

POLÍTICA DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

UMA VISÃO DA POLÍTICA DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE – UMA PERSPECTIVA DA SAÚDE COLETIVA*

MOISÉS GOLDBAUM♦

O papel central da ciência e tecnologia e inovação no desenvolvimento econômico, social e cultural das sociedades é aceito universalmente. Esta constatação se reforça na medida que se identifica suas complexas relações no campo da saúde, quando ambas a saúde e a ciência e tecnologia constituem em requisitos para o desenvolvimento e conseqüentemente para a conquista da liberdade¹ e cidadania plenas.

Os grandes desafios com que a comunidade científica brasileira, em especial na área da saúde, se defronta diz respeito exatamente aos propósitos desta III Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação: a busca de respostas para promover a inclusão de todas as parcelas da população no usufruto dos benefícios proporcionados pelos avanços dos novos conhecimentos e desenvolvimento tecnológico, especialmente no setor saúde. Neste observa-se as profundas desigualdades retratadas nos perfis epidemiológicos apresentados pelos grupos populacionais reforçadas pelos diferentes e iníquos padrões de acesso aos serviços de atenção disponíveis.

* apresentado no seminário preparatório da 3ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação. Ministério de Ciência e Tecnologia, 11mar2005.

♦ Professor-doutor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP e Presidente da ABRASCO.

¹ Morel, CM. A pesquisa em saúde e os objetivos do milênio: desafios e oportunidades globais. Soluções e políticas nacionais. *Ciência e Saúde Coletiva* 9(2):261-270, 2004.

Guimarães, JA. A pesquisa médica e biomédica no Brasil. Comparações com o desempenho científico brasileiro e mundial. *Ciência e Saúde Coletiva* 9(2):303-327, 2004.

BASES CONCEITUAIS

Tomando como referência a afirmação aprovada na 1ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, em 1994, na qual se expressou que “*a elaboração da Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde (PNC&T/S) – vista como um dos componentes da Política Nacional de Saúde – exigirá uma interação estreita entre o Sistema Único de Saúde, os componentes de c&t e a política de formação de recursos humanos em saúde...a orientação lógica dessa política deve estar fortemente marcada por um claro compromisso ético e social de melhoria – a curto, médio e longo prazos – das condições de saúde da população brasileira, considerando particularmente as diferenciações regionais e buscando a equidade*”², é necessário reconhecer e identificar as grandes bases conceituais que articulam as Políticas Setoriais de Ciência e Tecnologia e Inovação e o Sistema Único de Saúde (SUS), como salientado na 12ª Conferência Nacional de Saúde³. Para tanto, serão tomados como referenciais centrais: o relatório final da 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde⁴ e documento produzido pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO)⁵.

Neste último documento ressaltam-se os princípios constitucionais e diretrizes organizacionais que regem o SUS. Os três princípios constitucionais e centrais do SUS são aqueles da universalidade, da integralidade e da equidade. A universalidade refere-se à garantia a todos os cidadãos brasileiros, independentemente de sua condição social, do acesso às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Com o segundo, assegura-se que essas ações compreendem os diferentes níveis da atenção à saúde, incluídos aí todos os arcos de complexidade tecnológicos e científicos adequados às diversificadas

² Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. *Anais da 1ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde – I CNCTS*, Brasília, Coordenação Geral de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, 1994

³ Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sérgio Arouca*. Brasília, Ministério da Saúde, 2004. Eixo Temático VIII – Ciência e Tecnologia e a Saúde.

⁴ Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Anais da 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde – 2ª CNCTIS*. Brasília, Departamento de Ciência e Tecnologia, 2004 (no prelo, aprovada pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde).

⁵ ABRASCO. *Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde: Uma Proposta*. Rio de Janeiro, ABRASCO, 2002, mimeo.



necessidades de saúde. Agrega-se o terceiro, completando a tríade constitucional, o da equidade, que destaca a incessante busca de correção das injustas desigualdades em saúde, característica de sociedades como a brasileira, onde parcelas significativas da população são excluídas, ou estão por razões várias impedidas de dispor dos instrumentos existentes para os cuidados de sua saúde.

