

**O Programa Pesquisa Para o SUS: gestão compartilhada em saúde –
PPSUS como ferramenta de descentralização do fomento à pesquisa
em saúde**

Lilian Rose Peters

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, como requisito para obtenção do título de Doutor.

Área de concentração: Epidemiologia.
Linha de Pesquisa: Epidemiologia e Controle de Agravos à Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Márcia Furquim de Almeida.

**São Paulo
2013**

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 tese/dissertação.

DEDICATÓRIA

Este trabalho eu dedico a duas pessoas

À minha mãe, *Daizi Franke Peters*, uma mulher forte, sempre incentivando, sempre lutando pelo crescimento dos filhos, sempre presente, sempre exigente, sempre mãe, sempre...

A ela, que há algum tempo mudou de lugar nesse mundo, passando a morar no coração, existir na imaginação...

A meu pai, *José Milton Peters*, grande pai, grande companheiro, grande exemplo.

Aos dois,
todo o mérito,
todo o esforço,
todo o carinho.

Aos dois, sempre!

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Márcia Furquim de Almeida, pelo apoio, confiança,
paciência e auxílio no trabalho realizado.

Dr. José da Rocha Carvalheiro – história viva desses ermos de C&T brasileiros;

Dra. Leonor Pacheco – pela partilha de momentos históricos em C&T;

Dr. Chester Luiz Galvão – pela presença calma e elegante orientação;

Dr. Paulo Nascimento – pela ajuda participante na minha jornada em C&T;

Joyce Araújo – pela força conjunta, pela impagável ajuda

Ao Decit,

onde passei alguns anos vivenciando gestão em ciência e tecnologia,

À Reinaldo Guimarães - grande estrategista na gestão de C&T,

Às amigas Natália Veloso e Luci Scheffer

pelas grandes colaborações

À minha família

pelo tempo privado de presença e tudo o que a gente faz quando está perto.

A meu irmão José Roberto Peters,

primeiro a traduzir meu “*balde de números e letras*” em informação.

À Candido Neto,

Pela s tantas perto e as distâncias, necessárias e difíceis.

E, Juju, Lufa-Lufa e Serena (ordem alfabética)

pela companhia felina, miando, ronronando, andando sobre as teclas, caçando

o mouse, doutorando-se felizes a minha volta.

A todos, que quase não se encontrariam com este estudo, que, não sei bem se por acídia, ou medo, ou uma pequena timidez assustada, uma dificuldade em empreender, começar, ou certa falta de coragem em iniciar, pois, como bem diz

Guimaraes Rosa...

“burro só não gosta é de principiar viagens.”

RESUMO

INTRODUÇÃO: O Brasil adentrou o século 21, caracterizado como o século da Ciência e Tecnologia - C&T, buscando discutir, identificar e implantar mecanismos de construção de uma sociedade onde o conhecimento seja o propulsor de conquistas sociais, econômicas e culturais. Tinha pela frente a tarefa de confrontar desafios que se apresentavam no cenário do sistema nacional de C&T, como a fragmentação das atividades de C&T, a ausência de coordenação interinstitucional e a concentração das atividades de C&T em determinadas regiões do país. **OBJETIVO:** Este estudo se propôs analisar uma das principais estratégias do recém-criado Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde para o enfrentamento a estes desafios, desenvolvido, entre os anos 2002 e 2008 por meio do “Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS”. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, desenvolvido por meio de recursos dos métodos quantitativo de pesquisa e com suporte de instrumentos multivariados de coleta de dados: pesquisa bibliográfica e pesquisa documental. No tocante aos dados, foram coletados dados sobre o conjunto de projetos de pesquisa em ciência e tecnologia em saúde, fomentados no país no período de 2002 a 2008 e financiados pelo Ministério da Saúde, em ação compartilhada com Fundações de Amparo à Pesquisa (FAPs) de Unidades Federativas do país e com Secretarias Estaduais de Saúde (SES). As fontes de coleta dos dados foram a base de dados gerenciais “PesquisaSaúde” do Ministério da Saúde e a base de dados do Curriculum Lattes do CNPq. A coleta de dados abrangeu o universo de 1.271 projetos de pesquisa, fomentados no país desde o início do programa de fomento à pesquisa em ciência e tecnologia em saúde (2002), até 2008, quando teve início a pesquisa. **RESULTADOS:** Nas três edições do PPSUS estudadas, houve a participação de todos os 27 estados da federação, 213 instituições de pesquisa e 1.151 pesquisadores. Do total de recursos 41% foram alocados pelas FAPs e SES, mostrando uma crescente responsabilização destes como parceiros efetivos na consolidação do programa. **CONCLUSÃO:** Os resultados observados reforçaram a hipótese positiva de que o programa de gestão descentralizada produziu efetivamente uma reestruturação em termos de gestão de C&T, interferindo no aprimoramento das políticas de C&T nos estados, institucionalizando ações de gestão de forma a se constituírem numa rotina administrativa. Quanto à redução das desigualdades na distribuição de recursos de C&T entre as grandes regiões do país, os resultados demonstraram que, nos estados onde as FAPs e SES estavam mais estruturadas foram, justamente, aqueles que mais contribuíam para as ações de C&T. Este movimento repete o status quo, proporcionando a continuidade das disparidades regionais. Porém, teve o êxito de produzir uma adesão positiva para ações efetivas em C&T em Estados onde não havia um histórico nesta área, traduzindo-se num forte aliado para a redistribuição de forças no cenário de C&T.

SUMMARY

INTRODUCTION: Brazil began the 21st century characterized as the century of Science and Technology - S&T, seeking to discuss, identify, and implement mechanisms for building a society where knowledge is the engine of social achievements, economic and cultural. Its objective was to confront challenges that were presented in the national scenario of S&T, as the fragmentation of S&T, the lack of interagency coordination and, concentration of S & T in certain regions of the country. **OBJECTIVE:** This study aimed to analyze one of the main strategies of the newly created Department of Science and Technology of the Ministry of Health to face these challenges, developed between 2002 and 2008 by the "Research Program to the SUS: management shared health - PPSUS". **METHOD:** This was an exploratory and descriptive, developed through features of quantitative methods of research and support tools for multivariate data collection: bibliographic research, desk research.

As regards the data were collected on the number of research projects in science and technology in health, fostered in the country in the period 2002-2008 and funded by the Ministry of Health, in action shared with the Research Support Foundations (FAPs) of Federal Units of the country and the State Departments of Health (SES). The sources of data collection were the data base management "PesquisaSaúde" the Ministry of Health and, the database of the CNPq Lattes Curriculum. The data collection covered the universe of 1,271 research projects, promoted in the country since the beginning of the program to encourage research in science and technology in health (2002) until 2008, when the survey began.

RESULTS: In the three editions of PPSUS studied, there was participation from all 27 states of the federation, 213 research institutions and researchers 1151. 41% of the total funds were allocated by FAPs and SES, showing an increasing accountability of consolidation as effective partners in the program.

CONCLUSION: The results reinforced the positive assumption that the program of decentralized produced effectively restructured in terms of management of C&T, interfering in improving policies for S & T in the states, institutionalizing management actions in order to constitute an administrative routine. As for the reduction of inequalities in the distribution of resources in S & T among the major regions of the country, the results showed that, in states where the FAPs were more structured and SES were precisely those who most contributed to the actions of S&T. This movement repeats the status quo, providing continuity of regional disparities. But the success had to produce a positive adherence to effective actions in S&T in states where there was a historic in this area, resulting in a strong ally for the redistribution of forces in the scenario of S&T.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABC	- Academia Brasileira de Ciências
ANPPS	- Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde
BNDES	- Banco Nacional de Desenvolvimento Social
C&T	- Ciência e Tecnologia
CAPES	- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAs	- Comitês de Assessoramento
CBPF	- Centro Brasileiro de Pesquisas Físicas
Cetec	- Fundação Centro Tecnológico de Minas Gerais
Ciatec	- Companhia de Desenvolvimento do Polo de Alta Tecnologia de Campinas
Ciatec	- Centro da Indústria e Apoio à Tecnologia de Campinas
CICT	- Comissão Inter setorial de Ciência e Tecnologia
Cientec	- Fundação de Ciência e Tecnologia
Cimatec	- Centro Integrado de Manufatura e Tecnologia
CNCTIS	- Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
CNPq	- Conselho Nacional de Pesquisas (até 1971)
CNPq	- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
CONEP	- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
Confap	- Conselho Nacional das Fundações de Amparo à Pesquisa
Consecti	- Conselho Nacional de Secretários Estaduais para Assuntos de Ciência e Tecnologia
CT&I	- Ciência, Tecnologia e Inovação
CVTs	- Centros Vocacionais Tecnológicos

DCR 3	- Bolsas de Desenvolvimento Científico e Tecnológico Regional
Decit	- Departamento de Ciência e Tecnologia
Desi	- Projeto Desenvolvimento Estratégico da Informática
EECM	- Estação Experimental de Combustíveis e Minério
Embrapa	- Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária
FAP	- Fundações de Amparo à Pesquisa
Fapemig	- Fundação de Amparo à Pesquisa do estado de Minas Gerais
Faperj	- Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro
FAPESP	- Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado de São Paulo
Fapesp	- Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Estado de São Paulo
FINEP	- Financiadora de Estudos e Projetos
Fiocruz	- Fundação Oswaldo Cruz
FNDCT	- Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
FNS	- Fundo Nacional de Saúde
Forpesq	- Fórum das Fundações, Fundos e Entidades de Amparo à Pesquisa
FSP	- Faculdade de Saúde Pública
Fucapi	- Fundação Centro de Análise, Pesquisa e Inovação Tecnológica (PI)
Funasa	- Fundação Nacional de Saúde
Funtec	- Fundo de Desenvolvimento Técnico e Científico
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICJ	- Bolsa Iniciação Científica Júnior
INCT	- Institutos Nacionais de Ciência e Tecnologia
INT	- Instituto Nacional de Tecnologia
IPS	- Instituições de Pesquisa em Saúde

IPT	- Instituto de Pesquisas Tecnológicas de São Paulo
IPT	- Instituto de Pesquisas Tecnológicas do Estado de São Paulo S.A.
Ital	- Instituto de Tecnologia de Alimentos
Itep	- Instituto Tecnológico do Estado de Pernambuco
Iters	- Instituto Tecnológico do Estado do Rio Grande do Sul
ITPS	- Instituto Tecnológico e de Pesquisas do Estado de Sergipe
MCT	- Ministério da Ciência e Tecnologia
MEC	- Ministério da Educação e Cultura
MS	- Ministério da Saúde
Nutec	- Fundação Núcleo de Tecnologia Industrial (CE)
OMS	- Organização Mundial de Saúde
OPAS	- Organização Pan Americana de Saúde
Pappe	- Programa de Apoio a Pesquisa em Empresas
PAPPE	- Pesquisa em Empresas na Modalidade de Subvenção Econômica a Micro e Pequenas Empresas
PaqTc-PB	- Parque Tecnológico da Paraíba
PAQTEC-SCAR	- Fundação Parque de Alta Tecnologia de São Carlos
PBQP	- Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade
PNCT&I/S	- Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
PPA	- Plano Plurianual
PPP	- Programa Primeiros Projetos
PPSUS	- Programa Pesquisa Para o SUS: gestão compartilhada em saúde
Prime	- Programa Primeira Empresa Inovadora
Progex	- Programa de Apoio Tecnológico à Exportação

Pronex	- Programa Nacional de Núcleos de Excelência
SCTIE	- Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SEDCT	- Sistemas Estaduais de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
SES	- Secretarias Estaduais de Saúde
Sibratec	- Sistema Brasileiro de Tecnologia
SNDCT	- Sistema Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
SOFTEX	- Sociedade Brasileira para Promoção da Exportação de Software
Sociesc	- Sociedade Educacional de Santa Catarina
Softex	- Programa Nacional de Software para Exportação
SPS	- Secretaria de Políticas de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
Tecpar	- Instituto de Tecnologia do Paraná
Unesco	- Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
USP	- Universidade de São Paulo

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos projetos de pesquisa fomentados, segundo edições do PPSUS. Brasil, 2002-2008.	53
Tabela 2 -	Distribuição dos projetos de pesquisa, instituições executoras, pesquisadores e valor médio fomentado, segundo edições do PPSUS. Brasil, 2002-2008.	53
Tabela 3 -	Análise estatística dos valores fomentados por projetos de pesquisa, segundo edições do PPSUS. Brasil, 2002-2008.	54
Tabela 4 -	Distribuição dos projetos de pesquisa do PPSUS, segundo faixas de valor. Brasil, 2002-2008.	54
Tabela 5 -	Distribuição dos projetos de pesquisa com valores acima de 500 mil reais (R\$), instituições executoras, ano, UF e valor total. PPSUS, Brasil, 2002-2008	55
Tabela 6 -	Distribuição dos projetos de pesquisa, segundo região. PPSUS, Brasil, 2002-2008	59
Tabela 7 -	Distribuição dos projetos de pesquisa fomentados, segundo edição do PPSUS e região do país. Brasil, 2002-2008	60
Tabela 8 -	Distribuição dos projetos de pesquisa fomentados, segundo edição do PPSUS e parceiros administrativos. Brasil, 2002-2008	61
Tabela 9 -	Distribuição dos recursos fomentados em cada Edição do PPSUS, segundo fonte de financiamento, Ministério da Saúde e Parceiros FAP/SES. Brasil, 2002-2003	62
Tabela 9.1 -	Distribuição dos projetos na 1ª Edição do PPSUS, segundo região, Unidade da Federação e fonte de financiamento. Brasil, 2002-2003	63
Tabela 9.2 -	Distribuição dos projetos na 2ª edição do PPSUS, segundo região, Unidade da Federação e fonte de financiamento. Brasil 2004-2005	64
Tabela 9.3 -	Distribuição dos projetos na 3ª edição do PPSUS segundo região, Unidade da Federação e fonte de financiamento. Brasil, 2006-2008	66
Tabela 10 -	Distribuição percentual dos recursos investidos em cada Sub Agenda segundo região. Brasil 2002-2008	68
Tabela 10.1 -	Distribuição percentual dos recursos investidos nos projetos do PPSUS em cada região do país, segundo SubAgenda. Brasil, 2002-2008	69
Tabela 10.2 -	Distribuição proporcional da quantidade de projetos PPSUS em cada Sub Agenda segundo região do país. Brasil, 2002-2008	70
Tabela 11 -	Distribuição proporcional da quantidade de projetos PPSUS em cada	71

	região do país segundo Sub Agenda. Brasil, 2002-2008	
Tabela 12 -	Distribuição percentual dos valores dos projetos PPSUS segundo Titulação e Tempo de Doutorado. Brasil, 2002-2008	73
Tabela 13 -	Distribuição de projetos PPSUS segundo Tipo de Pesquisa e valores médios. Brasil, 2002-2008	74
Tabela 13.1 -	Distribuição de projetos PPSUS segundo Tipo de Pesquisa e valores médios. Brasil, 1ª Edição 2002-2003	75
Tabela 13.2 -	Distribuição de projetos PPSUS segundo Tipo de Pesquisa e valores médios. Brasil, 2ª Edição 2004-2005	76
Tabela 13.3 -	Distribuição de projetos PPSUS segundo Tipo de Pesquisa e valores médios. Brasil, 3ª Edição 2006-2008	77
Tabela 13.4 -	Distribuição dos valores médios dos projetos PPSUS segundo Tipo de Pesquisa e Edição. Brasil, 2002-2008	78
Tabela 14 -	Distribuição dos projetos PPSUS segundo Tipo de Pesquisa. Brasil, 2002-2008	79
Tabela 15 -	Distribuição dos projetos segundo Tipo de Pesquisa e Titulação dos coordenadores PPSUS 2002-2008	81
Tabela 16 -	Distribuição dos valores médios dos projetos PPSUS segundo Tipo de Pesquisa e Região. Brasil, 2002-2008	82
Tabela 17 -	Distribuição percentual da quantidade de projetos PPSUS, segundo Tipo de Pesquisa, Região e Titulação dos Coordenadores. Brasil, 2002-2008	85
Tabela 18 -	Distribuição das Instituições Executoras dos projetos PPSUS com até 50% do total dos recursos. Brasil, 2002-2008	87
Tabela 18.1 -	Distribuição das Instituições Executoras dos projetos PPSUS com até 50% do total dos recursos. Brasil, 1ª Edição 2002-2003	88
Tabela 18.2 -	Distribuição das Instituições Executoras dos projetos PPSUS com até 50% do total dos recursos. Brasil, 2ª Edição 2004-2005	89
Tabela 18.3 -	Distribuição das Instituições Executoras dos projetos PPSUS com até 50% do total dos recursos. Brasil, 3ª Edição 2006-2008	90
Tabela 19 -	Distribuição dos projetos e valores médios segundo titulação PPSUS 2002-2008	91

Tabela 20 -	Distribuição dos projetos PPSUS segundo Titulação dos pesquisadores responsáveis pelos projetos e região. Brasil, 2002-2008	91
Tabela 21 -	Distribuição dos projetos PPSUS segundo Tempo de Doutorado dos coordenadores e região. Brasil, 2002-2008	92
Tabela 22 -	Distribuição dos projetos PPSUS segundo Titulação dos Coordenadores e valores médios. Brasil, 2002-2008	93
Tabela 23 -	Distribuição dos projetos PPSUS segundo país da Instituição do Doutorado dos coordenadores. Brasil, 2002-2008	93
Tabela 24 -	Distribuição dos projetos PPSUS segundo Região, UF e Edição da Instituição do Doutorado dos coordenadores. Brasil, 2002-2008	94
Tabela 25 -	Distribuição dos projetos PPSUS segundo Instituição do Doutorado dos coordenadores. Brasil, 2002-2008	95
Tabela 26 -	Distribuição dos projetos PPSUS segundo Bolsa CNPq de Produtividade em Pesquisa dos coordenadores. Brasil, 2002-2008	96
Tabela 26.1 -	Distribuição dos projetos PPSUS segundo Bolsa CNPq de Produtividade em Pesquisa dos coordenadores. Brasil, 1ª Edição 2002-2003	96
Tabela 26.2 -	Distribuição dos projetos PPSUS segundo Bolsa CNPq de Produtividade em Pesquisa dos coordenadores. Brasil, 2ª Edição 2004-2005	97
Tabela 26.3 -	Distribuição dos projetos PPSUS segundo Bolsa CNPq de Produtividade em Pesquisa dos coordenadores. Brasil, 3ª Edição 2006-2008	97
Tabela 27 -	Distribuição dos projetos PPSUS segundo sexo dos coordenadores. Brasil, 2002-2008	98
Tabela 27.1 -	Distribuição dos projetos PPSUS segundo sexo dos coordenadores. Brasil, 1ª Edição 2002-2003	98
Tabela 27.2 -	Distribuição dos projetos PPSUS segundo sexo dos coordenadores. Brasil, 1ª Edição 2004-2005	98
Tabela 27.3 -	Distribuição dos projetos PPSUS segundo sexo dos coordenadores. Brasil, 1ª Edição 2006-2008	99

Dedicatória.	I
Agradecimentos.	II
Resumo.	IV
Summary.	V
Lista de Abreviaturas e Siglas.	VI
Lista de Tabelas.	X

S U M Á R I O

1. INTRODUÇÃO.	01
1.1 Apresentação: objeto de estudo, período de realização e estrutura do texto.	01
1.2 O desenvolvimento científico e tecnológico e a pesquisa em saúde.	03
1.2.1 O fomento à pesquisa em saúde e a questão da descentralização.	06
1.2.2 A descentralização enquanto estratégia política em Ciência e Tecnologia.	09
1.2.3 O Sistema Único de Saúde - SUS como modelo de descentralização das ações de saúde.	19
1.3 A criação do Departamento de Ciência e Tecnologia - Decit, no Ministério da Saúde.	21
1.3.1 A Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde – ANPPS.	26
1.3.2 A gestão compartilhada em Ciência e Tecnologia.	28
1.3.2.1 Projeto Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia em Saúde.	28
1.3.2.2 Programa Pesquisa Para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS.	32
2. OBJETIVOS.	36
2.1 Objetivos gerais.	36
2.2 Objetivos específicos.	36
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.	37
3.1 Marco conceitual e referencial: fundamentos conceituais do fomento à pesquisa em ciência e tecnologia em saúde e sua incorporação no país.	37
3.2 Caracterização da abordagem metodológica adotada.	38

