

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**Programa Pesquisa para o SUS: a contribuição para
gestão e serviços de saúde na Paraíba**

Suely Deysny de Matos Celino

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Gabriela Maria Cavalcanti Costa

**Campina Grande
2011**

Programa Pesquisa para o SUS: a contribuição para gestão e serviços de saúde na Paraíba

Suely Deysny de Matos Celino

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Gabriela Maria Cavalcanti Costa

**Campina Grande
2011**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

C392p Celino, Suely Deysny de Matos.
Programa Pesquisa para o SUS [manuscrito]: a contribuição para gestão e serviços de saúde na Paraíba / Suely Deysny de Matos Celino. – 2011.
111 f.

Digitado
Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2011.

“Orientação: Profa. Dra. Gabriela Maria Cavalcanti Costa, Departamento de Enfermagem”.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Saúde Pública. 3. Gestão Pública. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

FOLHA DE APROVAÇÃO

Suely Deysny de Matos Celino

Programa Pesquisa para o SUS: a contribuição para gestão e serviços de saúde na Paraíba

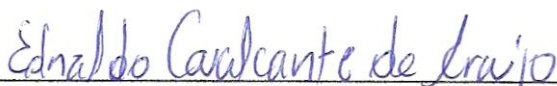
Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Aprovada em: 12/04/2011

Banca Examinadora:



Profa. Dra. Gabriela Maria Cavalcanti Costa
Universidade Estadual da Paraíba
(Presidente)



Prof. Dr. Ednaldo Cavalcante de Araújo
Universidade Federal de Pernambuco
(Membro externo)



Profa. Dra. Inácia Sátiro Xavier de França
Universidade Estadual da Paraíba
(Membro interno)

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, João e Docéu, por todo amor que me fez ser quem eu sou. Pelo exemplo de dignidade, simplicidade e honestidade. Pela força com que lutaram para que eu pudesse ir cada dia mais além e, por muito cedo ter-nos ensinado que nada conseguiríamos sem esforço. Mesmo distantes, sinto sempre a presença de vocês, pelo amor que nos une, sentimento tão forte que me conforta e afaga o meu coração nos momentos difíceis.

Aos meus irmãos, Ari, Tânia, Edna, Guia e Técia, amor que extravasa aos meus sobrinhos, pela constante participação em todas as etapas da minha vida, e pelo exemplo de luta e perseverança que não me permite desistir. A eles que torcem e sonham comigo, sempre acreditando que a cada dia eu posso subir mais um degrau. Amo muito vocês!

A Marcelo, pessoa que Deus me presenteou como marido, pelo amor que me faz buscar ser, a cada dia, uma pessoa melhor. Pelos sonhos vividos juntos, por partilhar comigo as dificuldades e as alegrias desta conquista e, por tantas vezes que, compreendendo as minhas necessidades, respeitou a minha ausência.

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte de toda luz e toda sabedoria, que me faz perseverante, prosseguindo mesmo diante de tantas dificuldades, e que me fez capaz de chegar até aqui. É Dele toda vitória alcançada em minha vida!

À Profa. Dra. Gabriela Maria Cavalcanti Costa, pela valiosa orientação e apoio nesse tempo de grande aprendizado. Pela confiança depositada em meu trabalho, pelo incentivo constante, pela amizade que construímos e, acima de tudo, pelo exemplo de compromisso, fatores fundamentais para o meu crescimento científico, profissional e humano.

À Profa. Dra. Inácia Sátiro e ao Prof. Dr. Ednaldo Cavalcante, pela gentileza em aceitar aprimorar este trabalho, compondo a banca de avaliação.

A minha amada irmã Guia que, de forma muito especial, e em todos os momentos da minha vida, está sempre cuidando para que tudo dê certo.

Ao meu querido tio José, pela fundamental contribuição com as inúmeras traduções, pelo carinho e atenção.

Ao meu cunhado Josenildo, que mesmo com tantas atribuições, dedicou seu tempo em ser companhia nas diversas viagens a João Pessoa, na tentativa de entrevistar os pesquisadores da UFPB.

Ao meu sogro Jocélio, à minha sogra Dôra, e aos meus cunhados, família querida herdada com o casamento, pela torcida constante, pelo apoio e incentivo.

À querida tia Socorro, que com todo seu amor, e mesmo com dificuldades, disponibilizou-se carinhosamente a fazer a revisão gramatical.

Aos amigos da UBSF Adalberto César, família que construí no trabalho, pela amizade e compreensão nos diversos dias de ausência.

Ao amigo Vagner Cavalcanti, pela colaboração nas transcrições das entrevistas.

Às funcionárias da FAPESQ, em especial à coordenadora de programas e projetos, Ruth Silveira, que gentilmente me acolheu e disponibilizou os relatórios de pesquisas.

Finalmente, aos coordenadores das pesquisas, que compreenderam a finalidade do estudo e se dispuseram a colaborar, mesmo com tantas atribuições, próprias de quem se dedica ao conhecimento científico.

Celino SDM. Programa Pesquisa para o SUS: a contribuição para gestão e serviços de saúde na Paraíba. [dissertação] Campina Grande (PB): Universidade Estadual da Paraíba; 2011.

RESUMO:

INTRODUÇÃO: A pesquisa em saúde é amplamente reconhecida pela sua contribuição para o desenvolvimento humano, devendo buscar atender às prioridades sanitárias nacionais, para, assim, melhorar as condições de saúde da população. Destarte, o Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS apresenta o intuito de financiar pesquisas em temas prioritários para a saúde da população brasileira; contribuir com o aprimoramento do Sistema Único de Saúde e promover o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde em todos os estados da federação. **OBJETIVO:** Compreender a percepção dos pesquisadores sobre a contribuição das pesquisas financiadas pelos editais PPSUS no Estado da Paraíba, para a resolução dos problemas prioritários de saúde da população paraibana, para a redução das desigualdades regionais na área da saúde e para o fortalecimento da gestão do SUS. **MÉTODO:** Estudo exploratório, com abordagem qualitativa, desenvolvido a partir do levantamento documental dos editais PPSUS 2004 e 2006, além dos relatórios finais de pesquisas relativos a esses editais, bem como através de entrevista semiestruturada a 28 coordenadores desses estudos. Foi utilizada estratégia de triangulação com o objetivo de identificar (in)congruências e complementaridades existentes entre as diferentes fontes de dados. **RESULTADOS:** Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, que convergiram em cinco categorias: recursos financeiros; trabalho de campo; resolução dos problemas de saúde; redução das desigualdades regionais; contribuição para a gestão. O amplo espectro de interpretações e relatos categorizados revela a lacuna existente na operacionalização do programa no estado. **CONCLUSÕES:** A Paraíba ainda necessita de alguns ajustes para que efetivamente o PPSUS possa se efetivar em completude, como por exemplo, a garantia de que o conhecimento gerado possa se concretizar em políticas e ações de saúde, visto que as pesquisas financiadas em nosso estado respondem às necessidades de saúde da população, e até mesmo às dificuldades de gestão do SUS. Apesar disso, esse Programa pode verdadeiramente contribuir para o desenvolvimento científico e tecnológico em nosso país, por meio da redução das desigualdades regionais nesse campo. Para tanto, é necessário buscar estratégias de interlocução e divulgação dos resultados das pesquisas, não só à gestão, mas à população como um todo, para que efetivamente esses estudos apresentem contribuição prática. É evidente que essa atitude deve contar com o esforço conjunto dos pesquisadores, da Fundação de Amparo à Pesquisa e da gestão estadual de saúde.

Descritores: ciência; política de pesquisa em saúde; programas governamentais; Sistema Único de Saúde.

Celino, SDM. Research Program for the Unified Health System: the contribution to management and health services in Paraíba State. [dissertation] Campina Grande (PB): Universidade Estadual da Paraíba, 2011.

ABSTRACT:

INTRODUCTION: Health research is widely recognized for its contribution to human development and should seek to meet national health priorities, to thereby improve the health of the population. Thus, the Research Program for the Unified Health System: shared management in health presents the purpose to fund research on priority areas for the health of the Brazilian population, contribute to the improvement of the Unified Health System and promote the development of science and technology in health in all states of the federation. **GOAL:** to understand the researchers' perception about the contribution of research funded by the edicts Research Program for the Unified Health System in Paraíba state, to solving the priority health problems of the population of Paraíba, to reduce regional inequalities in health and to strengthen the management of Unified Health System. **METHODS:** An exploratory study with a qualitative approach, developed from the documentary survey of the notices Research Program for the Unified Health System 2004 and 2006 and the final reports of research relating to these notices, as well as semi-structured interview to 28 coordinators to these studies. Triangulation strategy was used in order to identify (in) congruities and complementarities between the different data sources. **RESULTS:** Data were subjected to content analysis, which converged into five categories: financial resources, field work, solving the health problems, reducing regional inequalities and contribution to management. The wide spectrum of interpretations and categorized reports reveals the gap in the operativeness of the state program. **CONCLUSIONS:** The Paraíba state still needs some adjustments so that the Research Program for the Unified Health System can be effectively on completion, for example, ensuring that the knowledge generated can be realized in the health policies and actions, since the research funded in the state respond to the health needs of the population, and even to the difficulties of the Unified Health System management. Nevertheless, this Program can truly contribute to the scientific and technological development in our country, by reducing regional inequalities in this field. Therefore, it is necessary to find strategies for dialogue and dissemination of research results not only to management, but to the population as a whole, so that effectively these studies show the practical contribution. Clearly, this attitude must rely on the joint effort of the researchers, the Support Foundation for Research and the State health management..

Descriptors: science; health research policy; government programs; Unified Health System.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 10 |
| 2 OBJETIVO | 20 |
| 3 CAMINHO METODOLÓGICO | 21 |
| 3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA | 21 |
| 3.2 O CENÁRIO | 21 |
| 3.3 SUJEITOS DA PESQUISA..... | 23 |
| 3.4 O TRABALHO DE CAMPO | 24 |
| 3.5 ANÁLISE DOS DADOS | 27 |
| 3.6 ASPECTOS ÉTICOS | 30 |
| 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 31 |
| 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS | 31 |
| 4.2 CARACTERIZAÇÃO DAS PESQUISAS | 32 |
| 4.3 AS CATEGORIAS TEMÁTICAS | 33 |
| 4.3.1 RECURSOS FINANCEIROS | 34 |
| 4.3.2 TRABALHO DE CAMPO | 39 |
| 4.3.3 RESOLUÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE | 43 |
| 4.3.4 REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES REGIONAIS | 48 |
| 4.3.5 CONTRIBUIÇÃO PARA A GESTÃO | 54 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 63 |
| REFERÊNCIAS | 67 |
| APÊNDICES | |
| ANEXO | |

1 INTRODUÇÃO

A partir da segunda metade do século XVII, com o surgimento do capitalismo, despertou-se para a necessidade de embasamento científico vinculado à prática assistencial para o tratamento de doenças, consolidando e difundindo a importância da pesquisa em saúde, não só para a cura das doenças, mas também para a melhoria da qualidade de vida da população, visando à prevenção e à promoção da saúde⁽¹⁾. Desde então, as intervenções médico-sanitárias dirigidas à saúde têm sido objeto de estudo científico.

No século XIX, no cenário internacional, já existiam evidências de esforços em prol da pesquisa em saúde, que contribuíram para o fortalecimento da ciência, nesta área de conhecimento, que, posteriormente, foi consolidada em debates no século XX⁽²⁾. Inicia-se, então, em meados da década de 1960, com a criação dos cursos de pós-graduação no Brasil, a formação de um parque científico, passando o país a contar com um sistema de pesquisa produtivo em diversas áreas do conhecimento⁽³⁾.

O resgate histórico aponta que o movimento de reforma sanitária brasileiro corroborou com a institucionalização da pesquisa e desencadeou, posteriormente, a formulação de uma política nacional de ciência e tecnologia em saúde, no sentido de contribuir para diminuir as desigualdades regionais nessa área, podendo responder às necessidades de saúde da população e aos problemas de gestão do SUS⁽⁴⁾.

Na década de 1980, constituiu-se a ideia de que a pesquisa seria uma importante ferramenta para a melhoria da situação de saúde das populações, bem como para organização e planejamento de ações em diversos países⁽⁵⁾. Com o advento dos anos 90, a pesquisa em saúde foi alvo de crescentes e significativos debates, no cenário mundial, sinalizando, assim, para os países em desenvolvimento, a sua capacidade na compreensão, enfrentamento e resolução dos problemas vivenciados. Problemas esses agravados no século XXI, pelos fenômenos da transição demográfica e epidemiológica.

A pesquisa em saúde é amplamente reconhecida pela sua contribuição para o desenvolvimento humano, devendo buscar atender às prioridades sanitárias nacionais e melhorar as condições de saúde da população, levando em conta os interesses da sociedade⁽⁶⁾. Por essa razão, as pesquisas em saúde têm escopo mais abrangente, uma vez que, além das ciências dessa área de conhecimento, vêm incorporando conhecimentos de ciências exatas, humanas e sociais⁽⁷⁾.

Reconhecendo que o estado de saúde e as condições socioeconômicas são fatores dinamizadores de desenvolvimento de uma nação, esses passaram a constituir campo fértil de pesquisa, com vistas na geração de novos conhecimentos e tecnologias e, por conseguinte, estruturação dos sistemas de saúde. Afinal, reconhece-se pesquisa em saúde como sendo qualquer investigação científica ou tecnológica que tenha impacto positivo na saúde das pessoas, independente da área do conhecimento a que pertençam ou da instituição ou grupo de pesquisa onde foram realizadas⁽⁸⁾.

No Brasil, as pesquisas têm sido fundamentais para contribuir com o desenvolvimento sustentável do país, através dos grandes avanços no conhecimento técnico e científico no campo de saúde, e para a formulação de políticas nessa área⁽⁹⁾. Políticas essas que visam reduzir as iniquidades em saúde, existentes em nosso país, reflexo da trajetória histórica e da desigualdade econômica, política e social.

Esse cenário de desigualdades existentes entre os estados brasileiros, principalmente no que diz respeito ao pessoal qualificado na área de saúde, dificuldade de acesso a serviços, rede de saneamento básico insuficiente, entre outros, tem repercutido no campo da ciência, tecnologia e inovação em saúde, e na produção de pesquisas. Portanto, os gestores de saúde, das três esferas de governo têm, então, a responsabilidade de orientar ações de pesquisa que se coadunem com às necessidades locais, que produzam conhecimento e assim, instrumentalizem o processo de trabalho com intervenções efetivas, eficientes e eficazes⁽⁹⁾.

Todavia, é visível e preocupante as disparidades de desenvolvimento socioeconômico, no País e, por conseguinte, os investimentos e as distribuições de recursos científicos e tecnológicos⁽¹⁰⁾. Cerca de 80% dos investimentos estão concentrados em atividades de pesquisa desenvolvidas nas regiões Sudeste e Sul, destacando-se os estados de São Paulo e Rio de Janeiro, restando 13% para a Região Nordeste, 5% para a Centro-Oeste e 2% para a Norte⁽²⁾. Esse percentual tem sido possivelmente determinado pela concentração de mestres e doutores, bem como de instituições de pesquisas naquelas regiões, além do incremento das políticas municipais e estaduais, de fomento à pesquisa em saúde⁽¹¹⁾.

Outro fator que convém ser mencionado e que reforça essas desigualdades, é que a política de financiamento adotada pelas agências de fomento à pesquisa favorece a concentração de recursos em determinadas regiões, comprometendo o desenvolvimento científico e tecnológico de outras menos favorecidas, uma vez que considera como critério de seleção para as pesquisas serem financiadas, aspectos como competitividade e mérito científico. A competitividade, que se dá entre pares, favorece o grupo que atua em centros que

possuem base científica e tecnológica consolidada. Sendo assim, a competitividade entre pares e o mérito científico, apesar de ser um processo democrático de seleção, tende a garantir recursos sempre para os grupos de pesquisa ditos produtivos, contribuindo para manter a concentração de pesquisas em algumas regiões⁽⁴⁾, o que parece favorecer a perpetuação da situação.

Apesar desses fatores, o Brasil tem obtido um considerável desempenho científico e tecnológico nas últimas décadas, fato comprovado pela sua contribuição significativa com trabalhos publicados em revistas de circulação internacional indexadas no ISI (*Institute for Scientific Information*), assumindo em 2001, a 18ª posição no *ranking* dos trinta países com maior produção científica, sendo as áreas médica e biomédica as que se apresentam com maior representatividade, contribuindo com 40% de toda a produção científica mundial e 36% da brasileira. Em 2006 o país chegou a 15ª posição entre aqueles com maior quantidade de publicações científicas em periódicos indexados⁽¹²⁾. Além disso, os institutos de pesquisa em saúde estão entre os primeiros e mais importantes do país, sendo esse setor responsável por aproximadamente metade da produção científica nacional, apesar dos investimentos nessa área ainda serem escassos⁽²⁾. Comparado a outros países em desenvolvimento, o Brasil gera internamente seus próprios recursos para a pesquisa, além de dispor da maioria da comunidade acadêmica formada no próprio país⁽¹³⁾.

No cenário das pesquisas voltadas para o campo da saúde, considerando o conceito de saúde de forma ampla, verifica-se que 50% dessas pesquisas são desenvolvidas por grupos vinculados às ciências da saúde, 25% por pesquisadores das ciências biológicas e 25% por estudiosos das ciências agrárias, humanas e sociais aplicadas⁽¹⁴⁾.

Embora as pesquisas em saúde abranjam diversos campos de conhecimento, é notória a frágil relação entre a produção e a utilização do conhecimento. Dita fragilidade pode ser constatada na pouca realização de estudos que evidenciem a utilização dos resultados destes para elaborar políticas/programas, enfrentar os determinantes sociais e solucionar iniquidades locais. Apesar deste fato não ser exclusivo de países da América Latina, é muito acentuado neste continente, que historicamente apresentavam potencial técnico-científico limitado, e ainda não o utilizam plenamente para a solução dos seus problemas de desenvolvimento econômico e social. Sendo assim, esses países enfrentam, além do desafio de fortalecer a capacidade de gerar novos conhecimentos e tecnologias, o de criar condições para que essa capacidade se coloque a serviço da melhoria da saúde da sua população⁽¹¹⁾.

No Brasil, observa-se que ao longo dos anos, houve certo distanciamento entre os núcleos de pesquisa científica e as políticas de saúde, não havendo identificação da temática da pesquisa com as reais necessidades de saúde da população. Essa situação se manteve até o início da década de 1990 quando houve uma tentativa de se enfrentar o desafio das doenças emergentes e/ou reemergentes nos países em desenvolvimento, através das pesquisas em saúde⁽¹⁴⁾.

Foi nesse contexto que o Brasil realizou em 1994, a I Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, e elaborou uma proposta explícita e abrangente de uma Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde⁽¹⁴⁾, que exigiria uma interação estreita entre o Sistema Único de Saúde, os componentes de ciência e tecnologia e a política de formação de recursos humanos⁽⁹⁾.

O texto constitucional, promulgado em 1988, em seu artigo 200 já mencionava como competência do SUS o incremento do desenvolvimento científico e tecnológico. Além de, nos artigos 218 e 219, que versam sobre a ciência e tecnologia, garantir-se a promoção e o incentivo pelo Estado ao desenvolvimento científico, à pesquisa e à capacitação tecnológica, sendo a pesquisa científica básica prioridade do Estado, tendo em vista o bem público⁽¹⁵⁾.

No que tange ao financiamento dessas pesquisas no Brasil, a Lei 8080/90 estabelece, em seu artigo 32, que essas atividades sejam cofinanciadas pelo SUS, pelas universidades e pelo orçamento fiscal, bem como por recursos provenientes de instituições de fomento e receitas próprias de instituições executoras. Ainda a esse respeito, o instrumento legal supracitado determina, em seu artigo 46, que o SUS deve estabelecer mecanismos de incentivo à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia, estimulando a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde em todas as esferas de governo⁽¹⁶⁾.

Apesar de todo aparato jurídico constitucional vigente, somente em 2000, o Ministério da Saúde estruturou o Departamento de Ciência e Tecnologia – Decit⁽²⁾, que teve suas competências estabelecidas, em 2009, com a publicação do Decreto nº 6860. Dentre as referidas competências, merecem destaque especial aquelas que fazem referência ao papel de coordenar e executar as ações do Ministério da Saúde no campo da pesquisa e desenvolvimento em saúde, 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, promover, em articulação com instituições de ciência e tecnologia e agências de fomento, a realização de pesquisas estratégicas em saúde, implantar

mecanismos de cooperação para o desenvolvimento de instituições de ciência e tecnologia que atuam na área de saúde⁽¹⁷⁾.

Para cumprir sua incumbência, o Decit adota pressupostos fundamentais para a promoção de fomento à pesquisa em todo o território nacional, a saber: publicação de editais de seleção de projetos por unidade federada, onde somente a comunidade científica que possui vínculo com a unidade de origem do edital pode concorrer; e seleção de temas de pesquisa para o edital que considerem as necessidades socio sanitárias de saúde do estado, a capacidade local instalada e a vocação regional de pesquisa⁽⁴⁾.

A partir de 2001, o Decit passou a realizar atividades de fomento à pesquisa com o objetivo de aperfeiçoar a gestão e os serviços oferecidos pelo SUS através do Projeto Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia em Saúde, e assim apoiou a produção de conhecimento científico por meio de convênios e contratos com dez estados: Alagoas, Bahia, Ceará, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Sergipe e Santa Catarina⁽¹⁸⁾. Priorizaram-se inicialmente regiões tradicionalmente excluídas, como Norte, Nordeste e Centro-Oeste, ponderando as inúmeras desigualdades existentes na distribuição de recursos em ciência e tecnologia. Todavia, nenhum estado da região Norte foi contemplado nas duas etapas iniciais, pois não se enquadravam nos critérios de participação do projeto⁽⁴⁾.

Apesar das atividades de fomento já realizadas pelo Decit, o Ministério da Saúde só passa a participar de forma mais ativa na organização do esforço nacional para o desenvolvimento da ciência e tecnologia em saúde no Brasil, a partir da assinatura de um termo de cooperação técnica com o Ministério da Ciência e Tecnologia⁽¹⁹⁾, pois até então, as atividades de pesquisa em saúde estavam centradas nesse Ministério⁽²⁾.

Assim, o Ministério da Saúde consolidou sua atuação nesse campo na 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, em 2004, com a aprovação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) e com a elaboração da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde⁽¹⁹⁾. A proposta de realização dessa Conferência foi motivada pela necessidade de reorientar os rumos da PNCTIS, no sentido de reforçar o papel do Ministério da Saúde em sua construção e condução⁽⁵⁾. A partir de então, o departamento passou a ser o principal indutor, financiador e usuário da ciência e tecnologia em saúde no país⁽¹⁹⁾.

Por esta razão, a PNCTIS, assim como a Agenda Nacional de Prioridade de Pesquisa em Saúde, caracterizam-se como instrumentos de gestão para a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - SCTIE, delimitando as ações do Ministério da Saúde de

fomento à pesquisa, passando esse órgão a assumir completamente a implementação de políticas de pesquisa em saúde no Brasil, contemplando diversos elos da cadeia de conhecimento na pesquisa em saúde e aproximando setores de ciência e tecnologia com os de atenção à saúde⁽⁴⁾.

A SCTIE foi criada através do Decreto nº 4726, de junho de 2003, nove anos após sua recomendação pela 1ª Conferência Nacional e Ciência e Tecnologia em Saúde. A secretaria tem como meta prioritária viabilizar a cooperação técnica entre estados, municípios e Distrito Federal, além de articular a ação do Ministério da Saúde com as organizações governamentais e não-governamentais, com vistas no desenvolvimento científico e tecnológico em saúde⁽²⁰⁾.

Nesse contexto, o desenvolvimento científico e tecnológico, como competência do Sistema Único de Saúde, somente se estruturou com a aprovação da PNCTIS, enquanto parte integrante da Política Nacional de Saúde, formulada no âmbito do sistema único, devendo ser pautada em seus princípios constitucionais da universalidade, integralidade e equidade, para que, através da produção de conhecimentos e tecnologias, possa contribuir para a redução das desigualdades regionais em saúde⁽²¹⁾.

A PNCTIS foi desenvolvida com o objetivo principal de contribuir para o desenvolvimento sustentável no país, com o apoio da produção de conhecimentos técnicos e científicos, ajustados às necessidades econômicas, sociais, culturais e políticas brasileiras. Tem como princípios básicos o compromisso ético e social com melhoria das condições de saúde da população, o respeito à vida e à dignidade das pessoas, a busca da equidade em saúde, inclusão e controle social; e o respeito à pluralidade metodológica, que se refere à abertura da política a todas as abordagens que possam contribuir para o avanço do conhecimento⁽²¹⁾.

Como desafio para a PNCTIS, pode-se apontar o fomento de pesquisas no setor saúde e, por conseguinte, o avanço do conhecimento científico, orientando os setores de desenvolvimento tecnológico e de inovação da indústria de equipamentos, medicamentos, imunizantes e outros insumos, sem perder de vista os mecanismos de apropriação da sociedade dos resultados alcançados⁽¹⁴⁾.

Dessa forma, essa política deve, então, estar voltada para as necessidades de saúde da população, atentando para o desenvolvimento e otimização dos processos de produção e absorção de conhecimento científico e tecnológico pelos sistemas, serviços, instituições de saúde e demais segmentos da sociedade⁽²²⁾. Uma política de ciência e tecnologia em saúde deve ser cada vez mais abrangente, procurando incluir/agregar todos os campos da pesquisa⁽⁷⁾.