Quanto às diretrizes organizacionais, o SUS apresenta peculiaridades que lhe permitem procurar, com todas as dificuldades e obstáculos inerentes a um processo dessa grandeza e natureza, o desejado processo de expansão, quantitativamente e qualitativamente justos, de cobertura de atenção. As três diretrizes, descentralização, regionalização/hierarquização e participação comunitária, orientam todo o processo de prestação de serviços, propiciando elementos para promover a organização do sistema que responda aos preceitos constitucionais, centro da lógica própria dessa prestação de serviços. Com essas diretrizes, objetiva-se proporcionar um sistema racionalizado, em que os serviços possam estar disponíveis de forma imediata, com um nível de complexidade hierarquizado e com o controle social presente e atuante na definição e no acompanhamento das ações empregadas.

Considerando esses preceitos e diretrizes e assumindo que a PNCTI/S é um dos componentes da Política Nacional de Saúde nada mais natural que esta primeira se oriente pelos mesmos princípios. Procurando analisá-la à luz desses princípios, a integralidade, no campo da C&T&I, pode ser entendida a partir da necessidade de uma abordagem extensiva compreendendo toda o complexo, em que se manifesta a cadeia de produção do conhecimento, ou seja, os problemas de saúde devem ser trabalhados, no que couber, em todas as dimensões e formas da C&T operar. A universalidade se expressaria na extensão e disposição do conhecimento técnico e científico ao conjunto de toda a população, proporcionando esses avanços a qualquer parcela da mesma, na medida de sua necessidade. Um dos grandes desafios de toda a sociedade, a busca da equidade se expressaria igualmente no setor da C&T e a transcrição de excerto disponível no citado documento da ABRASCO é suficientemente esclarecedor: *“do ponto de vista da ciência e tecnologia o princípio da equidade deve corresponder a um compromisso político, que é o de produzir*

*conhecimentos que respondam às necessidades diferenciadas dos diferentes segmentos sociais, ou seja, de investir na produção de conhecimentos capazes de, mediata ou imediatamente, fornecer respostas aos problemas concretos na área da saúde, visando a redução das brechas observadas entre grupos sociais”.*⁶ Este quadro de iniquidade ou desigualdade pode ser verificado na descrição epidemiológica, feita a seguir. Embora feita a partir de desigualdades regionais, ilustra a distribuição iníqua dos nossos serviços e das facilidades e acessos disponíveis para a população.

Quanto às diretrizes organizacionais, embora de grande valor operativo junto ao SUS, sua leitura e transposição não se fazem e nem se aplicam diretamente ao setor de ciência e tecnologia, uma vez que a lógica que comanda cada um dos setores é muito diversa. Assim aos processos de descentralização, regionalização/hierarquização não correspondem uma aplicação similar e imediata. Esses processos singulares no SUS não se prestam, imediatamente, a orientar, e muito menos a submeter, a lógica da produção de C&T ao mundo da saúde. Enquanto, no campo da saúde ela se aplica a organizar a prestação de serviços de saúde, o processo de descentralização no campo da C&T poderia ser pensado enquanto fator de desconcentração racional de seu parque, sem prejuízo, evidentemente, de sua competente capacidade já instalada. Um aspecto a salientar diz respeito à participação comunitária, que no setor saúde, por intermédio dos Conselhos de Saúde (nas três esferas da Federação), tem desempenhado um importante papel no controle social dos encaminhamentos das políticas de saúde. Esta diretriz, que tem sido motivo de debate também na atual proposta de Reforma Universitária⁷, merece ser contemplada, em suas adequadas dimensões, abrindo espaço para o pleno diálogo com os usuários dos novos conhecimentos científicos e, particularmente, dos produtos e processo tecnológicos tornados disponíveis para o controle e erradicação de doenças. A sua implementação deve garantir e aprimorar a proteção e defesa dos cidadãos, enquanto usuários, bem como os pesquisadores, enquanto produtores, dos desdobramentos dos novos conhecimentos e de sua incorporação no cotidiano.

⁶ Idem

⁷ MEC. Anteprojeto de lei – versão preliminar. 06/12/2004. Mimeo.

PRINCÍPIOS DE POLÍTICAS DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE.