3.3	Instrumentos de coleta de dados.	39
3.3.1	Pesquisa bibliográfica.	39
3.3.2	Pesquisa documental.	39
3.4	Fontes de coleta de dados.	40
3.4.1	Categorias estabelecidas para estudo: variáveis selecionadas para a coleta, processamento e interpretação dos dados.	40
3.4.1.1	Edições estabelecidas no programa institucional de fomento à pesquisa em ciência e tecnologia em saúde, para execução dos projetos fomentados no país no período 2002-2008.	41
a)	1ª edição – 2002-2003.	42
b)	2ª edição - 2004-2005.	42
c)	3ª edição - 2006-2008.	43
3.4.1.2	Distribuição territorial dos projetos de pesquisa em ciência e tecnologia em saúde, fomentados no país no período 2002-2008	42
3.4.1.3	Recursos investidos no fomento à pesquisa em ciência e tecnologia em saúde, no país, no período 2002-2008	43
3.4.1.4	Parcerias interinstitucionais estabelecidas para o fomento de projetos de pesquisa em ciência e tecnologia em saúde no país, no período 2002-2008	44
3.4.1.5	Tipo de pesquisa desenvolvida nos projetos de pesquisa em ciência e tecnologia em saúde, fomentados no país no período 2002-2008	45
a)	Pesquisa biomédica.	46
b)	Pesquisa clínica.	46
c)	Pesquisa em saúde coletiva.	46
d)	Pesquisa epidemiológica.	46
e)	Pesquisa em ciências sociais e humanas aplicadas em saúde.	46
f)	Pesquisa sobre sistemas de saúde, planejamento e gestão de políticas, programas e serviços de saúde	46
g)	Pesquisas sobre desenvolvimento tecnológico	47
h)	Pesquisa em infraestrutura.	47

3.4.1.6	Perfil das instituições executoras dos projetos de pesquisa fomentados no país, no período 2002-2008	47
3.4.1.7	Perfil dos coordenadores dos projetos de pesquisa em ciência e tecnologia em saúde, fomentados no país no período 2002-2008	47
a)	Titulação acadêmico-científica dos coordenadores dos projetos de pesquisa fomentados (mestre e doutor).	48
b)	Tempo de titulação de doutorado, em anos, dos coordenadores dos projetos de pesquisa fomentados.	48
c)	Obtenção de bolsa CNPq de produtividade em pesquisa, por parte dos coordenadores dos projetos de pesquisa fomentados, no país, no período 2002-2008.	48
3.2.1.8	Distribuição, segundo subagendas temáticas de pesquisa, dos projetos de pesquisa em ciência e tecnologia em saúde, fomentados no país no período 2002-2008.	50
3.4.2.	Fontes de coleta dos dados.	51
4.	RESULTADOS.	52
4.1	Edições PPSUS	52
4.2	Recursos investidos.	53
4.3	Distribuição Territorial	58
4.4	Parceiros Administrativos.	60
4.5	Parceiros orçamentários	61
4.6	Subagendas de Pesquisa	67
4.7	Tipo de Pesquisa	74
4.8	Instituições Executoras	87
4.9	Características dos Coordenadores	90
5.	DISCUSSÃO.	100
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
7.	REFERÊNCIAS	123

1. INTRODUÇÃO

*“O senhor concedendo, eu digo: para pensar longe,
sou cão mestre – o senhor solte em minha frente uma ideia ligeira,
e eu rastreio essa por fundo de todos os matos, amém!”*

Guimaraes Rosa

1.1 Apresentação: o objeto do estudo, período de realização e conteúdo do texto

O presente estudo se refere aos resultados de uma investigação sobre uma das principais estratégias do recém-criado Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde, a descentralização do fomento à pesquisa científica, desenvolvido, entre os anos 2002 e 2008 por meio do “*Projeto Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia (C&T) em Saúde*”, nos anos de 2002 a 2003, e do “*Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS*” no período entre 2004 e 2008. A escolha deste período para estudo deveu-se a que, o ano de 2002 marca o início das contratações dos projetos de pesquisa da gestão compartilhada. Como o doutorado em questão, teve início em 2009, a escolha do ano de 2008, como limite final do estudo, deveu-se a que nesta época o banco de dados do Ministério da Saúde estava completo apenas até este ano.

A investigação, com base em coleta e análise de dados secundários armazenados em duas bases de dados, uma denominada *PesquisaSaúde*, ferramenta eletrônica que congrega dados de pesquisas fomentadas pelo Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit) do Ministério da Saúde, e na *Plataforma Lattes* – plataforma desenvolvida pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq para integração de bases de dados de Currículos, de Grupos de pesquisa e de Instituições, foi realizada durante o período de maio de 2011 a julho de 2012, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Márcia Furquim de Almeida, com a finalidade de ser apresentada, na forma de tese, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, área de concentração Epidemiologia, como requisito para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

O texto da investigação foi estruturado de conformidade com os padrões estabelecidos regimentalmente para a apresentação de teses na instituição acadêmica acima. Consta de um capítulo inicial introdutório, no qual estão descritos os fundamentos do desenvolvimento em ciência e tecnologia, os subsídios que os mesmos representaram para o fomento à pesquisa científica em saúde no país, para sua descentralização e para a gestão compartilhada em ciência e tecnologia em saúde, compartilhamento a partir da qual ocorreu o advento do *Projeto Pesquisa Para o SUS: gestão compartilhada em saúde - PPSUS*, objeto do presente estudo. No segundo capítulo foram apresentados os objetivos da pesquisa.

O terceiro capítulo versou sobre o método adotado para a realização da investigação, no qual estão descritos a abordagem metodológica adotada, as categorias estabelecidas para coletar os dados, os instrumentos e as fontes de coleta de dados, além dos recursos metodológicos empregados para interpretar os dados obtidos. Ainda no terceiro capítulo foi inserido o desenho do estudo, ou seja, as etapas percorridas para empreender a investigação.

No quarto capítulo foram inseridos os resultados do estudo, na forma de tabelas, quadros e gráficos. Os resultados foram apresentados em consonância com as categorias analíticas selecionadas para a coleta dos dados, descritas no capítulo referente ao método adotado na pesquisa. O quinto capítulo contemplou as discussões sobre os resultados, a qual observou à sequência de apresentação dos mesmos, constante do capítulo quarto.

No sexto capítulo foi apresentada uma síntese conclusiva da pesquisa e, no sétimo, constaram as referências.

1.2 O desenvolvimento científico e tecnológico e a pesquisa em saúde

O desenvolvimento científico e tecnológico é determinante para o desenvolvimento socioeconômico de qualquer país, na medida em que contribui para a criação de condições favoráveis ao crescimento sustentável e à solução de problemas e necessidades nacionais.

O conflito relacionado à Segunda Guerra Mundial, terminado em 1945, caracterizou-se como o primeiro em que o desenvolvimento tecnológico teve uma importância decisiva no processo de seu equacionamento, ao impulsionar o estabelecimento de um consenso entre governos, setores industriais, comunidade científica e diferentes setores da sociedade. Assim as ideias básicas que orientaram as medidas de institucionalização do parque brasileiro de ciência e tecnologia foram emergindo a partir da década de 1950, no contexto do final da Segunda Grande Guerra (GUIMARÃES, 2002).

Nas décadas de 1940 e 1950, o Brasil atravessou o processo de substituição de exportações e de consolidação do parque industrial brasileiro. Nesse cenário, no tocante às medidas de institucionalização do parque brasileiro de ciência e tecnologia, o Estado brasileiro procurou constituir, no país, um consenso similar ao experimentado em âmbito internacional, no panorama da Segunda Guerra. Os frutos institucionais da ação do Estado foram, inicialmente, duas agências de fomento à pesquisa científica: o CNPq (Conselho Nacional de Pesquisas) e a FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo), além de um centro de pesquisa com perfil de laboratório nacional, o Centro Brasileiro de Pesquisas Físicas (CBPF) que, com o passar do tempo, foi perdendo suas características originais para tornar-se um centro de pesquisas com perfil acadêmico (GUIMARÃES, 2002).

As duas agências (CNPq e FAPESP), no entanto, conservaram com bastante nitidez suas concepções de origem, seja em termos da hegemonia do apoio à pesquisa básica, seja no desenvolvimento de ações de fomento embasadas em uma demanda caracterizada por uma espécie de “livre mercado” de talentos, seja ainda no estabelecimento de interações relacionais de caráter mais direto com o corpo de pesquisadores científicos. Tal atuação contribuiu à construção de um modelo de

fomento que privilegiava a competição por recursos norteadas hegemonicamente pela concepção do mérito (GUIMARÃES, 2002).

Uma das medidas relativas à institucionalização do parque brasileiro de ciência e tecnologia, por parte do Estado brasileiro, foi a criação, em 1985, por meio do decreto 91.146/1985 do Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT), como órgão da administração direta, tendo como competências estabelecer a política nacional de pesquisa científica, tecnológica e inovação e suas ações correlatas de planejamento, coordenação, supervisão e controle das atividades da ciência e tecnologia. Com a incorporação das duas mais importantes agências de fomento do País – FINEP e CNPq – e de suas unidades de pesquisa, o novo ministério passou a coordenar o trabalho de execução dos programas e ações que consolidaram a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação (GRANATO, 2009).

Dentre os vários campos da pesquisa científica e tecnológica, a área da saúde vem, progressivamente, ocupando papel relevante no conjunto da Ciência, Tecnologia e Inovação - CT&I. Internacionalmente, o campo da pesquisa em saúde se reflete nos números da economia: para citar apenas um país como os Estados Unidos, no setor público daquele país o investimento em saúde alcança bilhões de dólares por ano em pesquisas relacionadas à saúde. Em grande número de países, a pesquisa em temas relativos à saúde só está abaixo, quanto ao volume de recursos investidos, da pesquisa militar. Ocorre que, em âmbito internacional, apenas quatro ou cinco países fazem pesquisa militar, portanto a saúde caracteriza-se como o setor de pesquisa de destaque em termos de recursos humanos, de capacidade instalada e de recursos investidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

Sob iniciativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Banco Mundial, diversos estudos foram promovidos com o objetivo de avaliar o impacto da pesquisa científica e do desenvolvimento tecnológico na melhoria das condições de saúde de grupos populacionais humanos. Em tais estudos, foi enfatizada a contribuição da ciência, da tecnologia e da inovação (CT&I) para a superação das disparidades e dos problemas de saúde, como também foram postulados o planejamento e a avaliação de ações articuladas e cooperativas de CT&I, com base em prioridades, como fatores que poderiam favorecer a melhoria das condições de saúde de diferentes sociedades

(WHO, 2000).

No Brasil, onde cerca de cinco mil grupos de pesquisa e mais de 20 mil pesquisadores envolvidos com saúde humana, sem dúvida, este é o principal setor de pesquisa existente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Em 2001, o panorama, segundo o Ministério da Ciência e Tecnologia, mostrava que, quase 25% do orçamento das agências federais de fomento a CT&I, incluindo a Capes (MEC), foram alocados na área de saúde e, dos doutores que atuam em diversas áreas de conhecimento relacionadas ao setor, 53,8% pertenciam à grande área da saúde (BRASIL, 2001)

No Brasil existem, aproximadamente, cinco mil grupos de pesquisa e mais de vinte mil pesquisadores envolvidos com temas relativos à saúde humana, o que levou alguns autores a caracterizar a temática da saúde como o principal setor de pesquisa existente no país (BRASIL, 2005; GUIMARAES, 2006). Em 2001, segundo dados apresentados pelo Ministério da Ciência e Tecnologia, quase 25% do volume de recursos oriundos do orçamento das agências federais de fomento à Ciência, Tecnologia e Inovação, incluindo a Coordenadoria de Aperfeiçoamento do Pessoal do Ensino Superior (CAPES), do Ministério da Educação e Cultura (MEC), haviam sido alocados na área da saúde, sendo que do conjunto dos doutores atuantes em diversas áreas de conhecimento relacionadas à ciência e tecnologia, 53,8% pertenciam à grande área da saúde (BRASIL, 2001).

Porém, o investimento de recursos em Ciência e Tecnologia, voltados à área da saúde, apresenta desafios expressivos, que vão desde a existência de duplicações de esforços, perdas de recursos e potencialidades subaproveitadas, passando pela distribuição desigual de recursos e de conhecimento humano no território do país, a exemplo da concentração da produção científica em saúde na região sudeste-sul, uma das sérias distorções na distribuição de recursos humanos em pesquisa, que consiste na sua intensa concentração geográfica (BRASIL, 2001).

Outro ponto importante reside no fato das atividades de Ciência, Tecnologia e Inovação se encontrarem relativamente concentradas em instituições universitárias e em instituições de pesquisa com missão específica. O desenvolvimento dessas

atividades nos serviços de saúde, nas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde - SUS e em empresas privadas do setor produtivo é incipiente, ainda que existam esforços para incrementá-las (BRASIL, 2008).

Neste contexto, a articulação entre os sistemas de saúde e de Ciência, Tecnologia e Inovação (CT&I), norteada por estratégias de planejamentos conjuntos e de promoção de prioridades, tornou-se condição indispensável para uma efetiva aplicação de novos conhecimentos e tecnologias na solução de problemas de saúde. Assim, o avanço nesta direção exigiu um processo de construção que contribuísse à consolidação de um modelo de gestão de uma nova política de ciência, tecnologia e inovação em saúde (GUIMARAES, 2006).

A presente investigação foi desenvolvida com esse escopo, no sentido de buscar compreender o delineamento desse novo modelo de compartilhamento dos campos da ciência e tecnologia com o campo da saúde, e dos seus efeitos em termos da descentralização do fomento à pesquisa científica em saúde.

1.2.1 O fomento à pesquisa em saúde e a questão da descentralização

O termo “centralização” é conceituado como concentração de recursos e/ou competências e/ou poder decisório nas mãos de entidades específicas, e no seu “centro” (governo central, agência central, e outros). Já a descentralização compreende o deslocamento desses recursos do “centro” e sua realocação em outras entidades específicas (os entes descentralizados). O conceito de centralização tem sido identificado como antidemocrática, na medida em que ensejaria a possibilidade de dominação política. Contudo, não existe uma garantia prévia, intrínseca ao mecanismo da descentralização, de que o deslocamento desses recursos implique a abolição da dominação. Deslocar recursos do “centro” para subsistemas mais autônomos poderia evitar a dominação pelo “centro”, mas, por outro lado, poderia permitir essa dominação ao interior desse subsistema (ARRETCHE, 1996).

Os processos descentralizadores constituem a transferência de autoridade no planejamento e na tomada de decisões. No setor público, em particular, os processos

descentralizadores frequentemente tomaram a forma do repasse desse poder decisório do nível nacional aos níveis subnacionais. Mas a existência de diversas experiências descentralizadoras demonstra que estes processos permitem avançar na construção de realidades completamente diferentes (TOBAR, 1991).

Enquanto conceito, o termo "descentralização" vem-se posicionando desde há um tempo, nos primeiros lugares na parada de palavras mais frequentemente usadas pelos políticos, administradores e cientistas. O discurso descentralizador tem se expandido com maior fertilidade que os próprios processos de deslocamento do poder. Distintos atores, grupos e setores aplicaram o termo em conjunturas diferentes e na perseguição de fins diversos. Assim, a palavra transformou-se num autêntico "camaleão político", adquirindo uma funcionalidade particular em cada caso, de acordo com as características de seus usuários, dos momentos e dos lugares de sua enunciação (TOBAR, 1991).

Mas nem sempre a descentralização foi carregada de conotações positivas. A grosso modo, os governos oscilaram entre os que privilegiaram a "eficiência" e os que privilegiaram a "eficácia" na alocação de recursos. CORAGGIO, 1969 chama a estes grupos de "eficientistas" e "descentralistas". Para os primeiros a estrutura espacial deve ser aquela que permita ao maior crescimento do país. Toda a consideração da descentralização *per se*, ou de políticas destinadas a desenvolver regiões atrasadas implicaria numa perda para a nação (TOBAR, 1991).

Em nações que se organizam como Federações, a descentralização de políticas públicas tem se tornado um tema de crucial importância. Nesses casos, o compartilhamento de iniciativas entre a União, as diversas unidades da Federação e instâncias privadas da sociedade, envolvendo a organização de parcerias e arranjos institucionais variados, é condição *sine qua non* para o sucesso e a eficácia das políticas (CGEE, 2010).

O debate sobre a reforma do Estado tem certamente na descentralização um de seus pontos centrais. Até muito recentemente, parecia reinar quase absoluto consenso em torno de suas virtudes e, por razões diversas, ao longo dos últimos anos, diferentes correntes de orientação política têm articulado positivamente propostas de

descentralização com diversas expectativas de superação de problemas identificados no Estado e nos sistemas políticos nacionais (TOBAR, 1991).

A década de 1980 foi notadamente marcada por reformas de tipo descentralizadoras em um número expressivo de países, realizadas segundo estratégias distintas, sendo as mais conhecidas a desconcentração, a delegação, a transferência de atribuições e a privatização ou desregulação. Alguns autores observam que um movimento tão expressivo denotaria que “a roda da história pende para a descentralização”. Nesse mesmo movimento ocorreu uma significativa convergência de opiniões, na qual correntes à direita e à esquerda do espectro político impingiram a esse tipo de reforma um lugar de destaque nos processos de reforma do Estado, dado as suas esperadas potencialidades no campo da democratização das relações políticas e no campo da eficiência e eficácia da gestão pública (TOBAR, 1991).

Nesse período observou-se que, mesmo considerando-se a existência de perspectivas políticas distintas verificou-se, em diferentes sociedades, uma relativa tendência à construção de consenso em torno do tema da descentralização. Generalizou-se a compreensão de que, por definição, formas descentralizadas de prestação de serviços públicos seriam mais democráticas e também fortaleceriam e consolidariam a democracia. Simetricamente, passou-se a associar centralização a práticas não democráticas de decisão, à ausência de transparência das decisões, à impossibilidade de controle sobre as ações de governo e à ineficácia das políticas públicas (TOBAR, 1991).

No contexto de transformações sociais, políticas e institucionais observadas em escala mundial a partir da década de 1980, teses descentralistas começaram a ser defendidas mais enfaticamente por organismos internacionais, como a Organização das Nações Unidas, o Banco Mundial e a Organização Pan-americana da Saúde. Talvez nenhuma publicação tenha sido mais paradigmática, nesse sentido, que a obra intitulada “Decentralization and development” (RONDINELLI e CHEEMA, 1983). Nessa obra os autores enunciavam diversas funções da descentralização do poder, tais como reduzir os efeitos negativos da burocracia, respeitar prioridades e necessidades locais, favorecer maior representatividade na formulação de decisões e

maior equidade na alocação dos recursos, aumentar a legitimidade e estabilidade institucional, dentre outros fatores (TOBAR, 1991).

No Brasil, a questão da descentralização é ainda mais expressiva, haja vista a presença de elevadas disparidades regionais e o fato de ser a única Federação trina do mundo, em que os municípios são entes federados autônomos, plenos de direitos e deveres perante a Federação. Neste contexto, a descentralização despe-se de seu caráter mágico de panaceia sanitária ou administrativa, para reforçar seu sentido democrático e federativo, capaz de conduzir a resultados coerentes com a equidade (CGEE, 2010).

1.2.2 A descentralização enquanto estratégia política em Ciência e Tecnologia

Cada vez mais ciência e tecnologia são componentes básicos do planejamento nacional em busca de desenvolvimento econômico, diminuição das desigualdades sociais e preservação do meio ambiente. As metas do desenvolvimento científico não mais se limitam à acumulação acadêmica de conhecimento sobre as leis da natureza ou à busca de soluções para problemas específicos; elas se caracterizam como capacidade de formar e usar o conhecimento como nova forma de *capital* para que cada nação possa manter a sua autonomia e sua competitividade no equilíbrio entre seus pares (SILVA, 2000).

Segundo Silva, os países desenvolvidos tendem cada vez mais a descentralizar a sua capacidade em produzir conhecimento e recursos humanos, criando condições para que todas as suas regiões se beneficiem. A França, desde os anos 80, vem descentralizando e seu sistema de ciência, tecnologia e inovação que, atualmente, pode ser descrito como um processo de delegação às instituições de pesquisa, às agências encarregadas dos grandes programas, às diversas regiões e aos programas da OECD (SILVA, 2000).

Inglaterra e Estados Unidos, embora disponham de estruturas com o encargo de planejar, financiar, avaliar e acompanhar as atividades em P&D em nível nacional, já atingiu tal grau de desenvolvimento em suas várias regiões que o

problema de centralizar ou descentralizar está superado. Na Alemanha, de um investimento global da ordem de 80 bilhões de marcos em ciência e tecnologia, o setor público participa 43% (cerca de 34 bilhões), 19 bilhões pelo governo federal e 15 bilhões pelos 16 estados. Além disso, cerca de 350 universidades e escolas superiores (*Hochschule*), cinco organizações mantêm nos estados 140 institutos de pesquisa, acrescidos de quase 300 *divisões, grupos de trabalho e núcleos*. No intuito de garantir uma capacidade própria de pesquisa, inovação e competitividade em cada região, tal infraestrutura atrai uma rede de subsidiárias de multinacionais que investem anualmente em P&D cerca de sete bilhões de marcos e criam cerca de 35 mil empregos (BUNDSBERICHT FORSCHUNG, 1996).