A política, portanto, adota como uma de suas estratégias a construção da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde - ANPPS, processo que envolve a ampla participação de atores sociais, como gestores, profissionais de saúde, prestadores de serviços, usuários, agências de fomento, órgãos formadores, pesquisadores, o setor produtivo e a sociedade civil organizada, no reconhecimento das prioridades de pesquisa em saúde⁽²¹⁾. A agenda tem como propósito induzir de forma seletiva a produção de conhecimentos, bens e serviços em áreas estratégicas para o desenvolvimento das políticas públicas, a fim de atender as necessidades nacionais e regionais em saúde⁽²³⁾.

Nesta perspectiva, ao se reconhecer os problemas de saúde da população, partimos do referencial teórico da determinação social do processo saúde-doença, e não com a visão ultrapassada de saúde como condição oposta à doença. Sendo assim, as dimensões científica, econômica, corporativa e epidemiológica do conhecimento devem orientar a formulação de prioridades⁽⁹⁾.

As prioridades de pesquisa em saúde devem levar em conta, além das necessidades sanitárias, a viabilidade dos estudos, as oportunidades oferecidas pela ciência e tecnologia e as fontes de financiamento⁽¹³⁾. A formulação da agenda de prioridades para pesquisas deve, portanto, além de basear-se nas necessidades de saúde da população, voltar-se para o esforço de prospecção, adiantando-se às necessidades de novos conhecimentos exigidos pelas transformações do mundo moderno⁽⁵⁾.

Nesse contexto de formulação da agenda e consolidação da política, foram adotados novos mecanismos de financiamento de pesquisas em saúde, resultando também em um significativo aumento de recursos financeiros destinados ao Projeto Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia em Saúde⁽²⁰⁾.

Esse incremento no financiamento possibilitou uma ampliação de dez unidades federadas, contempladas em 2001, para vinte e sete unidades, em 2004 e a mudança na denominação para Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em Saúde – PPSUS⁽⁴⁾. A denominação projeto dava idéia de experiência preliminar limitada, ao passo que programa parece conduzir para uma abordagem abrangente com o propósito de contribuir para o incremento científico e tecnológico no país e para a redução das desigualdades regionais na área de saúde. Através desse programa, os estados brasileiros definem prioridades de saúde em nível local, através de debates acerca de indicadores de morbimortalidade, além da identificação de problemas relacionados à organização e funcionamento do sistema local de saúde⁽²¹⁾ e, assim, promovem e financiam pesquisas na perspectiva de

incorporar seus resultados às políticas públicas de saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população⁽⁴⁾.

O PPSUS apresenta o intuito de financiar pesquisas em temas prioritários para a saúde da população brasileira; contribuir com o aprimoramento do Sistema Único de Saúde e; promover o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde em todos os estados da federação⁽²⁾. Sendo assim, esse programa objetiva contribuir para o fortalecimento do esforço nacional em ciência, tecnologia e inovação em saúde, definida na PNCTIS, através de parcerias entre instituições públicas de fomento à pesquisa em saúde e da capacidade de gestão de ciência e tecnologia nos estados. Nesse sentido, orienta-se que cerca de 5% do valor total do convênio com a Fundação de Amparo à Pesquisa seja destinado ao programa no estado⁽²⁴⁾.

O PPSUS envolve parcerias entre a esfera federal, através do Ministério da Saúde, e a esfera estadual, através das Fundações de Amparo à Pesquisa – FAPs, com o objetivo de apoiar financeiramente o desenvolvimento de pesquisas, além de favorecer a democratização do conhecimento científico em todas as unidades federativas, priorizando a governabilidade compartilhada de ações, e apontando o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde⁽⁸⁾.

O programa é desenvolvido em etapas sequenciadas, a saber: definição de prioridades; elaboração e publicação do edital; submissão dos projetos; enquadramento das propostas; distribuição dos projetos para consultores *ad hoc*; análise das propostas pelos consultores *ad hoc*; análise das propostas e pareceres pela comissão de especialistas; aprovação final pelo Comitê Gestor; divulgação dos resultados do julgamento; assinatura dos contratos entre os coordenadores de pesquisa e as FAPs; e acompanhamento e avaliação das pesquisas financiadas, realizadas por meio de relatórios parcial e final e seminários⁽⁴⁾.

Na etapa de definição de prioridades, as FAPs, agentes executores do programa, juntamente com as Secretarias Estaduais de Saúde, realizam oficinas, nas quais participam gestores e técnicos do serviço de saúde, representantes das instituições de ensino, da comunidade científica e do controle social, resultando em temas de pesquisas que contarão nos editais estaduais para seleção de projetos financiados pelo PPSUS⁽²⁾. Para tanto, são considerados cinco elementos essenciais: a magnitude do problema, os fatores de risco como determinantes do agravo, o conhecimento atual, o possível impacto da pesquisa, e os fluxos financeiros⁽²⁵⁾.

A magnitude do problema é mensurada através da carga da doença, mortalidade, morbidade ou deficiência prematura, além de iniquidades constatadas. Os fatores de riscos como determinantes do agravo são analisados levando em consideração as razões locais que explicam a persistência de alguns problemas, devendo ser examinadas cuidadosamente para eleger as prioridades de pesquisa em saúde. O conhecimento atualmente disponível deve ser considerado, para que possa contribuir para solucionar os problemas de saúde, bem como avaliar a aplicabilidade das soluções propostas. O impacto das pesquisas a serem realizadas é observado atentando para a produção de resultados capazes de reduzir custos, permitindo que as intervenções sejam comparadas e aplicadas a diversos segmentos populacionais. Por fim, cabe calcular o investimento atual direcionado para a pesquisa em doenças específicas e/ou determinantes⁽²⁶⁾.

Os projetos financiados por meio do PPSUS são observados, no período de execução, por meio de atividades de acompanhamento e avaliação, no sentido de assegurar a socialização dos resultados e promover a incorporação das estratégias de intervenção nos problemas de saúde. Utilizam-se, para tanto, a emissão de relatórios técnico-científicos e de execução financeira, além da realização de dois Seminários de Acompanhamento e Avaliação, organizados pelas FAPs⁽⁸⁾, realizados um no primeiro ano (parcial) e outro no segundo ano (final) de execução da pesquisa⁽²⁴⁾.

Nesses seminários, os coordenadores das pesquisas apresentam resultados (parciais ou finais, de acordo com os respectivos períodos), que foram avaliados por especialistas na respectiva área temática, indicados pelo comitê gestor do programa. No seminário final, o coordenador deve apresentar à FAP, ao Decit, à Secretaria Estadual de Saúde e ao CNPq o resumo do projeto, na perspectiva de auxiliar o gestor público da área da saúde no processo de tomada de decisão⁽²⁴⁾.

Diante desse contexto, acredita-se que o PPSUS tem contribuído para que os pesquisadores brasileiros sejam instigados a adotarem os principais problemas de saúde da população como linhas prioritárias de pesquisa, além de ser uma estratégia inovadora, que envolvem diversos atores (gestores, profissionais de saúde, pesquisadores e representantes da sociedade civil) na gestão do sistema de pesquisa, de forma descentralizada e participativa⁽⁶⁾. Prova disso é que, através dos editais PPSUS, o Ministério da Saúde financiou, entre os anos de 2004 e 2006, 822 projetos de estudos e pesquisas consideradas relevantes, abordando temas como alimentação e nutrição, sistemas e políticas de saúde, violência, acidentes e trauma, mortalidade materna e morbi-mortalidade neonatal, saúde bucal, saúde mental, saúde

dos povos indígenas, neoplasias, avaliação econômica e análise de custos em saúde, bioética, assistência farmacêutica, doenças negligenciadas, envelhecimento populacional, saúde do idoso, determinantes sociais, genética clínica e desenvolvimento tecnológico e/ou inovação de fármacos e medicamentos e insumos, equipamentos e reativos para diagnóstico⁽⁸⁾.

Desde 2003, foram financiadas 1600 pesquisas, sendo que os recursos provenientes do Ministério da Saúde perfizeram um total de R\$ 207,8 milhões, somados a R\$ 335 milhões, oriundos das cooperações técnicas com as agências de fomento do Ministério da Ciência e da Tecnologia, CNPq e Financiadora de Estudos e Projetos, além da UNESCO, as Fundações e Amparo à Pesquisa e as Secretarias Estaduais de Saúde⁽²⁷⁾.

Especificamente, na Paraíba, os agentes executores desse programa têm sido a Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba – FAPESQ e a Secretaria de Saúde do Estado. Essa parceria já viabilizou a execução de 35 projetos, nos editais publicados em 2004 e 2006, apoiando atividades de pesquisa, através da garantia de recursos financeiros que somam um montante de R\$ 990.000,00⁽²⁸⁾, visando promover o desenvolvimento científico, tecnológico e/ou de inovação da área de saúde, em temas prioritários para o Estado.

Os resultados do edital 2006 só foram apresentados em Seminário, em abril de 2010, sob o argumento de que algumas pesquisas necessitaram de um adiamento de seis meses para entrega de relatório final. Esse Seminário, organizado pela FAPESQ – PB, foi realizado na Universidade Federal da Paraíba, em João Pessoa. Estiveram presentes representantes do Departamento de Ciência e Tecnologia, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba e da Universidade Federal da Paraíba⁽²⁹⁾.

A partir dessas considerações, alguns questionamentos foram elaborados acerca das pesquisas financiadas pelos editais PPSUS na Paraíba: quais as linhas de pesquisa prioritárias? Como as pesquisas têm contribuído para a resolução dos problemas? Como elas reduzem as desigualdades? Como fortalecem a gestão do sistema de saúde local?

Na tentativa de buscar respostas para tais questões, despertou-se a necessidade de compreender a percepção dos pesquisadores sobre a contribuição das pesquisas financiadas pelos editais PPSUS na Paraíba, para a resolução dos problemas prioritários de saúde da população, para a redução das desigualdades regionais na área de saúde e para o fortalecimento da gestão do SUS na Paraíba.

2 OBJETIVO

Compreender a percepção dos pesquisadores sobre a contribuição das pesquisas financiadas pelos editais PPSUS no estado da Paraíba, para a resolução dos problemas prioritários de saúde da população paraibana, para a redução das desigualdades regionais na área da saúde e para o fortalecimento da gestão do SUS.

3 CAMINHO METODOLÓGICO

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

O estudo é de natureza exploratória, sendo a abordagem qualitativa. Os estudos exploratórios são descritivos e não se preocupam em elaborar hipóteses a serem testadas, e sim, realizar caracterização precisa de uma situação ou fenômeno, objeto de estudo⁽³⁰⁾.

Nessa vertente, a abordagem justifica-se uma vez que a pesquisa qualitativa busca compreender a dinâmica do ser humano, objetivando a interpretação das relações de significado dos fenômenos, como referido pelas pessoas⁽³¹⁾. Logo, há de se constatar que a opção pela abordagem não ocorreu por acaso. Foi, sem dúvida, a natureza do objeto que a determinou. Afinal, o estudo pretendido fundamenta-se na descrição, registro, análise e interpretação de um conjunto de dados/informações de uma determinada população.

Qualquer avaliação está inserida num contexto sociopolítico e, portanto, deve ser realizada em estreita colaboração de todos os envolvidos. Nesse sentido, a metodologia qualitativa possibilita compreender e interpretar com maior profundidade os processos estudados⁽³²⁾. Compreender o sentido, em pesquisa, significa viabilizar um consenso entre o sujeito agente e o pesquisador. Portanto, os estudiosos revelam que a compreensão só é possível graças ao estranhamento; é a tentativa de entender o que é dito que favorece a penetração na racionalidade e verdade do outro, na sua intersubjetividade⁽³³⁾.

3.2 O CENÁRIO

Situado no extremo leste da região Nordeste do país, o estado da Paraíba ocupa área de 56.439,8 km², limitando-se ao norte com o estado do Rio Grande do Norte, a leste com o Oceano Atlântico, ao sul com o estado de Pernambuco, e a oeste com o estado do Ceará. A população do Estado da Paraíba totaliza 3.742.606 habitantes, distribuídos entre 223 municípios⁽³⁴⁾. A população é formada, em sua maioria, por pardos, somando 52,29%, seguido pelos brancos, com 42,59%; pelos negros, com 3,96%; pelos amarelos ou indígenas, com 0,36%⁽³⁵⁾.

Com um clima tropical úmido no litoral e semiárido no interior, o estado tem sua economia baseada na agricultura, principalmente de cana-de-açúcar, abacaxi, fumo e graviola;

nas indústrias alimentícia, têxtil, de couro, de calçados, metalúrgica, sucroalcooleira; na pecuária, de modo mais relevante, caprinos, na região do Cariri; e no turismo⁽³⁵⁾.

Com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,718, a Paraíba ocupa o 24º lugar no ranking dos estados brasileiros, detendo o quarto menor índice do país. O analfabetismo atinge 23,5% da população, sendo a terceira pior média nacional⁽³⁶⁾. Segundo dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, a Paraíba possui 681.683 famílias caracterizadas como de baixa renda, ou seja, aquelas com renda familiar per capita menor ou igual a meio salário mínimo⁽³⁷⁾.

No concernente à taxa de mortalidade infantil, houve uma diminuição considerável observada a partir do Pacto pela Vida firmado em 2006 entre os gestores de saúde, no qual uma das prioridades é exatamente reduzir esse indicador, caindo de 18,28 em 2007 para 15,22 óbitos a cada mil nascidos vivos no ano de 2009, embora ainda continue maior do que a média nacional no mesmo ano (14,82)⁽³⁸⁾ e maior do que o índice considerado aceitável pela Organização Mundial de Saúde, que é de 10 mortes para cada mil nascidos vivos⁽³⁹⁾. A redução da mortalidade infantil foi contemplada dentre os oito objetivos de desenvolvimento do milênio estabelecidos em Conferência promovida pela Organização das Nações Unidas em 2000, para 189 países, incluindo o Brasil⁽²⁾.

O cenário da pesquisa documental foi a Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba – FAPESQ, com sede no município de Campina Grande, órgão que gere o PPSUS no estado e que, portanto, detém os relatórios técnicos e financeiros de todas as pesquisas relacionadas ao programa.

Para tanto, foi necessária autorização escrita dessa instituição, concedida pelo presidente, após leitura do projeto de pesquisa, e verificação do Termo de Compromisso do Pesquisador, em que foi garantido preservar a privacidade dos estudos e pesquisadores, assegurando, ainda, que as informações fossem utilizadas única e exclusivamente para a execução da nossa pesquisa.

Criada em 1992 e reestruturada em 1997, a FAPESQ é um órgão vinculado à Secretaria de Estado dos Recursos Hídricos, do Meio Ambiente e da Ciência e Tecnologia. De direito público, é parte integrante do Sistema Estadual de Ciência e Tecnologia, e tem como objetivo promover o desenvolvimento científico e tecnológico do Estado da Paraíba, através do fomento à ciência, tecnologia e inovação⁽⁴⁰⁾.

A FAPESQ contribuiu financeiramente com R\$ 190.000,00 para os 35 projetos aprovados pelos editais PPSUS de 2004 e 2006, desenvolvidos pelas três Universidades do

estado: Universidade Federal da Paraíba, Universidade Federal de Campina Grande e Universidade Estadual da Paraíba. Desse total, R\$ 40.000,00 foram para os 24 projetos de 2004 e R\$ 150.000,00 para as 11 pesquisas do edital 2006. Só a título de informação, cabe registrar que, no edital de 2009, a FAPESQ disponibilizou R\$ 127.500,00, do total de 427.500,00 dos recursos destinados aos projetos aprovados, o que revela uma redução de cerca de 15% nos investimentos se compararmos com o montante do edital 2006⁽²⁸⁾.

Além da contribuição financeira, as Fundações de Amparo à Pesquisa em todo o país são as instituições responsáveis pela execução do PPSUS nos Estados, indicando linhas prioritárias para elaboração do edital, publicando o edital para seleção e financiamento de projetos de pesquisas, coordenando e executando a seleção de projetos, gerindo recursos financeiros aos coordenadores dos projetos aprovados, acompanhando as pesquisas, divulgando os resultados⁽²⁴⁾.

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram selecionados dentre os 35 pesquisadores que, outrora, tiveram projetos de pesquisa contemplados com financiamento dos editais PPSUS na Paraíba, nos anos 2004 (24 projetos) e 2006 (11 projetos).

O PPSUS, desde 2004, já publicou, no Estado, três editais através da Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba – FAPESQ, sendo o último em 2009. É salutar esclarecer que as propostas de pesquisas aprovadas por esse edital não vão ser contempladas neste estudo, pois os projetos têm um prazo de 24 meses para serem executados, tempo que excede o término dessa pesquisa.

Para definição da composição do grupo de estudo, foi utilizada a amostra proposital, definida pelos seguintes critérios de inclusão⁽⁴¹⁾: pesquisas financiadas e concluídas pelos editais PPSUS 2004 e 2006; pesquisas que os coordenadores aceitaram participar desse estudo; acesso aos relatórios finais enviados à FAPESQ. O que há de mais significativo na amostra proposital não se encontra na quantidade final de seus elementos, mas na maneira como se concebe a representatividade desses elementos e na qualidade das informações obtidas deles⁽⁴²⁾. Nesse estudo, 28 coordenadores de pesquisa atenderam aos critérios definidos, sendo 17 contemplados no edital 2004 e 11 no edital 2006.

O fato de que todos os coordenadores não participaram das entrevistas não interferiu na análise, visto que a pesquisa qualitativa não se preocupa com a generalização de resultados, e sim oferece possibilidades de generalizar novos conceitos e pressupostos⁽⁴¹⁾.

3.4 O TRABALHO DE CAMPO

Estando devidamente autorizados, realizaram-se visitas a FAPESQ - PB, para se ter acesso aos relatórios. Essas visitas eram previamente agendadas com a responsável pelo arquivo do material referente ao PPSUS, e realizadas nos turnos da tarde, horário aberto ao público. Nessa ocasião, os documentos foram manuseados em ambiente reservado dentro da própria instituição, onde os relatórios foram liberados, um por vez, para que a organização do arquivo fosse preservada. É importante registrar que alguns relatórios foram acessados no site oficial do Decit⁽⁴³⁾, em link destinado à pesquisa em saúde, mas como muitos se encontravam incompletos ou registrados com resultados parciais, consideraram-se apenas as informações dos documentos constantes nos arquivos da FAPESQ enviados pelos coordenadores.

Na primeira fase da pesquisa, a coleta de dados foi realizada sob os editais PPSUS 2004 e 2006, fornecidos pela coordenação do programa no estado, com o objetivo de esclarecer quais as linhas de pesquisa prioritárias de cada edital, os critérios para submissão de propostas como: titulação mínima exigida para o coordenador do projeto, o valor mínimo para financiamento de cada projeto (apêndice D). Essas informações possibilitaram identificar quais as linhas com maior quantidade de pesquisas aprovadas, além de averiguar a permanência dos mesmos temas em ambos os editais.

Considerando que essas linhas são previamente estabelecidas em uma oficina estadual para seleção de prioridades de pesquisa em saúde, na qual participam diversos atores, dentre eles gestores, técnicos da área de saúde e instituições formadoras, entende-se que os temas selecionados refletem o perfil epidemiológico e as necessidades de saúde do estado.

Em um segundo momento, foi realizado o levantamento documental nos relatórios finais das pesquisas financiadas por esses editais, a partir de formulário elaborado de acordo com o modelo recomendado pelo PPSUS para acompanhamento do coordenador das pesquisas no seminário de acompanhamento e avaliação⁽²⁴⁾ (apêndice E).

Apesar da facilidade de acesso aos relatórios, encontrou-se dificuldade no que se refere à coleta das informações necessárias, pois o instrumento estava baseado no formulário-padrão sugerido pelas Diretrizes Técnicas do PPSUS⁽²⁴⁾ e os relatórios técnicos enviados

pelos pesquisadores divergiam em formato e tipo de informação, principalmente os referentes ao edital 2004. Dessa forma, buscou-se encontrar dados relativos ao instrumento ocultos nas diversas partes dos relatórios, ficando, em alguns casos, formulários incompletos por falta de dados.

Nesse sentido, o levantamento realizado nos relatórios objetivou adquirir informações para possíveis associações com os dados colhidos com os coordenadores, reconhecidamente os informantes primários⁽⁴¹⁾. Os procedimentos para coleta e tratamento dos dados desse material podem ser descritos da seguinte forma:

- 1) Identificação dos relatórios pertencentes às seleções dos editais;
- 2) Leitura do material com o objetivo de identificar: a linha temática; o ano do edital; a instituição executora; o tipo de pesquisa; quais os objetivos propostos e alcançados; as facilidades/dificuldades na execução do projeto; a trajetória metodológica; o campo de pesquisa; o grupo estudado; o impacto científico, tecnológico, econômico, industrial, ambiental e, principalmente, sobre o Sistema Único de Saúde. Foi notificado ainda o valor financiado para o projeto, não no sentido de realizar auditoria dos recursos e, sim, analisar quais os estudos têm recebido mais incentivos financeiros. Essa fase foi constituída por:
 - a) leitura seletiva, com intenção de selecionar os relatórios por ano de edital e área temática;
 - b) leitura analítica, com o intuito de ordenar e resumir as informações contidas nos relatórios – leitura de natureza crítica, que passou pelas etapas de:
 - leitura integral dos relatórios, para se ter uma visão do todo;
 - identificação dos pontos chaves;
 - organização das informações segundo importância para a pesquisa;
 - síntese das informações, para ser selecionado o que era essencial.
 - c) leitura interpretativa, com o objetivo de relacionar o descrito nos relatórios com o problema da pesquisa.
- 3) Registro dos dados em formulário de coleta (apêndice E).

Concluída a fase de coleta nos relatórios, foi realizada pesquisa de campo, para coletar dados com os coordenadores dos projetos. Para assegurar uma maior abrangência das informações coletadas, optou-se pela entrevista semidirigida (apêndice F), técnica pela qual pesquisador e entrevistado podem dar direção à entrevista, representando ganhos para reunir os dados segundo os objetos propostos⁽⁴¹⁾.

Para tanto, utilizou-se um roteiro de entrevista com as seguintes questões norteadoras:

- Quais os objetivos da sua pesquisa?
- Esses objetivos foram alcançados?
- Quais as facilidades/dificuldades para execução?
- Qual a contribuição dessas pesquisas para a gestão dos serviços de saúde?
- De que forma seu estudo contribuiu para a resolução dos problemas de saúde da população paraibana?
- Como sua pesquisa colaborou para a redução das desigualdades regionais na área de saúde.
- Qual a sua aplicabilidade para o SUS?

As entrevistas foram agendadas através de contato telefônico ou e-mail, cedidos pela FAPESQ, e realizadas em locais indicados pelos pesquisadores, de acordo com a sua disponibilidade e preferência, em data e horário que eles julgaram convenientes, variando em instalações das universidades (UEPB e UFPB), como salas de pesquisas e laboratórios. Quando da realização das entrevistas, já havia sido realizado prévia leitura do relatório e transcrição de informações para o formulário específico, que foi conduzido no momento do encontro para que fossem feitas possíveis complementações desse documento com o entrevistado.

Durante as entrevistas, foi necessário o uso do gravador, previamente autorizado pelos sujeitos, a exceção de um só coordenador, que preferiu sua fala copiada à medida que discorria sobre as questões, para que ele pudesse ler posteriormente o que havia sido escrito e, só assim, consentir o uso de seu discurso.

As entrevistas gravadas foram transcritas logo mais que possível, por se tratar de uma tarefa que demanda tempo e esforço. A transcrição consistiu em transformar a linguagem falada, tal como foi dita, em texto escrito, e sendo entendida como uma mudança de meio, introduziu questões de precisão, fidelidade e interpretação⁽⁴⁴⁾. À medida que ocorriam, as transcrições foram agrupadas por letras maiúsculas com identificação correspondente ao relatório de pesquisa do coordenador, seguida pelo ano do edital, para que fosse garantido o preceito ético do anonimato.

Além da análise documental e das entrevistas lançou-se mão do diário de campo, para auxiliar na descrição e compreensão dos fatos. O diário de campo pode ser definido como o relato escrito daquilo que o investigador ouve, vê, vivencia e pensa no decurso da coleta de dados⁽⁴⁵⁾. Embora esteja associado à etnografia, prioritariamente, a literatura revela que

também pode ser utilizado por pesquisadores para anotar experiências relacionadas às entrevistas⁽⁴⁴⁾. Nesse contexto, as anotações de diário de campo compuseram duas partes: uma descritiva, em que as anotações são relativas a características das pessoas e ações; e outra reflexiva, destacando o ponto de vista do pesquisador, suas idéias e preocupações⁽⁴⁵⁾. Foram pontuados, então, a forma de contato, a receptividade do coordenador, os entraves para realização das entrevistas, as falas que se fizeram importantes e não foram gravadas, o comportamento dos sujeitos durante as entrevistas e quaisquer observações que pudessem facilitar a posterior análise dos dados, como descrito no trecho a seguir:

“Já estamos na terceira semana de coleta de dados. Como são muitos os coordenadores vinculados à Universidade Federal da Paraíba, e pelo motivo do deslocamento, marcamos três entrevistas para o mesmo dia, de acordo com os horários disponíveis por eles. Infelizmente um deles não compareceu ao Departamento, onde havíamos combinado, ao entrar em contato por telefone novamente, pediu que enviasse o roteiro por e-mail, que responderia logo que pudesse. Um fato que nos chamou atenção nesses encontros de hoje, é que os pesquisadores dessa instituição possuem salas de pesquisas próprias, diferente dos já visitados na UFCG e na UEPB, sejam dentro dos seus laboratórios, em se tratando de pesquisas químicas ou farmacêuticas, ou mesmo no seu departamento, talvez pelo fato de a UFPB ser a mais antiga das universidades do estado, e já possuir estrutura física que atenda essa necessidade.”