Fazendo-se valer dos dois documentos centrais referências desse documento⁸, não é demais reiterar que, frente aos conceitos apresentados, e aos desafios epidemiológicos evidenciados a seguir, que os princípios de PNCTI/S devem-se pautar rigidamente, em primeiro lugar, na “busca de equidade em saúde”. Esse objetivo central deve manifestar-se, ao menos, na redução das desigualdades intoleráveis identificadas nos termos de padrão de saúde apresentados pelos diversos grupos sociais e na oferta e acesso aos serviços de saúde condizentes com as necessidades desses grupos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a necessidade de investimentos em ciência para melhorar a saúde da população mundial, ressaltando que “*science must help to improve health systems. It should not focus solely on advancing academic knowledge or confine itself to producing drugs, diagnostics, vaccines and medical devices*”.⁹ Ressalta, ainda, a necessidade de pesquisas que facilitem ou articulem as descobertas biomédicas à sua aplicação em diferentes sistemas de saúde, grupos populacionais e aos diferentes contextos políticos e sociais para enfrentar os grandes desafios em saúde: desigualdades, iniquidade e mal funcionamento dos sistemas e serviços.

Em segundo lugar, o “respeito à vida e a dignidade das pessoas” que implica na proteção de seus interesses e na sua defesa, enquanto usuários últimos dos novos conhecimentos e dos novos aportes tecnológicos. O aprimoramento das questões éticas representa, neste caso, um papel central de proteção ao consumidor da produção técnica, científica e da inovação tecnológica.

Nada disso, terá relevância, na falta de consideração da utilização, emprego e fortalecimento da “pluralidade” metodológica e de todas as implicações que isto envolve. Significa a incorporação e valorização de todos procedimentos técnicos e metodológicos existentes, ao lado da contribuição de todos os campos disciplinares que conformam a cadeia de conhecimento, respeitando suas especificidades, independentes de suas

⁸ Ver notas 4 e 5.

⁹ World Health Organization. *World report on knowledge for better health: strengthening health systems*. Geneva, WHO, 2004.



características, mais ou menos imediatas, na contribuição para o equacionamento de problemas de saúde.

Assim, com estes elementos é possível identificar e reiterar as determinações da 2ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde que aprovou os seguintes princípios, a seguir transcritos: *“Para que a PNCTI/S esteja em consonância com seus princípios, ela deverá pautar-se pela: (1) extensividade – capacidade de intervir nos vários pontos da cadeia do conhecimento; (2) inclusividade – inserção dos produtores, financiadores e usuários da produção técnico-científica; (3) seletividade – capacidade de indução; (4) complementaridade entre as lógicas da indução e espontaneidade; (5) competitividade – forma de seleção dos projetos técnicos e científicos; (6) mérito relativo à qualidade dos projetos; (7) relevância social, sanitária e econômica – caráter de utilidade dos conhecimentos produzidos, (8) responsabilidade gestora com regulação governamental; (9) presença do controle social.*

A extensividade inclui toda pesquisa que visa ao avanço do conhecimento, seja aquela de aplicação imediata ou não. Inclui, portanto, além da produção de conhecimentos as pesquisas voltadas para o desenvolvimento tecnológico e a inovação; a avaliação tecnológica, pesquisa clínica, pesquisas sobre padrões de uso e relação custo/benefício para diversos tipos de tecnologia em saúde, dentre outras. Os diversos olhares sobre o processo saúde-doença, provenientes de diferentes sistemas culturais de atenção à saúde, como da medicina indígena, quilombolas, comunidades ribeirinhas, medicina oriental, e outros, podem ser contemplados, respeitando e preservando a diversidade etno-cultural. Essas categorias aplicam-se a todos os campos científicos relacionados à saúde.

A inclusividade refere-se à participação de instituições e de atores envolvidos nas ações de CT&I/S. A PNCTI/S deve induzir, apoiar e promover a produção desenvolvida pelas instituições de ensino superior, institutos de pesquisa, serviços de saúde, empresas do setor produtivo, organizações não-governamentais e parcerias públicas e privadas, abertas ao controle social. Além de considerar os produtores de conhecimentos técnico-científicos, a PNCTI/S deve incluir as instituições envolvidas no financiamento, na distribuição e no uso

das informações técnico-científicas, a saber: os gestores públicos da pesquisa científica e da política de saúde, das demais políticas públicas, os empresários do setor produtivo e, representantes da sociedade civil organizada responsáveis pelo controle social. A seletividade diz respeito à necessidade de aumentar a capacidade indutora do sistema de fomento científico e tecnológico. Ou seja, busca direcionar o fomento com base numa escolha de prioridades, em processo que permita ampla participação de pesquisadores, usuários, profissionais de saúde e demais atores conforme a Política Nacional de Saúde.