No início do ano 2000, a Europa trabalhou na construção do conceito de um Espaço Europeu de Investigação para promover projetos transfronteiriços de pesquisa e ajudar a coordenar a investigação em todo o continente. Este movimento produziu um amplo debate, especialmente em relação à pesquisa básica. De um lado tem-se uma discussão sobre formas pelas quais, tanto um Conselho Europeu de Investigação, quanto a Fundação Europeia da Ciência poderiam servir como estruturas de apoio para uma nova estrutura administrativa. Em contraponto, há a visão de que a rede científica em toda a Europa seguia bem, sem a necessidade de uma nova estrutura administrativa. Um terceiro parecer acreditava que um “Programa-quadro” em si precisava ser dividido em um Conselho Europeu de Investigação e Conselho de Inovação para a promoção de grandes projetos. E, um outro grupo sugeriam estratégias para ajudar a “*small science*” e proporcionar uma aproximação “de baixo para cima” (BANDA, 2002).

Como desafio a ser superado no século XXI, não há dúvidas de que, um dos grandes problemas no campo da pesquisa é a extrema concentração de recursos humanos e financeiros e competências científicas e técnicas em um grupo muito restrito de países. Segundo Novaes, 2007, 85% dos artigos mais citados entre 1993 e 2001 foram produzidos em apenas oito países, e 98% em 31 países, incluindo o Brasil. Na área da saúde, nos Anais da 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde de 2004, foram identificados problemas persistentes na descentralização regional e fixação dos recursos humanos, nas

competências para a gestão dos processos de inovação e na disseminação das informações científicas e tecnológicas (NOVAES, 2007).

No Brasil, os processos de descentralização do fomento são relativamente recentes, avançaram de forma mais intensa nos últimos 20 anos, em contraste com a centralização observada nas décadas de 1970 e 1980. As políticas de Ciência, Tecnologia e Inovação - CT&I incorporam crescentemente novos atores institucionais – governos estaduais e municipais, além das instituições do setor privado – que vêm se revelando importantes para dar maior amplitude e capilaridade ao processo de desenvolvimento científico e tecnológico da sociedade brasileira (CGEE, 2010).

Estes processos podem também compreender o processo de descentralização como uma estratégia de expansão dos recursos do Sistema Nacional de CT&I, na medida em que, em geral, exigem contrapartidas das unidades federativas. Nesse aspecto, a necessidade de flexibilidade de adaptação de regras gerais no que se refere aos montantes ou percentuais de contrapartidas também se impõe, dadas as diferentes condições orçamentárias e econômicas dos estados brasileiros.

Segundo BARROS, 2000, grandes desigualdades socioeconômicas caracterizam um dos traços mais marcantes da sociedade brasileira, assustadoramente disseminados no contexto dos grandes centros urbanos, se constituindo em alvo de preocupação e de políticas públicas quando vistos do ponto de vista regional. Convivemos há décadas, com informações que revelam as grandes disparidades de desenvolvimento existentes entre as grandes macrorregiões brasileiras.

No campo da ciência e tecnologia, as diferenças na distribuição regional dos recursos científicos e tecnológicos são também muito acentuadas. Basta salientar, por exemplo, que, no final da década de 1990, 82% dos grupos atuantes em pesquisa, no país, estavam nas Regiões Sudeste e Sul. A base técnico-científica, instalada no Brasil tem, assim, sua expressão mais potente nessas duas regiões, para onde é canalizada a maior parte dos investimentos em ciência e tecnologia realizados pelo Estado brasileiro (BARROS, 2000). Em 2009, um documento intitulado “*The Role of*

Community Research Policy in the Knowledge-Based Economy”, um grupo de peritos, convidados a refletir sobre o papel da política comunitária de investigação no desenvolvimento da economia baseada no conhecimento, produzem um balanço das reflexões em curso e análise dos sistemas de investigação e inovação na Europa (ANDERSSON, 2009).

Os efeitos negativos dessa concentração excessivamente desproporcional, todavia, não têm sido ignorados. Ao contrário, desde a década de 70, o Estado brasileiro tem procurado intervir com ações regionais para transformar essa realidade tão heterogênea. No entanto, as características relevantes do processo de descentralização dependem fundamentalmente de fatores estruturais que marcam a especificidade da Federação brasileira, e constantemente tem que encarar os inúmeros obstáculos conjunturais a exemplo da distribuição historicamente desigual de ativos tecnológicos e institucionais entre as unidades da Federação; as disparidades orçamentárias e de potencial de gasto em CT&I por parte dessas unidades; a elevada diferenciação regional e baixa taxa de inovação, intensidade e reduzido esforço em P&D das empresas industriais brasileiras; as dificuldades orgânicas de alguns atores em assumir atitudes empreendedoras relativas à CT&I; e a incipiente endogenia do processo de inovação em economias de desenvolvimento tardio, como a brasileira (BARROS, 2000; CGEE, 2010).

O avanço e a estruturação institucional do processo de descentralização do fomento em CT&I no Brasil, relativamente recentes, tiveram por base a articulação de algumas iniciativas como a criação dos fundos setoriais de C&T, em nível federal, a partir de 1997; a organização institucional dos estados na área de CT&I (fundos estaduais de CT&I, FAPs, etc.), em particular após a Constituição federal de 1988; e a definição de programas de fomento do governo federal, compartilhados com os estados e instituições do setor privado. Permeia ainda esse avanço várias iniciativas de desconcentração na área de C&T de instituições do governo federal, sejam de seus órgãos de administração direta ou indireta, sejam de empresas estatais (CGEE, 2010).

Para uma melhor compreensão de cada um desses períodos, um levantamento histórico demonstrou as principais iniciativas do governo federal, dos governos

estaduais e de parcerias estruturadas entre essas instâncias da Federação ou do governo federal com instituições do setor privado, que marcam a trajetória do processo de descentralização das ações de fomento em CT&I no Brasil.

Até os anos 1950, o Estado brasileiro introduziu importantes iniciativas na área de CT&I, porém, relativamente dispersas ou desarticuladas. Marcaram esse período a criação de instituições federais e estaduais, ainda relevantes atualmente, como o Observatório Nacional (1827), Instituto Adolfo Lutz (1832), Museu Emílio Goeldi (1866), Escola de Minas de Ouro Preto (1886), Instituto Agrônomo de Campinas (1887), Instituto Soroterápico Federal (1900), Instituto de Patologia Experimental de Manguinhos (1907), Instituto Oswaldo Cruz (1908), Instituto Butantan (1901), Instituto Vital Brazil (1919), Estação Experimental de Combustíveis e Minério – EECM (1921), Instituto Tecnológico e de Pesquisas do Estado de Sergipe – ITPS (1923), Instituto Nacional de Tecnologia – INT/MCT (1933), Instituto de Pesquisas Tecnológicas de São Paulo – IPT (1934), Instituto de Biologia e Pesquisas Tecnológicas (1942); Instituto de Tecnologia de Pernambuco – Itep (1942) e Instituto Tecnológico do Estado do Rio Grande do Sul – ITERS (1942) (CGEE, 2010).

As décadas de 1960 e 1970 caracterizaram-se pelo advento de instituições que iriam, juntamente com o CNPq e a Capes – criadas no início da década de 1950 –, constituir os pilares fundamentais do processo de estruturação do Sistema Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação. Dentre essas instituições, merecem destaques o Fundo de Desenvolvimento Técnico e Científico – Funtec, estruturado pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Social – BNDES, em 1964; a Financiadora de Estudos e Projetos – Finep, criada em 1967; o Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – FNDCT, de 1969; a institucionalização da Finep como secretaria-executiva do FNDCT, em 1971; e a Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária - Embrapa, criada em 1972, a partir de vários centros de pesquisas federais, existentes em diferentes regiões do território nacional (CGEE, 2010).

Na década de 1980, ocorreram iniciativas do CNPq com vistas à articulação e apoio aos Sistemas Estaduais de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – SEDCT, a exemplo dos encontros de Natal (RN) e Manaus (AM), realizados naquele

ano. Nesses encontros, o CNPq propôs a descentralização do Sistema Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – SNDCT, por meio da criação e operacionalização dos SEDCTs. Dessa forma, pretendia-se “*simplificar e descentralizar o processo de tomada de decisões (...), fortalecendo as regiões, os estados, os próprios órgãos articuladores e executores da esfera federal, nas suas funções de tornar realidade os programas, projetos e atividades de ciência e tecnologia, de acordo com os interesses da sociedade nacional*” (CGEE, 2010).

Especificamente, entre os anos 1984 e 1988 observou-se que a “*recuperação paulatina do espaço político das esferas estaduais e municipais de governo propiciou o desenvolvimento de ações de certo peso, à margem do eixo federal da política de C&T. Um exemplo disso foram as iniciativas de instalação de polos, parques e incubadoras tecnológicas.*” Dentre essas, podem ser mencionadas as seguintes: o Parque Tecnológico da Paraíba (PaqTc-PB), criado em 1984; o Pólo Tecnológico de Santa Rita do Sapucaí, de 1985; a Companhia de Desenvolvimento do Pólo de Alta Tecnologia de Campinas (Ciatec), criada em 1986, a partir do Centro da Indústria e Apoio à Tecnologia de Campinas (Ciatec), estruturado em 1984; a Fundação Parque de Alta Tecnologia de São Carlos (PAQTEC-SCAR), de 1984; o Pólo de Biotecnologia do Rio de Janeiro, de 1986, e a Fundação Bio-Rio, gestora do Pólo, em 1988 (CGEE, 2010).

A Constituição de 1988 constitui um dos marcos do processo de descentralização das ações relacionadas à área de C&T no Brasil. Nessa época, merece atenção “*a mobilização voltada especificamente para o campo da ‘ciência e tecnologia’, (...) resultando na inclusão de um capítulo de C&T na Constituição federal.*” (...). O Artigo 218, Parágrafo 5, da Constituição Federal, facultou aos estados e ao Distrito Federal vincular parcela de sua receita orçamentária a entidades públicas de fomento ao ensino e à pesquisa científica e tecnológica. Esse preceito constitucional constituiu a base e o indutor legal da institucionalização dos fundos estaduais de ciência e tecnologia e das fundações estaduais de amparo à pesquisa, criadas, na maioria dos estados, a partir de 1989 (CGEE, 2010).

Na década de 1990, houve a criação do Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade – PBQP, com os objetivos de conscientização e motivação das

empresas brasileiras para a qualidade e produtividade; desenvolvimento e difusão de métodos de gestão; capacitação de recursos humanos; e adequação dos serviços tecnológicos para a qualidade e produtividade. Quando da criação do PBQP, em 1990, havia “*a promessa de que, tão logo o movimento adquirisse maturidade, deveria ter a sua liderança transferida para o setor privado, o que efetivamente ocorreu no final de 2001, com a criação de uma organização da sociedade civil de interesse público – Oscip – denominada Movimento Brasil Competitivo – MBC*”.

Entre os anos 1992/1996 houve a criação do Programa Nacional de Software para Exportação – Softex 2000. Em 1991, após a promulgação da Lei de Informática, estabelecendo incentivos para as atividades de P&D na indústria brasileira de informática, o CNPq, em 1992, criou o Projeto Desenvolvimento Estratégico da Informática (Desi). No final de 1996, foi criada a Sociedade Brasileira para Promoção da Exportação de Software – Sociedade Softex, instituída como uma organização não governamental, com o objetivo de apoiar atividades de PD&I, transferência de tecnologias e formação de recursos humanos de natureza técnica e mercadológica em tecnologia de *software* e suas aplicações, visando à inserção internacional do país na área (CGEE, 2010).

A partir de 1997, com a criação do Fundo Setorial de Petróleo e Gás Natural, o governo federal adotou a estratégia de criar fundos setoriais de C&T, com fontes de recursos definidas por lei, vinculadas às suas finalidades específicas e, portanto, relativamente estáveis⁴³. Além disso, quando da criação do Fundo Verde Amarelo, em 2000, foi estabelecida a obrigatoriedade de no mínimo 30% do total de seus recursos serem aplicados em programas de fomento à capacitação tecnológica e ao amparo à pesquisa científica e ao desenvolvimento tecnológico nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

O ano de 2001 marcou a criação, pela Finep, do Programa de Apoio Tecnológico à Exportação - Progex), com a finalidade de prestar assistência tecnológica às micros e pequenas empresas com potencial exportador, em parceria com o Instituto Nacional de Tecnologia – INT e institutos estaduais de tecnologia. Atualmente participam do Progex, as seguintes instituições públicas estaduais ou do setor privado: IPT – Instituto de Pesquisas Tecnológicas do Estado de São Paulo

S.A.; Cetec – Fundação Centro Tecnológico de Minas Gerais; Fucapi – Fundação Centro de Análise, Pesquisa e Inovação Tecnológica(PI); Itep – Instituto Tecnológico do Estado de Pernambuco; Tecpar – Instituto de Tecnologia do Paraná; Cientec – Fundação de Ciência e Tecnologia; Cimatec – Centro Integrado de Manufatura e Tecnologia (Senai/BA); Ital – Instituto de Tecnologia de Alimentos, Nutec – Fundação Núcleo de Tecnologia Industrial (CE); e Sociesc – Sociedade Educacional de Santa Catarina. A partir de 2009, essa iniciativa foi formalmente incorporada ao Sibratec (CGEE, 2010).

Em 2003, teve a formação de parcerias estruturadas entre MCT e FAPs, com a criação da Bolsa Iniciação Científica Júnior – ICJ e do “Programa de Infraestrutura para Jovens Pesquisadores” ou “Programa Primeiros Projetos – PPP”, pelo CNPq, e do “Programa de Apoio a Pesquisa em Empresas – Pappé”, pela Finep. Além desses, a criação, pelo CNPq em 1996, o Programa Nacional de Núcleos de Excelência – Pronex, um instrumento de fomento à pesquisa e ao desenvolvimento científico e tecnológico do país, por meio de apoio continuado a grupos de elevada competência, com liderança e papel nucleador na sua área de atuação, que, a partir de 2003, passa a ser operado pelo CNPq, por meio de parcerias com instituições públicas estaduais responsáveis pela área de C&T (FAPs e/ou secretarias de estado).

O ano de 2003 ainda foi marcado pela alteração da composição do Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia – CCT, com a definição legal da participação de membros indicados pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais para Assuntos de Ciência e Tecnologia – Consecti, pelo Fórum Nacional de Secretários Municipais da Área de Ciência e Tecnologia e pelo Conselho Nacional das Fundações de Amparo à Pesquisa – Confap. Além disso, este ano também marcou a criação do Programa de Apoio à Implantação e Modernização dos Centros Vocacionais Tecnológicos/CVTs, pelo Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT), estruturadas pelo MCT, em cooperação com estados, municípios e ICTs (CGEE, 2010).

O ano de 2004, marca pela definição da Carta de Salvador, reunidos na cidade de Salvador (BA), em junho de 2004, o Fórum Nacional de Secretários Estaduais para Assuntos de Ciência e Tecnologia – Consect e o Fórum Nacional das Fundações de Amparo à Pesquisa – Confap estabeleceram um consenso sobre os seguintes

pressupostos: a preservação do pacto federativo, no que diz respeito às ações de CT&I, passa pela implementação e consolidação de parcerias entre os estados e a União; essas parcerias devem implicar crescimento significativo de recursos para a área de CT&I em todo o Território Nacional e se constituir como um instrumento para a gradual superação das desigualdades regionais (CGEE, 2010).

Finalmente, de interesse específico, pois será o objeto de análise deste trabalho, o ano de 2004 marca a criação do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS, programa criado pelo Ministério da Saúde, a partir uma iniciativa anterior (Gestão Compartilhada em Saúde, 2001/2002), quando o departamento de ciência e tecnologia (Decit) da sua Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) transferia recursos às Fundações de Apoio à Pesquisa - FAPs dos estados com menor capacidade instalada de pesquisa em saúde (CGEE, 2010).

Em 2005, “visando a atender à solicitação manifestada por alguns estados, no sentido de facilitar a formalização e a execução das operações em parceria entre estes e a Finep”, foi lançado o Edital Chamada Pública MCT/Finep/Ação Transversal – Projetos Estruturantes dos Sistemas Estaduais de CT&I – 08/2005. Como instituições proponentes foram elegíveis as FAPs, as contrapartidas dos estados foram definidas segundo os critérios estabelecidos pela Carta de Salvador (CGEE, 2010).

Em 2006, houve a primeira chamada pública do Programa de Apoio à Pesquisa em Empresas na Modalidade de Subvenção Econômica a Micro e Pequenas Empresas – PAPPE Subvenção. Em geral, os parceiros selecionados foram as fundações estaduais de amparo à pesquisa. Neste mesmo ano, o CNPq criou as Bolsas de Desenvolvimento Científico e Tecnológico Regional – DCR 3, administradas pelas FAPs, visando a estimular a fixação de pesquisadores em ICTs, empresas públicas de P&D e empresas privadas que atuem em investigação científica ou tecnológica e diminuir as desigualdades regionais (CGEE, 2010).

Em 2007, houve a criação, pelo CNPq, do Programa RHAÉ Pesquisador na Empresa, em parceria com as FAPs estaduais, visando ao fomento de projetos voltados para a inserção de pesquisadores mestres e doutores nas micro, pequenas e

médias empresas, em temas de P&D. Também em 2007, o MCT, cria o Sistema Brasileiro de Tecnologia – Sibratec, visando à estruturação de redes estaduais e nacionais de apoio às atividades de P&D voltadas para a inovação em produtos e processos das empresas, em consonância com as prioridades da PITCE (CGEE, 2010).

O ano de 2008 marcou pela criação, no CNPq, do programa Institutos Nacionais de Ciência e Tecnologia (INCT), visando atuar de forma articulada, à pesquisa em temas de fronteira e/ou estratégicos, à formação de recursos humanos e à transferência de tecnologia. Além do MCT, como órgão coordenador, e do CNPq, responsável pela gestão operacional, participam do programa a Capes, Ministério da Saúde e BNDES, além da Petrobras, na área federal; e a Fapemig, Faperj, Fapesp, Fapeam, Fapesc e Fapespa e outros atores na esfera estadual, a exemplo do Instituto de Tecnologia do Paraná (Tecpar) (CGEE, 2010).

Em 2009 houve a criação, pela Finep, do Programa Primeira Empresa Inovadora – Prime, com objetivo de criar condições financeiras favoráveis para que 5 mil empresas nascentes, voltadas a novos produtos, serviços e processos de elevado valor agregado, em todas as regiões brasileiras. Ainda em 2009, o CNPq lança um edital, em conjunto com as FAPs do Distrito Federal e dos estados da Amazonas, Minas Gerais, Piauí, São Paulo, Rio de Janeiro, Pernambuco e Rio Grande do Sul, no âmbito do Programa de Cooperação Brasil e União Europeia na Área de Biocombustíveis de Segunda Geração (CGEE, 2010).

Em 2010, temos o lançamento, pela Finep, do primeiro edital do Pape Integração, cujo objetivo foi estimular, com subvenção econômica, a capacidade de inovação das micro e pequenas empresas das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, exclusivamente.

A partir do delineamento do panorama até aqui delineado, pode-se observar que, no Brasil, o avanço e a estruturação institucional do processo de descentralização do fomento em Ciência, Tecnologia e Inovação são relativamente recentes, e que tais iniciativas são pautadas por obstáculos impostos pela intensa e histórica desigualdade da distribuição regional de ativos tecnológicos que marca a

Federação brasileira. O estudo bibliográfico e documental delineado nesta introdução sugere que os esforços impulsionados pelo Estado brasileiro no período 2002-2008, em direção às políticas federais de desconcentração na área de Ciência, Tecnologia e Inovação, constituam não somente um fator de desenvolvimento regional, mas também um indutor de processos de descentralização de ações de fomento ao desenvolvimento científico e tecnológico nacional, merecendo cada vez mais uma análise aprofundada de seus impactos. Esta constitui a hipótese de estudo que a doutoranda buscou desvelar por meio da presente investigação.

1.2.3 O Sistema Único de Saúde - SUS como modelo de descentralização das ações de saúde

A Constituição Federal de 1988 inovou o desenho federativo nacional, atribuindo autonomia aos três entes federados, definindo suas competências tributárias e promovendo a descentralização política e administrativa das unidades de governo. Instituiu, portanto, a concepção de federação trina, propiciando aos municípios status de entes gestores da federação, com poderes similares aos dos estados e da União (BRASIL, 2002 e 2007).

Essa concepção federativa inovadora precisava, entretanto, ser estruturada e aperfeiçoada por mecanismos e instrumentos de coordenação e cooperação, fundamentais às ações intergovernamentais, que permanecem dependentes de iniciativas setoriais. Então, coube ao setor Saúde, o mérito do pioneirismo quando da adoção de uma série de estratégias voltadas à organização de uma rede pública integrada e resolutiva, conformada no Sistema Único de Saúde (SUS), um modelo de gestão compartilhada entre as três esferas de governo.

Desta forma, fruto da política de descentralização, a regionalização da saúde inscreveu-se no contexto das políticas de redemocratização que o país vem vivenciando desde então, e, para preservar o equilíbrio e a interdependência entre as três esferas de gestão, fundamentais à integração nacional e à redução das desigualdades territoriais, atribuiu a elas responsabilidades comuns e o

compartilhamento dos recursos públicos destinados à execução descentralizada das ações governamentais (Brasil 2007).