É possível descrever alguns entraves que foram vivenciados no decorrer do trabalho de campo, registrados em diário de campo, como dificuldade/impossibilidade de contato com alguns coordenadores de pesquisa, uma vez que esses não atendem a solicitação da fundação de manter os dados atualizados; a pouca disponibilidade do coordenador em responder à entrevista, alegando não recordar mais do projeto, incredulidade na capacidade do SUS em incorporar os resultados, ou pela falta de compreensão dos propósitos do PPSUS. É importante ainda notificar a justificativa de negação de um dos sujeitos que não aceitou participar da pesquisa por “não julgá-la importante”. O sujeito não atentou para o fato de que essa seria uma oportunidade a mais para destacar a relevância de seu estudo e o papel social das investigações científicas de forma geral. Além do que, certamente desconhece que o propósito do PPSUS é congruente com o objetivo desse estudo.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

O corpus empírico da análise consistiu na seleção de informações e narrativas sobre a execução dos projetos de pesquisa financiados pelos editais do PPSUS no Estado da Paraíba.

Os materiais referente aos editais e aos relatórios de pesquisa não foram analisados isoladamente, sendo associados às entrevistas dos respectivos coordenadores das pesquisas, através de estratégia de triangulação, que pode ser utilizada em diversas situações, incluindo a utilização de diferentes métodos e técnicas para a coleta dos “mesmos” dados⁽⁴¹⁾. Essa estratégia implica em o pesquisador assumir diferentes perspectivas sobre uma questão em estudo, empregando várias abordagens teóricas e promovendo uma maior qualidade na pesquisa, visto que possibilita o máximo de rendimento teórico⁽⁴⁶⁾.

A triangulação possibilita uma visão mais abrangente do tema em estudo, expandindo a compreensão do objeto de pesquisa, à medida que utiliza diferentes técnicas de coleta de dados, podendo incluir, em um mesmo estudo, como foi nesse caso, a pesquisa documental concomitante às entrevistas, com o objetivo de favorecer um conhecimento mais aprofundado do objeto de pesquisa⁽⁴⁷⁾. Ela se constitui de um conceito do interacionismo simbólico e é desenvolvida dentro dessa corrente, significando a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista, a tarefa conjunta de pesquisadores com formação diferenciada, a visão de vários informantes e o emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados que acompanha o trabalho de investigação⁽⁴⁸⁾.

Neste estudo, essa estratégia foi utilizada da seguinte forma: a cada entrevista realizada, transcrita e lida, fazia-se concomitante a (re)leitura do respectivo relatório de pesquisa, bem como do edital correspondente, para identificar (in)congruências e complementaridades existentes entre as diferentes fontes de dados, relacionando-os entre si. Essa estratégia possibilitou a compreensão do fenômeno estudado. Só após a realização da triangulação, iniciou-se a análise dos dados propriamente dita. Vale ressaltar que, para garantir essa triangulação, somente os relatórios cujos coordenadores participaram das entrevistas foram analisados.

Para a análise dos dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, que busca oferecer um significado aos dados, através da frequência recorrente de termos nos discursos⁽⁴¹⁾. Essa técnica permite tornar replicável e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos⁽³³⁾.

Dentre as várias modalidades de análise de conteúdo, escolheu-se a análise temática, compreendida sob um feixe de relações e representada através de palavras, frases ou resumo, que se divide em três etapas, que foram obedecidas nesse estudo: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Na exploração do material, os dados foram categorizados, ou seja, os textos foram reduzidos a palavras e expressões

significativas⁽³³⁾, visto que as categorias não foram previamente estabelecidas pelo roteiro de entrevista, ao contrário, surgiram a partir de sucessivas leituras do material.

Dessa forma, após organização do conteúdo do relatório, transcrição das entrevistas na íntegra, leitura exaustiva do material e triangulação dos dados, a técnica de análise desses dados constituiu-se das seguintes etapas recomendada pela literatura⁽⁴⁹⁾:

1. Leitura flutuante, que consistiu em conhecer o conteúdo das entrevistas e relatórios, buscando visão geral do entendimento dos entrevistados sobre o tema e identificação dos pontos de convergência;
2. Constituição de um corpus, ou seja, organização do conjunto dos documentos a serem submetidas à análise, estabelecidos pelas regras da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência;
3. Codificação das temáticas identificadas. A codificação consistiu em transformar as informações “brutas”, contidas nas entrevistas e nos relatórios, através de recorte, classificação e agregação em categorias temáticas;
4. Categorização, que consiste na ordenação e classificação das palavras/expressões, tendo sido estabelecido neste estudo, o critério semântico de categorização, no qual as categorias temáticas são agrupadas segundo o seu sentido, emparelhamento de sinônimos e dos significados mais próximos ao que foi comunicado.

Ao explicar o material empírico, buscou-se reconhecer os vários núcleos de compreensão, agregando esses dados em categorias que evocaram temas relacionados ao PPSUS na Paraíba, objetivo do estudo, reconhecendo que questões políticas, organizacionais e operacionais pairavam no cenário. Essas categorias foram:

- RECURSOS FINANCEIROS, que foi subdividida em: investimentos em pesquisas em saúde e execução do orçamento;
- TRABALHO DE CAMPO, que foi subdividida: em acesso aos locais/informações da pesquisa, contatos com os sujeitos da pesquisa e trabalho em equipe;
- RESOLUÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE, que foi subdividida em: divulgação dos resultados e perspectiva de tratamento de baixo custo;
- REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES REGIONAIS, que foi subdividida em: contribuição para o grupo estudado; acesso à assistência de qualidade e formação de pessoal;

- CONTRIBUIÇÃO PARA A GESTÃO, que foi subdividida em: proposição de políticas e programas, avaliação do sistema/serviços de saúde, perspectiva de desenvolver novas drogas e melhoria dos serviços de saúde.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

No desenvolvimento de pesquisas que envolvem seres humanos, é fundamental o cumprimento das exigências preceituadas pelo Conselho Nacional de Saúde, na Resolução 196/96⁽⁵⁰⁾. Nesse sentido, o estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba e aprovado sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE nº 0095.0.133.000-10.

As observâncias éticas foram seguidas, preservando os títulos das pesquisas e o nome dos coordenadores dos projetos, como forma de manter o anonimato dos sujeitos. Os documentos consultados foram manuseados exclusivamente pelo pesquisador, transcritos e identificados por letras minúsculas, em ordem alfabéticas, seguidas dos números 04 ou 06, indicando o ano de edital. Nas entrevistas, os sujeitos foram identificados com a mesma letra, agora maiúsculas, para que a triangulação pudesse ser melhor visualizada.

Para preservar o princípio ético da autonomia, os sujeitos foram esclarecidos, repetidas vezes e sempre que se fez necessário, de que estavam livres para participarem do estudo, estando cientes do objetivo e do direito de interromper sua participação, no momento que lhes conviesse. Além disso, as recomendações foram seguidas e assinado, em duas vias, por ambas as partes, um Termo de Compromisso Livre e Esclarecido – TCLE (apêndice A) que se refere à garantia da privacidade, do anonimato e do sigilo dos colaboradores⁽⁵⁰⁾.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

A idade dos sujeitos variou entre 35 e 60 anos, com uma média de 46,07 anos, o que indica uma população madura de pesquisadores na área de saúde. No que se refere ao sexo, 11 (39,28%) eram do sexo masculino e 17 (60,72%), contrariando pesquisa realizada sobre o perfil dos pesquisadores brasileiros em saúde pública, na qual se observou similaridade entre os gêneros⁽⁵¹⁾.

Quanto à formação básica, aponta-se a presença mais significativa do profissional farmacêutico (05), seguida da formação médica (05) e do cirurgião dentista (04), aparecendo ainda pesquisadores da área de nutrição (03), psicologia (03), biologia (02), enfermagem (02), química (01), fisioterapia (01), engenharia de alimentos (01) e antropologia (01).

Em relação à instituição a que estavam vinculados, 19 (67,85%) eram da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, 05 (17,85%) eram da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB e 04 (14,3%) estavam vinculados à Universidade Federal de Campina Grande - UFCG. O fato da UFPB contemplar o maior número de pesquisadores pode estar relacionado a ser a instituição mais antiga, com fundação datada da década de 1950, bem como ao maior número de programas de pós-graduação *stricto sensu*, que perfazem um total de 45 entre mestrados e doutorados⁽⁵²⁾, ao passo que a UFCG dispõe de 27⁽⁵³⁾ e a UEPB apenas de 18⁽⁵⁴⁾. Apesar da UFCG dispor de um número maior de programas do que a UEPB, apresentou uma menor quantidade de pesquisadores vinculados a essa instituição, talvez pelo fato de ser a que apresenta menos cursos na área de saúde, contando apenas com medicina e enfermagem à época de lançamento dos editais.

No que tange à titulação, apenas 05 (18,52%) são mestres e os demais (81,48%) doutores. Do total de mestres, três deles já estão inseridos em programas de doutorado. Vale ressaltar que o edital de 2004 exigia titulação mínima de mestres e o edital 2006 de doutores. O financiamento de pesquisas de professores doutores justifica-se uma vez que o doutoramento objetiva a formação de pesquisadores, que buscam o aprofundamento em determinado campo do saber, ao passo que o mestrado direciona-se primordialmente para o ensino, destinado para aqueles que têm o objetivo maior de lecionar⁽⁵⁵⁾.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DAS PESQUISAS

As pesquisas foram classificadas pelos próprios coordenadores, em relatórios enviados à FAPESQ. Sendo assim, no que se refere à natureza, 21 (75%) foram consideradas básicas, pois objetivavam gerar conhecimentos novos, úteis para o avanço da ciência, sem aplicação prática prevista. Já as pesquisas aplicadas, que buscam gerar conhecimentos para aplicação prática dirigida à solução de problemas, para alcançar objetivos específicos⁽⁵⁶⁾, foram no total de apenas 06 (21,43%). Apenas um (01) estudo foi considerado pelo coordenador como de natureza tecnológica, por obter conhecimentos através da tecnologia de processos, no caso em questão, para a fabricação de um medicamento.

Quanto à classificação dos resultados dos estudos, os coordenadores podiam indicar uma opção e o retrato foi: sistemas de pesquisa em saúde (01), gestão e planejamento em saúde (01), políticas públicas e saúde (01), controle e participação social (02), biotecnologia (03), processo saúde-doença (10) e avaliação de políticas de saúde, programas e serviços (10). Essa classificação é orientada pelas Diretrizes Técnicas do PPSUS, que sugerem, além dessas opções, resultados de pesquisas que culminem em: regulação em saúde, trabalho em saúde, recursos humanos em saúde, insumos, informação e comunicação em saúde, bioética, avaliação de tecnologias em saúde, biossegurança e economia da saúde⁽²⁴⁾.

No que tange à linha temática, no edital de 2004 todos os temas especificados foram contemplados com projetos. Dessa forma, os 17 coordenadores contemplados nesse edital abordaram os seguintes temas: saúde indígena (02), qualificação da atenção à saúde (03), gestão descentralizada do SUS (04), saúde mental (01), produção, qualidade e acesso de insumos estratégicos (03), saúde da mulher (01) e controle de doenças infecciosas e não-infecciosas (03).

Esse quadro de linhas temáticas pode estar refletindo o perfil epidemiológico do estado, visto que foram selecionados a partir de oficina de prioridades de pesquisa, como é o caso das doenças infecciosas, que havia uma preocupação naquele ano em reduzir a morbimortalidade por essas causas, visto que, em 2003, ano que antecedeu o edital, estavam entre as causas mais frequentes de internação hospitalar⁽⁵⁷⁾. À época do edital, também estavam sendo discutidas duas políticas importantes em nível nacional, que foi a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas⁽⁵⁸⁾, formulada em 2002 e a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher⁽⁵⁹⁾, formulada em 2004, que, de forma geral, tinham como propósito garantir o acesso à atenção integral à saúde dessas populações, de acordo com os princípios e

diretrizes do SUS, o que pode ter despertado para a necessidade de desenvolvimento de pesquisas nessas áreas.

Já no edital de 2006, as 11 pesquisas financiadas abordavam os temas: informação em saúde e epidemiologia (01), saúde dos portadores de necessidades especiais (01), saúde da mulher (01), alimentação e nutrição (01), saúde do idoso (01), atenção básica (03), saúde, meio ambiente e doenças infecciosas (03). É importante destacar que os temas saúde dos portadores de necessidades especiais e saúde da mulher não estavam contemplados no edital em questão, sendo este último também já abordado no edital anterior. Interessante destacar é que os temas contemplados nesse edital já refletem algumas das prioridades pactuadas entre gestores no Pacto pela Vida, como saúde do idoso, atenção básica, doenças emergentes e endemias, alimentação e nutrição, que foram abordadas nesse documento no contexto da promoção da saúde⁽⁶⁰⁾. A Portaria GM nº 399/GM, que divulga o Pacto pela Saúde 2006, foi publicada em Diário Oficial em 23 de fevereiro de 2006, um dia antes da definição de prioridades de pesquisa para o edital PPSUS 2006, em oficina realizada em João Pessoa-PB⁽⁶¹⁾.

Vale ressaltar ainda que o tema saúde mental, que era requerido no edital, foi o único que não teve projetos aprovados. Esse fato pode estar relacionado à organização do estado no que se refere à assistência em saúde mental, que desde 2004, sancionou a Lei 7639, firmando o compromisso de implantar efetivamente a Reforma Psiquiátrica na Paraíba⁽⁶²⁾. Dessa forma, à época de lançamento desse edital, o estado já dispunha de uma rede organizada de atenção à saúde mental, contando com diversos Centros de Atenção Psicológica (Caps), residências terapêuticas e serviços ambulatoriais distribuídos em diversos municípios.

4.3 AS CATEGORIAS TEMÁTICAS

Nesta seção, buscaram-se subsídios na literatura pertinente para analisar as categorias elaboradas a partir do conjunto de dados. De forma criteriosa, foi selecionado material que revelasse situações semelhantes, iguais e/ou opostas, que pudesse favorecer a compreensão das situações convergentes suscitadas nos relatórios e entrevistas. O amplo espectro de interpretações e relatos categorizados indica e reforça a complexidade do fenômeno, bem como a sua individualidade na expressão.

4.3.1 RECURSOS FINANCEIROS

No que se refere ao financiamento de pesquisas no Brasil, tem-se observado que os recursos destinados à ciência e tecnologia no país ainda são extremamente irrisórios para sua necessária inserção no mundo globalizado da produção do conhecimento, comparado a países como Japão, Estados Unidos, França e Alemanha, que têm excedido 2,5% do seu produto interno bruto com gastos em ciência e tecnologia, ao passo que no Brasil o total desses recursos no período de 2000 a 2005, tem ficado na ordem de apenas 0,15%⁽⁶³⁾.

Apesar dessa posição, ainda não tão significativa no panorama internacional da produção científica, o Brasil conseguiu construir uma tradição nesse sentido, que se caracteriza principalmente pela capacidade de gerar internamente a maioria dos recursos financeiros utilizados para o funcionamento da capacidade instalada de pesquisa. Esse fator, associado ao grande número de pesquisadores formados dentro de suas fronteiras, distanciam claramente o país do panorama de pesquisa em saúde existente na maioria dos países em desenvolvimento⁽²⁰⁾.

Quanto ao PPSUS, os recursos financeiros desse programa são administrados pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, que repassa esses recursos, oriundos do Ministério da Saúde, às Fundações de Amparo à Pesquisa de todo o país⁽²⁴⁾.

Nesta categoria, com o intuito de apresentar a compreensão teórica dos pesquisadores sobre os recursos financeiros destinados à pesquisa, foram elencadas como subcategorias: investimentos em pesquisa em saúde e execução do orçamento.

Investimentos em pesquisas em saúde

Entre os anos de 2003 e 2007, a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) comprometeu mais de R\$ 410 milhões no fomento à pesquisa em saúde. Esses recursos complementam os oriundos das demais áreas do Ministério da Saúde, do Ministério da Ciência e Tecnologia, do Ministério da Educação, do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) e das agências estaduais de fomento⁽⁶⁴⁾.

No caso específico do PPSUS, os recursos investidos em mais de mil projetos de pesquisa até o ano de 2007 superou o total de R\$ 51 milhões. Além disso, o que se tem observado com esse programa é a ampliação da participação dos estados no investimento em

ciência e tecnologia para a saúde, constatada pelo aumento significativo da contrapartida financeira desse ente federado a cada edital. No biênio 2004/2005 a participação estadual era de aproximadamente R\$ 6,5 milhões, dobrando para mais de R\$ 13 milhões em 2006/2007⁽⁶⁴⁾.

Na Paraíba, a FAPESQ já contribuiu com R\$ 168.000,00, somando os editais de 2004 e 2006, oriundos do Tesouro do Estado^(65,66). No que se refere a esse financiamento, destacam-se as seguintes falas que o referiram enquanto facilidade para o desenvolvimento da pesquisa:

“talvez a facilidade maior tenha sido a pesquisa ter suporte financeiro e material... isso foi um ponto muito positivo” H06

“ embora o financiamento não tenha sido muito grande... o montante foi de 19 mil reais, só deu pra comprar alguns insumos fundamentais pra começar os trabalhos. Mas facilitou (...) Poderia ser mais fácil se a universidade, que é o ponto central, é o local que faz pesquisa, tivesse maior investimento.” F04

Os coordenadores reconhecem o recurso financeiro como fundamental para o desenvolvimento das pesquisas. A fala do sujeito F04 enfatiza a necessidade de mais investimentos nas universidades, considerando essas como o grande centro das pesquisas. A II Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde considerou necessário o aumento dos recursos financeiros para o custeio das atividades de pesquisa e desenvolvimento, ampliando os recursos destinados à infraestrutura e principalmente à recuperação e modernização da capacidade de pesquisa dos hospitais de ensino e das instituições de pesquisa em saúde⁽⁵⁾.

Analisando os relatórios desses mesmos sujeitos, constatou-se que o sujeito F04 não fez referência ao financiamento em seu documento final de pesquisa, enquanto que o sujeito H06 aponta o item como ponto positivo para o desenvolvimento do estudo, sendo congruente com o referido em entrevista, conforme trecho a seguir:

“A disponibilidade do recurso financeiro em tempo hábil para realização da pesquisa.” h06

Por outro lado, também houve falas em que os pesquisadores se colocaram insatisfeitos com o financiamento, apontando como dificuldade a escassez do recurso:

“Foram 16 mil, não era suficiente (...) o recurso reduzido foi uma dificuldade”. D04

“tem que haver financiamento constante e acreditar que aquele grupo pode fazer alguma coisa. (...) O financiamento não existe na Paraíba, agora não existe.” F04

“As dificuldades são muitas, porque para se consolidar grupos de pesquisa você precisa de muito mais investimento financeiro” N04

Comparando essas falas com dados dos respectivos relatórios, nenhum desses pesquisadores descreve o financiamento como dificuldade para execução da pesquisa. Essa informação registrada poderia, oportunamente, ser melhor avaliada pela FAPESQ, e pelo próprio programa na sua instância federal.

Dessa forma, se faz necessário que governantes e a sociedade em geral reconheçam que o investimento em ciência e tecnologia merece equiparação aos outros programas, para que se consiga ampliar a competitividade do país em todas as suas regiões, pois esse orçamento insuficiente destinado à pesquisa pode significar entraves no avanço do conhecimento científico no setor saúde, na orientação dos vetores de desenvolvimento tecnológico e de inovação da indústria de equipamentos, medicamentos, imunizantes e outros insumos básicos à saúde⁽⁶⁷⁾.

Execução do orçamento

No que se refere ao orçamento das pesquisas, ambos os editais destacavam as seguintes considerações que deveriam constar no projeto: detalhamento e justificativa dos recursos solicitados em cronograma físico-financeiro, encadeado por fases que retratem o projeto como um todo (cronograma de desembolso); informação acerca da contrapartida da instituição executora e das colaboradoras; informação se há solicitação em curso, de financiamento para o projeto, em outras agências nacionais ou internacionais^(65, 66).

O edital 2006 fazia ainda ressalva à observância aos itens financiáveis e não-financiáveis destacados no próprio documento. Os itens financiáveis eram referentes à capital (equipamentos, material permanente e material bibliográfico) e custeio (material de consumo; passagens; diárias), não sendo permitidas despesas com contratação ou complementação salarial de pessoal técnico e ainda despesas de rotina como contas de luz, água, telefone, reprografia, correio e obras civis, ou ainda investimentos para formação de recursos humanos⁽⁶⁶⁾.

Apesar dessas exigências, os pesquisadores encontraram algumas dificuldades relacionadas ao cumprimento do orçamento das pesquisas, tanto relacionadas à demora na liberação do recurso, quanto à alocação de recursos, bem como na prestação de contas.

No tocante à liberação do recurso, o que se pôde constatar foi uma demora nessa liberação por parte da FAPESQ, que os coordenadores colocaram como dificuldade para o bom desempenho dos estudos, visto que, em alguns casos, culminou em demora no cumprimento do cronograma pré-definido no projeto, principalmente para aquelas pesquisas que dependiam de importação de matérias de consumo essenciais, conforme falas que se seguem:

“tivemos, como sempre, que enfrentar atrasos grandes nos repasses de recursos da FAPESQ e CNPq e, isso dificulta o andamento do projeto, e inviabiliza o cumprimento do cronograma do projeto” I04

“a primeira dificuldade foi que a FAPESQ não liberou os recursos num tempo hábil... e isso comprometeu o processo de importação, que também foi muito demorado” E06

“Pra gente a dificuldade foi o atraso na liberação da verba, que terminou atrasando o início do projeto” J06

Analisando dados dos relatórios, percebe-se que os sujeitos I04 e J06 não apresentaram essas dificuldades em documento enviado à FAPESQ, o que poderia contribuir para organização dos próximos editais. Apenas o sujeito E06 apresentou pontos negativos no relatório, coerentes com o referido na entrevista, pois o atraso na liberação dos recursos comprometeu a execução do cronograma de sua pesquisa, e o cumprimento do seu principal objetivo dependia da importação de equipamento que não chegou em tempo hábil, tal como expresso a seguir:

“Atraso na liberação da verba, o que retardou consideravelmente a importação do equipamento de eletroforese bidimensional; atraso na liberação da contrapartida do estado, o que também provocou inconvenientes na compra dos reagentes importados para a eletroforese bidimensional, comprometendo sobremaneira o andamento do projeto.” e06

O retardo no cronograma dessa pesquisa foi tão significativo, que em primeiro contato com a FAPESQ, o relatório final ainda não tinha sido entregue, apesar de seus resultados já terem sido apresentados em seminário, fato esse justificado pelo pesquisador exatamente pelo atraso na liberação do recurso.

Ao final da entrevista, o sujeito E06 referiu o não reconhecimento do papel social da pesquisa e, por conseguinte, pouco investimento da instância estadual no financiamento de estudos. Todavia, há de se registrar que paulatinamente tem havido um aumento considerável na participação financeira da FAPESQ comparando os dois editais, passando de R\$ 18.000,00 em 2004⁽⁶⁵⁾ para R\$ 150.000,00 em 2006⁽⁶⁶⁾, sem que houvesse aumento no valor do repasse do Ministério da Saúde.

No concernente aos itens financiáveis, constatou-se insatisfação por parte de um pesquisador relacionada à alocação dos recursos, visto que no decorrer da pesquisa, houve necessidade de materiais que não estavam previstos anteriormente:

“Outra coisa que eu achei que dificultou um pouco foi a falta de autonomia que o pesquisador tem na destinação dos recursos. Então o que acontece: você faz o projeto, prevê gastos e situações, mas durante a execução se depara principalmente na coleta de dados e análises com imprevistos, que seriam contornados se tivéssemos autonomia de realocar recurso... esta impossibilidade pode inviabilizar a pesquisa e comprometer todas as etapas.”
K06

O pesquisador ainda ressalta que essa alocação de recursos foi mais difícil pela falta de comunicação com a FAPESQ, colocando ainda esse fator como ponto negativo da execução do projeto, portanto, do orçamento. Mas essa dificuldade não foi elencada no relatório final da pesquisa em questão, para que pudesse haver uma avaliação por parte da Fundação.

Outro fator também relacionado à execução do orçamento, referido por um pesquisador, foi a dificuldade na prestação de contas:

“Agora o mais difícil que eu achei, enquanto pesquisador, foi ter que fazer a cotação de preços e ter de prestar contas depois desse material que você adquiriu. Foi uma experiência horrível, muito morosa, perdi muito tempo e mandei essa observação para o Ministério da Saúde” I06

Conforme referido pelo sujeito I06, essa questão foi realmente descrita em relatório final enviado à Fundação de Amparo à Pesquisa, em justificativa pelo não cumprimento do cronograma da pesquisa:

“Devido ao atraso da liberação dos recursos e da responsabilidade quanto à realização de cotação de preços dos itens financiados.” i06

Na tentativa de redirecionar essas questões, a FAPESQ está propondo uma nova forma de gestão dos recursos para as pesquisas contempladas no edital 2009, deixando como responsabilidade do pesquisador apontar as prioridades, ficando a cargo da fundação a

cotação de preços e posterior prestação de contas ao Tribunal do Estado. Todavia, nas entrevistas, embora o edital 2009 não seja contemplado em nosso estudo, já é possível constatar atraso, uma vez que nenhum repasse material fora realizado até fevereiro de 2011, inviabilizando alguns estudos. Se de um lado, questões políticas e administrativas entravam o processo, de outro, os estudos, quando realizados, podem não mais refletir as necessidades locais.

4.3.2 TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo constitui a etapa de um estudo científico em que o pesquisador realiza suas atividades na natureza ou no local onde o fenômeno estudado ocorre, que envolve tanto a coleta quanto o registro de dados referentes à pesquisa, diferenciando-se das atividades realizadas dentro de um laboratório.

Em pesquisa qualitativa, entende-se por campo o recorte espacial que diz respeito à abrangência do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação, sendo uma etapa essencial desse tipo de pesquisa. A forma de realizar o trabalho de campo revela as preocupações científicas dos pesquisadores que selecionam os fatos a serem observados, coletados e compreendidos⁽³³⁾.