A complementaridade considera a necessidade de sustentar a pesquisa em saúde como exercício de lógicas complementares combinando a capacidade indutiva de pesquisa e o atendimento à demanda espontânea. Desta forma, preserva-se a criatividade inerente à atividade científica, sem perder de vista as necessidades de pesquisa e desenvolvimento próprias do país, assegurando os benefícios a toda a população.

A competitividade deve orientar as ações de fomento no âmbito da PNCTI/S. A competição entre diferentes projetos deve ser o requisito básico que garanta a transparência nos critérios de financiamento, a racionalidade das escolhas em relação às prioridades definidas, na agenda, no âmbito da PNCTI/S.

Os méritos científico, tecnológico e ético são requisitos fundamentais para garantir a alta qualidade das ações de P&D em CT&I/S financiadas pela sociedade, devendo ser avaliados por critérios e indicadores definidos de forma transparente.

A relevância social e econômica seja no sentido do avanço do conhecimento ou da aplicação dos resultados à solução de problemas prioritários para a saúde deve ser o alvo principal das atividades científicas e tecnológicas.

A responsabilidade gestora refere-se à transparência e ao respeito às normas que regem a aplicação de verbas públicas, estabelecendo-se punição rigorosa e o ressarcimento de eventuais prejuízos à população.



*O controle social, nos conselhos locais, distritais, municipais, estaduais e nacional, deve ter participação ativa no acompanhamento da aplicação e utilização dos recursos públicos na pesquisa em saúde”.*¹⁰

O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO – a título de ilustração.

Da perspectiva epidemiológica pode-se, por meio de alguns indicadores, retratar a persistente iniquidade existente no Brasil. A consulta a recente publicação do Ministério da Saúde evidencia a situação de saúde de nossa população.¹¹ Dela se retirou, algumas informações que permitem vislumbrar da perspectiva inter-regional, as diferenças existentes e que expressam desigualdades próprias de conjunturas com má distribuição de seus recursos.

Em 2001, a distribuição de médicos empregados nas cinco regiões administrativas mostra diferenças marcantes variando de 2,6 por 10000 habitantes na Região Norte a 13,2 por 10000 habitantes na Região Sudeste. Procurando garantir uma situação de igualdade e tomando, por base, uma razão de 9,0 por 10000 habitantes, enquanto a Região Sudeste exhibe um excesso de 31003 médicos, a Região Nordeste enfrenta um déficit de 16966 médicos (no mesmo sentido, encontram-se o pessoal de enfermagem). Este fato traduz, em rápida incursão, a distribuição desfavorável encontrada no acesso e oferta dos serviços de saúde, que atingem dimensões mais marcantes quando se adentra o interior da organização própria dos sistemas de saúde.

Em termos do padrão de mortalidade (enquanto indicador de padrão de saúde), embora observe-se uma evolução favorável no período entre 1980 e 2001, com importantes reduções em mortes em idades mais jovens, o país apresenta perfis epidemiológicos bastante distintos medidos, por exemplo, pela grande proporção de “sintomas, sinais e afecções mal definidas” (*proxi* de acesso a atenção à saúde) com níveis acima de 20,0% nas

¹⁰ Idem nota 4.

¹¹ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2004 – uma análise da situação de saúde*. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

Regiões Norte (22.7%) e Nordeste (27.5%), e abaixo de 10.0% nas Regiões Sul (6,3%) e Sudeste (9,6%). Como decorrência, ao tratar da mortalidade das doenças do aparelho circulatório e neoplasmas, observa-se uma inversão, com frequências mais elevadas nas últimas regiões.

Embora, o coeficiente de mortalidade infantil esteja sendo relativizado como indicador de saúde, os dados para 2001 mostram significativas diferenças regionais, expressas em valores de 16,6 por 1000 nascidos vivos no Sul ao lado de 43,0 por 1000 nascidos vivos no Nordeste. Entre outros tantos dados de mortalidade, as causas externas, que traduzem, ao menos do ponto de vista social, as condições de vida e trabalho da população, experimentam impressionante crescimento. Reproduzindo texto desta publicação do Ministério da Saúde pode-se afirmar que *“as taxas de mortalidade por agressões (homicídios) apresentaram um quadro bastante preocupante em todo o país, com risco crescente para ambos os sexos e faixas etárias. Além disso, a mortalidade por armas de fogo representou 72% dos óbitos por agressões (homicídios), o que evidencia a necessidade de políticas públicas para a diminuição deste tipo de risco de morte”*¹², o que foi vem sendo inicialmente implementado no país, por intermédio da campanha de recolhimento de armas de fogo.