Cabe lembrar que, a descentralização depende da implementação de estratégias deliberadas dos níveis mais abrangentes de governo, que pretendem transferir responsabilidades ao nível local, a fim de favorecer a adesão à proposta. A descentralização das políticas sociais é vista como estratégia para a democratização das instituições e a aproximação dos cidadãos aos centros de decisões de seu interesse, sendo deste modo apreendida como instrumento adequado para o uso e a distribuição mais eficiente dos recursos (ARRETCHE, 1996).

Neste contexto, várias iniciativas foram empreendidas, fortemente motivadas por este mito presente em um quadro típico dos anos 80 e 90, onde aflora a preocupação com o gasto público e a eficiência. Um exemplo significativo dessa onda são as questões relativas à pesquisa em saúde como ferramenta importante para a melhoria da situação de saúde das populações, bem como, para a tomada de decisões na definição de políticas e no planejamento em saúde foram se fortalecendo durante estas décadas.

A questão de uma política voltada para a área de C&T em Saúde faz, então, sua estreia nesse contexto, institucionalizada na Constituição Federal, artigo 200, inciso V que estabeleceu as competências do Sistema Único de Saúde - SUS e, dentre elas, incluiu o incremento do desenvolvimento científico e tecnológico em sua área de atuação (BRASIL, 2008).

Tal qual o SUS, pautado por três princípios constitucionais: universalidade, integralidade e equidade, a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS), parte integrante da Política Nacional de Saúde, do ponto de vista da ciência e da tecnologia, também se compromete, política e eticamente, com a produção e com a apropriação de conhecimentos e tecnologias que contribuam para a redução das desigualdades sociais em saúde, em consonância com o controle social.

1.3 A criação do Departamento de Ciência e Tecnologia – Decit no Ministério da Saúde

Até o final da década de 90, no plano federal, as atuações do MCT por meio das suas agências de fomento, por vários anos, exerceram solitariamente, funções estratégicas na área de C&T na área da saúde. Esta centralidade era acompanhada, de forma tímida, pelo Ministério da Saúde, por meio de suas instituições e da contratação de projetos com grupos de pesquisa em diversos centros do país.

O incremento do desenvolvimento científico e tecnológico, no âmbito do SUS, um dos objetivos estabelecidos pela Lei nº 8.080, em seu artigo 5, mobilizou o segmento de C&T/S para assegurar a participação do Estado, na figura do Ministério da Saúde, na proposição da PNCT&I/S, uma vez que os mecanismos de mercado não eram suficientes para identificar as necessidades, e tampouco para gerar os recursos indispensáveis à manutenção dessa atividade.

A definição dessa política, de forma a conferir organicidade às ações de C&T no SUS, agregou profissionais e usuários do sistema, culminando com a realização da 1ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, em 1994. A comunidade científica apontou, durante essa conferência, a necessidade de uma coordenação efetiva da interação entre as políticas nacionais de saúde e a de C&T.

A promoção da articulação e da integração entre o Sistema Único de Saúde e o sistema nacional de ciência e tecnologia foi a estratégia adotada para resgatar o papel da ciência e tecnologia no âmbito do Ministério da Saúde, a partir de 1999, quando foi iniciada a estruturação do departamento de Ciência e Tecnologia em Saúde, naquela época pertencente a Secretaria de Políticas de Saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Em 1998, a Portaria SPS nº 11, de 1º de julho, criou um grupo de trabalho – GT para “propor formas de atuação da Secretaria de Políticas de Saúde no contexto da C&T em saúde, como forma de implementar a Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde” e “orientar a elaboração de plano de trabalho, definindo estratégias e atividades necessárias à consolidação da área, de forma a contribuir para o alcance das metas prioritárias fixadas pelo Sistema Único de Saúde” (BRASIL,

2002).

A importância deste GT, foi seu papel decisivo na proposta de criação da estrutura que, mais tarde viria a se tornar o Decit. Em decorrência iniciou-se um processo dirigido por uma instância central do Ministério da Saúde, que redundou na realização de pesquisas voltadas aos problemas do SUS, em parceria com as Secretarias de Saúde e as FAPs, configurando assim o grupo de pesquisas que compuseram a 1ª Edição deste estudo.

Nos últimos anos da década de 1990, o cenário foi se alterando, sendo adotadas como estratégias, para esse fim, a reformulação da Comissão Inter setorial de Ciência e Tecnologia (CICT), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e a estruturação do Departamento de Ciência e Tecnologia em Saúde (Decit), da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), como nova instância para a articulação, coordenação e indução de C&T no SUS.

Retomando tempos idos, inaugurantes no projeto de gestão federal de C&T em saúde, tão presentes e atuais, cabe ressaltar, uma intervenção, nascida no âmago do GT da Portaria SPS nº 11/1988, marcando a contribuição de um dos membros, que revela e induz a necessidade do inédito e fundante na nascente relação entre o SUS e a área C&T. Em resumo, a proposição era que, nesta questão de C&T em Saúde, caberia ao Ministério o imperativo de expressar o que deseja, com proposições claras sobre as áreas estratégicas. Somente assim seria possível “*Impregnar o SUS de ideias*”, caso contrário, seria ainda melhor seguir com o balcão (CARVALHEIRO, 2011).

Dois anos mais tarde, impregnado de ideias e missões, o Decit foi criado pelo Decreto nº 3.496, de 1º de junho de 2000, visando contribuir no resgate do papel estratégico do Ministério da Saúde no contexto de C&T. Seu maior desafio era garantir que o desenvolvimento científico e tecnológico fosse um importante instrumento na permanente condução de uma política nacional de saúde, voltada para a universalidade, integralidade e equidade, princípios fundamentais do SUS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O Decit foi criado com as seguintes competências regimentais:

- I. Participar do processo de formulação da Política de Ciência e Tecnologia em Saúde e promover a sua implementação;
- II. Definir normas e estratégias para avaliação e incorporação de tecnologias em saúde;
- III. Promover, em articulação com instituições de C&T e agências de fomento, a realização de pesquisas prioritárias em saúde;
- IV. Elaborar e divulgar diretrizes de pesquisa e desenvolvimento tecnológico relacionadas com impactos causados por fatores ambientais sobre a saúde;
- V. Promover a difusão de conhecimentos científicos e tecnológicos em saúde, com vista à sua adoção por instituições e serviços de saúde;
- VI. Definir estratégias de atuação do Ministério da Saúde no campo da biossegurança, em articulação com órgãos afins;
- VII. Implantar mecanismos de cooperação para o desenvolvimento de instituições de C&T que atuam na área da saúde;
- VIII. Promover a articulação Inter setorial no âmbito do Sistema Nacional de C&T;
- IX. Coordenar as atividades da secretaria executiva da Comissão Nacional de Ética em pesquisa instituída no âmbito do Conselho Nacional de Saúde; e
- X. Desenvolver mecanismos de controle e avaliação da incorporação de tecnologias.

Nos primeiros dois anos, 2000 a 2002, buscou construir as bases que permitiriam gerar e incorporar conhecimentos e tecnologias voltados para a compreensão e a solução dos problemas de saúde do país. Neste sentido, foram estabelecidas as estratégias de ação, para desempenhar suas competências regimentais, a saber, (a) Identificação de questões prioritárias para pesquisa e desenvolvimento tecnológico em saúde; (b) Indução e fomento à pesquisa e desenvolvimento tecnológico em questões prioritárias em saúde; (c) Promoção da cooperação técnica no campo da C&T/S; (d) Promoção da observância dos padrões éticos em pesquisa em saúde; (e) Promoção da aplicação dos resultados de C&T no

SUS; (f) Difusão de informações científicas e tecnológicas em saúde; e (g) Articulação entre os sistemas de saúde e de C&T.

A partir do diagnóstico desses aspectos estratégicos, foram definidos os eixos centrais de planejamento e de atuação, listados a seguir: (a) Elaboração e implementação da PNCT&I/S; (b) Definição das diretrizes para planejamento de ações de C&T/S; (c) Promoção do desenvolvimento institucional em C&T/S; (d) Identificação e fomento de pesquisas prioritárias para o SUS; (e) Promoção do desenvolvimento e avaliação de tecnologias em saúde; (f) Disseminação de informações científicas e tecnológicas para o SUS; e (g) Promoção de ações voltadas para bioética, biossegurança, acesso e uso do patrimônio genético nacional e saúde ambiental.

Nas últimas décadas do século XX, especialmente a partir dos anos 90, observaram-se mudanças significativas nas relações entre ciência e sociedade com repercussões sobre a própria organização do campo científico. A participação da sociedade organizada é cada vez mais presente na formulação das agendas de pesquisa, no controle da ética em pesquisa e na avaliação das atividades de investigação (PELLEGRINI, 2004).

O modo tradicional de produção da pesquisa científica baseada em instituições de ensino e institutos de pesquisa; com agendas definidas por pesquisadores; pesquisas divididas entre básica e aplicada; enfoque disciplinar; transferência unilateral de conhecimentos dos produtores para os usuários; avaliadas exclusivamente pelo mérito acadêmico; disseminada através de periódicos científicos; financiadas com recursos públicos e gerida de maneira centralizada, paulatinamente, vai sendo substituído por um modo participativo de produção de ciência.

O novo modelo caracteriza-se pelo trabalho em redes; agendas definidas em contexto de aplicação; pesquisas dirigidas para a solução de problemas; com enfoque transdisciplinar; intercâmbio permanente entre produtores e usuários; avaliação do mérito acadêmico e da relevância social; disseminada por múltiplos meios; financiada por diversas fontes públicas e privadas e gestão caracterizada por espaços

de interação dos diversos atores (PELLEGRINI, 2004).

Neste novo modelo a elaboração da agenda de prioridades de pesquisa em saúde é um processo democrático e participativo, no qual têm voz os distintos atores. Sua formulação deve levar em conta o nível de desenvolvimento e o perfil epidemiológico e demográfico da população, a diversidade de situações regionais, o nível atual de conhecimento e suas lacunas, a participação dos setores público, filantrópico e privado, a política de propriedade intelectual (MOREL, 2004).

O estabelecimento de prioridades de pesquisa através da construção de uma agenda é importante para assegurar melhor uso dos recursos disponíveis, identificar os recursos necessários frente a demandas competitivas e fortalecer os vínculos entre a política, a prática e ações de saúde de um lado, e o conhecimento científico e o desenvolvimento tecnológico, de outro (COHRED, 2003).

Segundo recomendação da 1ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde (1994), a pesquisa em saúde deve ser entendida como um exercício de lógicas complementares, a agenda de prioridades de pesquisa em saúde não será perfeitamente sobreposta à agenda de necessidades de saúde da população. Por um lado, o atendimento às necessidades de saúde nem sempre é uma variável dependente da pesquisa em saúde e, por outro, nem sempre há, no campo do saber e das práticas científicas e tecnológicos, conceitos, metodologia ou ferramentas adequados para que se produzam soluções através da pesquisa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Uma agenda de prioridades não deve, também, ser subordinada ao olhar de curto prazo. Saúde e pesquisa em saúde são, ambas, urgentes. No entanto, o tempo, os métodos e as estratégias dessas urgências são diferentes. A ideia da extensividade – incorporação na política de todas as etapas da cadeia do conhecimento – deve expressar-se na agenda de prioridades. Nela estarão identificados os principais problemas de saúde cuja resolução depende da contribuição da pesquisa e estes problemas não de requerer distintas abordagens de pesquisa. Haverá lugar para pesquisa operacional de curto prazo, mas haverá também lugar para investigação fundamental bem como haverá lugar para a já mencionada pesquisa estratégica, que se desenvolve no ambiente da pesquisa fundamental. E, por fim, o desenvolvimento

de novos produtos e processos destinados ao sistema de saúde, realizado pelas empresas e pelos próprios serviços, também terá o seu lugar nessa agenda.

1.3.1 A Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde – ANPPS

A construção e implementação da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS) como processo político, tinha como princípio, buscar, em todas as suas etapas, ampla participação de atores com experiências e linguagens distintas tanto da pesquisa como da saúde. A articulação em torno da Agenda é a ação mais importante na legitimação deste instrumento na Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde no país, e permitirá que prioridades de pesquisa em saúde estejam em consonância com os princípios do SUS (BRASIL, 2008-a).

A Agenda foi construída por um processo composto de cinco etapas sucessivas e que antecederam sua aprovação na 2ª CNCTIS. A primeira etapa deu-se com a encomenda à especialistas de textos com o objetivo de apresentar aspectos relevantes da situação de saúde e das políticas de saúde, com base no conhecimento disponível, oferecendo informação atualizada para a tomada de decisão. A avaliação da situação de saúde permitiu: identificar necessidades, prioridades e políticas em saúde, bem como avaliar o impacto das intervenções; formular estratégias de promoção, prevenção e controle de danos à saúde e avaliação da implementação; construir cenários prospectivos de saúde (BRASIL, 2008-a; BRASIL, 2006).

Na segunda etapa, respeitando a complexidade e intersetorialidade dos diversos temas relacionados à saúde, foi designado um Comitê Técnico Assessor, composto de renomados pesquisadores e gestores de diferentes áreas. O comitê definiu um conjunto de subagendas ordenando áreas de pesquisa, envolvendo vários campos disciplinares e norteando as próximas etapas de construção da agenda.

A terceira etapa, definição de temas de pesquisa, compreendendo tópicos mais específicos e agregados em cada Subagenda, foi desenvolvida em um grande seminário realizado em novembro de 2003, onde compareceram mais de 400

pessoas, entre gestores (cerca de 30%) e pesquisadores (cerca de 70%). Na quarta etapa, consulta pública, a agenda foi submetida à consulta pública realizada entre 23 de março e 8 de maio de 2004. Esta consulta totalizou cerca de 2.500 acessos e 600 contribuições.

A quinta e última etapa constituiu-se na apresentação das subagendas, resultados de todo o processo de construção, para apreciação e deferimento, na 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Ao todo foram definidas 24 subagendas, cada uma correspondendo a uma grande área temática (BRASIL, 2008-a).

1.3.2 A gestão compartilhada em Ciência e Tecnologia

1.3.2.1 Projeto Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia em Saúde

O Brasil adentrou o século 21, caracterizado como o século da Ciência e Tecnologia (C&T), buscando discutir, identificar e implantar mecanismos de construção de uma sociedade onde o conhecimento seja o propulsor de conquistas sociais, econômicas e culturais. Para tanto, tinha pela frente a tarefa de confrontar desafios que se apresentavam no cenário do sistema nacional de C&T, como a fragmentação das atividades de C&T, dispersas em diferentes setores, a ausência de coordenação interinstitucional e a concentração das atividades de C&T em determinadas regiões do país.

Foi neste contexto que a então Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), do Ministério da Saúde, ciente da relevância da C&T para a construção de uma Política Nacional de Saúde voltada para a universalidade, integralidade e equidade, preconizou novos modelos de gestão do processo de produção e incorporação do conhecimento científico e tecnológico visando otimizar os investimentos e os resultados das pesquisas do setor saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Diante da conjuntura das condições estruturais da ciência e tecnologia, face à concentração da produção científica e tecnológica nas Regiões Sudeste e Sul, que revelava a situação de disparidade para as demais regiões do país no cenário nacional de C&T, um dos modelos propostos buscou promover a integração de setores da esfera estadual envolvidos na produção e aplicação do conhecimento científico e tecnológico em saúde, com ênfase para as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), as Fundações de Amparo à Pesquisa (FAP) e as Instituições de Pesquisa em Saúde (IPS). Neste processo, desejava-se trazer para as SES: (1) a coordenação do processo de integração na esfera estadual e (2) a definição, em cooperação com os outros setores elencados, de áreas prioritárias para investimentos no setor. As FAP deveriam disponibilizar seu aparato institucional para o gerenciamento de recursos repassados pelo Ministério da Saúde (MS).

Diante da conjuntura das condições estruturais da ciência e tecnologia, face à

concentração da produção científica e tecnológica nas Regiões Sudeste e Sul, que revelava a situação de disparidade para as demais regiões do país no cenário nacional de C&T e dada a necessidade da promoção da equidade regional, por meio da Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, o Ministério da Saúde priorizou a implantação do modelo descrito nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Desta forma, visando divulgar e validar este modelo de gestão em C&T/S junto aos setores interessados, e instrumentalizá-los para organização de discussões regionais sobre o tema de Desenvolvimento Institucional em Ciência e Tecnologia em Saúde, o MS, por meio do Departamento de Ciência e Tecnologia em Saúde (Decit) realizou em Brasília, entre 27 e 29 de junho de 2001, o I Fórum Inter setorial de Desenvolvimento Institucional em Ciência e Tecnologia em Saúde das Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (BRASIL, 2002).

Os temas abordados no evento citado foram: 1) o desenvolvimento institucional como um dos componentes da Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde; 2) a gestão da propriedade intelectual e a ética em pesquisas envolvendo seres humanos como pilares para o desenvolvimento institucional em C&T/S; 3) a atuação de diferentes órgãos do Ministério da Saúde, como Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), na promoção do desenvolvimento institucional em C&T/S; 4) os investimentos na área de C&T/S efetuados pelo Ministério da Saúde, no ano de 2000; 5) a elaboração da Agenda Preliminar de Prioridades para Pesquisas em Saúde, pelo Decit/SPS/MS; 6) a atuação das agências de fomento – Conselho Nacional para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Financiadora de Projetos (Finep), do Ministério da Ciência e Tecnologia, e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) do Ministério da Educação – na promoção do desenvolvimento institucional em C&T/S, e 7) as contribuições da Fundação de Amparo à Pesquisa de São Paulo (Fapesp) e do Fórum das Fundações, Fundos e Entidades de Amparo à Pesquisa (Forpesq) na promoção do desenvolvimento institucional na área da saúde.

O I Fórum contou com a participação de cerca de 80 representantes de SES, IPS e FAP das Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, além de representantes de outras instâncias do MS, como Fiocruz e a Coordenação Nacional de DST e AIDS e

outros setores afins, como a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Academia Brasileira de Ciências (ABC).

Esse fórum possibilitou, a partir das exposições sobre a atuação das instâncias governamentais, reflexão sobre o processo de gestão das atividades de C&T/S nos estados. Constatou-se, na ocasião, que havia incipiente integração entre os sistemas estaduais de saúde e de C&T, falta de sistematização das atividades de C&T no âmbito das secretarias estaduais de Saúde, e ações de C&T pouco orientadas para necessidades regionais de saúde. As conclusões apontaram para a necessidade de se promover a articulação e integração entre essas instâncias, mediada por instância coordenadora das ações de C&T no Ministério da Saúde.

Considerando a necessidade de ampliar as discussões iniciadas no primeiro fórum e obter subsídios para a elaboração de um plano de desenvolvimento institucional em C&T/S para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, foram realizados, no período de setembro de 2001 a fevereiro de 2002, seis fóruns regionais nos estados do Acre, Alagoas, Ceará, Mato Grosso do Sul, Pará e Rio Grande do Norte, que abrangeram, no total, cerca de 250 participantes.

Os temas abordados durante os fóruns regionais foram: formação e capacitação de recursos humanos em C&T/S; compatibilização de linhas de pesquisas com as necessidades do SUS; inovação em C&T/S; informação e comunicação em C&T/S; propriedade intelectual; e processo de aprovação ética de pesquisas que envolvam seres humanos.

Estes fóruns constituíram o marco inicial do processo de construção de uma política de descentralização na gestão de C&T/S compartilhada entre os diferentes setores do processo de produção de conhecimento, mostrando-se inovadora na medida em que se dispunha a promover a integração dos que produzem e que incorporam o conhecimento e tecnologias em saúde.

A partir das recomendações dos fóruns de desenvolvimento institucional, quanto à institucionalização da articulação e integração entre os diferentes setores envolvidos com C&T/S nos estados, o Ministério da Saúde, sob a coordenação do Decit, firmou, em 2001, convênios com fundações de amparo à pesquisa de Alagoas,

Ceará, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Pernambuco, Piauí.

O objetivo principal desses convênios foi a integração, na esfera estadual, dos sistemas de saúde e de C&T, o aprimoramento das políticas públicas de saúde e a institucionalização das ações de C&T no âmbito das secretarias estaduais. O modelo adotado, para a implementação destas ações, baseou-se na gestão compartilhada do processo decisório para a aplicação dos investimentos, monitoramento e avaliação de impacto das intervenções entre fundações de amparo à pesquisa, secretarias estaduais e o Ministério da Saúde. Os recursos alocados em cada um dos convênios destinaram-se a dois componentes distintos: desenvolvimento institucional em C&T e fomento a pesquisas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Assim posto, o Projeto Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia (C&T) em Saúde foi desenvolvido em parceria com as fundações de amparo à pesquisa (FAPs) e secretarias estaduais de saúde (SES) dos estados de Alagoas (AL), Bahia (BA), Ceará (CE), Mato Grosso do Sul (MS), Minas Gerais (MG), Paraíba (PB), Pernambuco (PE), Piauí (PI), Santa Catarina (SC) e Sergipe (SE).