Nessa categoria, obtiveram-se as seguintes subcategorias: acesso aos locais/informações da pesquisa, contato com os sujeitos das pesquisas e trabalho em equipe.

Acesso aos locais/informações da pesquisa

O acesso aos locais/informações da pesquisa constitui o principal ponto do trabalho de campo, visto ser o primeiro passo propriamente dito para a coleta de dados. A entrada em campo para acesso aos dados de uma pesquisa merece preparação precisa do processo de como descrevê-la aos interlocutores, como se apresentarão os investigadores, a quem se apresentarão e por meio de quem⁽³³⁾. Os coordenadores, ao relatarem o acesso aos locais/informações das pesquisas, revelaram facilidades:

“A facilidade maior que eu acho foi essa interlocução com a secretaria, a disponibilização aos dados e o acesso ao serviço” C04

“a disponibilidade do pessoal facilitou o nosso trabalho. Quando se tem acesso livre ao local, à instituição e às pessoas responsáveis que ocupam determinados cargos... quando elas apreendem bem a pesquisa, os objetivos, as necessidades, isso facilita, não é?” P04

“Olha, posso dizer que a facilitação da gestão, ao disponibilizar tudo que tinha... em termo tanto de material, como também de tempo para as entrevistas... é um aspecto que deve ser mencionado” K04

Apesar desses dados não constarem em nenhum dos relatórios em questão, verificou-se a ênfase dada pelos pesquisadores no que se refere às facilidades de acesso às informações da pesquisa. Esse é um ponto bastante positivo, que reflete a compreensão dos responsáveis por determinadas instituições sobre a importância das pesquisas.

Contato com os sujeitos da pesquisa

O sujeito de pesquisa pode ser definido como aquele que se investiga em qualquer empreendimento em que o ser humano é o objeto de estudo enquanto ser pensante e atuante, podendo ainda ser entendido, no campo das questões de saúde, como o indivíduo que porta o problema, o profissional de saúde que trata do problema ou familiares ou outros que convivem de alguma forma com o problema⁽⁴¹⁾.

De acordo com o tipo de estudo, o contato com os sujeitos pode acontecer antes mesmo do acesso aos locais da pesquisa, constituindo nesse caso, o passo inicial para o trabalho de campo. Muitas vezes, um contato necessita ser feito por telefone, e-mail ou pessoalmente, para que seja agendado o momento em que será realizada a coleta de dados, em outros casos, a aplicação de questionário ou entrevista é realizada logo no primeiro encontro com o sujeito, dependendo da sua disponibilidade.

No que se refere a essa disponibilidade, alguns coordenadores das pesquisas queixaram-se da resistência dos sujeitos para realização da coleta de dados ou mesmo da dificuldade de contato com o grupo estudado:

“As dificuldades foram imensas, as dificuldades, por exemplo, de acesso aos grupos etários, a gente chegava aos domicílios e pra encontrar a população adulta masculina era muito complicado” J04

“as dificuldades foram inerentes a um projeto como esse, a distância, a resistência das pessoas a responder.” A06

Em relatório, os mesmos pesquisadores também expuseram a resistência dos sujeitos e a dificuldade de contato com estes como pontos negativos para o desenvolvimento das pesquisas:

“Atraso na realização de exames e entrevistas, por causa de desatualização de cadastro e dispersão dos domicílios.” j04

“A resistência de alguns gestores em fornecer informações e participar da pesquisa.” a06

Dentre tantas dificuldades que se pode elencar na realização de estudos científicos no Brasil, ainda constata-se pouca consciência da população em geral em contribuir com a coleta de dados, o que se torna ainda mais agravante quando se trata de um grupo que conhece as necessidades de aprimoramento do sistema de saúde, como é o caso de gestores, citado pelo sujeito a06. Os gestores do sistema de saúde devem ter a consciência política de contribuir para o desenvolvimento de pesquisas que busquem a melhoria da qualidade dos seus serviços e a resolução dos problemas de saúde da sua população.

Contrariando o apontado por grande parte dos pesquisadores, um deles referiu os sujeitos de pesquisa receptivos no que se refere à coleta de dados:

“A aceitação da pesquisa, a compreensão do objetivo facilitou o contato com os sujeitos... eles foram muito receptivos” B06

Mesmo tendo enfatizado na entrevista essa receptividade dos sujeitos de pesquisa, o coordenador não faz essa observação em relatório final enviado à FAPESQ. Vale notificar que essa pesquisa foi realizada com pessoas de classe social baixa, o que leva à reflexão de que, apesar de ser esperado que o grupo em estudo com maior grau de instrução seja o mais consciente da responsabilidade social em contribuir com estudos científicos, verifica-se que a receptividade dos sujeitos talvez seja maior em uma população menos esclarecida.

Trabalho em equipe

O trabalho em equipe pode ser entendido como um processo que se constitui de valores, princípios e objetivos que estão claramente definidos e entendidos. É apresentado através de um grupo de pessoas aprendendo, crescendo e trabalhando interdependentemente para alcançar metas específicas no suporte a uma missão comum.

Em uma organização, a equipe é formada por um grupo de pessoas, geralmente pequeno, que possuem formação, habilitações e conhecimentos diversos, mas que trabalham juntas em uma área específica e definida⁽⁶⁸⁾. Levando esse conceito para a área da pesquisa, uma equipe de pesquisadores se constitui de um grupo com formações iguais ou distintas, mas que apresentam um interesse comum nos resultados alcançados. Esse grupo se potencializa no aprendizado, no compartilhamento de experiências e na divisão de tarefas.

No caso do PPSUS, os editais não faziam alusão à quantidade de membros que iriam compor a equipe de pesquisadores, nem mesmo a titulação mínima, exigindo apenas que todos os membros prestassem anuência formal escrita. Dessa forma, os estudos eram geralmente agregados a teses, dissertações, ou mesmo a pesquisas de iniciação científica, em que participavam alunos de graduação.

A presença de uma equipe capacitada para o desenvolvimento de um projeto de pesquisa é um aspecto fundamental para a garantia da redução dos vieses. Dessa forma, os coordenadores apontaram, em entrevistas, a equipe como um grande facilitador do andamento do estudo:

“Acho que a maior facilidade foi a equipe capacitada” H04

“A facilidade foi a motivação da equipe, composta por membros da graduação e da pós-graduação, com experiência prévia, disponibilidade e motivadas a fazer pesquisa de campo” O04

“a adoção de técnicas padronizadas pela equipe facilitou o trabalho de todos” F06

Nos relatórios, nenhum desses pesquisadores aponta o trabalho em equipe como facilitador ou como ponto positivo para o desenvolvimento das pesquisas. O trabalho em equipe está relacionado a uma forma de trabalho coletivo que se opõe ao modo independente e isolado com que os atores executam seu trabalho no cotidiano⁽⁶⁹⁾. No caso das pesquisas, uma equipe capacitada, com técnicas padronizadas de coleta de dados, e com um objetivo comum, tende a facilitar o trabalho de campo, minimizando o tempo de coleta de dados e aprimorando o estudo.

Além da equipe capacitada, outro aspecto que facilitaria o desenvolvimento de mais estudos científicos nas universidades seria um local apropriado, destinado a cada pesquisador, para o desenvolvimento de suas pesquisas, como é o caso da Universidade Federal da Paraíba, onde foi observado que os pesquisadores possuem salas exclusivas para as atividades de pesquisa, sejam elas agregadas ou não a laboratórios clínicos.

4.3.3 RESOLUÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE

A resolução dos problemas de saúde, ou seja, o enfrentamento dos principais problemas de saúde de uma população, por meio da compreensão e intervenção na esfera de seus determinantes e condicionantes constitui um dos elementos fundamentais na construção de uma sociedade democrática⁽⁷⁰⁾. Esses problemas não estão restritos a doenças ou agravos, mas constituem fatores ambientais, como a ausência de saneamento; sociais, como a deficiência da escola, a violência entre os jovens, a falta de emprego e alternativa de renda, a indisponibilidade de áreas de lazer e de acesso à cultura, o transporte insuficiente, as condições inadequadas de moradia; ou um contexto econômico-cultural de vulnerabilidade, como o consumo excessivo de carboidratos e gorduras⁽⁷¹⁾.

Dessa forma, e considerando o conceito amplo de saúde, a pesquisa em saúde deve ser guiada de maneira a promover o avanço científico e tecnológico, voltado para o desenvolvimento humano e sustentável⁽²⁾. Nesse ínterim, os coordenadores das pesquisas em estudo, ao serem questionados sobre qual a contribuição destas para a resolução dos problemas prioritários de saúde da população paraibana, pôde-se constatar que uma grande parte dos pesquisadores referiu pouca ou nenhuma contribuição nesse aspecto, não verificando também informações a esse respeito no relatório.

“Basicamente a gente não contribui para a resolução, a gente contribuiu para levantar problemas somente” A04

“Não objetivamente. Bom, inclusive não é exatamente esse o foco. Agora não, porque a gente está dentro da academia e consegue dar à academia uma possibilidade de ação limitada” D04

“Por enquanto nada, por enquanto para a questão de saúde não teve um resultado, vamos dizer assim, objetivo.” F04

“Ela por si ou em si, talvez não, se ela ficar lá guardada na FAPESQ, e não gerar uma discussão mais ampla” K04

“De nenhuma maneira, minha pesquisa não contribui pra isso, certo. Minha pesquisa aponta as falhas desse sistema.” A06

“Eu avaliei uma área que é considerada área endêmica. O Estado da Paraíba, para ser enquadrado nesse detalhe ele precisava ser avaliado como um todo” M04

“A gente não pode dizer que houve ou não impacto, porque ainda está na fase de análise.” J06

O PPSUS sugere contribuição das pesquisas para resolução dos problemas de saúde da população. O que se verifica é que nas pesquisas consideradas avaliativas, seja da qualidade do atendimento, como foi o caso do sujeito A04, seja do sistema, no caso de A06, os pesquisadores não percebem que, ao mesmo tempo em que se apontam falhas, podem sugerir mudanças para a melhoria do serviço prestado à população, e assim, contribuir de alguma forma para a resolução de seus problemas de saúde, principalmente se considerarem o conceito amplo de saúde.

Em se tratando do sujeito D04, o foco da atenção a que se refere o coordenador, ao contrário do que ele coloca, deveria ser dado à resolutividade dos problemas, e não aos interesses acadêmicos, independente do acesso da universidade à gestão, até mesmo porque uma das facilidades que não está relatada nesse discurso, mas foi apontado no início da entrevista, foi a participação de uma pessoa da gestão, que facilitou o acesso, subentendendo-se que essa interação academia-gestão já existia.

No caso de pesquisas que objetivem a fabricação de novos medicamentos, como o estudo do sujeito F04, que se trata de resultados a longo prazo, o coordenador realmente não pode inferir que contribuiu para a resolução dos problemas de saúde da população, mas há perspectivas.

Vê-se na fala do coordenador K04, que coloca o PPSUS ou a FAPESQ como responsável pela utilização dos resultados, desconsiderando a responsabilidade social do pesquisador com a construção de conhecimentos que não só favoreçam a comunidade científica, mas a sociedade como um todo, principalmente quando se trata de pesquisas em saúde, que inevitavelmente tendem a favorecer o desenvolvimento humano.

Comparando as falas dessas entrevistas com o construído nos relatórios, apenas os sujeitos M04 e J06 fizeram alguma referência à contribuição dos seus estudos para a população em documento enviado à FAPESQ:

“Com esta análise, o gestor municipal poderá solicitar verba para tratamento dos atuais doentes, instituir um programa de prevenção e acompanhar a iodação do sal consumido em suas residências.” m04

“A orientação de caminhadas durante a gravidez pode ser incorporada pelas unidades de atenção básica por se tratar de método simples, acessível, seguro, barato e de fácil reprodutibilidade.”j06

Em se tratando do sujeito M04, mesmo não acreditando em uma contribuição para o estado, nota-se pelo descrito no relatório, uma considerável mudança no quadro de saúde da população local, considerando a patologia em estudo, caso as sugestões dos pesquisadores sejam atendidas.

Constatou-se divergência na fala do sujeito J06, na qual afirma que sua pesquisa não teve impacto para a população, com o apontado no relatório, que já sugere medidas de ação para os serviços de saúde, relacionadas aos resultados do seu estudo.

Quando foram codificados os relatos dos sujeitos que descreveram nas entrevistas alguma contribuição dos seus estudos para a resolução dos problemas de saúde da população paraibana, suas falas deram origem a duas subcategorias: ações de promoção da saúde e perspectiva de tratamento de baixo custo.

Ações de promoção da saúde

A Carta de Ottawa, formulada em ocasião da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde a define como sendo o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, com uma maior participação no controle deste processo. A reorientação dos serviços de saúde foi definida nesse documento como uma das principais estratégias de ação promotora da saúde, sendo essa responsabilidade compartilhada entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais da saúde e instituições que prestam serviços de saúde e governos⁽⁷²⁾.

Para tanto, essa reorientação dos serviços de saúde também requeria um esforço maior de pesquisa em saúde, assim como de mudanças na educação e no ensino dos profissionais da área da saúde⁽⁷²⁾. Nesse aspecto, as pesquisas têm buscado contribuir, no sentido de oferecer subsídios para implementar ações de promoção da saúde relacionadas ao tema estudado.

Essas ações devem pautar-se por uma concepção holística de saúde voltada para a multicausalidade do processo saúde-doença. Esse é um dos princípios definidores das práticas de promoção da saúde estabelecidos pela literatura e pelas conferências que abordam esse tema, orientando as iniciativas de promoção para que idealizem a saúde física, mental, social e espiritual em sua ampla determinação, através de ações que ultrapassem os limites do setor saúde⁽⁷³⁾.

A orientação de ações, mesmo que indiretas, de promoção da saúde foi percebida nas falas de alguns pesquisadores quando questionados sobre a contribuição de suas pesquisas para a resolução dos problemas de saúde da população paraibana.

“Alertar e esclarecer a população acerca da fragilidade do controle de qualidade dos chás comercializados em sachês em nosso país” G04

“a gente já está fazendo um cronograma para apresentar os resultados por distrito.” I06

“Olha só, a pesquisa ela tem seus dados. Com a divulgação desses dados é que ela tem como efetivamente contribuir.” K06

A Carta de Ottawa, já referida anteriormente, define cinco campos de ação da promoção da saúde: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais e; reorientação dos serviços de saúde⁽⁷²⁾.

O desenvolvimento de habilidades pessoais como ação de promoção da saúde foi citado nas falas G04, I06 e K06, visto que se referem ao esclarecimento da população através da divulgação dos seus resultados para a sociedade. A divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais aumentam as opções disponíveis para que a sociedade possa exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio-ambiente, além de estar apta a fazer opções que conduzam a uma saúde melhor⁽⁷²⁾.

Apesar dessa preocupação descrita na entrevista, percebe-se que nenhum desses pesquisadores faz referência (in)direta a ações de promoção da saúde no relatório:

“Percebeu-se, portanto, a precariedade com que as plantas medicinais vêm sendo comercializadas, necessitando-se de uma maior atuação de vigilância nestes produtos.” g04

“Partindo do pressuposto do enfoque familiar e social dos processos de saúde /doença, o enfrentamento desta problemática indica uma possibilidade de superação das intercorrências na perspectiva de uma vida saudável e a garantia de gerações futuras.” i06

“Além de fornecer informações para que se desenvolvam políticas públicas que respeitem os direitos já estabelecidos na legislação brasileira para as pessoas com deficiência.” k06

O sujeito G04, apesar de enfatizar na entrevista o esclarecimento da população, não projeta essa ação no relatório, fazendo referência apenas à atuação de vigilância da gestão a esses produtos, o que também não deixa de ser uma importante ação de promoção da saúde.

Os pesquisadores I06 e K06 também não apresentam sugestões de ações de divulgação dos resultados de seus estudos no relatório, apesar de que a ação de reorientação dos serviços para promoção da saúde foi citada em documento por K06, conforme trecho acima. A Carta de Ottawa propõe que para a criação de um sistema de saúde que contribua para a conquista de um elevado nível de saúde, faz-se necessária a ação compartilhada entre indivíduos, comunidades, grupos, profissionais de saúde, instituições prestadoras de serviços de saúde e governos⁽⁷²⁾.

Perspectiva de tratamento de baixo custo

Entende-se o acesso aos medicamentos como um indicador da qualidade e da resolutividade do sistema de saúde, além de constituir um determinante importante do cumprimento do tratamento prescrito⁽⁷⁴⁾. A acessibilidade financeira, apesar de não ser a única razão que impeça as pessoas de obter os medicamentos de que necessitam, provavelmente seja a mais importante.

No Brasil, apesar do esforço para consolidar a assistência farmacêutica e dos avanços já alcançados na melhoria do acesso aos medicamentos essenciais pela população, a nossa realidade ainda se caracteriza por uma situação desigual no que diz respeito ao acesso a medicamentos⁽⁷⁵⁾. Isso porque os preços de medicamentos em nosso país chegam a ser até 20 vezes maiores que os preços internacionais, mesmo havendo qualidade questionável dos produtos registrados e comercializados no país e, sendo assim, o número de brasileiros que interrompem o tratamento no meio por não ter como pagar os preços dos medicamentos pedidos pelas farmácias continua elevado⁽⁷⁶⁾.

Sob esse aspecto, os coordenadores colocaram sua contribuição para a resolução dos problemas de saúde da população paraibana através da perspectiva de tratamento de baixo custo para doenças por eles estudadas:

“Então daí a importância que achamos desse nosso estudo, a gente tem que descobrir novas moléculas que possam aumentar o plantel farmacêutico de combate a Leishmania.” E06

“Seria talvez um tratamento de baixo custo, favorecendo a população de baixa renda, já que as substâncias são extraídas de vegetais da região.” F06

Os dados encontrados nos relatórios desses coordenadores são congruentes com suas falas, ao reportarem a perspectiva de tratamento acessível à população:

“A procura contínua por novos agentes terapêuticos para as leishmanioses ainda é essencial. Uma alternativa pertinente seria a utilização de compostos vegetais isolados que podem fornecer novos modelos terapêuticos no tratamento de leishmanioses”. e06

“Uma vez comprovada a atividade inibidora dos derivados leishmanicidas, a emergência do desenvolvimento de um novo fármaco com visíveis vantagens econômicas seria prontamente aplicável, em especial ao facilitar o acesso do paciente ao medicamento.” f06

Em relação à descrição de f06, verifica-se a preocupação do pesquisador com a descoberta de tratamento mais eficaz e de menor custo para o problema da leishmaniose, doença negligenciada em nosso país que apresenta um tratamento com medicamentos de elevada toxicidade, risco de resistência e alto custo. A leishmaniose, assim como as outras doenças negligenciadas, tem sido considerada prioridade para pesquisas pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, que financiou em 2004, por meio de um edital, 33 pesquisas sobre dengue. Em 2006, a partir de um rico processo de definição de prioridades de pesquisa, direcionou mais de R\$ 20 milhões para o financiamento de projetos em malária, doença de Chagas, dengue, leishmaniose, tuberculose e hanseníase⁽⁶⁴⁾. Esse edital foi publicado em nível nacional, no qual poderiam concorrer pesquisadores de todo o país, não sendo encontrada proposta de financiamento de pesquisas específicas para essa área na instância estadual.

Apesar desses investimentos, no Brasil o conhecimento produzido parece não se reverter em avanços terapêuticos, como, por exemplo, novos fármacos, métodos diagnósticos e vacinas. Um dos motivos para esse quadro é o baixo interesse da indústria farmacêutica nesse tema, devido ao reduzido potencial de retorno lucrativo para a indústria, uma vez que a população atingida é de baixa renda e presente, em sua maioria, nos países em desenvolvimento⁽⁷⁷⁾.

4.3.4 REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES REGIONAIS

Desigualdade social pode ser entendida como sinônimo de injustiça, iniquidade, relações nas quais os direitos fundamentais são desrespeitados e a dignidade ferida⁽⁷⁸⁾. Em se tratando da saúde, esse termo deve ser compreendido como as diferenças nas condições de saúde evidenciadas em distintos subgrupos sociais, sendo multidimensional e influenciando a saúde dos indivíduos desde a concepção até à morte, através de gerações. Incluem, então, contornos que transitam desde o processo de distribuição dos índices de saúde entre distintos

grupos populacionais até a iniquidade no acesso aos serviços de saúde, que é determinada, por sua vez, pelo acesso desigual aos serviços de saúde entre estratos sociais⁽⁷⁹⁾.

Dessa forma, as desigualdades regionais residem, não apenas nos diferentes níveis de concentração de renda e dos mecanismos de incentivos econômicos, mas, fundamentalmente, nas condições de vida que se expressam através dos baixos níveis alcançados pelos indicadores de desenvolvimento social: saúde, tecnológico e industrial⁽⁸⁰⁾.

No caso da saúde, as desigualdades sociais podem ser compreendidas em dois grandes grupos: as que se referem ao estado de saúde e ao perfil patológico da população e que, por esse motivo, são bastante influenciadas pela organização social e pela inserção de classe dos indivíduos, podendo ser compensada apenas em parte pelas políticas públicas; e as que se referem à oferta, acesso e utilização de serviços de saúde, sendo influenciadas pela política nacional de saúde e pela organização desses serviços, podendo ser reduzidas ou mesmo eliminadas através de sistemas de saúde universais e equânimes⁽⁸¹⁾.

O território brasileiro é caracterizado por grandes desigualdades socioeconômicas que aparecem como um dos traços mais marcantes da nossa sociedade e, entendidas do ponto de vista regional, se constituem em alvo de preocupação e de políticas públicas⁽¹⁰⁾, devido às enormes disparidades de desenvolvimento existentes entre as grandes macrorregiões brasileiras.

Apesar do crescimento econômico relativo verificado nas últimas décadas, os indicadores das condições sociais das regiões tradicionalmente menos desenvolvidas (Nordeste, Norte e Centro-Oeste) são ainda extremamente preocupantes. Além disso, as diferenças na distribuição regional dos recursos científicos e tecnológicos são também muito acentuadas, concentrando a grande parte dos grupos atuantes em pesquisa no país nas regiões Sudeste e Sul. Dessa forma, a base técnico-científica instalada no Brasil tem sua expressão mais potente nessas duas regiões, para onde é destinada a maior parte dos investimentos em ciência e tecnologia realizados pelo país⁽¹⁰⁾.

O PPSUS foi idealizado com o propósito de contribuir para a redução das desigualdades regionais no campo da ciência, tecnologia e inovação em saúde. Apesar disso, os coordenadores de pesquisas financiadas por esse programa, ao serem questionados sobre qual a contribuição dos seus estudos para diminuir essas desigualdades, grande parte afirmou não ter focado esse aspecto.

“Com relação à contribuição para as desigualdades na questão de saúde, eu acho que o resultado do trabalho poderia ajudar muito isso aí, colaboraria muito se alguma medida fosse ou tivesse sido tomada e isso eu não posso informar.” J04

“Aí eu não posso te garantir afirmando que houve essa redução de desigualdade, porque reduzir desigualdade é reduzir iniquidades e partindo de um conceito amplo de saúde, a gente não pode dizer que houve redução de desigualdade.” P04

“De jeito nenhum! Não é pesquisa que vai reduzir desigualdade” A06

Nenhum desses sujeitos fez qualquer colocação a respeito desse assunto em relatório, já sendo esperado que eles também não apresentassem nenhuma contribuição na entrevista. Talvez ainda falte a consciência crítica dos pesquisadores em refletir sobre a contribuição de suas pesquisas para o desenvolvimento da sociedade como um todo, o que leva a colocações equivocadas quando se aponta que pesquisa não pode reduzir desigualdade, como é o caso do sujeito A06. Essa fala aponta um indício de que os conhecimentos produzidos cientificamente se apóiam muito nos interesses do próprio pesquisador que os produzem, para obter reconhecimento da comunidade científica, ficando a responsabilidade social na produção e divulgação do conhecimento, por vezes, em posição secundária⁽⁸²⁾.

O sujeito P04 afirma que reduzir desigualdades significa reduzir iniquidades, que também dependem de políticas públicas, mas as pesquisas podem sim contribuir para amenizar essas desigualdades, principalmente se forem capazes de serem incorporadas para a mudança no perfil epidemiológico de uma população, ou mesmo na proposição dessas mesmas políticas a que o coordenador se refere. Isso é constatado pela própria proposta do PPSUS em financiar pesquisas que sejam relativas às prioridades locais de saúde de cada estado.

A superação das desigualdades regionais em ciência e tecnologia em saúde como objetivo do PPSUS atende às estratégias da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, que tem como ponto central contribuir para o desenvolvimento nacional sustentável e para a produção de conhecimentos técnicos e científicos ajustados às necessidades econômicas, sociais, culturais e políticas do país⁽²⁰⁾.

Dos coordenadores que atribuíram alguma contribuição para a redução das desigualdades regionais em saúde, foi possível elencar três subcategorias: contribuição para o grupo estudado; resolutividade e qualificação de recursos humanos.

Contribuição para o grupo estudado

A transformação da pesquisa em ações de saúde se faz, muitas vezes, através de um processo difícil, dispendioso e, em alguns casos, extremamente demorado⁽⁸³⁾. Apesar disso, acredita-se que tão importante quanto desenvolver pesquisas, é fazer com que o conhecimento gerado em projetos de pesquisa básica e estratégica seja desenvolvido e transformado em produtos, tecnologias e métodos comprovadamente aplicáveis, e que, além disso, novas descobertas e intervenções fossem efetivamente implementadas pelos sistemas e serviços de saúde⁽¹³⁾.

No caso dos sujeitos em estudo, quando abordados acerca da contribuição dos seus estudos para reduzir as desigualdades regionais em saúde, apresentaram falas em que as pesquisas contribuíram apenas para o grupo estudado, entendendo que estas puderam favorecer a redução das desigualdades existentes entre a população em estudo e os demais grupos populacionais, mesmo dentro da mesma região.