Estes dados, ainda que restritos, são expressão clara das desigualdades e/ou iniquidade enfrentadas nas diversas situações que conformam a sociedade brasileira seja da perspectiva regional, seja da perspectiva social. A esses indicadores retratados, outros tantos poderiam ser agregados para evidenciar o conhecimento epidemiológico. A importante coexistência de manifestações de saúde passíveis de maior controle, ao lado daquelas que se expressam a partir do processo de desenvolvimento, caracterizando o que se denominou como “transição epidemiológica” ou como “polarização epidemiológica”¹³, evidenciam os grandes desafios epidemiologicamente descritos para os quais devem-se

¹² Idem, pg. 293.

¹³ O complexo epidemiológico brasileiro não acompanha diretamente as concepções teóricas originais da denominada “transição epidemiológica” na medida em que se encontra, de um lado, a alta frequência de doenças crônicas (como as cardiovasculares e as neoplasias), os acidentes e as várias formas de violência, ao lado ressurgimento de doenças antes controladas, como dengue, cólera, a persistência de níveis elevados de



voltar as atenções dos estudos em saúde, bem como para as formas de respostas sociais disponíveis expressas nos sistemas de saúde propriamente ditos e suas formas de distribuição e oferta.

AGENDA NACIONAL DE PRIORIDADES DE PESQUISA EM SAÚDE

Atender de modo mediato ou imediato, a pauta de problemas que interessam mais diretamente a saúde da população brasileira implica a necessidade de estabelecer linhas de prioridades e, portanto, buscar uma forma equilibrada socialmente de alocar recursos para a pesquisa em saúde. Esta é uma situação de reconhecimento generalizado e internacionalmente consagrado. Há tempos a Organização Mundial de Saúde identifica o problema do “desequilíbrio 10/90” (*10/90 disequilibrium*) em pesquisa em saúde, na medida em que, na década de 90, de 50 a 60 bilhões de dólares gastos anualmente em pesquisa em saúde, no mundo, tanto no setor privado quanto no setor público, somente 10% foi destinado a problemas de saúde que atingem 90% da população mundial¹⁴.

No mesma linha de prioridades, a Organização das Nações Unidas, em 2000, estabeleceu oito objetivos de desenvolvimento do milênio, três dos quais diretamente ligados à saúde:

- redução da mortalidade infantil,
- melhoria da saúde materna,
- combate a aids, malária e outras doenças,

e, os outros cinco que dizem respeito indiretamente aos problemas de saúde:

- erradicação da pobreza extrema e da fome,
- universalização do acesso a educação primária,
- promoção de igualdade entre os gêneros,
- promoção da sustentabilidade ambiental e

endemias controláveis como tuberculose e a vivência das doenças “emergentes” como aids e as mais recentes viroses.

¹⁴ Global Forum for Health Research. *The 10/90 Report on Health Research 1999*. Geneva, World Health Organization, 1999.

- parcerias para o desenvolvimento.¹⁵

No âmbito nacional, a 12ª Conferência Nacional de Saúde¹⁶ estabeleceu que no processo de gestão da ciência e tecnologia no setor saúde deve-se “*garantir a elaboração, implementação e acompanhamento de Prioridades de Pesquisa em Saúde*”. Este processo que envolve um amplo envolvimento técnico e político dos formuladores de políticas, gestores, setor produtivo, controle social, lembrando que o atendimento a necessidades de saúde, com certa frequência, não dependem de ações do setor de C&T e que, pelo outro lado, podem não existir instrumentos disponíveis em pesquisa para atender a algumas delas.

Ainda, no âmbito nacional, recente estudo sobre o campo da Medicina mostra a necessidade de “*selecionar conjunto de objetivos restritos que devem ter prioridade para promover o desenvolvimento tecnológico, segundo interesses econômicos para o país e sua importância como problema de saúde*”.¹⁷

Pode-se depreender que todos esses objetivos demandam, certamente, um conjunto significativo de linhas e projetos de pesquisa para atender as carências detectadas e ressaltam a necessidade de que os conhecimentos científicos, na medida de suas possibilidades de promover uma melhora dramática na saúde, devem se debruçar sobre questões voltadas para a minimização das disparidades existentes. Não se pode deixar de referir que essas ações obrigam e exigem uma consistente articulação intersetorial, envolvendo a participação de setores como a agricultura, a indústria, a economia.