O conjunto de atividades propostas para o Projeto visava responder a uma série de questões críticas para o desenvolvimento de ações de C&T em saúde, tais como a integração entre os sistemas estaduais de Saúde e de C&T e descentralização de recursos e responsabilidades. Além disso, as desigualdades existentes na distribuição de recursos de C&T entre as grandes regiões do país levaram à priorização, em um primeiro momento, das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste¹.

A celebração de convênios/contratos com os estados selecionados aconteceu em duas etapas distintas. Em dezembro de 2001, foram estabelecidos convênios entre o Fundo Nacional de Saúde (FNS) e FAPs de AL, CE, MS, PB, PE, PI e SE. Posteriormente, em maio de 2003, foram firmados contratos com os estados da BA, MG e SC, por meio da apresentação de projetos, por cada um dos estados, ao Ministério da Saúde e, posteriormente, à Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO).

¹ Os estados da Região Norte não estavam enquadrados aos critérios de participação do Projeto, no que se refere aos sistemas estaduais de saúde e de C&T. Dessa forma, nenhum estado dessa Região foi contemplado nas duas etapas iniciais.

1.3.2.2 Programa Pesquisa Para o SUS: gestão compartilhada em saúde - PPSUS

Em 2004, o Ministério da Saúde, visando ampliar as ações de fomento à pesquisa no âmbito do SUS, firmou Termo de Cooperação e Assistência Técnica com o Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT), cujo objetivo foi viabilizar o financiamento à pesquisa científica e tecnológica, em consonância com as prioridades estabelecidas na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, do Ministério da Saúde.

Em setembro deste mesmo ano, foi lançado o Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS. O objetivo do programa foi aproximar a pesquisa da gestão do sistema de saúde, de forma que os resultados obtidos por meio da investigação científica sobre problemas prioritários de saúde possam subsidiar as decisões técnicas e políticas nesse campo, potencializar a utilização dos recursos financeiros destinados à área da saúde, promover a produção de conhecimento em consonância com prioridades de saúde e contribuir com a melhoria da atenção à saúde prestada a população brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Para desenvolvimento do PPSUS nos estados o Decit estabeleceu parcerias no âmbito federal, com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq - e local, com as fundações de amparo a pesquisa - FAPs, secretarias estaduais de ciência e tecnologia e secretarias estaduais de saúde.

O passo seguinte foi a celebração de convênios entre CNPq e FAPs, que serão os agentes executores do Programa nos estados. Por meio dos convênios, o CNPq efetuou o repasse às FAPs dos recursos destinados a cada estado para desenvolvimento dos projetos. A opção pela parceria com as FAPs deve-se à experiência acumulada por essas instituições no desenvolvimento de pesquisas em diversas áreas do conhecimento, no plano estadual.

Além das FAPs, o PPSUS também envolve a parceria com as secretarias estaduais de saúde, as quais participam de todas as etapas do Programa, da definição das linhas prioritárias de pesquisa, seleção, monitoramento e realização de seminários estaduais de acompanhamento para divulgação e incorporação de

resultados.

Nesse programa, além dos participantes das etapas anteriores, mais 12 estados passaram a integrá-lo, totalizando 22 unidades federadas. Além desses estados, em junho de 2004, foi lançado edital para apoio a projetos de pesquisa em cinco estados da Amazônia Legal (Acre, Amapá, Rondônia, Roraima e Tocantins), que não possuíam instância formal de fomento à C&T em seu território com objetivo de reduzir as disparidades regionais de fomento.

Com o objetivo de agilizar o cumprimento das etapas a serem seguidas pelos programas, conforme edital de convocação passou-se a contar com um sistema informatizado para cadastro, seleção e acompanhamento de projetos, que foi disponibilizado aos estados. Com isso, todos os estados brasileiros foram envolvidos no apoio a pesquisas prioritárias para o SUS.

Em agosto de 2007, o Ministério da Saúde reafirmou o Termo de Cooperação e Assistência Técnica com o Ministério da Ciência e Tecnologia, com validade para o período 2007-2012, conferindo sustentabilidade técnica e de execução financeira ao Programa, além de maior agilidade ao seu gerenciamento administrativo.

O PPSUS envolve parcerias no âmbito federal e estadual, entre instâncias de saúde e de ciência e tecnologia. No nível federal, participam o Ministério da Saúde, por meio do Decit, que é o coordenador nacional do Programa, e o CNPq, que é a instituição responsável pelo gerenciamento administrativo do PPSUS. Na esfera estadual, estão envolvidas as Fundações de Amparo à Pesquisa – FAP e as Secretarias Estaduais de Saúde – SES. As FAP são os agentes executores do Programa em cada estado e devem atuar em parceria com as SES (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; OLIVEIRA, 2008).

Cabe salientar que as definições de responsabilidades institucionais e sugestões de padronização de mecanismos e instrumentos de gestão apontadas neste documento objetivam conferir qualidade e assegurar o bom andamento do Programa. Essas orientações devem ser entendidas como o resultado do esforço empreendido pelo nível federal para assegurar uma padronização mínima desses mecanismos e instrumentos de gestão, necessária ao adequado gerenciamento do Programa.

Para a operacionalização do Programa, são transferidos recursos financeiros do Ministério da Saúde ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Ministério da Ciência e Tecnologia – CNPq/MCT – que, por sua vez, repassa esses recursos, via convênios, às Fundações de Amparo à Pesquisa – FAP – do País, que são os agentes executores do Programa em cada estado. As FAP, em parceria com as respectivas secretarias estaduais de saúde – SES – com o Ministério da Saúde e com o CNPq, publicam editais para seleção de projetos de pesquisa em temas considerados relevantes para o sistema estadual de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Para seu desenvolvimento, o PPSUS envolve dez etapas distintas: (1) realização de oficinas para seleção das prioridades de pesquisa em saúde, (2) elaboração e publicação do edital, (3) submissão dos projetos, (4) enquadramento das propostas, (5) distribuição das propostas e análise pelos consultores ad hoc, (6) análise pela Comissão de Especialistas, (7) análise e aprovação final pelo Comitê Gestor, (8) divulgação do resultado do julgamento, (9) contratação dos projetos – processo de outorga e (10) acompanhamento e avaliação – A&A – das pesquisas financiadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

As ações de gestão descentralizada em C&T, articuladas, inicialmente, pelo Projeto Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia (C&T) em Saúde, desenvolvido nos anos de 2002 a 2003, posteriormente reestruturado nas ações do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS alicerçaram-se em grandes desafios, postos pelo cenário do sistema nacional de C&T, como a fragmentação das atividades de C&T, dispersas em diferentes setores, a ausência de coordenação interinstitucional, a concentração das atividades de C&T em determinadas regiões do país, entre outras.

Neste sentido, parte fundamental das ações de descentralização objetivou promover a integração dos que produzem e que incorporam o conhecimento e tecnologias em saúde; promover a institucionalização da articulação e integração entre os diferentes setores envolvidos com C&T/S nos estados; promover a integração, na esfera estadual, dos sistemas de saúde e de C&T, o aprimoramento das políticas públicas de saúde e a institucionalização das ações de C&T no âmbito das

secretarias estaduais, e, contribuir na redução das desigualdades existentes na distribuição de recursos de C&T entre as grandes regiões do país.

Este estudo se propôs analisar uma das principais estratégias do recém-criado departamento de ciência e tecnologia do ministério da saúde, a descentralização a fragmentação das atividades de C&T, dispersas em diferentes setores, a ausência de coordenação interinstitucional, a concentração das atividades de C&T em determinadas regiões do país, entre outras do fomento à pesquisa científica, desenvolvido, entre os anos 2002 e 2008 por meio do “*Projeto Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia (C&T) em Saúde*”, nos anos de 2002 a 2003, e do “*Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS*” no período entre 2004 e 2008, recursos investidos; atores envolvidos, qualificação acadêmica, distribuição geográfica de projetos, tipo de pesquisa, instituições; parcerias interinstitucionais para o fomento, pretendendo, assim, compor o cenário de alcance dos primeiros sete anos de indução da produção de pesquisa científica do Ministério da Saúde no campo da Ciência e Tecnologia.

A intenção maior é avaliar, através dos resultados produzidos neste período, a contribuição dessa estratégia de gestão de C&T, compartilhada e descentralizada, como instrumento para o enfrentamento dos desafios postos pelo cenário do sistema nacional de C&T, como a fragmentação das atividades de C&T, a ausência de coordenação interinstitucional, a concentração das atividades de C&T em determinadas regiões do país, entre outras.

2. OBJETIVOS

“Quem elegeu a busca, não pode recusar a travessia...”

Guimaraes Rosa

2.1 GERAL

Analisar se o *Projeto, Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia (C&T) em Saúde*”, desenvolvido nos anos de 2002 a 2003, e o *“Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS”* no período entre 2004 e 2008 se constituíram em um mecanismo de descentralização da ações de C&T em saúde.

2.2 ESPECÍFICOS

- a) Analisar a distribuição dos projetos financiados segundo edição do PPSUS, valor do financiamento, região e unidade da federação onde os projetos foram executados;
- b) Avaliar a distribuição dos projetos segundo as parcerias administrativas e orçamentárias;
- c) Analisar os projetos financiados pelo PPSUS segundo o tipo de pesquisa, instituições executoras e características dos coordenadores (titulação, bolsa de produtividade CNPq, instituição de obtenção do título de doutorado e sexo);
- d) Comparar a distribuição dos projetos segundo sub agendas de pesquisa.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

*“Para um trabalho que se quer,
sempre a ferramenta se tem.”*

Guimaraes Rosa

3.1 Marco conceitual e referencial: fundamentos teóricos do fomento à pesquisa em ciência e tecnologia em saúde e sua incorporação no país

O marco conceitual, utilizado como referencial desta pesquisa, e o foco do objeto de estudo estão consubstanciados num conjunto de documentos, produzidos no início dos anos 2000, que deram sustentação às elaborações de políticas e Agendas em C&T, como a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS), parte integrante da Política Nacional de Saúde, formulada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como foco seus três princípios constitucionais: universalidade, integralidade e equidade.

Compuseram também as Diretrizes técnicas do programa pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde; documentos dos Fóruns Regionais: Subsídios para um Plano de Ação de Desenvolvimento Institucional em Ciência e Tecnologia em Saúde para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste; a Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde e um conjunto de publicações inerentes ao desenvolvimento histórico sobre a gestão de C&T no Brasil neste período (TOMA, 2011; OLIVEIRA, 2008; BRASIL, 2001, 2002, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010 E 2011)

No que tange à descentralização, um levantamento histórico desse movimento na área de C&T (ARRETCHE, 1996; BARROS, 2000; CGEE, 2010; BORTOLI, 2011; BOTELHO, 2012; MARQUES, 2012; SILVA, 2000; SICSÚ, 2011; TOBAR, 1991 entre outros), corroborado com experiências europeias (BANDA, 2002 e 2004; RONDINELLI, 1983; SIMONS, 2005) nos trouxe um panorama nacional e europeu do processo desigual e combinado, em tempo e espaço, do processo de construção da complexa e trabalhosa gestão em Ciência e Tecnologia.

Além desses temas, transversalmente tocamos na questão das classificações de pesquisa, onde, seguindo os princípios utilizados pelo Ministério da Saúde na elaboração do banco de dados, tivemos Alano et al como grande aliado nesta análise (ALANO, 2000).

3.2 Caracterização da abordagem metodológica adotada

A pesquisa se refere a um estudo exploratório e descritivo, desenvolvido por meio de recursos dos métodos quantitativos de pesquisa e com suporte de instrumentos multivariados de coleta de dados: pesquisa bibliográfica, pesquisa documental (CHIZOTTI, 2010; MINAYO, 2010).

No tocante aos dados, foram coletados dados sobre o conjunto de projetos de pesquisa em ciência e tecnologia em saúde, fomentados no país no período de 2002 a 2008 e financiados pelo Ministério da Saúde, em ação compartilhada com Fundações de Amparo à Pesquisa (FAPs) de Unidades Federativas do país e com Secretarias Estaduais de Saúde (SES). Tais dados foram coletados por meio da pesquisa bibliográfica e da pesquisa documental, a partir de levantamentos realizados no acervo oficial do banco de dados “Pesquisa Saúde”, do Ministério da Saúde, com ênfase no Projeto Pesquisa Para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS.

A coleta e compilação dos dados quantitativos, levantados por meio da pesquisa bibliográfica e pesquisa documental, como também os procedimentos de organização e processamento dos dados quantitativos em quadros, tabelas e outras formas de representação, foram norteados pelos parâmetros da estatística descritiva que integram o método quantitativo de pesquisa, conforme estabelecido por BARBETTA (2007) e LAURENTI *et al.* (2005).

Quanto aos dados qualitativos, levantados por meio da pesquisa bibliográfica, pesquisa documental, o procedimento de coleta e compilação dos mesmos foi norteadado pelos fundamentos do método qualitativo de pesquisa social e de pesquisa social em saúde (BARDIN, 2005; MINAYO, 2010; PATTON, 2002).

A coleta dos dados foi realizada no período maio de 2011/ julho de 2012.

3.3 Instrumentos de coleta de dados

Os instrumentos de coleta de dados basearam-se nas pesquisas bibliográfica e documental.

3.3.1 Pesquisa bibliográfica

A pesquisa bibliográfica foi realizada em todas as etapas do estudo. Compreendeu a consulta, a coleta de dados e a análise de literatura científica, técnica e institucional sobre temas referentes à ciência e tecnologia em saúde (CHIZOTTI, 2010; MINAYO, 2010).

Os dados e informações produzidos a partir da pesquisa bibliográfica foram incorporados em todas as etapas da investigação.

As fontes da pesquisa bibliográfica foram registradas no capítulo relativo às referências bibliográficas, ao final da presente pesquisa.

3.3.2 Pesquisa documental

A pesquisa documental consiste na identificação, compilação e análise de documentos institucionais de domínio público, referentes às seguintes modalidades documentais (CHIZZOTTI, 2010; MINAYO, 2010; SPINK, 2000):

- a) documentos legais e normativos: leis, decretos, normas, portarias, resoluções, atos, regimentos; atas, relatórios, ofícios e outros documentos produzidos por instituições acadêmicas, científicas, órgãos públicos (planejamentos ou planos de trabalho, políticas e programas) e organizações do setor privado, no período considerado;
- b) relatórios de reuniões, relatórios do trabalho de Comissões e de Grupos de Estudo institucionais, relatórios de acompanhamento de projetos;
- c) relatos de experiências; relatos de seminários, de debates, de fóruns; relatos de ações realizadas; e outros.
- d) registros de dados e informações em meio eletrônico ou em outro formato.

A pesquisa documental pode ser integrada por registros eletrônicos de imagem e som (gravações em fita e vídeos, fotografias); registros escritos diversos, como notas técnicas e memórias de reuniões; relatos orais de membros de grupos de trabalho, de conselhos e de comissões, além de gestores e técnicos que atuam em projetos e programas de organizações do setor governamental, privado e setor não governamental (SPINK, 2000; CHIZZOTTI, 2010; MINAYO, 2010).

Na presente investigação, a pesquisa documental integrante do processo de coleta de dados compreendeu consulta e levantamento de dados e informações institucionais a respeito do fomento à pesquisa em ciência e tecnologia em saúde no país, no âmbito das várias subagendas mencionadas, no período 2002-2008. Esses dados e informações haviam sido produzidos, compilados e armazenados nas bases de dados do Ministério da Saúde, por meio do banco de dados gerenciais “Pesquisa Saúde” do Departamento de Ciência e Tecnologia – Decit (BRASIL, 2011).

3.4 Fontes de coleta de dados

As fontes de coleta dos dados foram estabelecidas, inicialmente, a partir das categorias selecionadas para o estudo. O aprofundamento das informações sobre os dados inicialmente coletados propiciou um processo de entrecruzamento de dados e informações, no entanto as variáveis inicialmente selecionadas tenham sido mantidas no desenvolvimento da investigação.

Apresentam-se, no item 3.4.1, as categorias selecionadas para estudo, ou seja, as variáveis estabelecidas metodologicamente para elaborar a coleta, processamento e interpretação dos dados. No item 3.4.2 encontram-se descritas as fontes de coleta dos dados.

3.4.1 Categorias estabelecidas para estudo: variáveis selecionadas para a coleta, processamento e interpretação dos dados.

Neste item constam as categorias selecionadas para nortear a coleta, o processamento e a interpretação dos dados. Buscou-se estabelecer a seleção de tais categorias de modo condizente com o objeto em estudo, a saber, a descentralização

do fomento à pesquisa científica em ciência e tecnologia em saúde, como também em consonância com a forma com que os dados foram distribuídos no acervo oficial do banco de dados “*Pesquisa Saúde*”, do Ministério da Saúde.

No presente estudo, algumas categorias evidenciaram maior alinhamento, enquanto expressão conceitual, à questão da descentralização do fomento à pesquisa científica em temas de ciência e tecnologia em saúde. Foram identificadas como categorias de coleta e análise, em especial, as edições do programa institucional de fomento à pesquisa científica em ciência e tecnologia em saúde. Tais categorias se desdobram em termos da respectiva periodicidade temporal por edição, no contexto do período estudado: 2002-2008; em termos da distribuição territorial no país, dos projetos fomentados segundo Regiões brasileiras e por Unidades Federativas, em cada edição; quanto ao volume de recursos fomentados em seus vários desdobramentos; no tocante às parcerias institucionais para o fomento de projetos científicos de ciência e tecnologia em saúde; quanto às instituições acadêmico-científicas que sediam projetos de pesquisa fomentados e respectivos pesquisadores e coordenadores; em termos do aporte de subsídios institucionais que se traduzem em maior ou menor exequibilidade e viabilidade da pesquisa científica em ciência e tecnologia em saúde; e em diferentes combinações e entrecruzamentos das variáveis acima elencadas.

As categorias selecionadas estão descritas abaixo.

3.4.1.1 Edições estabelecidas no programa institucional de fomento à pesquisa em ciência e tecnologia em saúde, para execução dos projetos fomentados no país no período 2002-2008.

Os projetos fomentados em temas de ciência e tecnologia em saúde no país, no período 2002-2008, foram inicialmente categorizados segundo as gestões de Ciência e Tecnologia que se estabeleceram no período em estudo, no processo de gestão institucional do gestor federal de saúde (Ministério da Saúde). Ocorreram três modalidades de gestão institucional em ciência e tecnologia no período, as quais são correspondentes às três edições do programa de fomento à pesquisa científica. As

três edições foram caracterizadas como categorias de coleta, processamento e análise dos dados, a saber:

Primeira edição, doravante representada por 1ª Edição, e correspondendo ao período 2002-2003;

Segunda edição, aqui representada operacionalmente por 2ª Edição, abrangendo os anos 2004-2005; e

Terceira edição, representada como 3ª Edição, a qual compreendeu o período 2006-2008.

a) 1ª Edição – 2002-2003

A primeira edição do programa correspondeu aos primeiros esforços de fomento à pesquisa realizado pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Ciência e Tecnologia, entre os anos de 2002 e 2003. Tratava-se de um projeto intitulado “*Projeto Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia (C&T) em Saúde*”, desenvolvido em parceria com as Fundações de Amparo à Pesquisa (FAPs) e com as Secretarias Estaduais de Saúde (SES).

Na 1ª Edição – 2002-2003 foram fomentados 147 projetos de ciência e tecnologia em saúde, nas seguintes Regiões e Unidades Federativas do país:

Região Nordeste: Alagoas (AL), Bahia (BA), Ceará (CE), Paraíba (PB), Pernambuco (PE), Piauí (PI), Sergipe (SE).

Região Centro-Oeste: Mato Grosso do Sul (MS);

Região Sudeste: Minas Gerais (MG);

Região Sul: Santa Catarina (SC) Para esta edição foram levantados 147 projetos fomentados.

b) 2ª Edição – 2004-2005

A segunda edição do programa institucional correspondeu às ações de fomento descentralizado em saúde, empreendidas pelo Ministério da Saúde, por intermédio do Departamento de Ciência e Tecnologia, no contexto do Plano Plurianual (PPA) 2004-2008. A partir do ano de 2004, o antigo projeto intitulado “Gestão Compartilhada” foi reformulado, e passou a ser denominado “*Programa*

Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS”, designação que ainda permanece (janeiro de 2013).

Na 2ª Edição foram financiados 518 projetos.

c) 3ª Edição – 2006-2008

A terceira edição é similar à segunda edição: corresponde igualmente às ações de fomento descentralizado em saúde, empreendidas pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Ciência e Tecnologia, no contexto do Plano Plurianual (PPA) 2004-2008. Conforme exposto, o projeto intitulado “Gestão Compartilhada” foi reformulado a partir de 2004, e passou a ser denominado “*Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS*”.

Na 3ª Edição foram financiados 606 projetos de pesquisa em ciência e tecnologia em saúde.

3.4.1.2 Distribuição territorial dos projetos de pesquisa em ciência e tecnologia em saúde, fomentados no país no período 2002-2008.

Foram consideradas como ocorrências derivadas da categoria “distribuição territorial” as cinco grandes regiões geográficas brasileiras, estabelecidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (Norte - NO; Nordeste- NE; Centro-Oeste - CO; Sudeste - SE; e Sul - SU), como também as Unidades Federativas (UFs) que compõem cada região, totalizando 27 no país.