“Os pacientes atendidos na pesquisa, tiveram acesso aos meios diagnósticos e tratamento sem se submeterem às longas filas do SUS.” B04

“Ela pode ter colaborado indiretamente, porque as gestantes que participaram do projeto tiveram uma assistência mais de perto” J06

“Quando, durante a pesquisa, você começa a estimular essas pessoas a buscarem os seus direitos, não só com relação à saúde, o acesso à educação, entre outros, ela tem condições de contribuir de maneira bastante positiva na mudança dessa população.” K06

Não foram constatados dados sobre esse aspecto nos relatórios. Apesar disso, o que as falas acima indicam é que os estudos, mesmo não tendo uma ampla contribuição para a população da região, puderam favorecer de alguma forma o grupo estudado, seja através do acesso a atendimento mais rápido, como referido, pelo sujeito B04, a uma assistência de melhor qualidade, como sugere J06, ou mesmo fornecendo informações importantes, no caso do sujeito K06.

Resolutividade

A resolutividade, ou seja, a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência, foi estabelecida como princípio do Sistema Único de Saúde na lei 8080 de

1990, em seu artigo 7^o(16). Refere-se à exigência de que, quando um indivíduo buscar o atendimento ou quando surgir um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo no nível de sua complexidade⁽⁸⁴⁾. Significa dizer que quanto maior for a resolutividade de um serviço, mais preparado está para atender as necessidades de saúde da população, mesmo que, para isso, precise encaminhar para outro serviço para continuidade do atendimento⁽⁸⁵⁾.

Entendendo esse conceito de forma ampla, a resolutividade e seus efeitos devem ser capazes de transformar positivamente a situação de saúde de um indivíduo ou de um grupo, presumindo a possibilidade de avaliação das ações praticadas, bem como o conhecimento e análise dos seus resultados. Nesse sentido, o objetivo passa a ser saber não só até que ponto a resolutividade está sendo alcançada na prestação de serviços, mas conhecer quais modificações estão ocorrendo nas situações-problema apresentadas, e assim, priorizar ações de saúde e estabelecer condições cada vez mais resolutivas para os serviços⁽⁸⁶⁾.

Nesse sentido, alguns sujeitos colocaram a contribuição de seus estudos para diminuir as desigualdades regionais no campo da saúde, oferecendo, a partir da aplicação dos seus resultados, possibilidade de maior resolutividade dos serviços para os problemas de saúde da população.

“eu acho que melhorou a questão do acesso aos serviços da média complexidade, a população tinha grande dificuldade.” I04

“Quando a gente aponta maneiras de como resolver, faz com que o estado como um todo cresça em termos de ter uma saúde pública resolutiva, forte, que impacte e que pense numa lógica do usuário.” C06

Analisando as falas acima, pode-se compreender que as pesquisas têm procurado contribuir no sentido de apontar caminhos para a resolutividade de determinados problemas de saúde da população, apesar de esse aspecto não ter sido levantado em relatório. Os coordenadores fazem referência à resolutividade caracterizando-a através de ações de saúde, condições dos serviços e do sistema de saúde, que resultem em um efeito positivo para a população, ou seja, em um atendimento qualificado.

Qualificação de recursos humanos

A escassez de centros de excelência, instituições e principalmente profissionais capacitados para a gestão de processos de inovação se constitui em um problema importante para o desenvolvimento tecnológico no Brasil. No que se refere à distribuição irregular de recursos humanos, o setor de pesquisa em saúde em geral não difere dos outros setores, isso porque ainda seja insuficiente o número de bolsas concedidas pelas agências de fomento para formação e fixação institucional de novos pesquisadores, em particular para alunos de mestrado⁽⁵⁾.

Nesse sentido, a formação, capacitação e absorção de recursos humanos constituem uma das principais estratégias da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, que se faz essencial para desenvolver a produção do conhecimento científico e tecnológico nos programas, ações e serviços de saúde e aperfeiçoar a gestão de ciência, tecnologia e inovação em saúde. Para tanto, a II Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde recomenda, entre outras ações, que essa formação dos profissionais em ciência e tecnologia leve em conta as necessidades regionais e a integração com as instituições de fomento, além da criação de mestrados profissionais para técnicos da rede de serviços de saúde do SUS, visando a aprimorar sua qualificação e a capacitá-los para desenvolver pesquisas para o aprimoramento da prática profissional e da qualidade da atenção⁽²⁰⁾.

A qualificação de recursos humanos para pesquisa é entendida, dessa forma, como um fator fundamental para o desenvolvimento científico e tecnológico, embora o que se tem constatado é que a formação de pesquisadores em escala regional vem seguindo o mesmo padrão das desigualdades existentes em nosso país, basta saber que as regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte, juntas, agregam apenas 18% dos pesquisadores existentes no Brasil, de acordo com CNPq. A região Sudeste, além de concentrar o maior número de mestres e doutores do Brasil, é também a que vem titulando a grande maioria dos novos mestres e doutores do país⁽¹⁰⁾.

Sendo assim, os pesquisadores acreditam que suas pesquisas têm contribuído para reduzir as desigualdades regionais em saúde, ao favorecer a qualificação de recursos humanos para a pesquisa.

“Eu acho que ela colaborou para a capacitação de profissionais de recursos humanos” D04

“se a gente pensa de uma forma ampla de combate às desigualdades, seria a formação de pessoal, a gente formou mestre, formou graduados e isso realmente eu imagino que é uma forma de, talvez pequena, combater as desigualdades.” E06

Mesmo que esse aspecto não tenha sido abordado nos relatórios de nenhum dos sujeitos, as falas refletem o importante papel do PPSUS na Paraíba na formação de pesquisadores em saúde no estado, que conseqüentemente, aumentaria também a quantidade de pesquisas que possam contribuir para as necessidades de saúde da Paraíba.

Esse programa deve estar em todo o território brasileiro, em consonância com o que preconiza a Organização Mundial de Saúde, contribuindo para a superação das desigualdades regionais, através da formação de recursos humanos para a pesquisa, além da inserção dessas nas agendas das secretarias estaduais de saúde⁽²⁾.

4.3.5 CONTRIBUIÇÃO PARA A GESTÃO

Entende-se por gestão de saúde a atividade e a responsabilidade de comandar um sistema de saúde, exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria, podendo ser identificados quatro grandes grupos de funções gestoras na saúde: formulação de políticas/planejamento; financiamento; coordenação, regulação, controle e avaliação; prestação direta de serviços de saúde⁽⁸⁷⁾.

A gestão do Sistema Único de Saúde é responsabilidade compartilhada entre as três esferas de governo (municipal, estadual e federal), tendo sido pactuada através do Termo de Compromisso de Gestão, estabelecido a partir do Pacto de Gestão⁽⁶⁰⁾.

Com o objetivo de contribuir para o fortalecimento dessa gestão e para a resolução de problemas prioritários de saúde da população brasileira, o Ministério da Saúde apoia financeiramente o desenvolvimento de pesquisas, através do PPSUS⁽²⁴⁾. Nesse sentido, os pesquisadores foram questionados sobre a contribuição de seus estudos para a gestão dos serviços de saúde, fornecendo algumas respostas que refletiram a pouca preocupação desses com a devolução dos resultados à gestão:

“Para a gestão do SUS? Pra gestão em si ..., zero!” D04

“(...) sem dúvida, por enquanto não, pois não depende da gente, depende fundamentalmente do governo.” F04

“Não sei se efetivamente houve essa contribuição” J04

“Eu acho que em termo de gestão, de gestão diretamente, eu não teria dados, porque a gestão trabalha muito com dados” H06

Embora esses coordenadores tenham relatado em entrevista a não aplicabilidade de seus estudos para a gestão, deve-se considerar que o pesquisador tem um compromisso social com seus estudos, principalmente no que se refere a projetos financiados através do PPSUS, que objetiva contribuir com a política de saúde local. Além disso, as falas dos pesquisadores divergem com os descritos em relatórios, quando colocam que suas pesquisas trazem contribuições para a gestão:

“Incorporar as ações de avaliação para a gestão em saúde como prática sanitária é um desafio que se coloca aos gestores do SUS e os estudos dessa natureza podem contribuir com novas percepções a serem consideradas para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde.” d04

“Pesquisas para o desenvolvimento científico e tecnológico, visando à produção em larga escala de novas alternativas quimioterápicas eficientes, mais baratas e menos tóxicas, serão um avanço para o controle e tratamento mais efetivo desta doença na Paraíba e em outros estados do Brasil.” f04

“O delineamento do quadro de saúde bucal indígena servirá para embasar e orientar o planejamento e a demanda por atenção à saúde bucal nos planos preventivo, educativo e curativo do SUS.” j04

“Acreditamos que o gestor possa criar ou fortalecer programas de tratamento multi e interdisciplinares que enfoquem ações educativas na promoção à saúde, voltados para a melhoria da qualidade de vida.” h06

Essas ações, ou mesmo propostas expressas nos relatórios, que certamente não foram efetivadas, segundo relatos das entrevistas, podem ter sido apresentadas apenas como formalidade exigida no formulário padrão de apresentação do seminário, e até mesmo no projeto, no qual o coordenador já teria que apontar a aplicabilidade de sua pesquisa para o Sistema Único de Saúde^(65, 66).

Apesar desse discurso expresso no relatório pelo sujeito H06, entende-se pela entrevista que não houve articulação com a gestão para sugerir essas ações propostas no relatório. Além disso, parece haver um conceito equivocado da função da gestão, quando apresenta em entrevista que esta só trabalha com dados. Os dados são realmente necessários, pois geram informações que refletem o perfil epidemiológico de uma população, importantes para o planejamento de ações de saúde, mas o papel principal da gestão municipal de saúde, a

que se refere o coordenador está relacionado com o planejamento, organização, controle e avaliação das ações e dos serviços de saúde, além de gerir e executar os serviços públicos⁽⁸⁸⁾ e não apenas com a geração de dados, como afirma o coordenador.

Baseando-se nos pesquisadores que elencaram alguma contribuição de seus estudos para a gestão dos serviços de saúde, foram formuladas quatro subcategorias: proposição de políticas e programas; avaliação de sistemas/serviços de saúde; perspectiva de desenvolver novas drogas e; melhoria dos serviços de saúde.

Proposição de políticas e programas

As políticas públicas são princípios que norteiam a ação do poder público, diretrizes, regras e procedimentos para as relações entre o poder público e a sociedade, sendo explicitadas, sistematizadas ou formuladas em documentos (leis, programas) que orientam ações que geralmente envolvem aplicações de recursos públicos⁽⁸⁹⁾. No caso da saúde, as políticas públicas se materializam na forma de programas de atenção à saúde, que são implementados pelos gestores municipais, estaduais ou federal, com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência à saúde da população.

O Pacto de Gestão, formulado em 2006, que estabelece diretrizes para a gestão do sistema de saúde nos aspectos da descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação e controle social, gestão do trabalho e educação na saúde, determina como responsabilidade da gestão do SUS comum ao município, estado e união a formulação e implementação de políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação⁽⁶⁰⁾.

Já os programas de saúde, são entendidos como um conjunto de ações ou serviços coordenados, organizados segundo uma sequência temporal, empregando recursos direcionados ao alcance de um objetivo específico, em resposta a uma situação julgada problemática e que afeta uma determinada população⁽⁹⁰⁾. Sendo assim, os programas consistem em desdobramentos do processo de planejamento setorial e são destinados a alcançar determinados propósitos da política⁽⁹¹⁾.

Nesse sentido, como contribuição das pesquisas em questão para a gestão dos serviços de saúde na proposição de políticas e programas, foi possível elencar as seguintes falas:

“Eu acho que a contribuição do estudo seria ajudar justamente na política de promoção da saúde” H06

“É possível contribuir com a gestão elaborando estratégia de intervenção que possa ser realizada (...) Por isso os resultados devem ser enviados para o Ministério da Saúde, para o pessoal da FAPESQ, para a universidade, a prefeitura, o governo.” I06

As falas, ao serem confrontadas com o documentado nos relatórios das pesquisas, apontaram congruência de informações no caso do sujeito H06:

“Acreditamos que o gestor possa criar ou fortalecer programas de tratamento multi-interdisciplinares que enfoquem ações educativas na promoção à saúde, voltados para a melhoria da qualidade de vida.” h06

É possível sim que o gestor possa desenvolver programas baseados nos resultados de pesquisas, desde que se apropriem dos conhecimentos produzidos nos estudos. As Fundações de Amparo à Pesquisa também têm a responsabilidade de apresentar ao Ministério da Saúde uma análise dos resultados das pesquisas, descrevendo o potencial de incorporação desses no sistema e serviços de saúde⁽²⁴⁾.

. No caso do sujeito I06, a pesquisa não foi divulgada à gestão local, conforme relatado em seu discurso, também não fica clara sua contribuição, nem na entrevista, nem no relatório descrito abaixo:

“Na realidade do caso brasileiro, considerando o contexto político-social do Sistema Único de Saúde, com destaque para o compromisso de assumir um conceito de saúde que incorpora a integralidade dos sujeitos, e ainda, partindo do pressuposto do enfoque familiar e social dos processos de saúde /doença, o enfrentamento desta problemática a partir do setor saúde indica uma possibilidade de superação das intercorrências na perspectiva de uma vida saudável e a garantia de gerações futuras.” i06

A política de promoção da saúde referida pelo sujeito H06 tem como principal objetivo a promoção da qualidade de vida e a redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes⁽⁹²⁾. Essa política, instituída por meio da Portaria n. 687/GM de 30 de março de 2006, entende a promoção da saúde como uma estratégia de articulação transversal, na qual se oferece visualização dos fatores que colocam a saúde da população em risco e das divergências entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, buscando a criação de mecanismos que diminuam as situações de vulnerabilidade, defendam a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas⁽⁹³⁾.

Avaliação do sistema/serviços de saúde

As avaliações dos serviços de saúde procuram, de forma geral, analisar as estruturas, os processos e/ou os resultados dos serviços prestados. Essa análise busca comparar os serviços prestados com padrões ou protocolos de assistência e respondem qual o grau de adesão ou cumprimento desses padrões. As estruturas são toda a parte física envolvida na prestação de serviços, além dos recursos humanos e organizacionais. Os processos correspondem à organização do trabalho, o modo de realizar cada procedimento. A satisfação dos pacientes em relação ao atendimento recebido deve ser considerada um resultado⁽⁹⁴⁾.

A avaliação da situação de saúde da população, do trabalho e dos resultados das ações, decorre muitas vezes das atividades de monitoramento realizadas a partir de informações produzidas no próprio cotidiano da atenção. Por outro lado, essa avaliação deve contemplar ampla participação e o uso de múltiplos focos e métodos, permitindo que a visão de diferentes grupos seja considerada no objeto de estudo, sendo então necessário que estudos e pesquisas deem conta das dimensões não apreendidas pelos diversos sistemas de monitoramento⁽⁹⁵⁾.

Dessa forma, a pesquisa de avaliação em saúde desenvolve-se geralmente quando o seu objetivo é conhecer o impacto de um programa, sendo esse medido pelos resultados encontrados sobre condições específicas da população, selecionados de acordo com as relações de causalidade identificadas entre condições de saúde e formas de intervenção⁽⁹⁶⁾.

Quando se trata de oferecer alguma contribuição para a gestão, a avaliação tem como objetivo principal a produção da informação que contribua para o aprimoramento do objeto avaliado⁽⁹⁷⁾. Nesse sentido, alguns pesquisadores propuseram realizar estudos avaliativos do sistema ou dos serviços de saúde:

“O que a gente fez foi diagnosticar a existência de um problema (...) foi justamente isso” A04

“Eu acho que, ao avaliar esses dados, podemos perceber a imperfeição, a fragilidade ou essa insuficiência” K04

“Uma contribuição grande foi, por exemplo, dois aspectos: primeiro oferecer a qualidade da informação (...) segundo acordar que é necessário monitorar e acompanhar esse processo.” C04

“Eu acho que serviu para avaliar o serviço que estava sendo destinado àquela população”. I04

“A pesquisa era de avaliação. Então, nesse sentido, nós conseguimos discutir os resultados com os gestores municipais de saúde do Estado e com as coordenadoras do programa.” B06

Algumas divergências foram constatadas ao confrontarem-se as falas acima com os descritos nos relatórios finais de pesquisa. Nota-se pela fala mencionada do sujeito A04 que, apesar de ter sido feito diagnóstico, não houve interação com a gestão, nem divulgação dos resultados, não ficando, então, bem definida se, através da avaliação do serviço estudado, se houve contribuição para a gestão. Nos objetivos propostos dessa pesquisa, já havia uma previsão de contribuir para as políticas de saúde pública que pudessem minorar os problemas encontrados, inclusive ressaltando no relatório que a contínua avaliação se faz necessária para que a qualidade de vida da população possa sofrer impacto. Na pesquisa em questão, já se tinha conhecimento de quais eram os problemas, conforme relatório final:

“Os resultados confirmaram a hipótese inicial de que o atendimento ao diabético pelo SUS ainda deixa a desejar (...), o que aponta para a necessidade de criação de projeto para analisar a qualidade dos medicamentos, de treinamento de equipes de saúde do nível primário, programa de educação continuada.” a04

O sujeito K04 também descreve em relatório estratégias de ações que parece não terem sido realizadas, indo muito mais além da avaliação do sistema, colocando a importância de constituir uma estratégia de acompanhamento das políticas públicas de saúde no estado da Paraíba, principalmente aquelas voltadas à saúde mental:

“Tal estratégia se materializará através de um “observatório de políticas públicas em saúde”, a ser instituído na UFCG.” k04

No caso dos sujeitos C04, I04 e B06, as falas das entrevistas são congruentes com o documentado em relatório:

“A utilização dos dados de mortalidade infantil como indicador de saúde, que reflete as desigualdades sociais nos diferentes distritos sanitários e ainda a identificação das principais causas em cada distrito sanitário deve ser utilizada como forma de orientar a gestão para priorização das ações e aplicação dos recursos de acordo com o princípio da equidade em saúde.” c04

“As informações apresentadas mostram uma realidade preocupante, a qual exigirá grandes desafios para a superação, no sentido de melhores indicadores de saúde bucal”i04

“As fragilidades descobertas pela execução do projeto são consideradas problemas que comprometem o controle da doença e servem como indicadores para o planejamento dos serviços de saúde na atenção básica.” b06

A pesquisa do sujeito B06, por ser especificamente avaliativa, descreve bem as fragilidades do atendimento conforme descrito na entrevista e no relatório, embora não aponte sugestões para a superação dessas fragilidades.

A avaliação em saúde tem como pressuposto a avaliação da eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde na busca da resolutividade e qualidade, sendo parte fundamental no planejamento e na gestão do sistema de saúde⁽⁹⁸⁾.

Nesse sentido, apesar de se tratarem de pesquisas avaliativas, parece que não contribuíram para a resolutividade dos problemas questionados ou para a melhoria da qualidade dos serviços em questão, conforme descrito nos relatórios.

Perspectiva de desenvolver novas drogas

É evidente que a saúde de uma população não se limita apenas ao oferecimento de serviços de saúde ou ao uso dos medicamentos, embora seja indiscutível a importância do medicamento no cuidado à saúde⁽⁷⁵⁾.

Nos últimos anos, nos países em desenvolvimento, a questão dos medicamentos vem ocupando espaço na agenda governamental e na sociedade⁽⁹⁹⁾. No Brasil, a cultura de planejamento e de desenvolvimento de novos fármacos ainda é recente, e estamos em fase de formação dos recursos humanos, com a qualificação adequada e em quantidade suficiente para a sustentação do desenvolvimento do setor⁽¹⁰⁰⁾. Apesar disso, países como o nosso sofrem com a ausência de medicamentos específicos, sobretudo para as doenças denominadas negligenciadas, como a leishmaniose, a malária, a doença de Chagas, a dengue e a esquistossomose⁽⁹⁹⁾.

É exatamente acerca dessas doenças que os coordenadores estão desenvolvendo pesquisas para a produção de novos fármacos, embora ainda estejam em processo inicial:

“Para o SUS a aplicabilidade é você desenvolver um fármaco, patentear, produzir, porque a nossa concepção é fazer substâncias baratas, economicamente viáveis, as nossas sínteses foram feitas. (...) Agora pra chegar ao SUS precisa que o SUS chegue até a gente.” F04

“Por serem substâncias de origem vegetal da região, a contribuição seria promover para a população medicamento de baixo custo” H04.

“Então a questão do SUS nesse projeto é nessa perspectiva, se eu consigo encontrar uma planta que possa ser transformada em medicamento, então ele vai se tornar de fácil acesso e de uma forma muito mais natural do que o medicamento sintético.” N04

Quando se trata de uma pesquisa que busca a fabricação de um medicamento, a aplicabilidade ao sistema de saúde se apresenta sempre como uma perspectiva, conforme descrito nos relatórios:

“Pesquisas para o desenvolvimento científico e tecnológico, visando à produção em larga escala de novas alternativas quimioterápicas eficientes, mais baratas e menos tóxicas, serão um avanço para o controle e tratamento mais efetivo desta doença na Paraíba e em outros estados do Brasil.” f04

“Uma vez comprovada a atividade inibidora dos derivados anti-tumorais, a emergência do desenvolvimento de um novo fármaco com visíveis vantagens econômicas seria prontamente aplicável, em especial ao facilitar o acesso do paciente ao medicamento.” h04

“Perspectiva de obter compostos ativos viáveis para a produção de novos medicamentos, contribuindo para a qualidade de vida da população, diminuindo custos de serviços de saúde com usuários acometidos por essa patologia crônica.” n04

Quando se fala em perspectiva é devido ao longo prazo para que se obtenham resultados aplicáveis à população. As pesquisas experimentais, como é o caso do desenvolvimento de uma droga, se caracterizam por serem estudos longitudinais, ou seja, demandam um longo tempo, pois envolve um segmento dos resultados da intervenção⁽¹⁰¹⁾. Para que um medicamento chegue ao consumidor, é necessário realizar pesquisas de moléculas biologicamente ativas, desenvolver o processo de formulação com vistas na produção em escala industrial e alcançar o processamento final⁽⁹⁹⁾, variando todas essas fases num período que vai de dez a quinze anos⁽¹⁰⁰⁾, tempo que extrapola em muito o estipulado para pesquisas do PPSUS.

Melhoria da qualidade dos serviços

Um serviço pode ser considerado de qualidade quando atende às exigências do cliente, ou mesmo quando se consegue o padrão mais elevado de desempenho^(102, 103). A qualidade em atenção à saúde envolve múltiplos aspectos, mas de forma geral, espera-se que os serviços atendam às necessidades de saúde definidas tecnicamente, contemplando o amplo espectro das suas atribuições, quais sejam, a promoção, a prevenção, a assistência e a reabilitação⁽¹⁰⁴⁾.

Sendo assim, no esforço por garantir a constante melhoria dos serviços prestados pelo SUS, além de melhorar a qualidade de vida da população, o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Promoção da Saúde, em uma perspectiva de que a garantia da saúde implica assegurar o acesso igualitário e universal de todos os cidadãos aos serviços de saúde, como também à formulação de políticas sociais e econômicas que operem na redução dos riscos de adoecer, ou seja, na promoção da saúde⁽⁹³⁾.

Dessa forma, persiste o desafio de organizar estudos e pesquisas que contemplem, não só ações de promoção da saúde, como também estratégias de melhoria da qualidade dos serviços prestados à população.

Nesse contexto, algumas falas contemplaram a melhoria da qualidade dos serviços de saúde como contribuição de suas pesquisas para a gestão:

“(...) planejar outras ações de acordo com as necessidades detectadas pela pesquisa” I04

“A gente espera conseguir que, as pessoas com deficiência tenham acesso a um maior número e a melhores serviços de atenção de média complexidade e reabilitação” K06

Ao confrontar esses dados com os relatórios, constata-se congruência das informações, apontando as perspectivas de melhoria da prestação dos serviços a partir das informações obtidas através de suas pesquisas:

“Os indicadores foram utilizados para identificação de prioridades e planejamento das ações de saúde bucal nos três pólos base do Distrito Sanitário Especial Indígena da Paraíba.” i04

“Oferecer ferramentas para que os gestores de saúde e as entidades de defesa dos direitos das pessoas com deficiência possam conseguir uma melhora dos serviços de saúde voltados para esta população. k06

Apesar de os coordenadores terem apresentado em entrevistas e relatórios a possibilidade de suas pesquisas subsidiarem ações que favorecessem a melhoria dos serviços de saúde em áreas específicas, parece que não foram colocadas em prática, visto que esses resultados não foram discutidos com a gestão.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PPSUS se apresenta como uma excelente proposta de reduzir as desigualdades regionais em saúde por meio de pesquisas que atendam às necessidades locais de cada estado brasileiro, visto que essas são desenvolvidas a partir da seleção de problemas prioritários de saúde da população. A exploração detalhada dos editais lançados na Paraíba, bem como dos relatórios finais das pesquisas referentes a esses editais, além da análise das falas dos coordenadores dos estudos, facilitaram a compreensão da percepção dos pesquisadores acerca da contribuição das pesquisas financiadas pelos editais PPSUS em nosso estado, para a resolução dos problemas prioritários de saúde da população paraibana, para a redução das desigualdades regionais na área de saúde e para o fortalecimento da gestão do Sistema Único de Saúde.

Algumas dificuldades foram encontradas para a realização do estudo, a começar pelo contato com os pesquisadores que, em alguns casos, estavam desatualizados, dificultando a localização, e em outros, os coordenadores desconheciam que suas pesquisas haviam sido financiadas pelo PPSUS, atribuindo-as apenas à FAPESQ, que se constitui de instituição operacionalizadora. Dessa forma, pode-se inferir também que não compreendem que suas pesquisas refletem as necessidades de saúde do estado, visto que o processo de definição de prioridades de pesquisa, realizado através de oficinas, não está bem claro nos editais.

