projetos recomendados) e não atendida em função dos recursos serem insuficientes.

PPSUS versus PNCTIS - como um dos instrumentos do MS para executar a PNCTIS, o escopo do PPSUS deveria ser ampliado e conectado, de maneira inequívoca, à PNCTIS observando e atendendo aos seus **Eixos Condutores** (a. extensividade – capacidade de intervir nos vários pontos da cadeia do conhecimento; b. inclusividade – inserção dos produtores, financiadores e usuários da produção técnico-científica; c. seletividade – capacidade de indução; d. complementaridade entre as lógicas da indução e espontaneidade; e. competitividade – forma de seleção dos projetos técnicos e científicos; f. mérito relativo à qualidade dos projetos; g. relevância social, sanitária e econômica – caráter de utilidade dos conhecimentos produzidos; h. responsabilidade gestora com regulação governamental; i. presença do controle social) e a sua **Estratégia** composta por - (a. sustentação e fortalecimento do esforço nacional em ciência, tecnologia e inovação em saúde; b. criação do sistema nacional de inovação em saúde; c. construção da agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde; d. criação de mecanismos para superação das desigualdades regionais; e. aprimoramento da capacidade regulatória do Estado e criação de rede nacional de avaliação tecnológica; f. difusão dos avanços científicos e tecnológicos; g. formação,

capacitação e absorção de recursos humanos no sistema nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde, incentivando a produção científica e tecnológica em todas as regiões do País, considerando as características e as questões culturais regionais e; h. participação e fortalecimento do controle social).

Geração de “Síntese do Conhecimento” - ao final de cada edição do PPSUS, deverá ser providenciada a “Síntese do Conhecimento” das tecnologias geradas, a partir dos projetos aprovados pelo Comitê Gestor e executados em cada UF. Objetivando manter a conexão entre o programa e a ANPPS, a síntese deverá ser feita observando-se os temas da agenda. Para execução dessa tarefa é primordial que haja a previsão, por parte do DECIT/MS, de recursos do Termo de Referência do PPSUS.

Incorporação de Tecnologias no âmbito do SUS (Local e Nacional) - as Equipes Técnicas do DECIT/MS e/ou das SES deverão propor, a partir da síntese do conhecimento, a incorporação das tecnologias produzidas pelos projetos financiados no âmbito do SUS (Nacional) e do SUS (local).

Essas recomendações objetivam aprimorar o escopo e a execução do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde, tornando-o um instrumento estável de execução da PNCTIS e dando sua contribuição para a resolução dos graves problemas de saúde vivenciados pela população brasileira.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA-FILHO, N. **O que é Saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, 156p.
- ARRETCHE, M.T.S. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um estado federativo. **Revista Brasileira Ciências Sociais**, São Paulo, vol. 14, n. 40, p.111-141, 1999.
- ARRETCHE, M.T.S. Relações federativas nas políticas sociais. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 22, n.80, p.25-48, 2002.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, LDA, 2009.
- BORTOLI, M.C.; MORAIS, L.F.S; MOTTA, M.L. Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde e o estado de São Paulo. **BIS**, São Paulo, v.13, n. 01, 2011.
- BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990/90. Diário Oficial da União. Brasília-DF, 29 de setembro 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 30 set. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (CNCTIS). Brasília, 1994. **Anais da Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
- _____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: 1988 – texto constitucional de 05 de outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais de n. 1 a 6, de 1994. 18. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenações de Publicações, 2002. 416 p. – (Série textos básicos; n. 27).
- _____. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (II CNCTIS). Brasília, 2004. **Anais da II Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Por que pesquisa em saúde?** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 20 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde - Série Pesquisa para Saúde: Textos para Tomada de Decisão).

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2008a. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa 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, 2008b. 68 p. – (Série B. Textos Básicos em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. **Seleção de prioridades de pesquisa em saúde: guia PPSUS**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Presidência da República. **Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia**. Lei 12.401, de 28 de abril de 2011. Diário Oficial da União, Brasília, DF, de 29 abr. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm>. Acesso em: 29 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. **Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – Diretrizes Técnicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 8.901**, de 10 de novembro de 2016. Diário Oficial da União. Brasília-DF, 11 de novembro. Brasília, 2016. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/legislacao/portal-legis/legislacao-1/decretos1/2016-decretos> Acesso em: 29 set. 2017.

CAMPOS, G.W.S. Papel do Movimento Sanitário Na Construção do Sus. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n.1, p.23-26, 1996.

CENTRO DE ESTUDOS DE GESTÃO ESTRATÉGICA. **Descentralização do fomento à ciência, tecnologia e inovação no Brasil**. Brasília, Brasília-DF: Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, p.156, 2010.

COHN, A. Caminhos da reforma sanitária. **Lua Nova**, São Paulo, n. 19, p.23-140, 1989.