3.4.1.3 - Recursos investidos no fomento à pesquisa em ciência e tecnologia em saúde, no país, no período 2002-2008.

A categoria relativa aos recursos investidos nos projetos fomentados no país, no período 2002-2008, apresentou alguns desdobramentos referentes à distribuição dos recursos, com o propósito de contemplar outras nuances da distribuição dos recursos, conforme se apresenta a seguir.

a) Distribuição, segundo classes de valores, do volume de recursos investidos no fomento à pesquisa em ciência e tecnologia em saúde, no período 2002-2008.

Os 1271 projetos financiados no período 2002-2008 foram agrupados em 6 (seis) classes de valores, em R\$ (reais), segundo a mesma classificação adotada para este agrupamento na base de dados gerenciais “Pesquisa Saúde” do Ministério da Saúde/Decit, como segue:

1. Até R\$20.000,00
2. R\$20.000,00 a R\$49.999,99
3. R\$50.000,00 a R\$99.999,99
4. R\$100.000,00 a R\$299.999,99
5. R\$300.000,00 a R\$499.999,99
6. R\$500.000,00 mil e mais.

b) A subcategoria referente à distribuição, segundo Região e Unidade Federativa, dos projetos de pesquisa em ciência e tecnologia em saúde com valores acima de R\$ 500 mil reais, fomentados no país no período 2002-2008, foi inserida com o propósito de identificar a concentração territorial dos recursos fomentados no período.

c) Foi contemplada a distribuição, segundo instituições executoras dos projetos, dos recursos equivalentes a 50% do volume total investido, no país, para o fomento à pesquisa em ciência e tecnologia em saúde, no período 2002-2008, a fim de observar a existência de concentração de recursos no tocante às instituições executoras dos projetos de pesquisa.

d) Contemplou-se ainda uma categoria referente à distribuição, segundo Regiões e Unidades Federativas do país, dos recursos investidos no fomento à pesquisa em ciência e tecnologia em saúde, no período 2002-2008.

3.4.1.4 Parcerias interinstitucionais estabelecidas para o fomento de projetos de pesquisa em ciência e tecnologia em saúde no país, no período 2002-2008.

As parcerias interinstitucionais estabelecidas se desdobraram em duas subcategorias principais: a) parcerias administrativas e b) parcerias orçamentárias, conforme detalhado a seguir.

a) Parcerias administrativas estabelecidas para o fomento de projetos em ciência e tecnologia em saúde no país, no período 2002-2008.

Adotou-se o conceito de “Parceiro Administrativo”, referente à instituição ou agência que colaborou na contratação dos projetos fomentados, a saber: o Fundo Nacional da Saúde – FNS, a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura – UNESCO e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq.

b) Parcerias orçamentárias estabelecidas para o fomento de projetos em ciência e tecnologia em saúde no país, no período 2002-2008.

Conceituou-se como “Parceiro Orçamentário” a instituição que colabora financeiramente nos projetos de pesquisa em ciência e tecnologia em saúde, a saber:

- Ministério da Saúde – MS;
- Fundações de Amparo à Pesquisa – FAPs, no âmbito das Unidades Federativas do país;
- Secretarias Estaduais de Saúde – SES, no âmbito das Unidades Federativas do país.

3.4.1.5 Tipo de pesquisa desenvolvida nos projetos de pesquisa em ciência e tecnologia em saúde, fomentados no país no período 2002-2008.

Os dados disponíveis no banco de dados gerenciais Pesquisa Saúde, do Ministério da Saúde/Decit, como também as respectivas classificações quanto às modalidades de pesquisa dos projetos fomentados, são oriundos do próprio Departamento de Ciência e Tecnologia - Decit, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - SCTIE, do Ministério da Saúde.

A classificação dos tipos de pesquisa executadas nos projetos fomentados foi incorporada, pelo Ministério da Saúde/Decit, a partir de tipologia estabelecida segundo método desenvolvido pelo Center for Economic Policy Research (Alano Jr. *et al.*, 2000). Tal método conjuga o campo de atividade e o tipo de pesquisa para identificar a área de conhecimento.

A conceituação de cada modalidade de pesquisa segue na sequência.

a) Pesquisa biomédica (stricto sensu): trata-se de pesquisa cujo objeto de estudo é constituído por modelos animais, secreções, tecidos, células, genes humanos, animais ou vegetais. Exemplo: determinação da sequência de aminoácidos em uma molécula de anticorpo; determinação dos nutrientes em um alimento.

b) Pesquisa Clínica: refere-se à pesquisa realizada com seres humanos para responder a questões de diagnóstico, tratamento e prognóstico no nível individual. Exemplo: sensibilidade, especificidade e valor preditivo de um novo teste diagnóstico; eficácia ou eficiência de um novo procedimento cirúrgico, como por exemplo, prognóstico em câncer após distintos tratamentos.

c) Pesquisa em saúde coletiva: são pesquisas referentes às dimensões materiais e simbólicas do processo saúde-doença e da resposta socialmente organizada aos problemas de saúde na dimensão coletiva. Exemplos: custo-efetividade de um procedimento ou ação em saúde; análise da política de saúde; estudos epidemiológicos; representação social sobre saúde; desigualdades sociais em saúde; comunicação e educação em saúde; formação de profissionais de saúde; sistemas de informação; modelos gerenciais.

d) Pesquisa epidemiológica: refere-se a estudos da distribuição e dos determinantes de problemas de saúde, dos agravos à saúde e dos eventos de saúde em populações ou grupos populacionais específicos.

e) Pesquisa em ciências sociais e humanas aplicadas em saúde: são estudos envolvendo qualquer uma das ciências humanas ou sociais cujos objetos são: o processo saúde-doença em sua dimensão simbólica; processos históricos e sociais associados à determinação do processo saúde-doença na dimensão coletiva; práticas populares ou institucionais em saúde; formação de profissionais e trabalhadores em saúde; mercado de trabalho dos profissionais e trabalhadores da saúde; psicologia social; economia em saúde; e outros.

f) Pesquisa sobre sistemas de saúde, planejamento e gestão de políticas, programas e serviços de saúde: esta modalidade de pesquisa abrange estudos cujos objetos são os sistemas de saúde em sua formulação, organização, financiamento e funcionamento; os aspectos gerenciais e administrativos das políticas, programas e

serviços de saúde; os aspectos políticos ou econômicos relacionados com o planejamento, a formulação, a implementação e a avaliação de sistemas, políticas, programas e serviços de saúde; e outros.

g) Pesquisas sobre Desenvolvimento tecnológico: atividades relacionadas com o desenvolvimento ou implementação de novos produtos e processos ou com o aprimoramento de produtos e processos já existentes. Ex: desenvolvimento de vacinas combinadas; aprimoramento do sistema de informações para vigilância epidemiológica; desenvolvimento de equipamentos médico-hospitalares; desenvolvimento de material educativo; produção de fitoterápicos.

h) Pesquisa em Infraestrutura: esta modalidade de pesquisa trata de projetos financiados com objetivo de estruturação de laboratórios, de centros de pesquisa, de obras e reformas, enfim, de processos de infraestrutura visando gerar, posteriormente, investimentos em pesquisa propriamente dita.

3.4.1.6 Perfil das instituições executoras dos projetos de pesquisa fomentados no país, no período 2002-2008

Conceituaram-se como instituições executoras dos projetos de pesquisa aquelas instituições nas quais os projetos fomentados foram executados. Foram consideradas como instituições executoras: as universidades, os institutos de pesquisa e as secretarias estaduais de saúde.

3.4.1.7 Perfil dos coordenadores dos projetos de pesquisa em ciência e tecnologia em saúde, fomentados no país no período 2002-2008

Além das conceituações acima, que integram os conceitos da base de dados gerenciais “Pesquisa Saúde”, foi realizado um levantamento, a partir dos dados da base dos currículos CNPq Lattes, de algumas características relativas ao perfil dos coordenadores dos projetos de pesquisa fomentados. Foram levantadas as seguintes características: sexo; titulação na ocasião do edital da pesquisa (mestrado ou doutorado, sendo que, para os doutores, considerou-se também a instituição em que o doutorado foi realizado); país ou, caso o doutorado tenha sido realizado no Brasil, a

Unidade Federativa na qual a instituição estava sediada; e tempo de titulação do doutorado do coordenador do projeto de pesquisa fomentado.

a) Titulação acadêmico-científica dos coordenadores dos projetos de pesquisa fomentados (mestre e doutor)

Esta variável, levantada após consulta à Plataforma Lattes do CNPq, buscou verificar a titulação do coordenador do projeto de pesquisa na ocasião do edital da pesquisa (Mestrado ou Doutorado). Sendo que, para os coordenadores com titulação de Doutorado, considerou-se também a instituição em que o doutorado foi realizado; país ou UF da instituição, caso tenha sido no Brasil, além de informações mais específicas descritas a seguir.

b) Tempo de titulação de doutorado, em anos, dos coordenadores dos projetos de pesquisa fomentados

Esta variável foi inserida com o objetivo de identificar se os pesquisadores, os quais haviam tido projetos fomentados pelo programa institucional de fomento à pesquisa em ciência e tecnologia em saúde, eram jovens pesquisadores, ou se se tratavam de pesquisadores com maior tempo de experiência em pesquisa.

Tempo de titulação do doutorado	Descrição do conceito
< 2 anos	Coordenadores com até 2 anos de titulação de doutorado
De 02 a 05 anos	Coordenadores com 2 anos completos até 5 anos de titulação de doutorado
De 05 a 09 anos	Coordenadores com 5 anos completos até 9 anos de titulação de doutorado
10anos e +	Coordenadores com 10 anos completos e + de titulação de doutorado

c) Obtenção de bolsa CNPq de produtividade em pesquisa, por parte dos coordenadores dos projetos de pesquisa fomentados, no país, no período 2002-2008.

Esta variável teve por objetivo identificar o tipo de pesquisador que obteve projetos financiados pelo programa institucional de fomento à pesquisa em ciência e tecnologia em saúde.

Os coordenadores foram classificados segundo presença ou ausência de Bolsa CNPq de Produtividade em Pesquisa. A Bolsa CNPq de Produtividade em Pesquisa é destinada a pesquisadores que se destaquem entre seus pares, valorizando sua produção científica segundo critérios normativos, estabelecidos pelo CNPq; e segundo critérios específicos, estabelecidos pelos Comitês de Assessoramento (CAs) do CNPq.

Os pré-requisitos para a Bolsa CNPq de Produtividade em Pesquisa são as seguintes: o pesquisador deverá ser brasileiro ou estrangeiro com situação regular no País; possuir o título de doutor ou perfil científico equivalente; e deverá dedicar-se às atividades constantes de seu pedido de bolsa. Poderá ser aposentado, desde que mantenha atividades acadêmico-científicas oficialmente vinculadas a instituições de pesquisa e ensino.

A duração da bolsa de pesquisa na categoria nível 1A é de 60 meses; nos níveis 1B, 1C e 1D, a bolsa tem a duração de 48 meses; e na categoria 2, a duração da bolsa é de 36 meses.

Os requisitos e critérios mínimos para enquadramento e classificação por categoria foram selecionados de modo condizente com o perfil de qualificação historicamente requerido para o coordenador de projetos de pesquisa fomentados no país. Tais requisitos e critérios foram categorizados em duas posições genéricas:

- 1) Pesquisador que obteve qualquer uma das modalidades de bolsa de produtividade em pesquisa - PQ_sim;
- 2) Pesquisador que não obteve qualquer uma das modalidades de bolsa de produtividade em pesquisa: PQ_não.

3.4.1.8 Distribuição, segundo subagendas temáticas de pesquisa, dos projetos de pesquisa em ciência e tecnologia em saúde, fomentados no país no período 2002-2008.

A Subagenda representou um dos produtos da 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, realizada em 2004, e se constituiu como a definição da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS), que expressa a diretriz das necessidades de pesquisa em saúde no Brasil. A ANPPS é composta por 24 subagendas, cada uma correspondente a uma grande área temática

de pesquisa científica. No banco de dados PesquisaSaúde, do Ministério da Saúde/Decit, cada projeto de pesquisa fomentado foi classificado em, pelo menos, uma das subagendas.

A relação das 24 subagendas apresenta os conteúdos temáticos abaixo relacionados.

1. Saúde dos Povos Indígenas
2. Saúde Mental
3. Violência, Acidentes e Trauma
4. Saúde da População Negra
5. Doenças Não-Transmissíveis
6. Saúde do Idoso
7. Saúde da Criança e do Adolescente
8. Saúde da Mulher
9. Saúde dos Portadores de Necessidades Especiais
10. Alimentação e Nutrição
11. Bioética e Ética na Pesquisa
12. Pesquisa Clínica
13. Complexo Produtivo da Saúde
14. Avaliação de Tecnologias e Economia da Saúde
15. Epidemiologia
16. Demografia e Saúde
17. Saúde Bucal
18. Promoção da Saúde
19. Doenças Transmissíveis
20. Comunicação e Informação em Saúde
21. Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
22. Sistemas e Políticas de Saúde
23. Saúde, Ambiente, Trabalho e Biossegurança
24. Assistência Farmacêutica

3.4.2 Fontes de coleta dos dados

As informações sobre os projetos de pesquisa estudados foram obtidas a partir do “*PesquisaSaúde*”, base de dados gerenciais do Ministério da Saúde utilizada para registrar os dados e informações relativos aos projetos fomentados pelo Departamento de Ciência e Tecnologia - DECIT. O “*PesquisaSaúde*” é uma ferramenta eletrônica que congrega dados de mais de 3.000 pesquisas fomentadas pelo Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit).

O banco de dados comporta diversos critérios de busca (número de projetos e recursos investidos por ano, região, modalidade de fomento, edital e instituição, entre outros).

Para este estudo foi escolhido o universo de registros de projetos de pesquisa, financiados entre os anos 2002 e 2008 que faziam parte do *Projeto Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia em Saúde*, correspondente aos anos 2002 e 2003 e dos projetos do *Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS*, correspondendo aos anos de 2004 a 2008.

Essa busca resultou em um total de 1.271 projetos, dos quais foram levantados os seguintes componentes de dados: chamada de proposta; título; sub agenda, tipo de pesquisa; instituição executora; coordenador; ano do fomento; parceiros administrativos; parceiros orçamentários e recursos aprovados.

As informações sobre as características dos coordenadores dos projetos de pesquisa estudados foram buscadas na *Plataforma Lattes* – esta plataforma representa a experiência do CNPq na integração de bases de dados de Currículos, de Grupos de pesquisa e de Instituições em um único Sistema de Informações.

RESULTADOS

"Afiml, há é que ter paciência, dar tempo ao tempo, já devíamos ter aprendido, e de uma vez para sempre, que o destino tem de fazer muitos rodeios para chegar a qualquer parte."
Guimarães Rosa

Este trabalho traz os resultados de três edições do financiamento descentralizado para pesquisa em saúde, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, com um total de 1.271 projetos contratados, entre os anos 2002 e 2008.

A 1ª edição corresponde aos anos de 2002 e 2003, quando o programa de descentralização levava o nome de "***Projeto Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia (C&T) em Saúde***". Estes projetos tiveram origem em convênios firmados pelo Ministério da Saúde, sob a coordenação do Decit, em 2001, com Fundações de Amparo à Pesquisa de Alagoas, Ceará, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Pernambuco, Piauí e Sergipe. Estes convênios foram firmados através do Fundo Nacional de Saúde – FNS, sem a participação financeira dos convenientes, e resultaram em 101 projetos de pesquisa, contratados no ano de 2002, num montante de 2,2 milhões de reais.

No ano de 2003, mais três estados fizeram parte deste programa, Bahia, Minas Gerais e Santa Catarina, tendo o repasse de recursos, intermediado pela UNESCO, sendo que apenas Santa Catarina participou com aporte financeiro, resultando em 46 projetos de pesquisa. Desta forma, a 1ª edição contou com 11,6% (147) dos projetos, num total de 3,8 milhões de reais (Tabela 1).

A 2ª edição, 2004 -2005 inaugura uma nova fase do programa, sob o nome que vigora até os dias atuais, "***Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS***" envolvendo parcerias no âmbito federal e estadual, entre instâncias da área da saúde e da ciência e tecnologia. Nesta edição, participaram todos os 27 estados da federação, onde foram envolvidas as Fundações de Amparo à Pesquisa – FAP como agentes executores do Programa, atuando em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde – SES. Nesta edição, foram financiados 40,8% (518) projetos de pesquisa num montante de 25,3 milhões de reais (Tabela 1).

A 3ª edição foi considerada como contendo os editais lançados pelo programa PPSUS entre os anos de 2006 até 2008. Esta fase, conforme mostrado na Tabela 1, foi responsável por praticamente 50% (606) dos projetos de pesquisa, num valor total de 38,1 milhões de reais. A tabela mostra também que a 3ª Edição respondeu por quase 57% dos recursos destinados a esse programa.

Tabela 1 - Distribuição dos projetos de pesquisa fomentados, segundo edições do PPSUS. Brasil, 2002-2008.

Edições	Qtd	% Qtd	Valor total	%Valor total
1a_Edição 2002_3	147	11,6	3.754.201,39	5,6
2a_Edição 2004_5	518	40,8	25.327.606,75	37,7
3a_Edição 2006_8	606	47,7	38.091.189,27	56,7
Total	1.271	100,0	67.172.997,41	100,0

Fonte: Dados obtidos do *PesquisaSaúde*. Decit, 2002-2008

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos 1.271 projetos de pesquisa, fomentados entre os anos 2002 e 2008, onde se observou que, nas três edições do programa participaram 213 instituições e 1.151 pesquisadores envolvidos. Do total de pesquisadores, 109 tiveram mais de um projeto contemplado. Quanto aos valores médios, observa-se que houve um aumento contínuo, sendo que o valor médio da 3ª edição foi 2,5 vezes maior que na 1ª Edição.

Tabela 2 - Distribuição dos projetos de pesquisa, instituições executoras, pesquisadores e valor médio fomentado, segundo edições do PPSUS. Brasil, 2002-2008.

Edições	Projetos	Instituições	Pesquisadores	Valor Médio
1a_Edição 2002_3	147	45	147	25.538,78
2a_Edição 2004_5	518	140	510	48.894,99
3a_Edição 2006_8	606	144	603	62.856,75
Total	1.271	213	1.151	52.850,51

Fonte: Dados obtidos do *PesquisaSaúde*. Decit, 2002-2008

A Tabela 3 apresenta as medidas características dos valores totais das 1.271 observações em estudo:

Tabela 3 - Análise estatística dos valores fomentados por projetos de pesquisa segundo edições do PPSUS. Brasil, 2002-2008

Medidas Estatísticas	1ª Edição	2ª Edição	3ª Edição	Total
Média	25.538,78	48.894,99	62.856,75	52.850,51
Mediana	19.948,80	24.345,50	39.769,00	30.767,00
Moda	15.000,00	20.000,00	40.000,00	20.000,00
Valor Mínimo	3.055,00	2.500,00	2.209,25	2.209,25
Valor Máximo	284.945,00	2.578.421,00	1.300.000,00	2.578.421,00

Fonte: Dados obtidos do *PesquisaSaúde*. Decit, 2002-2008

No total dos 1.271 projetos, o valor médio foi R\$ 52.850,51 sendo que, metade dos projetos recebeu fomento de até R\$ 30.767,00 (Mediana), havendo uma variação de 19.948,80 na 1ª Edição (2002-2003), 24.345,50 na 2ª Edição (2004-2005) e 39.769,00 na 3ª Edição (2006-2008). Percebeu-se, ainda, que o valor modal foi R\$ 20.000,00 (registrou-se 19 valores iguais a R\$ 20.000,00). Claramente, houve valores bem acima da média, pode-se observar uma grande variação entre valores mínimos e máximos, mais discrepantes na 2ª e 3ª edições, onde o valor máximo ultrapassa 500 vezes o menor valor.