Essas oficinas de definição de prioridades são preconizadas pelo PPSUS, das quais participam gestores e técnicos do serviço de saúde, representantes das instituições de ensino, da comunidade científica e do controle social, mas o que foi observado através de participação da Oficina para Seleção de Prioridades de Pesquisa em Saúde na Paraíba 2010/2011 foi um número muito restrito de participantes, talvez pela falta de divulgação do evento, ou mesmo pela falta de interesse dos atores envolvidos.

Foram apontadas pelos coordenadores algumas dificuldades na execução dos projetos, que foram relacionadas ao repasse dos recursos financeiros, bem como ao trabalho de campo, que, nesse último caso, foram compreendidas como intrínsecas a toda pesquisa. No que se refere aos recursos financeiros, constataram-se algumas queixas relativas ao retardo no repasse, ao repasse fracionado, ou mesmo à falta de autonomia em (re)organizar as demandas já pré-estabelecidas, problemas que dificultaram o cumprimento do cronograma ou, em alguns casos, atrasaram o andamento do trabalho.

Os coordenadores dispunham de uma equipe capacitada de pesquisadores que facilitaram o desenvolvimento dos estudos, embora elenca-se como ponto negativo, caso em que o coordenador que desenvolveu a pesquisa não era o que concorreu à seleção do projeto, ou ainda situação em que o pesquisador que coordenou o estudo não atendia à exigência do edital no que se refere à titulação mínima, constando outro integrante no relatório final.

Uma parcela significativa dos coordenadores expressou-se negativamente no que se refere à colaboração de suas pesquisas para a resolução dos problemas de saúde da população paraibana, sendo esse aspecto também pouco apresentado em relatório. Quando referida, essa contribuição se deu através de proposição de ações de promoção da saúde e perspectiva de tratamento de baixo custo, para aqueles estudos que tratavam da descoberta de novas drogas terapêuticas para o tratamento de doenças negligenciadas. Essas ações ainda estiveram limitadas à incorporação dos resultados pela gestão.

Todo o esforço do Ministério da Saúde, através do Decit, com a efetivação do PPSUS, tem sido principalmente no sentido de tentar reduzir as desigualdades regionais de saúde através das ações de fomento, que não foi abordado em nenhum dos relatórios apresentados. Surgiram algumas declarações de contribuições relativas apenas ao grupo estudado, além da qualificação de recursos humanos, aspecto bastante importante em se tratando da redução de desigualdades relacionadas ao número de pesquisadores em diferentes regiões e, conseqüentemente, à desigualdade de investimentos em pesquisas nas regiões brasileiras.

Muitos foram os discursos dos coordenadores que não relataram contribuição das suas pesquisas para o fortalecimento da gestão dos serviços de saúde. Os que o fizeram discorreram sobre ações relativas à proposição de políticas e programas, avaliação do sistema/serviços de saúde, perspectiva de desenvolvimento de novas drogas e melhoria da qualidade dos serviços. Mesmo esses não apresentaram contribuição concreta, visto que essas ações dependeriam da divulgação desses resultados à gestão, o que parece ter acontecido somente através de Seminário de Avaliação, havendo ainda, uma imensa dificuldade para que as propostas cheguem aos serviços de saúde.

Na análise dos relatórios técnicos finais das pesquisas disponibilizados pela FAPESQ, pôde ser comprovado que esses divergem em formato e tipo de informação, principalmente os referentes ao edital 2004, quando ainda não havia sugestão de modelo, o que dificultou a coleta de dados nesses documentos. Foram encontrados relatórios extremamente sucintos, que mal apresentavam os resultados, não formalizando contribuição das pesquisas nem para a gestão dos serviços de saúde, nem para a resolução dos problemas prioritários de saúde da

população paraibana, muito menos para a redução das desigualdades regionais em saúde. Os relatórios do edital 2006 já apresentavam formulário preenchido de acordo com as diretrizes técnicas do PPSUS, mas mesmo nesses, não foi possível coletar algumas informações.

Em avaliação feita nos editais PPSUS referentes a essas pesquisas, observou-se que não apresentam de forma clara os objetivos do programa, referenciando apenas que as pesquisas busquem fortalecer a gestão do SUS e a melhoria das condições de vida da população brasileira, não apontando esses fatores como sendo objetivos gerais do PPSUS, o que pode justificar o desconhecimento dos pesquisadores acerca desse programa. Seria fundamental que os editais esclarecessem melhor o programa, apontando sua finalidade, principalmente para o estado, além de enfatizar o processo de seleção de prioridades.

O PPSUS pode verdadeiramente contribuir para o desenvolvimento científico e tecnológico no país, através da redução das desigualdades regionais nesse campo, embora na Paraíba ainda necessite de alguns ajustes para que efetivamente esse programa possa se concretizar em completude, como, por exemplo, a garantia de que o conhecimento gerado possa se concretizar em políticas e ações de saúde, visto que as pesquisas financiadas no estado respondem às necessidades de saúde da população, e até mesmo às dificuldades de gestão do SUS.

Esse programa é uma estratégia bem sucedida de descentralização do fomento à pesquisa em saúde no Brasil, embora um desafio seja premente: a incorporação mais rápida de resultados alcançados através da pesquisa aos sistemas e serviços de saúde, pois o que acontece muitas vezes é que o período transcorrido entre a formulação teórica e sua incorporação prática é demasiadamente longa⁽¹⁹⁾.

É necessário buscar estratégias de interlocução e divulgação desses resultados, não só à gestão, mas à população como um todo, para que efetivamente essas pesquisas apresentem contribuição prática. É evidente que essa atitude deva contar com o esforço conjunto dos pesquisadores, da Fundação de Amparo à Pesquisa e da gestão estadual de saúde.

Nesse sentido, são desafios para a operacionalização do programa na Paraíba: otimizar o repasse do recurso e/ou dos instrumentos/equipamentos necessários à execução das pesquisas, para que os estudos sejam desenvolvidos em tempo hábil, visto que os atrasos tendem a produzir dados que, quando divulgados, podem não mais atender às necessidades da população; institucionalizar a necessidade de que as políticas públicas de saúde recorram a resultados de pesquisas do PPSUS; garantir a contrapartida, não só financeira, da instância

estadual para efetivação do PPSUS, inserindo-se como parceira, garantindo a execução das pesquisas.

Além desses fatores, os estudos devem ser inseridos nos processos decisórios de gestão, reconhecendo-os como base para a reflexão crítica voltada para o resgate ético e moral, uma vez que essas pesquisas são financiadas pelo Sistema Único de Saúde, logo devem minimizar as desigualdades e maximizar as potencialidades locais.

O processo vivenciado revelou-se como espaço de empoderamento, à medida que fortaleceu a reflexão sobre a responsabilidade compartilhada para enfrentar os problemas de saúde de uma população, promover uma troca de informação e aproximação entre o serviço e a academia, com vistas em garantir a implementação de resultados relevantes que podem minimizar as desigualdades em saúde, fomentando o desejo de articular as instâncias e, assim, favorecer a prática da pesquisa e a saúde da população.

Por fim, sinaliza-se para a necessidade dos pesquisadores compreenderem o propósito dos editais PPSUS, participarem efetivamente dos seminários juntamente com os gestores das instâncias e, assim, fortalecer o papel da pesquisa na resolutividade dos problemas de saúde, como prática de interesse recíproco e de solidariedade.

REFERÊNCIAS

1. Reis PED. A pesquisa em saúde: implicações para a prática profissional. Rev Bras em Promoção da Saúde [periódico na Internet]. 2005 [acesso em 15 nov 2009] 18(2): 112-3. Disponível em: <http://www.unifor.br/rbps>
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Seleção de prioridades de pesquisa em saúde: guia PPSUS. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
3. Perez JF. Pesquisa: a construção de novos paradigmas. São Paulo em Perspectiva [periódico na Internet]. out 2002 [acesso em 12 dez 2009] 16 (4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392002000400006&lng=pt&nrm=iso
4. Oliveira MM. Programa pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS. Construção do modelo lógico e da matriz de medidas avaliativas [dissertação]. Brasília, DF: Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Mestrado em Ciências da Saúde; 2008.
5. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Como elaborar projetos de pesquisa para o PPSUS – guia. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
7. ABRASCO. Manifesto da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) enviado ao Plenário da Conferência Nacional da Ciência, Tecnologia e Inovação. Ciênc Saúde Coletiva 2001 set; 6 (2): 501-2.
8. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Brasil). Ciência e Tecnologia em Saúde. Coleção progestores – para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2007.

9. Ministério da Saúde (BR). Coordenação Geral de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde/I Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde - I CNCTS. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
10. Barros FAF. Os desequilíbrios regionais da produção técnico-científica. São Paulo em Perspectiva 2000; 14 (3): 12-19.
11. Pellegrini A Filho. Pesquisa em saúde, política de saúde e equidade na América Latina. Ciênc Saúde Coletiva 2004; 9 (2): 339-50.
12. Guimarães R, Serruya SJ, Diaféria A. O Ministério da Saúde e a pesquisa em saúde no Brasil. Gazeta Médica da Bahia [periódico na Internet] 2008 [acesso em 14 nov 2009] 78 (suppl 1): 12-21. Disponível em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/253/244>.
13. Morel CM. Geração de conhecimento, intervenções e ações de saúde. São Paulo Em Perspectiva 2002; 16(4): 57-63.
14. Guimarães J. A pesquisa médica e biomédica no Brasil: comparações com o desempenho científico brasileiro e mundial. Ciênc Saúde Coletiva 2004 abr/jun; 9 (2): 303-27.
15. Brasil, Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília: Senado Federal. Secretaria Especial de Editoração e Publicações; 2005.
16. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 20 set. 1990. [acesso em 10 jan 2009]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm.
17. Brasil. Decreto nº 6.860, de 27 de maio de 2009. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério

da Saúde. Brasília, DF, 27 maio 2009. [acesso em 12 set 2010]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6860.htm

18. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Pesquisa para saúde: contribuições aos 20 anos do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
19. DECIT (Departamento de Ciência e Tecnologia). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Ministério da Saúde. Programa de fomento à pesquisa para os sistemas e serviços locais de saúde: gestão compartilhada em saúde. Rev Saúde Pública 2006 dez; 40 (6): 1131-6.
20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
21. Guimarães R. Bases para uma política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde. Ciênc Saúde Coletiva 2004 abr./jun; 9 (2): 375-87.
22. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
23. Brasil. Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Brasília, DF, 9 jun 2003. [acesso em 19 set 2010]. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/98590/decreto-4726-03>.
24. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde (PPSUS) – diretrizes técnicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

25. DECIT (Departamento de Ciência e Tecnologia). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Ministério da Saúde. Da política à ação institucional: prioridades de pesquisa no Ministério da Saúde. Rev Saúde Pública 2006 jun; 40 (3): 548-52.
26. Brasil. Decreto nº 5.974 de 29 de novembro de 2006. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Brasília, DF, 29 nov 2006. [acesso em 12 set 2010]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2004-2006/2006/Decreto/D5974.htm.
27. DECIT (Departamento de Ciência e Tecnologia). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Ministério da Saúde. Atuação do Ministério da Saúde em ciência e tecnologia. Rev Saúde Pública 2007 jun; 41(3): 484-6.
28. FAPESQ (Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba). Edital 002/2009 – PPSUS/FAPESQ. [acesso em 02 set 2009]. Disponível em: <http://www.fapesq.rpp.br/PPSUSFAPESQEDITAL2009.pdf>.
29. Ministério da Saúde (BR). PPSUS na Paraíba é aliado da gestão da atenção básica. Informe Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde 2010 jun; 5 (6): 1-12.
30. Cervo AL, Bervian PA. Metodologia científica. São Paulo: Makron, 2001.
31. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. Rev Saúde Pública 2005 jun; 39 (3): 507-14.
32. Uriarte AG, Ruedna LI, González MM, et al. Evaluación cualitativa Del sistema de recogida de sangre em Cataluña. Rev Esp Salud Publica 2002; 76 (5): 437-50.
33. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

34. IBGE. Estados: Paraíba. 2007. [acesso em 10 mar. 2009]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pb>.
35. PBTUR. Economia da Paraíba. [acesso em 15 out. 2010]. Disponível em: <http://www.pbtur.pb.gov.br/conheca-a-paraiba/economia>.
36. Brasil Escola. Aspectos da população da Paraíba. [acesso em 15 out. 2010]. Disponível em: <http://www.brasilecola.com/brasil/aspectos-populacao-paraiba.htm>.
37. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Secretaria Nacional de Renda e Cidadania. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. [acesso em 13 out. 2010]. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/adesao/mib/matrizsrch.asp>.
38. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Informações de Saúde. Pacto pela Saúde 2010/2011 Paraíba. [acesso em 25 jan. 2011]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dh.exe?pact2010/pactpb.def>
39. WHO/OMS – Organização Mundial da Saúde. [acesso em 10 set. 2010]. Disponível em <http://www.who.int/en/>.
40. FAPESQ (Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba). A instituição. [acesso em 12 nov 2009]. Disponível em: <http://fapesq.rpp.br/web/pagina/instituicao>.
41. Turato ER. Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. 3ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.
42. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública 2008 jan; 24(1):17-27.
43. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Pesquisa Saúde. [acesso em 15 jun 2010]. Disponível em: <http://pesquisasaude.saude.gov.br/bdgdecit/index.php?lg=BR>

44. Gibbs G. Análise de dados qualitativos. Porto Alegre: Artmed, 2009
45. Bogdan R, Biklen S. Investigação qualitativa em educação. Porto: Porto Editora, 1994.
46. Flick U. Qualidade na pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009.
47. Santos TS. Do artesanato intelectual ao contexto virtual: ferramentas metodológicas para a pesquisa social. Sociologias 2009 jan/jun; 11 (21): 120-56.
48. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER (org.). Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
49. Bardin L. Análise de conteúdo. Edição revista e atualizada. Lisboa: Edições 70, 2009.
50. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. [acesso em 10 mar 2009]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>.
51. Santos SMC, Lima LS, Martelli DRB, Martelli-Júnior H. Perfil dos pesquisadores da saúde coletiva no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Physis 2009; 19 (3): 761-775.
52. UFPB – Universidade Federal da Paraíba. Histórico. [acesso em 20 jan. 2011]. Disponível em: <http://www.ufpb.br/historico.html>
53. UFCG – Universidade Federal de Campina Grande. Programas de pós-graduação stricto sensu. [acesso em 20 jan. 2011]. Disponível em: http://www.ufcg.edu.br/prt_ufcg/pro_reitorias/prpg/documentos/cursos_stricto_senso.htm
54. UEPB – Universidade Estadual da Paraíba. Pró-Reitoria de pós-graduação e pesquisa. [acesso em 20 jan. 2011]. Disponível em: <http://prpgp.uepb.edu.br/>

55. Garcia FG, Eid Júnior W. Como planejar a educação. São Paulo: Publifolha, 2001.
56. Silva CRO. Metodologia o organização do projeto de pesquisa. Fortaleza: Cefet, 2004.
57. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Informações de Saúde. Morbidade hospitalar do SUS - Paraíba. Internações segundo lista morb CID-10 dez. 2003. [acesso em 25 jan. 2011]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/mipb.def>
58. Fundação Nacional de Saúde (BR). Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
59. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
60. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização/Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
61. FAPESQ (Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba). Oficina de trabalho. Prioridades de pesquisa em saúde do estado da Paraíba. PPSUS/2006. [acesso em 22 jan. 2011]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/bibliosus/pub/oficina_fevereiro.pdf
62. Paraíba. Lei 7639, de 23 de julho de 2004. Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no estado da Paraíba e dá outras providências. Paraíba, 23 jul 2004. [acesso em 22 fev 2011]. Disponível em: <http://alpb.codata.pb.gov.br/sgdd/>
63. Chaves, VLJ. Política de financiamento da pesquisa no Brasil e no Pará. [acesso em 10 dez 2010]. Disponível em: <http://www.gepes.belemvirtual.com.br/documentos.pdf>

64. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Ciência, tecnologia e inovação em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
65. FAPESQ (Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba). EDITAL MS/CNPq/FAPESQ – N° 01/2004.
66. FAPESQ (Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba). EDITAL MS/CNPq/FAPESQ – N° 04/2006.
67. Marziale MHP, Mendes IAC. O investimento em pesquisas na área da saúde: termos de referência para o desenvolvimento científico e tecnológico brasileiro. *Rev Latino-am Enfermagem* 2006 mar/abr; 14 (2): 149-50.
68. Drucker P. *Desafios gerenciais para o século XXI*. São Paulo: Pioneira; 1999.
69. Peduzzi M, Ciampone MHT. Trabalho em equipe e processo grupal. In: Kurcgant P et al. *Gerenciamento em enfermagem*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p. 105-20.
70. Batistela C. Análise da situação de saúde – principais problemas de saúde da população brasileira. In: Fonseca AF, Corbo AMDA (organizadoras). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 121-58.
71. Batistela C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: Fonseca AF, Corbo AMDA (organizadoras). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 51-86.
72. Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, nov 1986. [acesso em 18 ago 2010]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>
73. Westphal MF. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos CWS et al. *Tratado de saúde coletiva*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 635-67.

74. Paniz VMV et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008 fev; 24 (2): 1-10.
75. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). Assistência farmacêutica no SUS. Coleção progestores – para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2007.
76. Paulus R, Matsuoka SH, Silva FP, Kanai RMT. Consumo de medicamentos e perfil do usuário da farmácia do servidor público do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Londrina, PR. *Revista Espaço para a Saúde* 2007 dez; 9 (1): 18-24.
77. DECIT (Departamento de Ciência e Tecnologia). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Ministério da Saúde. Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. *Rev Saúde Pública* 2010; 44 (1): 200-2.
78. Nunes A, Santos JRS, Barata RB, Vianna SM. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001.
79. Motta CPG, Fahel MCX, Pimentel EC. Desigualdades em saúde na população brasileira: uma análise comparada a partir das PNADS 1998 e 2003, com foco em Minas Gerais. *Anais do XIII Seminário sobre a Economia Mineira 2008*. [acesso em 12 set 2010]. Disponível em: http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2008/D08A059.pdf
80. Escoda MSQ. Sobre iniquidade em saúde. *Revista Espaço para a Saúde* 2004 dez; 6 (1): 16-24.
81. Barata RB. Desigualdades sociais em saúde. In: Campos CWS et al. *Tratado de saúde coletiva*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 457-87.
82. Sacardo MS, Hayashi MCPI. Quem dita os “rumos” das publicações científicas originadas de dissertações e teses? reflexão para a área da educação física. *Rev Conexões* 2007; 5 (1): 42-50.

83. Morel CM. A pesquisa em saúde e os objetivos do milênio: desafios e oportunidades globais, soluções e políticas nacionais. *Cienc e Saúde Col* 2004; 9 (2): 261-70.
84. Almeida ES, Chioro A, Zioni F. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: Westphal MF, Almeida ES (organizadores). *Gestão de serviços de saúde*. São Paulo: EDUSP, 2001. p. 13-50.
85. Turruni RNT, Lebrão ML, Cesar CLG. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. *Cad. Saúde Pública* 2008 mar; 24 (3): 663-74.
86. Degani VC. A resolutividade dos problemas de saúde: opinião de usuários em uma unidade básica de saúde. [dissertação]. Porto Alegre (RS): Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.
87. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2003.
88. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
89. Teixeira EC. O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e transformação da realidade. Associação dos Advogados de Trabalhadores Rurais da Bahia 2002. [acesso em 27 dez 2010]. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/aatr2/a_pdf/03_aatr_pp_papel.pdf , 2002
90. Potvin L, Gendron S, Bilodeau A. Três posturas ontológicas concernentes à natureza dos programas de saúde: implicações para a avaliação. In: *Avaliação qualitativa de programas de saúde*. Petrópolis: Vozes, 2006. p. 65-86.
91. Fagundes H, Moura AB. Avaliação de programas e políticas públicas. *Textos e Contextos* 2009 jan/jun; 8 (1): 89-103.

92. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Brasil). Atenção primária e promoção da saúde. Coleção progestores – para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2007.
93. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
94. Neves MAB. Avaliação da qualidade da prestação de serviços de saúde: um enfoque baseado no valor para o paciente. Anais do III Congresso Consad de Gestão Pública. mar 2010. [acesso em 6 jan 2011]. Disponível em: http://www.repositorio.seap.pr.gov.br/arquivos/File/Material_%20CONSAD/paineis_III_congresso_consad/painel_9/avaliacao_da_qualidade_da_prestacao_de_servicos_de_saude.pdf
95. Felisberto E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. Rev. Bras. Saúde Matern Infant 2004 jul/set; 4 (3): 317-21.
96. Melo WA. Avaliação da atenção ao recém-nascido de risco no município de Maringá-PR. [dissertação]. Maringá-PR: Mestrado em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, 2009.
97. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Rev Saúde Pública 2000; 34 (5): 547-59.
98. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Programa nacional de avaliação de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
99. Oliveira EA, Labra ME, Bermudez J. A produção pública de medicamentos no Brasil: uma visão geral. Cad Saúde Pública 2006 nov; 22 (11): 2379-89.
100. Tavares LC. Planejamento e desenvolvimento de novos fármacos: os primeiros passos do Brasil. Pharmacia Brasileira 2009 mar/abr. [acesso em 10 jan 2011]. Disponível em: http://www.abiquifi.org.br/noticias/clipping/17_06_09_Pharmacia2.pdf.

101. Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. Elementos de metodologia epidemiológica. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
102. Chiavento I. Introdução à teoria geral da administração. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.
103. Maximiano, ACA. Teoria geral da administração. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.
104. Campos CEA. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da atenção primária à saúde. Rev Bras Saúde Matern Infant 2005 dez; 5 (Supl 1): 63-69.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Suely Deysny de Matos Celino, enfermeira, aluna do Mestrado em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba, estou desenvolvendo um projeto de pesquisa que objetiva: avaliar a contribuição das pesquisas financiadas pelos editais PPSUS no Estado da Paraíba, para a resolução dos problemas prioritários de saúde da população paraibana, para a redução das desigualdades regionais na área da saúde e para o fortalecimento da gestão do SUS. Para tanto:

- 1) Serão realizadas entrevistas com os pesquisadores responsáveis pelas pesquisas aprovadas pelo PPSUS na Paraíba através dos editais 2004 e 2006;
- 2) Em um segundo momento, os dados das entrevistas serão complementados com os relatórios das respectivas pesquisas, após autorização formal da FAPESQ;
- 3) O estudo poderá ser apresentado em encontros de profissionais que estudam o assunto ou ainda ser publicado em uma revista da área de saúde;
- 4) Assumo o compromisso de guardar segredo de seu nome / endereço e das informações descritas, para que não possa ser identificado por qualquer outra pessoa, além de mim.

Se tiver alguma dúvida, no início, no curso ou ao término da pesquisa, ou não quiser mais fazer parte da mesma, a qualquer momento, pode entrar em contato comigo, pelo telefone (83) 91587829. Poderá ainda, entrar em contato, com a secretária do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba através do telefone (83) 3315-3373.

Eu, _____,
fui esclarecido(a) sobre a pesquisa “PPSUS na Paraíba: a contribuição para gestão e serviços de saúde” no que se refere ao objetivo, técnicas utilizadas para coleta dos dados, bem como, futura utilização dos mesmos, somente após minha conferência e autorização, sendo garantido total segredo de meu nome e das informações que falei, com o uso apenas da idade, e do sexo, e o direito de desistir a qualquer momento. Ciente dos aspectos descritos antes, concordo em participar do estudo, assinando o presente termo de consentimento livre e esclarecido, em duas vias, ficando uma com a pesquisadora e outra comigo.

(local e data)

Informante _____

Testemunha _____

Pesquisadora _____

SUELY DEYSNY DE MATOS CELINO
IDENT. 2276821 SSP/PB
COREN: 112940-PB

APÊNDICE B - SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Eu, Suely Deysny de Matos Celino, enfermeira, aluna do Mestrado em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba, estou desenvolvendo um projeto de pesquisa que objetiva: avaliar a contribuição das pesquisas financiadas pelos editais PPSUS no Estado da Paraíba, para a resolução dos problemas prioritários de saúde da população paraibana, para a redução das desigualdades regionais na área da saúde e para o fortalecimento da gestão do SUS. Para tanto SOLICITO:

- Autorização para, nas dependências da FAPESQ-PB, realizar coleta de dados nos relatórios de pesquisas financiadas pelo PPSUS, através dos editais 2004 e 2006.

Assumo o compromisso de:

1. Preservar a privacidade dos autores cujos dados serão coletados através dos relatórios;
2. Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
3. Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar a pesquisa ou o autor.

Se alguma dúvida surgir, antes do início, no curso ou ao término da pesquisa, pode entrar em contato, com a pesquisadora, pelo telefone (83) 91587829. Poderá ainda, entrar em Contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba através do telefone (83) 3315-3373.

(local e data)

Suely Deysny de Matos Celino
IDENT. 2276821 SSP/PB
COREN: 112940-PB
Pesquisador Responsável

APÊNDICE C**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA****TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR**

Pesquisa: PPSUS na Paraíba: a contribuição para gestão e serviços de saúde

Eu, Suely Deysny de Matos Celino, enfermeira, aluna do Mestrado em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba, portadora do RG: 2276821 SSP/PB, utilizo-me deste termo para assumir o compromisso de, no desenvolvimento de todas as etapas do estudo, cumprir e fazer cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve seres Humanos.