A construção de agendas de prioridades em geral e particularmente em pesquisa não se constitui em processo simples. O pressuposto central deve se localizar na perspectiva do trabalho prospectivo, acompanhando o atual estágio do conhecimento e suas potencialidades de avanços e modernização. Isso significa que, mesmo se considerando as prioridades definidas pelas necessidades de saúde, as de pesquisa não podem estar

¹⁵ United Nations. *UN millenium goals development goals*. Disponível em <http://www.un.org> em 10fev2005.

¹⁶ Idem nota 3, página 139

¹⁷ Zago, MA, Carneiro, JR, Luz, PI, Mari, JJ e Silva, LJ. *Ciência no Brasil: Medicina*. Rio de Janeiro, Academia Brasileira de Ciências, 2001. Mimeo.

submetidas, de modo exclusivo, a elas. Além de considerá-las em primeiro plano, devem contemplar vários elementos, entre os quais pode-se citar:

- o estágio atual dos conhecimentos científicos e tecnológicos;
- a capacidade instalada para a investigação em saúde;
- a identificação de três grandes grupos de problemas prioritários em saúde, a saber: aqueles para os quais se dispõem de técnicas conhecidas para o seu controle e de acesso à população e que, portanto, não necessitam, de forma imediata, da contribuição da investigação científica; aqueles que dispõem de medidas de intervenção e que merecem submeter-se ao processo de inovação, especialmente da perspectiva da eficiência e do custo-efetividade; e, finalmente, aqueles para os quais não se dispõem, ainda, de mecanismos de controle conhecidos ou efetivos;
- a incorporação de pesquisas que compreendam toda a cadeia do conhecimento, percorrendo a biociências, epidemiologia, serviços de saúde, ciências humanas e sociais, engenharias, ciências agrárias visando à produção de conhecimentos integradores, de caráter multidisciplinar e multiprofissional;
- a articulação entre todas as instâncias de formulação e fomento de políticas de C&T em saúde na apreciação e consideração de agendas de prioridades.

A experiência recente do Ministério da Saúde ao realizar um Seminário sobre a Agenda de Prioridades de Pesquisa em Saúde¹⁸ permitiu a construção de sub-agendas, a partir da sistematização das escolhas feitas por pesquisadores e gestores em saúde. Essa agenda foi exposta em consulta pública e, mais recentemente, submetida à apreciação na 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. O debate sustentado no âmbito da Conferência e seus desdobramentos no plenário do Conselho Nacional de Saúde, constituídos pelos segmentos componentes desses fóruns (ou seja, usuários - incluída a comunidade científica -, trabalhadores de saúde, gestores e prestadores de serviços de saúde como prevista na Resolução 333 do Conselho Nacional de Saúde¹⁹) evidenciou tanto a complexidade de encaminhamento de definição de prioridades quanto as possibilidades de diálogo dos segmentos sociais na busca dessa definição. Como resultado desse rico debate,

¹⁸ Seminário promovido pelo Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, em dezembro de 2003.

¹⁹ Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 333**. Brasília, Conselho Nacional de Saúde, 2003.

dispõe-se, hoje, de documento expondo o elenco de problemas de saúde que podem orientar os gestores de C&T e de saúde a comporem sua linha de prioridades de pesquisa em saúde.

O FOMENTO À PESQUISA EM SAÚDE

O Brasil dispõe de diversos mecanismos de fomento à pesquisa, representados pelas suas agências federais ligadas ao Ministério de Ciência e Tecnologia. Estas agências desempenham um importante papel no apoio às pesquisas na área da saúde. Do mesmo modo, as fundações de amparo à pesquisa estaduais, como o é exemplarmente a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, emprestam também um aporte significativo a esta área. Mais recentemente, a criação dos Fundos Setoriais representa um reforço para a C&T, e a definição daquele que contempla a saúde veio se somar aos esforços de desenvolvimento das pesquisas neste campo. A forte participação do Estado na condução e financiamento das políticas de C&T&I em saúde encontram explicações, entre outras, na incapacidade dos mecanismos de mercado em identificar as necessidades de saúde e em gerar os recursos necessários para a manutenção desta atividade.