Tabela 4 - Distribuição dos projetos de pesquisa fomentados segundo faixas de valor PPSUS. Brasil, 2002-2008

Faixa Valor	Projetos	% Projetos	Valor Total (R\$)	% Valor Total	Valor Médio (R\$)
Até 20 mil	370	29,1	5.004.450,20	7,5	13.525,54
20 a 49 mil	587	46,2	19.634.477,99	29,2	33.448,86
50 a 99 mil	210	16,5	14.533.412,76	21,6	69.206,73
100 a 299 mil	89	7,0	14.236.482,98	21,2	159.960,48
300 a 499 mil	6	0,5	2.081.070,83	3,1	346.845,14
500 mil e +	9	0,7	11.683.102,65	17,4	1.298.122,52
Total	1.271	100,0	67.172.997,41	100,0	52.850,51

Fonte: Dados obtidos do *PesquisaSaúde*. Decit, 2002-2008

A tabela 4 mostra a distribuição dos 1.271 projetos segundo faixas de valor dos projetos, observou-se que 46,2% estavam na faixa de 20 a 49 mil reais e foram responsáveis por 29,2% dos recursos. Chamando a atenção, o grupo de 9 projetos com valores superiores a 500 mil reais que corresponderam a 0,7% do total de projetos executados, sendo responsáveis por 17,4% (11,6 milhões) dos recursos totais investidos. Nesta faixa o valor médio foi de R\$ 1.298.122,52. Devido ao seu pequeno número e pelo impacto financeiro, mereceram uma análise em separado e descrição individual (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição dos projetos de pesquisa com valores acima de 500 mil (R\$), instituições executoras, ano, UF e valor total. PPSUS, Brasil, 2002-2008

Qtd	Projeto	Instituição Executora	Ano	UF	Valor Total (R\$)
1	Dengue: produção de lotes experimentais de uma vacina tetravalente candidata contra dengue.	SES / SP	2005	SP	2.578.421,00
2	Desenvolvimento industrial de surfactante pulmonar de origem animal	SES / SP	2005	SP	1.758.028,25
3	Mapeamento genético de fatores de risco cardiovascular na população brasileira: uma abordagem de mapeamento baseada em núcleos familiares - Projeto Corações de Baependi.	SES / SP	2005	SP	1.492.425,00
4	Estudos sobre vírus emergentes incluindo arbovirus robovirus vírus respiratórios e de transmissão congênita	USP	2005	SP	1.341.464,76
5	Implantação de uma rede de pesquisa em métodos moleculares para o diagnostico de doenças crônicas degenerativas infecciosas e parasitárias e doenças neurodegenerativas	UFRJ	2006	RJ	1.300.000,00
6	Rede LAB	UFRJ	2004	RJ	1.000.000,00
7	Centro Nacional de Bioimagens	UFRJ + UERJ + Fiocruz	2006	RJ	1.000.000,00
8	Implantação do banco mineiro de tumores humanos	FHEMIG	2006	MG	712.763,64
9	Rede de pesquisa em métodos moleculares em diagnósticos e prognóstico de neoplasias	INCA	2006	RJ	500.000,00
Total					11.683.102,65

Fonte: Dados obtidos do *PesquisaSaúde*. Decit, 2002-2008

O projeto de maior valor - R\$ 2.578.421,00 intitulado “*Dengue: produção de lotes experimentais de uma vacina tetravalente candidata contra dengue*”, sob a responsabilidade da SES/SP e desenvolvido pelo Instituto Butantã, tinha como objetivo a produção de três lotes da vacina tetravalente contra a dengue para posterior utilização em testes com animais (pré-clínicos) e humanos (clínicos).

O segundo projeto em maior valor, R\$ 1.758.028,25 era “*Desenvolvimento industrial de surfactante pulmonar de origem animal*”, também sob a responsabilidade do Instituto Butantã, tinha como objetivo a implantação da produção de surfactante pulmonar nacional em escala industrial, além do desenvolvimento de novas pesquisas visando o aprimoramento do produto e correlatos.

O terceiro projeto em volume de recursos, R\$1.492.425,00 “*Mapeamento genético de fatores de risco cardiovascular na população brasileira: uma abordagem de mapeamento baseada em núcleos familiares - projeto corações de Baependi*”, tinha como objetivo a realização de mapeamento de componentes hereditários dos fatores de risco cardiovascular na população brasileira. Para tal, a intenção foi genotipar marcadores polimórficos espalhados por todo o genoma humano utilizando plataforma de genotipagem comercialmente disponível da empresa Affymetrix em uma amostra já coletada e caracterizada quanto a fatores demográficos e de risco cardiovascular de 1.700 indivíduos distribuídos em 94 núcleos familiares residentes na cidade de Baependi, MG.

O projeto “*Estudos sobre vírus emergentes incluindo arbovirus robovirus vírus respiratórios e de transmissão congênita no centro de pesquisa em virologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto USP*” teve o quarto maior volume de recursos, R\$ 1.341.464,76 e propunha-se a estudar viroses de grande relevância em saúde pública, como é o caso das febres hemorrágicas por dengue e Hantavírus, a febre amarela e a febre por Arenavírus, ou infecções do SNC, por vírus Rocio e da encefalite de Saint Louis. Além destes, o estudo se propõe a outros como é o caso dos vírus do dengue e do Oropouche.

O quinto projeto com maiores recursos R\$ 1.300.000,00 foi o projeto “*Implantação de uma rede de pesquisa em métodos moleculares para o diagnóstico de doenças crônicas degenerativas infecciosas e parasitárias e doenças neurodegenerativas*”. Trata-se de uma proposta composta por 3 projetos que abrangem o diagnóstico molecular desses três grupos de doenças e que foram desenvolvidos sob a forma de rede: (1) Diagnóstico molecular com base na detecção de DNA e proteínas (antígenos e anticorpos) específicos para agentes infecciosos causadores de doenças de aquisição comunitária e hospitalar; (2) Diagnóstico molecular das doenças cardiovasculares e (3) Diagnóstico molecular das doenças neurodegenerativas. Este projeto fez parte do Edital MS/CNPq/FAPERJ N° 07/2006 onde a Secretaria Estadual de Ciência e Tecnologia - Secti e a FAPERJ convocaram pesquisadores e/ou grupos de pesquisa interessados em adquirir equipamentos multi-usuários para avaliação de animais de experimentação por imagem para o Centro Nacional de Bioimagem (CENABIO). O objetivo foi equipar e/ou ampliar a infraestrutura do CENABIO com equipamento multi-usuário de interesse da comunidade do Estado do Rio de Janeiro.

O sexto projeto em volume de recursos, R\$ 1.000.000,00 foi a Rede Lab, uma proposta de rede cooperativa de pesquisa em métodos moleculares para o diagnóstico de doenças crônicas, degenerativas, infecciosas e parasitárias, cujo objetivo era criar uma rede onde grupos com diferentes experiências possam trabalhar em um projeto cooperativo buscando ter excelência no diagnóstico de doenças infecciosas, genéticas e crônico-degenerativas e fez parte do Edital MS/CNPq/FAPERJ-N° 04/2004.

Na mesma posição em volume de recursos, (R\$ 1.000.000,00) encontrou-se o projeto: “*Centro Nacional de Bioimagens*”, desenvolvido no RJ em 2006 pelo IBCCF - Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho, tinha como objetivo central consolidar uma rede com capacidade de analisar sistemas biológicos ao nível atômico-molecular e celular e desenvolver uma rede de imageamento de organismos vivos. A criação deste Centro fundamentou-se na necessidade de cobrir uma lacuna importante no desenvolvimento das ciências biomédicas e, oferecer à comunidade científica brasileira, em um Centro Nacional, o que existe de mais moderno e sofisticado em termos de bioimagens. Os recursos do projeto foram para os

primeiros equipamentos para imageamento de animais inteiros por meio de bioluminescência e ultrassonografia de alta resolução, além de um sistema de criofatura de alta resolução.

Em oitavo lugar na ordem dos maiores recursos foi o projeto “*Implantação do banco mineiro de tumores humanos*” no valor de R\$ 712.763,64 com o objetivo de implantar um Banco de Tecidos Tumoriais em Minas Gerais, numa atuação conjunta de duas instituições públicas de Minas Gerais: Hospital Alberto Cavalcanti (Rede FHEMIG) e a Fundação Ezequiel Dias. Os tecidos incorporados ao banco subsidiarão estudos futuros dos fatores genéticos ou epigenéticos que interferem nos comportamentos das células tumorais.

Enfim, o nono projeto na ordem dos recursos, R\$ 500.000,00 “*Rede de pesquisa em métodos moleculares em diagnósticos e prognóstico de neoplasias*” com objetivo de enfrentar os desafios da Atenção Oncológica, foi coordenada pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) associando pesquisadores da UFRJ, UERJ, UFF e FIOCRUZ focando seus objetivos no estudo dos tumores considerados prioritários pelo Ministério da Saúde que são: câncer de mama, câncer de colo de útero, câncer de próstata, câncer gastrointestinal, neoplasias hematológicas e câncer de pulmão. Este conjunto de projetos, que compuseram a faixa de maior valor, acima de R\$ 500.000,00 concentraram-se na Região Sudeste.

Distribuição Territorial

No conjunto das três edições do PPSUS observou-se (Tabela 6) que a região nordeste concentrou a realização de projetos (37,3%) seguida da região sudeste (25,8%), entretanto os valores médios dos projetos financiados na região sudeste foram 3 vezes mais elevados que aqueles realizados na região nordeste. Os valores médios dos projetos financiados nas regiões Norte, Centro Oeste e Sul são próximos entre si. A menor participação em termos de número de projetos se deu na região Centro Oeste.

Tabela 6 - Distribuição dos projetos de pesquisa PPSUS, segundo região. Brasil, 2002-2008.

Região	Projetos	% Projetos	Valor Total (R\$)	% Valor Total	Valor Médio (\$)
N	143	11,3	7.232.895,03	10,8	50.579,69
NE	474	37,3	15.273.799,00	22,7	32.223,20
SE	328	25,8	32.726.891,12	48,7	99.777,11
S	216	17,0	8.393.601,33	12,5	38.859,27
CO	110	8,7	3.545.810,93	5,3	32.234,64
Total	1.271	100,0	67.172.997,41	100,0	52.850,51

Fonte: Dados obtidos do *PesquisaSaúde*. Decit, 2002-2008

A Tabela 7 apresenta a distribuição regional dos projetos segundo edições do PPSUS. Considerando as três edições do PPSUS, observa-se na primeira edição, que corresponde aos anos 2002 e 2003, houve um claro investimento de financiamento de projetos na região nordeste que recebeu mais de 50% dos recursos investidos e os valores médios dos projetos financiados são próximos entre si.

Na segunda edição do PPSUS todas as regiões do país participam, sendo que a região nordeste novamente concentra o número de projetos financiados (33%) seguida pela região sudeste (23,8%) e sul (21,8%), já as regiões norte e centro oeste apresentam uma participação pequena de aproximadamente 11,8% e 10% respectivamente. Observa-se que na região sudeste o valor médio dos projetos financiados é 2,3 vezes superior ao valor médio do país. A região nordeste, apesar de apresentar o maior número de projetos aprovados, ostenta o menor valor médio por projeto.

Na 3ª edição observa-se que nas Regiões Sudeste e Nordeste a quantidade de projetos financiados são quase os mesmos e estes respondem por mais de 60% do total de projetos financiados. A região sudeste concentra os investimentos realizados, respondendo por quase metade dos recursos disponibilizados, apesar do valor médio dos projetos financiados desta região ter sido inferior àquele observado na 2ª edição. Quanto aos valores médios nas três edições, observa-se que há um aumento contínuo desses valores ao longo do tempo.

Tabela 7 - Distribuição dos projetos de pesquisa PPSUS fomentados segundo edição e região do país. Brasil, 2002-2008.

Edição	Região	Projetos	% Projetos	Valor Total (R\$)	%Valor Total	Valor Médio (R\$)
	N	-	-	-	-	-
1ª Edição 2002-3	NE	99	67,4	2.117.596,87	56,41	21.389,87
	SE	12	8,2	333.464,00	8,88	27.788,67
	S	21	14,3	856.388,00	22,81	40.780,38
	CO	15	10,2	446.752,52	11,9	29.783,50
	Total	147	100,0	3.754.201,39	100	25.538,78
2ª Edição 2004-5	N	61	11,8	3.150.582,04	12,4	51.648,89
	NE	171	33,0	3.736.054,13	14,8	21.848,27
	SE	121	23,4	13.723.162,35	54,2	113.414,56
	S	113	21,8	3.005.605,80	11,9	26.598,28
	CO	52	10,0	1.712.202,43	6,8	32.926,97
Total	518	100,0	25.327.606,75	100,0	48.894,99	
3ª Edição 2006-8	N	82	13,5	4.082.312,99	10,72	49.784,30
	NE	204	33,7	9.420.148,00	24,73	46.177,20
	SE	195	32,2	18.670.264,77	49,01	95.744,95
	S	82	13,5	4.531.607,53	11,9	55.263,51
	CO	43	7,1	1.386.855,98	3,64	32.252,46
Total	606	100,0	38.091.189,27	100,0	62.856,75	
Total geral		1.271		67.172.997,41		52.850,51

Fonte: Dados obtidos do *PesquisaSaúde*. Decit, 2002-2008

Parceiros Administrativos no financiamento de projetos PPSUS

Parceiros administrativos são instituições/agências que colaboraram na celebração dos convênios no nível federal, que darão origem à contratação dos projetos fomentados. No caso do PPSUS, três instituições tem seu nome, historicamente envolvidos, nesse processo, são elas o Fundo Nacional de Saúde – FNS, a UNESCO e finalmente o CNPq. Na primeira edição (2002-2003) o Fundo Nacional de Saúde - FNS foi o responsável pelo repasse dos recursos aos Estados, sendo responsável por 101 projetos. A UNESCO também respondeu pela contratação direta de 46 projetos da 1ª edição e por 14 projetos do projeto Amazônia Legal, lançado em 2004. A partir de 2004, o CNPq passa a intermediar as contratações, se

tornando o parceiro mais robusto. Deste ano em diante, fica responsável pela totalidade dos convênios com os Estados, respondendo por 94% de todo o recurso administrado nestas três edições (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição dos projetos de pesquisa fomentados segundo edição do PPSUS e parceiros administrativos. Brasil, 2002-2008

Edição	CNPq		FNS		UNESCO		Total	
	Proj.	Valor (R\$)	Proj.	Valor (R\$)	Proj.	Valor (R\$)	Proj.	Valor (R\$)
2002_3	-	-	101	2.204.413,39	46	1.549.788,00	147	3.754.201,39
2004_5	504	24.731.559,12	-	-	14	596.047,63	518	25.327.606,75
2006_8	606	38.091.189,27	-	-	-	-	606	38.091.189,27
Total	1.110	62.822.748,39	101	2.204.413,39	60	2.145.835,63	1.271	67.172.997,41

Fonte: Dados obtidos do *PesquisaSaúde*. Decit, 2002-2008

Parceiros orçamentários - fontes de recursos dos projetos PPSUS

Parceiros orçamentários são instituições que colaboraram financeiramente no fomento aos projetos. A Tabela 9 demonstra a evolução da contribuição dos parceiros no financiamento dos projetos. Na 1ª edição a tímida participação de 10,3% foi logo superada pelas 2ª e 3ª edições quando a participação orçamentária dos parceiros foi de mais de 41,3 e 44% respectivamente.

Quanto à participação FAP/SES na contrapartida, na 1ª Edição apenas a FAP/SC contribuiu, já na 2ª Edição, verificamos que as FAPs foram responsáveis por 95,5% (10,5 milhões) enquanto as SES (PA; RN; GO) contribuíram com 4,5% (466 mil). Na 3ª Edição a participação das SES foi mais efetiva chegando a 26,4% (4,8 milhões), porém mantendo a liderança das FAPs que foram responsáveis, nesta edição, por 73,6% (12,3 milhões). No total, a contribuição das FAPs em relação às SES foi de 82,3% revelando-as como grandes parceiros no fomento à pesquisa em saúde nos estados.

Tabela 9 - Distribuição dos recursos fomentados em cada Edição do PPSUS, segundo fonte de financiamento, Ministério da Saúde e Parceiros FAP/SES. Brasil, 2002-2003

Edição	Valor total	Min Saúde	% Min Saúde	FAPs	SES	% FAPs/SES
2002_3	3.754.201,39	3.368.826,79	89,7	385.374,60	-	10,3
2004_5	25.327.606,75	14.860.235,48	58,7	10.000.640,06	466.731,21	41,3
2006_8	38.091.189,27	21.328.382,09	56,0	12.344.118,33	4.418.688,85	44,0
Total	67.172.997,41	39.557.444,36	58,9	22.730.132,99	4.885.420,06	41,1

Fonte: Dados obtidos do *PesquisaSaúde*. Decit, 2002-2008

A 1ª edição, fase em que o programa denominava-se “*Projeto Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia (C&T) em Saúde*”, desenvolvido em parceria com as fundações de amparo à pesquisa (FAPs) e secretarias estaduais de saúde (SES) se concentrou nos estados de Alagoas (AL), Bahia (BA), Ceará (CE), Mato Grosso do Sul (MS), Minas Gerais (MG), Paraíba (PB), Pernambuco (PE), Piauí (PI), Santa Catarina (SC) e Sergipe (SE). A Tabela 9.1, mostra que houve uma concentração mais importante na região Nordeste e que a principal fonte de financiamento foi o Ministério da Saúde. A contrapartida ocorreu apenas no estado de Santa Catarina, onde a FAP alocou 45% do valor total fomentado no estado.

Tabela 9.1 - Distribuição dos projetos na 1ª Edição do PPSUS segundo região, Unidade da Federação e fonte de financiamento. Brasil, 2002-2003.

Região	UF	Valor	Min Saúde		FAP	SES	%
		total	Valor	% Valor	Valor		FAP/SES
	AL	203.327,00	203.327,00	100	-	-	-
	BA	359.936,00	359.936,00	100	-	-	-
	CE	390.000,00	390.000,00	100	-	-	-
NE	PB	289.397,20	289.397,20	100	-	-	-
	PE	435.515,54	435.515,54	100	-	-	-
	PI	181.382,00	181.382,00	100	-	-	-
	SE	258.039,13	258.039,13	100	-	-	-
Sub Total NE		2.117.596,87	2.117.596,87	100	-	-	-
SE	MG	333.464,00	333.464,00	100	-	-	-
Sub Total SE		333.464,00	333.464,00	100	-	-	-
S	SC	856.388,00	471.013,40	55	385.374,60	-	45
Sub Total SU		856.388,00	471.013,40	55	385.374,60	-	45
CO	MS	446.752,52	446.752,52	100	-	-	-
Sub Total CO		446.752,52	446.752,52	100	-	-	-
Total		3.754.201,39	3.368.826,79	89,73	385.374,60		10,3

Fonte: Dados obtidos do *PesquisaSaúde*. Decit, 2002-2008

Já na 2ª edição (Tabela 9.2) houve um crescimento da participação dos parceiros (FAPs/SES) que passou de cerca de 10% na 1ª edição para 41,3% no total investido. Entretanto na região norte onde o sistema de C&T ainda é incipiente o MS bancou 100% do financiamento (AP, RO, RR e TO), contando com a participação da FAPEAM (50%) e da SES/PA com 33,3%. Na região centro-oeste a participação do MS foi semelhante à média do país destacando-se o DF onde a participação dos parceiros foi de 50%. Na região Nordeste os parceiros contribuíram com 24,3% dos valores investidos nos projetos, sendo que alguns estados como CE, PE, PB e PI esta participação foi praticamente de 10%. Vale ressaltar que a participação de parceiros na Região Nordeste foi praticamente das Fundações de Apoio à Pesquisa - FAPs, sendo que apenas no Rio Grande do Norte a contrapartida foi colocada pela SES/RN.

Tabela 9.2 - Distribuição dos projetos na 2ª edição do PPSUS, segundo região, Unidade da Federação e fonte de financiamento. Brasil 2004-2005.

Região	UF	Valor total	Min Saúde		FAP Valor	SES	% FAP/SES
			Valor	% Valor			
	AC	248.237,59	248.237,59	100,0	-	-	-
	AM	859.252,91	429.626,44	50,0	429.626,47	-	50,0
	AP	144.865,48	144.865,48	100,0	-	-	-
N	PA	695.281,50	463.752,75	66,7	-	231.528,75	33,3
	RO	520.401,55	520.401,55	100,0	-	-	-
	RR	251.165,00	251.165,00	100,0	-	-	-
	TO	431.378,01	431.378,01	100,0	-	-	-
Sub Total NO		3.150.582,04	2.489.426,82	79,0	429.626,47	231.528,75	21,0
	AL	335.408,14	191.518,03	57,1	143.890,11	-	42,9
	BA	711.850,00	476.939,50	67,0	234.910,50	-	33,0
	CE	709.903,40	638.203,18	89,9	71.700,22	-	10,1
	MA	284.458,80	189.734,02	66,7	94.724,78	-	33,3
NE	PB	413.112,64	371.388,28	89,9	41.724,36	-	10,1
	PE	410.570,68	369.103,05	89,9	41.467,63	-	10,1
	PI	186.460,75	167.628,21	89,9	18.832,54	-	10,1
	RN	353.011,65	235.458,76	66,7	-	117.552,89	33,3
	SE	331.278,07	189.159,77	57,1	142.118,30	-	42,9
Sub Total NE		3.736.054,13	2.829.132,80	75,7	789.368,44	117.552,89	24,3
	ES	404.898,88	270.067,54	66,7	134.831,34	-	33,3
	MG	1.034.805,20	517.402,55	50,0	517.402,65	-	50,0
SE	RJ	2.978.928,57	1.489.464,28	50,0	1.489.464,29	-	50,0
	SP	9.304.529,70	4.652.264,78	50,0	4.652.264,92	-	50,0
Sub Total SE		13.723.162,35	6.929.199,15	50,5	6.793.963,20		49,5
	PR	699.943,40	466.862,20	66,7	233.081,20	-	33,3
S	RS	886.992,80	657.261,64	74,1	229.731,16	-	25,9
	SC	1.418.669,60	472.416,94	33,3	946.252,66	-	66,7
Sub Total SU		3.005.605,80	1.596.540,78	53,1	1.409.065,02	-	46,9
	DF	755.108,30	377.554,14	50,0	377.554,16		50,0
	GO	353.302,00	235.652,43	66,7	-	117.649,57	33,3
CO	MS	265.376,36	177.006,03	66,7	88.370,33		33,3
	MT	338.415,77	225.723,33	66,7	112.692,44		33,3
Sub Total CO		1.712.202,43	1.015.935,93	59,3	578.616,93	117.649,57	40,7
Total		25.327.606,75	14.860.235,48	58,7	10.000.640,06	466.731,21	41,3

Fonte: Dados obtidos do *PesquisaSaúde*. Decit, 2002-2008

A 3ª Edição (Tabela 9.3) mostra um avanço nos investimentos, tanto do Ministério da Saúde quanto das FAPs e, principalmente, das Secretarias de Estado da Saúde – SES. A média das contrapartidas foi de 44,0%. Na Região Norte, destacou-se o estado do AM com participação de 50% dos investimentos, que neste estado foi feito pela FAP. Em todos os outros estados a contrapartida foi realizada pelas SES, característica diferente da grande maioria das demais regiões. Esta situação sugere que as FAPs na Região Norte, exceto a FAPEAM, ainda tinham uma participação tímida no fomento à pesquisa.