CONSECTI. “**Carta de Salvador**“. Brasília, 2006. Disponível no sítio do Consecti, no endereço <http://www.consecti.org.br/wp-content/uploads/2010/02/carta-de-salvador-15-06-2004.doc>. Acesso: 29 set. 2017.

CONSELHO NACIONAL DAS FUNDAÇÕES ESTADUAIS DE AMPARO À PESQUISA. **Informações sobre FAPs** – Brasília, 2017. Disponível no sítio <http://confap.org.br/news/informacoes-sobre-faps/>. Acesso: 29 set. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO. Diretório de Grupos de Pesquisa. Brasília, 2017. Disponível no sítio do CNPq em <<http://lattes.cnpq.br/web/dgp>>. Acesso em: 30 set. 2017.

COSTA, T.B.; CRUZ, M.M. A política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde no Brasil: o dilema na definição das prioridades para pesquisa. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.38, n.1, p.163-183, 2014.

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA. Pesquisa Saúde: facilitando a apropriação do conhecimento científico na gestão de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.44, nº 5, p.975-8, 2010.

DRACHLER, et al. Proposta de metodologia para selecionar indicadores de desigualdade em saúde visando definir prioridades de políticas públicas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2: p.461-470, 2003.

FLEURY, S. e OUVÉRY, A.M. **Política de Saúde**: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al (orgs.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 23-64, 2008.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 295p., 1982.

GOLDBAUM, M.; SERRUYA, S.J. O Ministério da Saúde na política de ciência, tecnologia e inovação em saúde. **REVISTA USP**, São Paulo, n.73, p.40-47, 2007.

GUIMARAES, R. Bases para uma política nacional de ciência, tecnologia e inovação em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.375-387, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Política: os riscos que as novas tecnologias podem trazer para a saúde**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível no sítio do INCA

(www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/65aca4804eb692bc873b97f11fae00ee/12_politica.pdf?MOD=AJPERES). Acesso em: Out. 2017.

KINGDOM, J. W. **Agendas, alternatives and public policies**. 2ª. ed. New York: Harper-Collins College Publishers, 254p., 1995.

LAKATOS, E.M. **Metodologia científica** / Eva Maria Lakatos, Marina de Andrade Marconi. 4ª. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa qualitativa em saúde. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª. ed. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 269p., 1992.

MOREL, C.M. A pesquisa em saúde e os objetivos do milênio: desafios e oportunidades globais, soluções e políticas nacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.261-270, 2004.

NOVAES, H.M.D.; ELIAS, F.T.S. Uso da avaliação de tecnologias em saúde em processos de análise para incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde no Ministério da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29 Supl, p.7-16, 2013.

NUNES, E.D. Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.3, n.2, p.5-21, 1994.

OBORN, E.; BARRET, M.; RACKO, G. **Knowledge translation in health care: a review of the literature**. Cambridge Judge Business School. University of Cambridge. Working Paper Series 5/2010. Cambridge, 2010. Disponível no endereço eletrônico: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.383.8533&rep=rep1&type=pdf>. Acesso: 10 out. 2017.

OLIVEIRA, M. M. Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS: Construção do Modelo Lógico e da Matriz de Medidas Avaliativas. 04 Abr.2008. Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde - Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília, 134p., 2008.

PAIM, J.S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI** / Jairnilson Silva Paim. Salvador: 1ª Ed., EDUFBA, 154p., 2006.

_____. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Salvador: UDFBA/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 356p., 2008.

PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N.M. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.32, n.4, p.299-316, 1988.

PETERS, L. R. O Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS: ferramenta de descentralização do fomento à pesquisa em saúde. Tese de Doutorado em Saúde Pública – Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de São Paulo. São Paulo, 147p., 2013.

ROCHA NETO, Ivan ou Rocha Neto, I ou Rocha Ivan. **Caos e Complexidade.** In: Ivan Rocha Neto. (Org.). Complexus. 1ed. Brasília: Paralelo, v. 1, p.61-68, 2011.

RODRIGUES, R.M.; ANDREAZZI, M.F.S. Desafios da incorporação tecnológica em sistemas locais de saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.103-110, 2011.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde.** In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM organizadoras. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EdUFBA/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.15-39, 2005.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.10, p.80-91, 1994.

YIN, R.K. Estudo de caso: planejamento e métodos / Robert K. Yin; trad. Daniel Grassi – 2ª edição. Porto Alegre: Bookman, 2001.

WHO. Global Forum for Health Research. **The 10/90 Report on Health Research:** 2000. Geneva: WHO, 155p., 2000.

WHO. Commission on Macroeconomics and Health. **Macroeconomics and health: investing in health for economic development.** Geneva: WHO, 2001.

WHO. Challenging Inequity Through Health Systems. **Final Report Knowledge Network on Health Systems.:** WHO, Geneve, 146p., 2007.

WORLD BANK. **World development report 1993**: investing in health. Washington DC:
The World Bank, 1993.