Por ser verdade, assino abaixo

LOCAL / DATA

APÊDICE D – FORMULÁRIO PARA COLETA NOS EDITAIS

1. Ano:
2. Titulação mínima exigida:
3. Linhas de pesquisa:
4. Recursos financeiros:

APÊNDICE E – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS NOS RELATÓRIOS

Caracterização do coordenador:

- Sexo:
- Idade:
- Formação básica:
- Titulação máxima:
- Linha temática:
- Título do projeto:
- Período de desenvolvimento:
- Local de desenvolvimento:

Edital PPSUS- Avaliação e Acompanhamento Final

Formulário do Coordenador do Projeto

| IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO | |
|---|--|
| *(ESTES CAMPOS DEVEM SER PREENCHIDOS PELA FAP) | |
| *Coordenador: | |
| *Título: | |
| *Processo Nº: | |
| *Instituição Executora: | |
| *Instituição Co-Executora: | |
| *Instituição(ões) participante(s) do Projeto: | |
| *Vigência do Projeto: | |
| *Data de liberação dos recursos: | |
| *Área do Conhecimento: | |
| Caracterização da Pesquisa | |
| Classifique a pesquisa selecionando os campos abaixo: | |
| A. NATUREZA DA PESQUISA (escolha apenas uma opção) | |
| <input type="checkbox"/> Básica <input type="checkbox"/> Aplicada / Estratégica <input type="checkbox"/> Tecnológica | |
| B. TIPO DE PESQUISA PREDOMINANTE (escolha apenas uma opção) | |
| <input type="checkbox"/> Pesquisa Clínica <input type="checkbox"/> Pesquisa de Laboratório <input type="checkbox"/> Pesquisa em Saúde Coletiva <input type="checkbox"/> Desenvolvimento Tecnológico | |
| C. CLASSIFICAÇÃO DO RESULTADO DA PESQUISA (escolha apenas uma opção) | |
| <input type="checkbox"/> Processo saúde-doença <input type="checkbox"/> Gestão e planejamento em saúde <input type="checkbox"/> Regulação em saúde <input type="checkbox"/> Avaliação de políticas de saúde, programas e serviços <input type="checkbox"/> Trabalho em saúde <input type="checkbox"/> Controle e participação social <input type="checkbox"/> Recursos Humanos em Saúde Pública <input type="checkbox"/> Insumos <input type="checkbox"/> Políticas públicas e saúde <input type="checkbox"/> Sistemas de pesquisa em saúde <input type="checkbox"/> Informação e comunicação em saúde <input type="checkbox"/> Bioética <input type="checkbox"/> Avaliação de tecnologias em saúde <input type="checkbox"/> Biossegurança <input type="checkbox"/> Biotecnologia <input type="checkbox"/> Economia da saúde | |

| |
|----------------------------|
| EXECUÇÃO DO PROJETO |
|----------------------------|

1. Ocorreu alteração dos objetivos propostos/aprovados?

SIM NÃO

1.1. Caso SIM, comentar:

| |
|--|
| |
|--|

2. Quais os objetivos propostos e os objetivos alcançados?

2.1. Justifique

| |
|--|
| |
|--|

3. Indique a taxa percentual de sucesso do projeto (objetivos alcançados/objetivos propostos) em relação ao cronograma da proposta (Valor de 0 a 100):

3.1. Justifique

| |
|--|
| |
|--|

4. Houve interação com outra (as) instituição(ões)?

SIM NÃO

4.1. Estava previsto inicialmente no projeto?

SIM NÃO

4.1.1. Caso SIM, Indique as instituições participantes e quais são os indicadores da cooperação (análise de material, publicações, apresentações em eventos científicos etc.):

| Nome da Instituição |
|---------------------|
| |
| |
| |

5. As etapas previstas foram cumpridas?

SIM NÃO

5.1. Justificativa

| |
|--|
| |
|--|

6. Relacione os fatores positivos e negativos e como eles contribuíram ou dificultaram na execução do projeto:

| Fatores positivos | Fatores negativos: |
|-------------------|--------------------|
| | |

6.1. Indique as dificuldades observadas na execução do projeto

- Atraso na contratação do Projeto
 Atraso na indicação de bolsistas
 Necessidade de reestruturação de metas
 Manutenção de equipamentos
 Aquisição de material de consumo
 Atraso na liberação de recursos
 Atraso na importação de equipamento
 Evasão de pessoal técnico
 Reestruturação orçamentária

Outras. Indique:

7. Houve alteração na equipe inicial de pesquisadores/técnicos?

SIM NÃO

7.1. Caso SIM, quais os motivos e o que representou tal alteração em relação aos objetivos originais?

8. O projeto recebeu recursos de outras fontes?

SIM NÃO

8.1. Caso SIM, indicar as fontes:

EXECUÇÃO FINANCEIRA

| | Recursos Liberados | Recursos Gastos | Saldo |
|-----------------------------|--------------------|-----------------|-------|
| Total Capital | | | |
| Total Custeio | | | |
| Saldo Total | | | |
| Data da situação (dd/mm/aa) | | | |

PERSPECTIVAS DE IMPACTO DO PROJETO

A - CIENTÍFICO

Avalie as perspectivas de impacto do projeto para cada um dos quesitos abaixo, dando notas de 1 (nenhuma contribuição) a 5 (alta contribuição). Marque **NA** quando o quesito não se aplicar ao projeto.

| | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|----|---|---|---|---|---|
| A.1- Geração de novos conhecimentos | | | | | | |
| A.2- Geração de avanço/ inovação experimental | | | | | | |
| A.3- Geração de conhecimento passível de difusão | | | | | | |
| A.4- Formação e capacitação de recursos humanos | | | | | | |
| A.5- Formação de novos grupos e centros de pesquisa | | | | | | |
| Comentários e observações: | | | | | | |

B - TECNOLÓGICO

Avalie as perspectivas de impacto do projeto para cada um dos quesitos abaixo, dando notas de 1 (nenhuma contribuição) a 5 (alta contribuição). Marque **NA** quando o quesito não se aplicar ao projeto.

| | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|----|---|---|---|---|---|
| B.1- Geração de novas tecnologias | | | | | | |
| B.2- Otimização de processos de produção | | | | | | |
| B.3- Possibilidades de obtenção de patentes | | | | | | |
| B.4- Agregação de vantagens competitivas ao setor | | | | | | |
| B.5- Introdução de novos métodos de gestão tecnológica | | | | | | |
| B.6- Transferência tecnológica para o setor | | | | | | |

Comentários e observações:

C - SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Avalie as perspectivas de impacto do projeto para cada um dos quesitos abaixo, dando notas de 1 (nenhuma contribuição) a 5 (alta contribuição). Marque **NA** quando o quesito não se aplicar ao projeto.

| | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|----|---|---|---|---|---|
| C.1- Subsídio ao aperfeiçoamento da Política Nacional de Saúde | | | | | | |
| C.2- Contribuição para a avaliação de Modelo de Atenção | | | | | | |
| C.3- Apropriação/Incorporação dos resultados pelos Serviços | | | | | | |
| C.4- Melhoria da Gestão, Organização e Qualidade dos Serviços | | | | | | |
| C.5- Redução da morbi-mortalidade relacionada ao agravo estudado | | | | | | |
| C.6- Redução dos custos de atendimento | | | | | | |
| C.7- Aumento da cobertura dos Serviços | | | | | | |
| C.8 Incorporação de tecnologias e novos processos de atenção | | | | | | |
| C.9 Desenvolvimento e aplicação de protocolos clínicos | | | | | | |
| C.10. Melhoria da relação Custo-efetividade de tecnologias | | | | | | |

Comentários e observações:

D - ECONÔMICO / SOCIAL

Avalie as perspectivas de impacto do projeto para cada um dos quesitos abaixo, dando notas de 1 (nenhuma contribuição) a 5 (alta contribuição). Marque **NA** quando o quesito não se aplicar ao projeto.

| | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|----|---|---|---|---|---|
| D.1- Melhoria da qualidade de vida da população | | | | | | |
| D.2- Insumos para políticas públicas | | | | | | |
| D.3- Redução das desigualdades sociais | | | | | | |
| D.4- Redução das importações | | | | | | |
| D.5- Agregação de valor a produtos e processos | | | | | | |
| D.6- Geração de empregos | | | | | | |
| D.7- Desenvolvimento regional | | | | | | |

Comentários e observações:

| |
|--|
| |
|--|

E - INDUSTRIAL / COMERCIAL

Avalie as perspectivas de impacto do projeto para cada um dos quesitos abaixo, dando notas de 1 (nenhuma contribuição) a 5 (alta contribuição). Marque **NA** quando o quesito não se aplicar ao projeto.

| | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|----|---|---|---|---|---|
| E.1- Criação de novas empresas no setor | | | | | | |
| E.2- Sustentabilidade das empresas do setor | | | | | | |
| E.3- Lançamento de novos produtos | | | | | | |
| E.4- Redução dos custos de produção no setor | | | | | | |
| E.5- Melhoria da qualidade de produtos | | | | | | |
| E.6- Criação de novos mercados | | | | | | |
| E.7- Redução de barreiras técnicas | | | | | | |
| | | | | | | |

Comentários e observações:

| |
|--|
| |
|--|

F- AMBIENTAL

Avalie as perspectivas de impacto do projeto para cada um dos quesitos abaixo, dando notas de 1 (nenhuma contribuição) a 5 (alta contribuição). Marque **NA** quando o quesito não se aplicar ao projeto.

| | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|----|---|---|---|---|---|
| F.1- Racionalização do uso de matérias primas | | | | | | |
| F.2- Redução do consumo energético | | | | | | |
| F.3- Redução da geração de resíduos | | | | | | |
| | | | | | | |

Comentários e observações:

| |
|--|
| |
|--|

CONCLUSÃO

Apresentar a resumo estruturado da pesquisa, contendo: objetivos, métodos (abrangência do estudo ou área geográfica, população-alvo) e resultados alcançados (1500 a 2000 caracteres).

| |
|--|
| |
|--|

Qual é a questão fundamental que esta pesquisa buscou responder ao gestor público de saúde e quais são as perspectivas de aplicação no SUS (1500 a 2000 caracteres)?

| |
|--|
| |
|--|

APÊNDICE F– ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1) Quais os objetivos da sua pesquisa?
- 2) Esses objetivos foram alcançados?
- 3) Quais as dificuldades / facilidades encontradas na execução do projeto?
- 4) Qual a contribuição da sua pesquisa para a gestão dos serviços de saúde?
- 5) De que forma sua pesquisa contribuiu para a resolução dos problemas de saúde da população paraibana?
- 6) Como sua pesquisa colaborou para a redução das desigualdades regionais na área de saúde?
- 7) Qual a aplicabilidade do estudo para o SUS?

APÊNDICE G – ARTIGO

Programa Pesquisa para o SUS: a contribuição para gestão e serviços de saúde na Paraíba

Research Program for the Unified Health System: the contribution to management and health services in Paraíba State

Suely Deysny de Matos Celino

Gabriela Maria Cavalcanti Costa

RESUMO:

Estudo exploratório, com abordagem qualitativa, com o objetivo de compreender a percepção dos pesquisadores sobre a contribuição das pesquisas financiadas pelos editais do Programa Pesquisa para o SUS - PPSUS no Estado da Paraíba, para a resolução dos problemas prioritários de saúde da população paraibana, para a redução das desigualdades regionais na área da saúde e para o fortalecimento da gestão do SUS. Desenvolveu-se a partir do levantamento documental dos editais PPSUS 2004 e 2006, além dos relatórios finais de pesquisas relativos a esses editais, bem como a entrevista semiestruturada a 28 coordenadores desses estudos. Foi utilizada estratégia de triangulação de dados e estes foram submetidos à análise de conteúdo, que convergiram para: resolução dos problemas de saúde; redução das desigualdades regionais; contribuição para a gestão. A Paraíba necessita de alguns ajustes para que efetivamente o PPSUS possa se efetivar em completude, visto que as pesquisas financiadas em nosso estado respondem às necessidades de saúde da população, e até mesmo às dificuldades de gestão do SUS.

Descritores: ciência; política de pesquisa em saúde; programas governamentais; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT:

This is an exploratory study with a qualitative approach, to understand the researchers' perception about the contribution of research funded by the edicts Research Program for the Unified Health System - RPUHS in Paraíba state, to solving the priority health problems of the population of Paraíba, to reduce regional inequalities in health and to strengthen the management of SUS. It was developed from the documentary survey of the notices RPUHS 2004 and 2006 and the final reports of research relating to these notices, as well as semi-structured interview to 28 coordinators to these studies. Triangulation strategy of data was used and these were subjected to content analysis, which converged to: solving the health problems, reducing regional inequalities and contribution to management. The Paraíba State needs some adjustments so that the RPUHS can be effectively on completion, since the research funded in the state respond to the health needs of the population, and even to the difficulties of the Unified Health System management.

Descriptors: science; health research policy; government programs; Unified Health System.

INTRODUÇÃO

O incremento do desenvolvimento científico e tecnológico dentre as competências do SUS foi incluído na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 200¹. Mas somente em 2004 foi aprovada a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde - PNCTIS, parte integrante da Política Nacional de Saúde, formulada no âmbito do SUS, devendo ser pautada em seus princípios constitucionais da universalidade, integralidade e equidade, para que, através da produção de conhecimentos e tecnologias, possa contribuir para a redução das desigualdades sociais em saúde².

Para superação dessas desigualdades regionais, a Política busca a articulação entre ações do governo federal, dos estados e dos municípios. Para tanto, o Ministério da Saúde, por intermédio do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, vem desenvolvendo atividades de fomento descentralizado à pesquisa em todos os estados brasileiros, por meio do Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde – PPSUS, com o propósito de financiar pesquisas em temas prioritários para a saúde da população brasileira; contribuir com o aprimoramento do Sistema Único de Saúde e; promover o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde em todos os estados da federação³.

Sendo assim, esse programa objetiva contribuir para o fortalecimento do esforço nacional em ciência, tecnologia e inovação em saúde, definida na PNCTIS, através de parcerias entre instituições públicas de fomento à pesquisa em saúde e da capacidade de gestão de ciência e tecnologia nos estados⁴, envolvendo parcerias entre a esfera federal, através do Ministério da Saúde, e a esfera estadual, através das Fundações de Amparo à Pesquisa – FAPs⁵.

Especificamente, na Paraíba, os agentes executores desse programa têm sido a Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba – FAPESQ, e a Secretaria de Saúde do Estado. Essa parceria já viabilizou a execução de 35 projetos, nos editais publicados em 2004 e 2006, apoiando atividades de pesquisa, através da garantia de recursos financeiros que somam um montante de R\$ 990.000,00⁶, visando promover o desenvolvimento científico, tecnológico e/ou de inovação da área de saúde, em temas prioritários para o Estado.

A partir dessas considerações, alguns questionamentos foram elaborados acerca das pesquisas financiadas pelos editais PPSUS na Paraíba: quais as linhas de pesquisa

prioritárias? Como as pesquisas têm contribuído para a resolução dos problemas? Como elas reduzem as desigualdades? Como fortalecem a gestão do sistema de saúde local?

Na tentativa de buscar respostas para tais questões, despertou-se a necessidade de compreender a percepção dos pesquisadores sobre a contribuição das pesquisas financiadas pelos editais PPSUS na Paraíba para a resolução dos problemas prioritários de saúde da população, para a redução das desigualdades regionais na área de saúde e para o fortalecimento da gestão do SUS na Paraíba.

CAMINHO METODOLÓGICO

O estudo é de natureza exploratória, com abordagem qualitativa, sendo os sujeitos selecionados dentre os 35 pesquisadores, que outrora, tiveram projetos de pesquisa contemplados com financiamento dos editais PPSUS na Paraíba, nos anos 2004 (24 projetos) e 2006 (11 projetos). Foi utilizada a amostra proposital, definida pelos seguintes critérios de inclusão ⁷: pesquisas financiadas e concluídas pelos editais PPSUS 2004 e 2006; pesquisas que os coordenadores aceitaram participar desse estudo; acesso aos relatórios finais enviados à FAPESQ. Dessa forma, 28 coordenadores de pesquisa atenderam aos critérios definidos, sendo 17 contemplados no edital 2004 e 11 no edital 2006.

Na primeira fase da pesquisa, a coleta de dados foi realizada sob os editais PPSUS 2004 e 2006, fornecidos pela coordenação do programa no estado, com o objetivo de esclarecer quais as linhas de pesquisa prioritárias de cada edital, os critérios para submissão de propostas como: titulação mínima exigida para o coordenador do projeto, o valor mínimo para financiamento de cada projeto.

Em um segundo momento, foi realizado o levantamento documental nos relatórios finais das pesquisas financiadas por esses editais, disponibilizados pela FAPESQ, a partir de formulário elaborado de acordo com o modelo recomendado pelo PPSUS para acompanhamento do coordenador das pesquisas no seminário de acompanhamento e avaliação ⁴. Esse levantamento objetivou adquirir informações para possíveis associações com os dados colhidos com os coordenadores, reconhecidamente os informantes primários ⁷.

A pesquisa de campo foi utilizada para coletar dados com os coordenadores dos projetos. Para assegurar uma maior abrangência das informações coletadas, optou-se pela entrevista semidirigida, técnica pela qual pesquisador e entrevistado podem dar direção à entrevista, representando ganhos para reunir os dados segundo os objetos propostos ⁷. Para

tanto, utilizou-se um roteiro de entrevista com as seguintes questões norteadoras: Quais os objetivos da sua pesquisa? Esses objetivos foram alcançados? Quais as facilidades/dificuldades para execução? Qual a contribuição dessas pesquisas para a gestão dos serviços de saúde? De que forma seu estudo contribuiu para a resolução dos problemas de saúde da população paraibana? Como sua pesquisa colaborou para a redução das desigualdades regionais na área de saúde? Qual a sua aplicabilidade para o SUS?

Os materiais referente aos editais e aos relatórios de pesquisa não foram analisados isoladamente, sendo associados às entrevistas gravadas e transcritas dos respectivos coordenadores das pesquisas, através de estratégia de triangulação, que pode ser utilizada em diversas situações, incluindo a utilização de diferentes métodos e técnicas para a coleta dos “mesmos” dados ⁷, sendo realizada neste estudo da seguinte forma: a cada entrevista realizada, transcrita e lida, fazia-se concomitante a (re)leitura do respectivo relatório de pesquisa, bem como do edital correspondente, para identificar (in)congruências e complementaridades existentes entre as diferentes fontes de dados, relacionando-os entre si. Só após a realização da triangulação, iniciou-se a análise dos dados propriamente dita.

Para a análise dos dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, que busca oferecer um significado aos dados, através da frequência recorrente de termos nos discursos ⁷, optando-se pela modalidade de análise temática. Os dados foram então, agregados em categorias que evocaram temas relacionados ao PPSUS na Paraíba, objetivo do estudo, reconhecendo que questões políticas, organizacionais e operacionais pairavam no cenário.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE nº 0095.0.133.000-10. Para cumprimento das exigências preceituadas pelo Conselho Nacional de Saúde, na Resolução 196/96, os documentos consultados foram manuseados exclusivamente pelo pesquisador, transcritos e identificados por letras minúsculas, em ordem alfabéticas, seguidas dos números 04 ou 06, indicando o ano de edital. Nas entrevistas, os sujeitos foram identificados com a mesma letra, agora maiúsculas, garantido assim, o anonimato, a privacidade, e o sigilo da identidade dos atores envolvidos na pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1. CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

A idade dos sujeitos variou entre 35 e 60 anos, com uma média de 46,07 anos, o que indica uma população madura de pesquisadores na área de saúde. No que se refere ao sexo, 11 (39,28%) eram do sexo masculino e 17 (60,72%), contrariando pesquisa realizada sobre o perfil dos pesquisadores brasileiros em saúde pública, em que se observou similaridade entre os gêneros ⁹.

Quanto à formação básica, aponta-se a presença mais significativa do profissional farmacêutico (05), seguida da formação médica (05) e do cirurgião dentista (04), aparecendo ainda pesquisadores da área de nutrição (03), psicologia (03), biologia (02), enfermagem (02), química (01), fisioterapia (01), engenharia de alimentos (01) e antropologia (01).

Em relação à instituição a que estavam vinculados, 19 (67,85%) eram da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, 05 (17,85%) eram da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB e 04 (14,3%) estavam vinculados à Universidade Federal de Campina Grande - UFCG.

No que tange à titulação, apenas 05 (18,52%) são mestres e os demais (81,48%) doutores. Do total de mestres, três deles já estão inseridos em programas de doutorado. Vale ressaltar que o edital de 2004 exigia titulação mínima de mestres e o edital 2006 de doutores. O financiamento de pesquisas de professores doutores justifica-se uma vez que o doutoramento objetiva a formação de pesquisadores, que buscam o aprofundamento em determinado campo do saber, ao passo que o mestrado direciona-se primordialmente para o ensino, destinado para aqueles que têm o objetivo maior de lecionar ⁹.

2. CARACTERIZAÇÃO DAS PESQUISAS

As pesquisas foram classificadas pelos próprios coordenadores, em relatórios enviados à FAPESQ. Sendo assim, no que se refere à natureza, 21 (75%) foram consideradas básicas, pois objetivavam gerar conhecimentos novos, úteis para o avanço da ciência, sem aplicação prática prevista. Já as pesquisas aplicadas, que buscam gerar conhecimentos para aplicação prática dirigida à solução de problemas, para alcançar objetivos específicos ¹⁰, foram no total de apenas 06 (21,43%). Apenas um (01) estudo foi considerado pelo coordenador como de natureza tecnológica, por obter conhecimentos através da tecnologia de processos, no caso em questão, para a fabricação de um medicamento.

Quanto à classificação dos resultados dos estudos, os coordenadores podiam indicar uma opção e o retrato foi: sistemas de pesquisa em saúde (01), gestão e planejamento em

saúde (01), políticas públicas e saúde (01), controle e participação social (02), biotecnologia (03), processo saúde-doença (10) e avaliação de políticas de saúde, programas e serviços (10). Essa classificação é orientada pelas Diretrizes Técnicas do PPSUS, que sugerem, além dessas opções, resultados de pesquisas que culminem em: regulação em saúde, trabalho em saúde, recursos humanos em saúde, insumos, informação e comunicação em saúde, bioética, avaliação de tecnologias em saúde, biossegurança e economia da saúde ⁴.

No que tange à linha temática, no edital de 2004 todos os temas especificados foram contemplados com projetos. Dessa forma, os 17 coordenadores contemplados nesse edital abordaram os seguintes temas: saúde indígena (02), qualificação da atenção à saúde (03), gestão descentralizada do SUS (04), saúde mental (01), produção, qualidade e acesso de insumos estratégicos (03), saúde da mulher (01) e controle de doenças infecciosas e não-infecciosas (03).

Esse quadro de linhas temáticas pode estar refletindo o perfil epidemiológico do estado, visto que foram selecionados a partir de oficina de prioridades de pesquisa, como é o caso das doenças infecciosas, que havia uma preocupação naquele ano em reduzir a morbimortalidade por essas causas, visto que, em 2003, ano que antecedeu o edital, estavam entre as causas mais frequentes de internação hospitalar ¹¹.

Já no edital de 2006, as 11 pesquisas financiadas abordavam os temas: informação em saúde e epidemiologia (01), saúde dos portadores de necessidades especiais (01), saúde da mulher (01), alimentação e nutrição (01), saúde do idoso (01), atenção básica (03), saúde, meio ambiente e doenças infecciosas (03). Os temas saúde dos portadores de necessidades especiais e saúde da mulher não estavam contemplados no edital em questão, sendo este último também já abordado no edital anterior. Interessante destacar é que os temas contemplados nesse edital já refletem algumas das prioridades pactuadas entre gestores no Pacto pela Vida, como saúde do idoso, atenção básica, doenças emergentes e endemias, alimentação e nutrição, que foram abordadas nesse documento no contexto da promoção da saúde ¹².

3. CATEGORIAS TEMÁTICAS

Na análise dos resultados da investigação, elencaram-se as seguintes categorias: resolução dos problemas de saúde; redução das desigualdades regionais; contribuição para a gestão.

Resolução dos problemas de saúde

A resolução dos problemas de saúde, ou seja, o enfrentamento dos principais problemas de saúde de uma população, por meio da compreensão e intervenção na esfera de seus determinantes e condicionantes constitui um dos elementos fundamentais na construção de uma sociedade democrática¹³. Dessa forma, e considerando o conceito amplo de saúde, a pesquisa em saúde deve ser guiada de maneira a promover o avanço científico e tecnológico, voltado para o desenvolvimento humano e sustentável³.

Nesse íterim, os coordenadores das pesquisas em estudo, ao serem questionados sobre qual a contribuição destas para a resolução dos problemas prioritários de saúde da população paraibana, pôde-se constatar que uma grande parte dos pesquisadores referiu pouca ou nenhuma contribuição nesse aspecto, não verificando também informações a esse respeito no relatório:

“Basicamente a gente não contribui para a resolução, a gente contribuiu para levantar problemas somente” A04

“De nenhuma maneira, minha pesquisa não contribui pra isso, certo. Minha pesquisa aponta as falhas desse sistema.”A06

O PPSUS sugere contribuição das pesquisas para resolução dos problemas de saúde da população. O que se verifica é que nas pesquisas consideradas avaliativas, seja da qualidade do atendimento, como foi o caso do sujeito A04, seja do sistema, no caso de A06, os pesquisadores não percebem que, ao mesmo tempo em que se apontam falhas, podem sugerir mudanças para a melhoria do serviço prestado à população, e assim, contribuir de alguma forma para a resolução de seus problemas de saúde, principalmente se considerarem o conceito amplo de saúde.

Houve pesquisadores que elencaram sobre a contribuição de suas pesquisas para a resolução dos problemas de saúde da população paraibana, apontando para a orientação de ações, mesmo que indiretas, de promoção da saúde, apesar dessa preocupação não ter sido descrita relatório:

“Alertar e esclarecer a população acerca da fragilidade do controle de qualidade dos chás comercializados em sachês em nosso país” G04

“Olha só, a pesquisa ela tem seus dados. Com a divulgação desses dados é que ela tem como efetivamente contribuir.” K06

A Carta de Ottawa define cinco campos de ação da promoção da saúde: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais e; reorientação dos serviços de saúde ¹⁴.