Considerando a necessidade de aporte de novos recursos para as investigações que dêem conta das agendas de prioridades em pesquisa consoantes com a articulação de políticas de C&T e as políticas de saúde, iniciativas propostas anteriormente em Seminário promovido pela SBPC, ABC, ABRASCO e OPAS podem ser recuperadas. Uma delas é a identificação de novas fontes, criadas a partir da taxação de atividades econômicas geradoras de danos à saúde e ambientais, produtoras pois de “dívidas sanitárias”, como o são o tabaco, o álcool, a indústria automobilística.

Em atenção à necessidade de atender uma agenda de prioridades e de conduzir uma política de ciência, tecnologia e inovação em saúde, enquanto componente da política nacional de saúde, sugere-se à criação e fortalecimento de instâncias próprias de fomento no âmbito do SUS que permitam o exercício de apoio coordenado e sistematizado às linhas prioritárias de

pesquisa²⁰. Esta instância, na medida de sua proximidade com a operação do SUS, deve ter a capacidade: de identificar as necessidades de saúde demandantes de pesquisa técnico-científica; de identificar, em cada um dos problemas, o envolvimento dos atores componentes de cada elo da cadeia do conhecimento mobilizáveis para atendê-los; de impulsionar de modo coordenado e articulado o fomento à pesquisa, provendo a utilização racional de seus recursos próprios; de assegurar a integralidade das investigações com envolvimento de todo o potencial de pesquisa existente no país; e, de prover as informações necessárias para o bom desempenho do controle social.

Um empreendimento dessa natureza, se conduzido respeitando os princípios e diretrizes apontados, encontrará, certamente, no Brasil amplas possibilidades de sucesso. E as razões para tanto encontram-se na variedade de formas de fomento que devem ser mantidas, ao lado da nossa capacidade instalada de pesquisa. Essa instância, com a vocação para traduzir as prioridades de pesquisa à luz das políticas de saúde e nela inserida, teria condições para ordenar, sinalizar e articular o conjunto de iniciativas sem subordiná-las ou impedir o livre curso próprio do desenvolvimento científico e tecnológico. Reconhecendo e identificando os projetos em andamento, poderá potencializá-los, agindo de modo sinérgico e facilitando a constituição de diálogo entre os diferentes grupos e elos da cadeia de produção do conhecimento para buscar respostas, dentro do possível, para os problemas estabelecidos nas linhas de prioridade.

Como base de sustentação de uma proposta dessa natureza, o país dispõe de parque técnico-científico brasileiro em saúde é relativamente bem diversificado e que experimenta, apesar das reconhecidas e crônicas dificuldades existentes, um crescimento significativo, expresso nas tendências altamente positivas de publicações na área biomédica²¹, ou mesmo na área médica e na saúde coletiva.²² Da mesma forma, ainda que não possa afirmar da relação imediata e direta dos impactos proporcionados pela geração de conhecimentos em C&T, a experiência brasileira também se faz notar em vários exemplos: na queda da mortalidade

²⁰ “Every country should have a national health research system that focuses its energies on health problems of national interest, especially those which will strengthen health systems”. Op. cit. 8

²¹ Rahman, M & Fukui, T. Biomedical publication – global profile and trend. *Public Health* 117:274-280, 2003.

infantil (ainda que presente em níveis elevados e, como registrado, de distribuição iníqua); no controle das doenças cardiovasculares, do tétano e da tripanosomíase americana.²³

Portanto, sem prejuízo da manutenção e fortalecimento dos mecanismos tradicionais e existentes de apoio ao desenvolvimento científico e tecnológico, a necessidade de aproximar a investigação científica das políticas setoriais de saúde, bem como articula-las está a exigir a criação de instâncias no âmbito do SUS, que permitam a sua vocalização mais presente e influente.

²² Guimarães, JA. cit. na nota 1.

²³ Carvalheiro, JR, Goldbaum, M e Novaes, HMD. Impactos Sociais da Ciência e Tecnologia em Saúde. In Landi, FR (coord.) Indicadores de Ciência e Tecnologia e Inovação em São Paulo – 2001. São Paulo, FAPESP, 2002. Cap. 10.