O desenvolvimento de habilidades pessoais como ação de promoção da saúde foi citado nas falas G04 e K06, visto que se referem ao esclarecimento da população através da divulgação dos seus resultados para a sociedade. A divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais aumentam as opções disponíveis para que a sociedade possa exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio-ambiente, além de estar apta a fazer opções que conduzam a uma saúde melhor ¹⁴.

Os coordenadores também colocaram a perspectiva de tratamento de baixo custo como contribuição para a resolução dos problemas de saúde da população paraibana:

“Daí a importância que achamos desse estudo, descobrir novas moléculas que possam aumentar o plantel farmacêutico de combate a Leishmania.” E06

“Seria talvez um tratamento de baixo custo, favorecendo a população de baixa renda, já que as substâncias são extraídas de vegetais da região.” F06

Os dados encontrados nos relatórios desses coordenadores são congruentes com suas falas, ao reportarem a perspectiva de tratamento acessível à população:

“A procura contínua por novos agentes terapêuticos para as leishmanioses ainda é essencial. Uma alternativa pertinente seria a utilização de compostos vegetais isolados que podem fornecer novos modelos terapêuticos no tratamento de leishmanioses”. e06

“Uma vez comprovada a atividade inibidora dos derivados leishmanicidas, a emergência do desenvolvimento de um novo fármaco com visíveis vantagens econômicas seria prontamente aplicável, em especial ao facilitar o acesso do paciente ao medicamento.” f06

Em relação à descrição de f06, verifica-se a preocupação do pesquisador com a descoberta de tratamento mais eficaz e de menor custo para o problema da leishmaniose, doença negligenciada em nosso país que apresenta um tratamento com medicamentos de

elevada toxicidade, risco de resistência e alto custo. A leishmaniose, assim como as outras doenças negligenciadas, tem sido considerada prioridade para pesquisas pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, que financiou em 2004, por meio de um edital, 33 pesquisas sobre dengue. Em 2006, a partir de um rico processo de definição de prioridades de pesquisa, direcionou mais de R\$ 20 milhões para o financiamento de projetos em malária, doença de Chagas, dengue, leishmaniose, tuberculose e hanseníase ¹⁵. Esse edital foi publicado em nível nacional, no qual poderiam concorrer pesquisadores de todo o país, não sendo encontrada proposta de financiamento de pesquisas específicas para essa área na instância estadual.

Redução das desigualdades regionais

O território brasileiro é caracterizado por grandes desigualdades socioeconômicas que aparecem como um dos traços mais marcantes da nossa sociedade e, entendidas do ponto de vista regional, se constituem em alvo de preocupação e de políticas públicas ¹⁶, devido às enormes disparidades de desenvolvimento existentes entre as grandes macrorregiões brasileiras.

O PPSUS foi idealizado com o propósito de contribuir para a redução das desigualdades regionais no campo da ciência, tecnologia e inovação em saúde. Apesar disso, os coordenadores de pesquisas financiadas por esse programa, ao serem questionados sobre qual a contribuição dos seus estudos para diminuir essas desigualdades, grande parte afirmou não ter focado esse aspecto.

“Com relação à contribuição para as desigualdades na questão de saúde, eu acho que o resultado do trabalho poderia ajudar muito isso aí, colaboraria muito se alguma medida fosse ou tivesse sido tomada e isso eu não posso informar.” J04

“De jeito nenhum! Não é pesquisa que vai reduzir desigualdade” A06

Nenhum desses sujeitos fez qualquer colocação a respeito desse assunto em relatório, já sendo esperado que eles também não apresentassem nenhuma contribuição na entrevista. Talvez ainda falte a consciência crítica dos pesquisadores em refletir sobre a contribuição de suas pesquisas para o desenvolvimento da sociedade como um todo, o que leva a colocações equivocadas quando se aponta que pesquisa não pode reduzir desigualdade, como é o caso do sujeito A06. Essa fala aponta um indício de que os conhecimentos produzidos cientificamente

se apóiam muito nos interesses do próprio pesquisador que os produzem, para obter reconhecimento da comunidade científica, ficando a responsabilidade social na produção e divulgação do conhecimento, por vezes, em posição secundária ¹⁷.

A superação das desigualdades regionais em ciência e tecnologia em saúde como objetivo do PPSUS atende às estratégias da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, que tem como ponto central contribuir para o desenvolvimento nacional sustentável e para a produção de conhecimentos técnicos e científicos ajustados às necessidades econômicas, sociais, culturais e políticas do país ².

Houve aqueles sujeitos que, quando abordados acerca da contribuição dos seus estudos para reduzir as desigualdades regionais em saúde, apresentaram falas em que as pesquisas contribuíram apenas para o grupo estudado, entendendo que estas puderam favorecer a redução das desigualdades existentes entre a população em estudo e os demais grupos populacionais, mesmo dentro da mesma região.

“Os pacientes atendidos na pesquisa, tiveram acesso aos meios diagnósticos e tratamento sem se submeterem às longas filas do SUS.” B04

“Ela pode ter colaborado indiretamente, porque as gestantes que participaram do projeto tiveram uma assistência mais de perto” J06

Não foram constatados dados sobre esse aspecto nos relatórios. Apesar disso, o que as falas acima indicam é que os estudos, mesmo não tendo uma ampla contribuição para a população da região, puderam favorecer de alguma forma o grupo estudado, seja através do acesso a atendimento mais rápido, como referido, pelo sujeito B04, ou a uma assistência de melhor qualidade, como sugere J06.

Alguns sujeitos colocaram a contribuição de seus estudos para diminuir as desigualdades regionais no campo da saúde, oferecendo, a partir da aplicação dos seus resultados, possibilidade de maior resolutividade dos serviços para os problemas de saúde da população.

“eu acho que melhorou a questão do acesso aos serviços da média complexidade, a população tinha grande dificuldade.” I04

“Quando a gente aponta maneiras de como resolver, faz com que o estado como um todo cresça em termos de ter uma saúde pública resolutiva, forte, que impacte e que pense numa lógica do usuário.” C06

Analisando as falas acima, pode-se compreender que as pesquisas têm procurado contribuir no sentido de apontar caminhos para a resolutividade de determinados problemas de saúde da população, apesar de esse aspecto não ter sido levantado em relatório. Os coordenadores fazem referência à resolutividade caracterizando-a através de ações de saúde, condições dos serviços e do sistema de saúde, que resultem em um efeito positivo para a população, ou seja, em um atendimento qualificado.

Entendendo esse conceito de forma ampla, a resolutividade e seus efeitos devem ser capazes de transformar positivamente a situação de saúde de um indivíduo ou de um grupo, presumindo a possibilidade de avaliação das ações praticadas, bem como o conhecimento e análise dos seus resultados. Nesse sentido, o objetivo passa a ser saber não só até que ponto a resolutividade está sendo alcançada na prestação de serviços, mas conhecer quais modificações estão ocorrendo nas situações-problema apresentadas, e assim, priorizar ações de saúde e estabelecer condições cada vez mais resolutivas para os serviços¹⁸.

Os pesquisadores ainda acreditam que suas pesquisas têm contribuído para reduzir as desigualdades regionais em saúde, ao favorecer a qualificação de recursos humanos para a pesquisa.

“Eu acho que ela colaborou para a capacitação de profissionais de recursos humanos” D04

“se a gente pensa de uma forma ampla de combate às desigualdades, seria a formação de pessoal, a gente formou mestre, formou graduados e isso realmente eu imagino que é uma forma de, talvez pequena, combater as desigualdades.” E06

Mesmo que esse aspecto não tenha sido abordado nos relatórios de nenhum dos sujeitos, as falas refletem o importante papel do PPSUS na Paraíba na formação de pesquisadores em saúde no estado, que conseqüentemente, aumentaria também a quantidade de pesquisas que possam contribuir para as necessidades de saúde da Paraíba.

Esse programa deve estar em todo o território brasileiro, em consonância com o que preconiza a Organização Mundial de Saúde, contribuindo para a superação das desigualdades regionais, através da formação de recursos humanos para a pesquisa, além da inserção dessas nas agendas das secretarias estaduais de saúde³.

A formação, capacitação e absorção de recursos humanos constituem uma das principais estratégias da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, que

se faz essencial para desenvolver a produção do conhecimento científico e tecnológico nos programas, ações e serviços de saúde e aperfeiçoar a gestão de ciência, tecnologia e inovação em saúde ².

Contribuição para a gestão

Com o objetivo de contribuir para o fortalecimento da gestão da saúde e para a resolução de problemas prioritários de saúde da população brasileira, o Ministério da Saúde apoia financeiramente o desenvolvimento de pesquisas, através do PPSUS ⁴. Nesse sentido, os pesquisadores foram questionados sobre a contribuição de seus estudos para a gestão dos serviços de saúde, fornecendo algumas respostas que refletiram a pouca preocupação desses com a devolução dos resultados à gestão:

“Não sei se efetivamente houve essa contribuição” J04

“Eu acho que em termo de gestão, de gestão diretamente, eu não teria dados, porque a gestão trabalha muito com dados” H06

Embora esses coordenadores tenham relatado em entrevista a não aplicabilidade de seus estudos para a gestão, deve-se considerar que o pesquisador tem um compromisso social com seus estudos, principalmente no que se refere a projetos financiados através do PPSUS, que objetiva contribuir com a política de saúde local. Além disso, as falas dos pesquisadores divergem com os descritos em relatórios, quando colocam que suas pesquisas trazem contribuições para a gestão:

“O delineamento do quadro de saúde bucal indígena servirá para embasar e orientar o planejamento e a demanda por atenção à saúde bucal nos planos preventivo, educativo e curativo do SUS.” j04

“Acreditamos que o gestor possa criar ou fortalecer programas de tratamento multi e interdisciplinares que enfoquem ações educativas na promoção à saúde, voltados para a melhoria da qualidade de vida.” h06

Essas ações, ou mesmo propostas expressas nos relatórios, que certamente não foram efetivadas, pois não houve articulação com a gestão para sugerir essas ações propostas no relatório, podem ter sido apresentadas apenas como formalidade exigida no formulário padrão de apresentação do seminário, e até mesmo no projeto, no qual o coordenador já teria que apontar a aplicabilidade de sua pesquisa para o Sistema Único de Saúde ^{19, 20}.

Alguns pesquisadores elencaram como contribuição das pesquisas em questão para a gestão dos serviços de saúde a proposição de políticas e programas:

“Eu acho que a contribuição do estudo seria ajudar justamente na política de promoção da saúde” H06

“É possível contribuir com a gestão elaborando estratégia de intervenção que possa ser realizada (...) Por isso os resultados devem ser enviados para o Ministério da Saúde, para o pessoal da FAPESQ, para a universidade, a prefeitura, o governo.” I06

As falas, ao serem confrontadas com o documentado nos relatórios das pesquisas, apontaram congruência de informações no caso do sujeito H06:

“Acreditamos que o gestor possa criar ou fortalecer programas de tratamento multi-interdisciplinares que enfoquem ações educativas na promoção à saúde, voltados para a melhoria da qualidade de vida.” h06

É possível sim que o gestor possa desenvolver programas baseados nos resultados de pesquisas, desde que se apropriem dos conhecimentos produzidos nos estudos. As Fundações de Amparo à Pesquisa também têm a responsabilidade de apresentar ao Ministério da Saúde uma análise dos resultados das pesquisas, descrevendo o potencial de incorporação desses no sistema e serviços de saúde ⁴.

. No caso do sujeito I06, a pesquisa não foi divulgada à gestão local, conforme relatado em seu discurso, também não fica clara sua contribuição, nem na entrevista, nem no relatório.

As políticas públicas são princípios que norteiam a ação do poder público, diretrizes, regras e procedimentos para as relações entre o poder público e a sociedade, sendo explicitadas, sistematizadas ou formuladas em documentos (leis, programas) que orientam ações que geralmente envolvem aplicações de recursos públicos ²¹. No caso da saúde, as políticas públicas se materializam na forma de programas de atenção à saúde, que são implementados pelos gestores municipais, estaduais ou federal, com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência à saúde da população.

A avaliação do sistema/serviços de saúde também foi mencionada pelos coordenadores como contribuição para a gestão, tendo como objetivo principal a produção da informação que contribua para o aprimoramento do objeto avaliado ²²:

“Eu acho que, ao avaliar esses dados, podemos perceber a imperfeição, a fragilidade ou essa insuficiência” K04

“Eu acho que serviu para avaliar o serviço que estava sendo destinado àquela população”.
I04

O sujeito K04 descreve em relatório estratégias de ações que parece não terem sido realizadas, indo muito mais além da avaliação do sistema, colocando a importância de constituir uma estratégia de acompanhamento das políticas públicas de saúde no estado da Paraíba, principalmente aquelas voltadas à saúde mental:

“Tal estratégia se materializará através de um “observatório de políticas públicas em saúde”, a ser instituído na UFCG.” k04

No caso do sujeito I04, a fala da entrevista é congruente com o documentado em relatório:

*“As informações apresentadas mostram uma realidade preocupante, a qual exigirá grandes desafios para a superação, no sentido de melhores indicadores de saúde bucal”*i04

A avaliação em saúde tem como pressuposto a avaliação da eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde na busca da resolutividade e qualidade, sendo parte fundamental no planejamento e na gestão do sistema de saúde ²³.

Nesse sentido, apesar de se tratarem de pesquisas avaliativas, parece que não contribuíram para a resolutividade dos problemas questionados ou para a melhoria da qualidade dos serviços em questão, conforme descrito nos relatórios.

Alguns coordenadores contemplaram a melhoria da qualidade dos serviços de saúde como contribuição de suas pesquisas para a gestão:

*“(...) planejar outras ações de acordo com as necessidades detectadas pela pesquisa”*I04

“A gente espera conseguir que, as pessoas com deficiência tenham acesso a um maior número e a melhores serviços de atenção de média complexidade e reabilitação” K06

Ao confrontar esses dados com os relatórios, constata-se congruência das informações, apontando as perspectivas de melhoria da prestação dos serviços a partir das informações obtidas através de suas pesquisas:

“Os indicadores foram utilizados para identificação de prioridades e planejamento das ações de saúde bucal nos três pólos base do Distrito Sanitário Especial Indígena da Paraíba.” i04

“Oferecer ferramentas para que os gestores de saúde e as entidades de defesa dos direitos das pessoas com deficiência possam conseguir uma melhora dos serviços de saúde voltados para esta população. k06

Um serviço pode ser considerado de qualidade quando atende às exigências do cliente, ou mesmo quando se consegue o padrão mais elevado de desempenho ^{24, 25}. A qualidade em atenção à saúde envolve múltiplos aspectos, mas de forma geral, espera-se que os serviços atendam às necessidades de saúde definidas tecnicamente, contemplando o amplo espectro das suas atribuições, quais sejam, a promoção, a prevenção, a assistência e a reabilitação ²⁶.

Dessa forma, persiste o desafio de organizar estudos e pesquisas que contemplem, não só ações de promoção da saúde, como também estratégias de melhoria da qualidade dos serviços prestados à população. Apesar de os coordenadores terem apresentado em entrevistas e relatórios essa possibilidade, parece que não foram colocadas em prática, visto que esses resultados não foram discutidos com a gestão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma parcela significativa dos coordenadores expressou-se negativamente no que se refere à colaboração de suas pesquisas para a resolução dos problemas de saúde da população paraibana, sendo esse aspecto também pouco apresentado em relatório. Quando referida, essa contribuição se deu através de proposição de ações de promoção da saúde e perspectiva de tratamento de baixo custo, para aqueles estudos que tratavam da descoberta de novas drogas terapêuticas para o tratamento de doenças negligenciadas. Essas ações ainda estiveram limitadas à incorporação dos resultados pela gestão.

Todo o esforço do Ministério da Saúde, através do Decit, com a efetivação do PPSUS, tem sido principalmente no sentido de tentar reduzir as desigualdades regionais de saúde através das ações de fomento, que não foi abordado em nenhum dos relatórios apresentados. Surgiram algumas declarações de contribuições relativas apenas ao grupo estudado, além da qualificação de recursos humanos, aspecto bastante importante em se tratando da redução de desigualdades relacionadas ao número de pesquisadores em diferentes regiões e, conseqüentemente, à desigualdade de investimentos em pesquisas nas regiões brasileiras.

Muitos foram os discursos dos coordenadores que não relataram contribuição das suas pesquisas para o fortalecimento da gestão dos serviços de saúde. Os que o fizeram discorreram sobre ações relativas à proposição de políticas e programas, avaliação do sistema/serviços de saúde, perspectiva de desenvolvimento de novas drogas e melhoria da qualidade dos serviços. Mesmo esses, não apresentaram contribuição concreta, visto que essas ações dependeriam da divulgação desses resultados à gestão, o que parece ter acontecido somente através de Seminário de Avaliação, havendo ainda, uma imensa dificuldade para que as propostas cheguem aos serviços de saúde.

Apesar disso, entende-se que o PPSUS pode verdadeiramente contribuir para o desenvolvimento científico e tecnológico no país, através da redução das desigualdades regionais nesse campo, embora na Paraíba ainda necessite de alguns ajustes para que efetivamente esse programa possa se concretizar em completude, como, por exemplo, a garantia de que o conhecimento gerado possa se concretizar em políticas e ações de saúde, visto que as pesquisas financiadas no estado respondem às necessidades de saúde da população, e até mesmo às dificuldades de gestão do SUS.

É necessário buscar estratégias de interlocução e divulgação dos resultados, não só à gestão, mas à população como um todo, para que efetivamente essas pesquisas apresentem contribuição prática. É evidente que essa atitude deva contar com o esforço conjunto dos pesquisadores, da Fundação de Amparo à Pesquisa e da gestão estadual de saúde.

Nesse sentido, são desafios para a operacionalização do programa na Paraíba: otimizar o repasse do recurso e/ou dos instrumentos/equipamentos necessários à execução das pesquisas, para que os estudos sejam desenvolvidos em tempo hábil, visto que os atrasos tendem a produzir dados que, quando divulgados, podem não mais atender às necessidades da população; institucionalizar a necessidade de que as políticas públicas de saúde recorram a resultados de pesquisas do PPSUS; garantir a contrapartida, não só financeira, da instância estadual para efetivação do PPSUS, inserindo-se como parceira, garantindo a execução das pesquisas.

Além desses fatores, os estudos devem ser inseridos nos processos decisórios de gestão, reconhecendo-os como base para a reflexão crítica voltada para o resgate ético e moral, uma vez que essas pesquisas são financiadas pelo Sistema Único de Saúde, logo devem minimizar as desigualdades e maximizar as potencialidades locais.

O processo vivenciado revelou-se como espaço de empoderamento, à medida que fortaleceu a reflexão sobre a responsabilidade compartilhada para enfrentar os problemas de

saúde de uma população, promover uma troca de informação e aproximação entre o serviço e a academia, com vistas em garantir a implementação de resultados relevantes que podem minimizar as desigualdades em saúde, fomentando o desejo de articular as instâncias e, assim, favorecer a prática da pesquisa e a saúde da população.

Por fim, sinaliza-se para a necessidade dos pesquisadores compreenderem o propósito dos editais PPSUS, participarem efetivamente dos seminários juntamente com os gestores das instâncias e, assim, fortalecer o papel da pesquisa na resolutividade dos problemas de saúde, como prática de interesse recíproco e de solidariedade.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília: Senado Federal. Secretaria Especial de Editoração e Publicações; 2005.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Seleção de prioridades de pesquisa em saúde: guia PPSUS. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde (PPSUS) – diretrizes técnicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
5. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Brasil). Ciência e Tecnologia em Saúde. Coleção progestores – para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2007.
6. FAPESQ (Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba). Edital 002/2009 – PPSUS/FAPESQ. [acesso em 02 set 2009]. Disponível em: <http://www.fapesq.rpp.br/PPSUSFAPESQEDITAL2009.pdf>.
7. Turato ER. Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. 3ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

8. Santos SMC, Lima LS, Martelli DRB, Martelli-Júnior H. Perfil dos pesquisadores da saúde coletiva no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. *Physis* 2009; 19 (3): 761-775.
9. Garcia FG, Eid Júnior W. Como planejar a educação. São Paulo: Publifolha, 2001.
10. Silva CRO. Metodologia e organização do projeto de pesquisa. Fortaleza: Cefet, 2004.
11. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Informações de Saúde. Morbidade hospitalar do SUS - Paraíba. Internações segundo lista morb CID-10 dez. 2003. [acesso em 25 jan. 2011]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/mipb.def>
12. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização/Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
13. Batistela C. Análise da situação de saúde – principais problemas de saúde da população brasileira. In: Fonseca AF, Corbo AMDA (organizadoras). O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 121-58.
14. Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, nov 1986. [acesso em 18 ago 2010]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>
15. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Ciência, tecnologia e inovação em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
16. Barros FAF. Os desequilíbrios regionais da produção técnico-científica. São Paulo em Perspectiva 2000; 14 (3): 12-19.
17. Sacardo MS, Hayashi MCPI. Quem dita os “rumos” das publicações científicas originadas de dissertações e teses? reflexão para a área da educação física. *Rev Conexões* 2007; 5 (1): 42-50.

18. Degani VC. A resolutividade dos problemas de saúde: opinião de usuários em uma unidade básica de saúde. [dissertação]. Porto Alegre (RS): Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.
19. FAPESQ (Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba). EDITAL MS/CNPq/FAPESQ – N° 01/2004.
20. FAPESQ (Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba). EDITAL MS/CNPq/FAPESQ – N° 04/2006.
21. Teixeira EC. O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e transformação da realidade. Associação dos Advogados de Trabalhadores Rurais da Bahia 2002. [acesso em 27 dez 2010]. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/aatr2/a_pdf/03_aatr_pp_papel.pdf , 2002
22. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Rev Saúde Pública 2000; 34 (5): 547-59.
23. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Programa nacional de avaliação de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
24. Chiavento I. Introdução à teoria geral da administração. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.
25. Maximiano, ACA. Teoria geral da administração. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.
26. Campos CEA. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da atenção primária à saúde. Rev Bras Saúde Matern Infant 2005 dez; 5 (Supl 1): 63-69.


damento do Projeto

http://portal2.saude.gov.br/sisnep/cep/extrato_proje...

| Andamento do projeto - CAAE - 0095.0.133.000-10 | | | | |
|--|---------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|
| Título do Projeto de Pesquisa | | | | |
| PPSUS na Paraíba: a contribuição para gestão e serviços de saúde | | | | |
| Situação | Data Inicial no CEP | Data Final no CEP | Data Inicial na CONEP | Data Final na CONEP |
| Aprovado no CEP | 05/04/2010 09:12:31 | 29/04/2010 13:50:15 | | |
| Descrição | Data | Documento | Nº do Doc | Origem |
| 3 - Protocolo Aprovado no CEP | 29/04/2010 13:50:15 | Folha de Rosto | 0095.0.133.000-10 | CEP |
| 1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet | 20/03/2010 17:38:53 | Folha de Rosto | FR325731 | Pesquisador |
| 2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List) | 05/04/2010 09:12:31 | Folha de Rosto | 0095.0.133.000-10 | CEP |


[Voltar](#)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
 PRÓ-REITORIA DE POS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA


 Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php?whatfodo=autor_artigo...

Login: deysny Português English Español



SAGAS

Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos
Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health

[Início](#) [Autor](#) [Mensagens](#) [Sair](#)

CSP_0442/11

| | |
|-----------------------------|---|
| Arquivos | Versão 1 [Resumo] |
| Seção | Artigo |
| Título | Programa Pesquisa para o SUS: a contribuição para gestão e serviços de saúde na Paraíba |
| Título corrido | Programa Pesquisa para o SUS |
| Área de Concentração | Sistemas, Programas, Serviços e Tecnologia de Saúde |
| Palavras-chave | ciência, política de pesquisa em saúde, programas governamentais, Sistema Único de Saúde |
| Autores | Suely Deysny de Matos Celino (Universidade Estadual da Paraíba) Gabriela Maria Cavalcanti Costa (Universidade Estadual da Paraíba) |

DECISÕES EDITORIAIS: [Exibir histórico]

| Versão | Recomendação | Decisão | Pareceres | Data de Submissão |
|--------|--------------|--|-----------|-------------------|
| 1 | | Em avaliação. Artigo enviado em 07 de Abril de 2011. | | |

© Cadernos de Saúde Pública, ENSP, FIOCRUZ - 2011

Windows Live http://sn142w.snt142.mail.live.com/defa

Windows Live™ Hotmail Messenger Office Fotos | MSN Suely D

Novo | Responder Responder a todos Encaminhar | Excluir Lixo Eletrônico

Entrada:

Novo artigo Voltar para mensagens |

(CSP_0442/11)

Cadernos de Saude Publica Adicion 14:34
Para deysny@hotmail.com Responder ▾

⚠ Os anexos, as imagens e os links desta mensagem foram bloqueados para sua segurança.
[Mostrar conteúdo](#) | Sempre mostrar conteúdo para cadernos@ensp.fiocruz.br

Prezado(a) Dr(a). Suely Deysny de Matos Celino:

Confirmamos a submissão do seu artigo "Programa Pesquisa para o SUS: a contribuição para gestão e serviços de saúde na Paraíba" (CSP_0442/11) para Cadernos de Saúde Pública. Agora será possível acompanhar o progresso de seu manuscrito dentro do processo editorial, bastando clicar no *link* "Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos", localizado em nossa página <http://www.ensp.fiocruz.br/csp>.

Em caso de dúvidas, envie suas questões através do nosso sistema, utilizando sempre o ID do manuscrito informado acima. Agradecemos por considerar nossa revista para a submissão de seu trabalho.

Atenciosamente,

Prof. Carlos E.A. Coimbra Jr.
Prof. Mario Vianna Vettore
Editores