Na Região Nordeste, as maiores contrapartidas em termos percentuais, foram nos estados do MA e SE com 50,0% e 40,1% respectivamente, porém o maior volume de recursos se deu nos estados de PE (3,0 milhões), BA (2,3 milhões) e CE (1,4 milhões). Os estados do RN e SE tiveram as contrapartidas realizadas pelas SES, enquanto todos os outros estados foram as FAPs as responsáveis. Mais uma vez, este fato pode sugerir uma fragilidade das FAPs em participar diretamente como financiadora do fomento à pesquisa nestes estados.

A Região Sudeste mantém o padrão de participação nas contrapartidas já apresentado na 2ª edição, com média de 54,2% destacando-se o estado de MG com 60% de contrapartida e tendo o maior volume de recursos (8,7 milhões). Outra característica do estado de MG é que a participação da FAP e SES foi de 50% para cada um, mostrando a força de cada uma dessas instituições na questão do fomento em C&T. O RJ também teve uma contrapartida importante 50% mas a FAP foi responsável por 80% da contrapartida, em relação à SES/RJ. Em SP a contrapartida de 50% ficou a cargo da FAP.

Na Região Sul, a maior contrapartida foi de SC (40%), dividida meio a meio FAP/SES, sendo também os maiores recursos para pesquisa em toda a Região Sul (2,3 milhões). A participação dos outros estados não ultrapassou 33% e as contrapartidas foram feitas pelas FAPs.

Na Região Centro Oeste, apenas os estados do MS e MT lançaram editais, sendo que a contrapartida do MS foi de 50%. Nesta região todas as contrapartidas foram feitas pelas FAPs.

Tabela 9.3 - Distribuição dos projetos na 3ª edição do PPSUS segundo região, Unidade da Federação e fonte de financiamento. Brasil, 2006-2008.

Região	UF	Valor total	Min Saúde		FAP Valor	SES	% Valor
			Valor	% Valor			
N	AC	237.891,56	197.449,99	83,0	-	40.441,57	17,0
	AM	1.642.580,58	821.290,29	50,0	821.290,29		50,0
	AP	274.116,30	228.338,87	83,3	-	45.777,43	16,7
	PA	1.481.429,28	1.057.740,50	71,4	-	423.688,78	28,6
	RR	204.411,13	169.661,24	83,0	-	34.749,89	17,0
	TO	241.884,14	193.507,31	80,0	-	48.376,83	20,0
Sub Total NO		4.082.312,99	2.667.988,20	65,4	821.290,29	593.034,50	34,6
NE	AL	567.443,72	412.531,58	72,7	154.912,14	-	27,3
	BA	2.352.818,20	1.569.329,72	66,7	783.488,48	-	33,3
	CE	1.425.000,28	950.475,19	66,7	474.525,09	-	33,3
	MA	495.874,89	247.937,44	50,0	247.937,45	-	50,0
	PB	522.561,40	379.902,14	72,7	142.659,26	-	27,3
	PE	3.033.746,12	2.054.731,84	67,7	979.014,28	-	32,3
	PI	109.462,78	82.097,08	75,0	27.365,70	-	25,0
	RN	448.246,67	298.980,52	66,7	-	149.266,15	33,3
	SE	464.993,94	278.409,01	59,9	86.584,93	100.000,00	40,1
	Sub Total NE		9.420.148,00	6.274.394,52	66,6	2.896.487,33	249.266,15
SE	ES	535.997,64	357.510,42	66,7	178.487,22	-	33,3
	MG	8.675.716,09	3.470.286,43	40,0	2.602.714,83	2.602.714,83	60,0
	RJ	4.977.368,15	2.488.684,07	50,0	1.988.684,08	500.000,00	50,0
	SP	4.481.182,89	2.240.591,38	50,0	2.240.591,51	-	50,0
Sub Total SE		18.670.264,77	8.557.072,30	45,8	7.010.477,64	3.102.714,83	54,2
S	PR	854.977,11	572.834,67	67,0	282.142,44	-	33,0
	RS	1.308.263,58	1.006.054,69	76,9	302.208,89	-	23,1
	SC	2.368.366,84	1.421.020,10	60,0	473.673,37	473.673,37	40,0
Sub Total SU		4.531.607,53	2.999.909,46	66,2	1.058.024,70	473.673,37	33,8
CO	MS	565.100,56	282.550,27	50,0	282.550,29	-	50,0
	MT	821.755,42	546.467,34	66,5	275.288,08	-	33,5
Sub Total CO		1.386.855,98	829.017,61	59,8	557.838,37	-	40,2
Total		38.091.189,27	21.328.382,09	56,0	12.344.118,33	4.418.688,85	44,0

Fonte: Dados obtidos do *PesquisaSaúde*. Decit, 2002-2008

Subagendas de Pesquisa

A Tabela 10 traz a distribuição dos projetos segundo Subagendas de pesquisa, permitindo visualizar a distribuição dos recursos investidos em cada Subagenda por regiões do país. Das 23 Subagendas, 12 delas apresentaram percentuais bastante expressivos na Região Sudeste em relação às outras regiões do país, indicando uma possível concentração de pesquisadores nestas áreas na região, foram elas, Assistência Farmacêutica (47,2%), Avaliação de Tecnologias e Economia da Saúde (66,5%), Complexo Produtivo da Saúde (86,2%), Comunicação e Informação em Saúde (64,5), Doenças Crônicas Não Transmissíveis (59,3%), Pesquisa Clínica (72,3%), Saúde dos Portadores de Necessidades (45,4%), Sistemas e Políticas em Saúde (50,4%) e Epidemiologia (81,5%).

A Subagenda de Alimentação e Nutrição apresentou uma distribuição regional equilibrada dos recursos investidos, porém a Região Nordeste, entre todas, teve o maior destaque (25,4%). A Subagenda de Doenças Transmissíveis teve uma distribuição equânime, com ligeiro destaque para as regiões Norte (26,0%), Nordeste (26,8%) e Sudeste (26,2%). A Região Nordeste teve destaque nas Subagendas Gestão de Trabalho e Educação em Saúde (35,1%), Saúde Mental (51,3%), Saúde da Criança e do Adolescente (37,4%) e Violência Acidentes e Traumas (72,3%). As Subagendas Saúde da População Negra e Demografia e Saúde (100%) apresentaram apenas um projeto classificado em cada uma dessas categorias.

A Subagenda Saúde dos Povos Indígenas teve destaque (57,4%) na Região Norte. As Regiões Sul e Centro Oeste não tiveram participação percentual de destaque em nenhuma das Subagendas.

Importante ressaltar que das 24 Subagendas, 23 tiveram projetos fomentados pelo PPSUS. Apenas na Subagenda de Bioética nenhum projeto foi apresentado e financiado em nenhuma das regiões.

Tabela 10 - Distribuição percentual dos valores PPSUS fomentados em cada Subagenda, segundo região. Brasil 2002-2008.

Sub Agenda	% N	% NE	% SE	% S	% CO	% Total
Alimentação e Nutrição	24,9	25,4	13,6	19,2	16,8	100,0
Assistência Farmacêutica	12,6	26,0	47,2	9,4	4,8	100,0
Avaliação de Tecnologias e Economia da Saúde	-	19,0	66,5	8,4	6,1	100,0
Complexo Produtivo da Saúde	0,5	6,9	86,2	5,6	0,8	100,0
Comunicação e Informação em Saúde	10,1	10,6	64,5	12,6	2,2	100,0
Demografia e Saúde	-	100,0	-	-	-	100,0
Doenças Crônicas Não Transmissíveis	3,0	20,5	59,3	13,6	3,6	100,0
Doenças Transmissíveis	26,0	26,8	25,9	9,9	11,4	100,0
Gestão do Trabalho e Educação em Saúde	6,4	35,1	33,8	24,5	0,2	100,0
Pesquisa Clínica	10,4	5,4	72,3	12,0	-	100,0
Promoção da Saúde	-	28,0	39,8	32,2	-	100,0
Saúde Ambiente Trabalho e Biossegurança	19,9	20,4	26,2	15,3	18,2	100,0
Saúde Bucal	2,4	36,6	40,4	19,3	1,3	100,0
Saúde Mental	5,1	51,3	13,8	27,5	2,4	100,0
Saúde da Criança e do Adolescente	8,7	37,4	29,4	11,9	12,7	100,0
Saúde da Mulher	9,7	37,4	38,1	13,2	1,5	100,0
Saúde da População Negra	-	100,0	-	-	-	100,0
Saúde do Idoso	23,8	33,0	32,7	9,3	1,2	100,0
Saúde dos Portadores de Necessidade	7,3	25,3	45,4	18,1	3,9	100,0
Saúde dos Povos Indígenas	57,4	18,3	-	12,9	11,4	100,0
Sistemas e Políticas de Saúde	2,2	28,0	50,4	16,4	3,0	100,0
Violência Acidentes e Trauma	-	72,3	24,0	-	3,6	100,0
Epidemiologia	2,7	1,2	81,5	14,6	-	100,0
Total	10,8	22,7	48,7	12,5	5,3	100,0

Fonte: Dados obtidos do *PesquisaSaúde*. Decit, 2002-2008

Na Tabela 10.1 observa-se a distribuição dos recursos investidos, segundo Subagenda e Região. A primeira observação foi que, considerando o total do país as Subagendas Doenças Transmissíveis (19,8%) e Doenças Crônicas Não Transmissíveis (16,9%) concentraram os recursos investidos. Nas Regiões Norte e Centro Oeste a Subagenda de Doenças Transmissíveis foi responsável por mais de 40% dos recursos investidos nessas regiões (47,9% e 42,7% respectivamente). Nas Regiões Nordeste e Sul os maiores percentuais também seguiram a tendência do total dos recursos, as duas subagendas foram os maiores destaques, porém na Região Sul a

maior proporção de recursos ficou com as Doenças Crônicas Não Transmissíveis e, no Nordeste com as Transmissíveis. Na Região Sudeste, 4 (quatro) subagendas dividiram as atenções, sendo que a Subagenda de Doenças Transmissíveis teve uma participação tímida (10,6%). Nesta região as Doenças Cônicas Não Transmissíveis (20,6%) competiram lado a lado com o Complexo Produtivo em Saúde (18,4%) dos recursos. Houve também expressiva participação da Pesquisa Clínica (10,3%) nesta região.

Tabela 10.1 - Distribuição percentual dos recursos investidos nos projetos do PPSUS em cada região do país, segundo Subagenda. Brasil, 2002-2008

Sub Agenda	% N	% NE	% SE	% S	% CO	% Total
Alimentação e Nutrição	4,6	2,2	0,6	3,1	6,4	2,0
Assistência Farmacêutica	4,4	4,3	3,7	2,8	3,4	3,8
Avaliação de Tecnologias e Economia	-	1,9	3,1	1,5	2,6	2,2
Complexo Produtivo da Saúde	0,5	3,1	18,4	4,7	1,6	10,4
Comunicação e Informação em Saúde	3,5	1,7	4,9	3,7	1,5	3,7
Demografia e Saúde	-	0,4	-	-	-	0,1
Doenças Crônicas Não Transmissíveis	4,7	15,3	20,6	18,4	11,6	16,9
Doenças Transmissíveis	47,9	23,4	10,6	15,8	42,7	19,8
Gestão do Trabalho e Educação em Saúde	1,3	3,4	1,5	4,4	0,1	2,2
Pesquisa Clínica	6,7	1,6	10,3	6,7	-	7,0
Promoção da Saúde	-	0,7	0,5	1,5	-	0,6
Saúde Ambiente Trabalho e Biossegurança	6,1	3,0	1,8	4,0	11,4	3,3
Saúde Bucal	0,6	4,2	2,2	4,0	0,6	2,6
Saúde Mental	0,8	3,7	0,5	3,6	0,7	1,6
Saúde da Criança e do Adolescente	2,8	5,6	2,1	3,2	8,2	3,4
Saúde da Mulher	4,6	8,4	4,0	5,4	1,5	5,1
Saúde da População Negra	-	0,1	-	-	-	0,0
Saúde do Idoso	4,4	2,9	1,3	1,5	0,4	2,0
Saúde dos Portadores de Necessidade	0,4	0,7	0,6	0,9	0,5	0,6
Saúde dos Povos Indígenas	4,3	0,6	-	0,8	1,8	0,8
Sistemas e Políticas de Saúde	1,6	9,7	8,2	10,4	4,5	7,9
Violência Acidentes e Trauma	-	2,7	0,4	-	0,6	0,8
Epidemiologia	0,7	0,2	4,9	3,4	-	2,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Dados obtidos do *PesquisaSaúde*. Decit, 2002-2008

Na Tabela 10.2 temos a distribuição percentual da quantidade de projetos em cada Subagenda, segundo região do país. A Região Sudeste, destacou-se pela elevada participação de projetos nas Subagendas Avaliação de Tecnologias e Economia da Saúde (47,6%), Complexo Produtivo (45,2%) e Comunicação e informação em Saúde com 50,0% do total de projetos aprovados nesta Subagenda. A Subagenda de Assistência Farmacêutica teve o maior número de projetos (44,3%) na região Nordeste, porém como foi observado na Tabela 10, os recursos destinados a esta Subagenda foram maiores na Região Sudeste (47,2%).

Tabela 10.2 - Distribuição proporcional da quantidade de projetos PPSUS em cada Subagenda segundo região do país. Brasil, 2002-2008.

Sub Agenda	% N	% NE	% SE	% S	% CO	% Total
Alimentação e Nutrição	15,0	30,0	15,0	17,5	22,5	100,0
Assistência Farmacêutica	11,5	44,3	27,9	11,5	4,9	100,0
Avaliação de Tecnologias e Economia da Saúde	-	23,8	47,6	19,0	9,5	100,0
Complexo Produtivo da Saúde	3,2	19,4	45,2	25,8	6,5	100,0
Comunicação e Informação em Saúde	12,5	17,5	50,0	15,0	5,0	100,0
Demografia e Saúde	-	100,0	-	-	-	100,0
Doenças Crônicas Não Transmissíveis	6,1	33,1	33,7	21,5	5,5	100,0
Doenças Transmissíveis	21,3	33,9	17,5	11,5	15,7	100,0
Gestão do Trabalho e Educação em Saúde	7,0	41,9	23,3	25,6	2,3	100,0
Pesquisa Clínica	16,7	22,2	33,3	27,8	-	100,0
Promoção da Saúde	-	27,3	36,4	36,4	-	100,0
Saúde Ambiente Trabalho e Biossegurança	17,9	23,2	23,2	17,9	17,9	100,0
Saúde Bucal	2,0	43,1	29,4	21,6	3,9	100,0
Saúde Mental	5,4	54,1	13,5	24,3	2,7	100,0
Saúde da Criança e do Adolescente	6,3	48,8	20,0	15,0	10,0	100,0
Saúde da Mulher	9,2	46,1	21,1	18,4	5,3	100,0
Saúde da População Negra	-	100,0	-	-	-	100,0
Saúde do Idoso	17,6	38,2	26,5	14,7	2,9	100,0
Saúde dos Portadores de Necessidade	8,3	50,0	16,7	16,7	8,3	100,0
Saúde dos Povos Indígenas	35,3	35,3	-	11,8	17,6	100,0
Sistemas e Políticas de Saúde	2,5	45,4	34,5	13,4	4,2	100,0
Violência Acidentes e Trauma	-	83,3	12,5	-	4,2	100,0
Epidemiologia	15,4	7,7	30,8	46,2	-	100,0
Total	11,3	37,3	25,8	17,0	8,7	100,0

Fonte: Dados obtidos do *PesquisaSaúde*. Decit, 2002-2008

Na Tabela 11 encontra-se a distribuição percentual dos 1.271 projetos segundo Subagenda e Região, similar ao que aconteceu com a distribuição dos investimentos (Tabela 10.1), o maior número de projetos ficou concentrado em duas Subagendas Doenças Transmissíveis (22,5%) com 286 projetos e as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (14,2%) com 181 projetos.

Tabela 11 - Distribuição proporcional da quantidade de projetos PPSUS em cada região do país segundo Subagenda. Brasil, 2002-2008

Sub Agenda	N		NE		SE		S		CO		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alimentação e Nutrição	6	4,2	12	2,5	6	1,8	7	3,2	9	8,2	40	3,2
Assistência Farmacêutica	7	4,9	27	5,7	17	5,2	7	3,2	3	2,7	61	4,8
Avaliação de Tecnologias e Economia	-	-	5	1,1	10	3,0	4	1,9	2	1,8	21	1,7
Complexo Produtivo da Saúde	1	0,7	6	1,3	14	4,3	8	3,7	2	1,8	31	2,4
Comunicação e Informação em Saúde	5	3,5	7	1,5	20	6,1	6	2,8	2	1,8	40	3,1
Demografia e Saúde	-	-	1	0,2	-	-	-	-	-	-	1	0,1
Doenças Crônicas Não Transmissíveis	11	7,7	60	12,7	61	18,6	39	18,1	10	9,1	181	14,2
Doenças Transmissíveis	61	42,7	97	20,5	50	15,2	33	15,3	45	40,9	286	22,5
Gestão do Trabalho e Educ.em Saúde	3	2,1	18	3,8	10	3,0	11	5,1	1	0,9	43	3,4
Pesquisa Clínica	6	4,2	8	1,7	12	3,7	10	4,6	-	-	36	2,8
Promoção da Saúde	-	-	3	0,6	4	1,2	4	1,9	-	-	11	0,9
Saúde Ambiente Trabalho e Biossegurança	10	7,0	13	2,7	13	4,0	10	4,6	10	9,1	56	4,4
Saúde Bucal	1	0,7	22	4,6	15	4,6	11	5,1	2	1,8	51	4,0
Saúde Mental	2	1,4	20	4,2	5	1,5	9	4,2	1	0,9	37	2,9
Saúde da Criança e do Adolescente	5	3,5	39	8,2	16	4,9	12	5,6	8	7,3	80	6,3
Saúde da Mulher	7	4,9	35	7,4	16	4,9	14	6,5	4	3,6	76	6,0
Saúde da População Negra	-	-	1	0,2	-	-	-	-	-	-	1	0,1
Saúde do Idoso	6	4,2	13	2,7	9	2,7	5	2,3	1	0,9	34	2,7
Saúde dos Portadores de Necessidade	1	0,7	6	1,3	2	0,6	2	0,9	1	0,9	12	0,9
Saúde dos Povos Indígenas	6	4,2	6	1,3	-	-	2	0,9	3	2,7	17	1,3
Sistemas e Políticas de Saúde	3	2,1	54	11,4	41	12,5	16	7,4	5	4,5	119	9,4
Violência Acidentes e Trauma	-	-	20	4,2	3	0,9	-	-	1	0,9	24	1,9
Epidemiologia	2	1,4	1	0,2	4	1,2	6	2,8	-	-	13	1,0
Total	143	100	474	100	328	100	216	100	110	100	1.271	100

Fonte: Dados obtidos do *PesquisaSaúde*. Decit, 2002-2008

Na Tabela 12, encontram-se os recursos investidos em cada Subagenda, segundo tempo de titulação dos coordenadores. Esta distribuição indica que 43,6%

dos recursos foram recebidos por coordenadores com 10 ou mais anos de titulação. Dentre as 23 Subagendas contempladas em 12 delas o maior percentual de recursos foram para estes pesquisadores com mais tempo de titulação. Vale destacar que, em algumas subagendas houve uma concentração dos recursos destinados a pesquisadores mais experientes (10 anos e mais), mais de (60% dos recursos) para esta categoria de titulação, Complexo Produtivo em Saúde (85,0%), Pesquisa Clínica (78,6%), Epidemiologia (74,6%) e Avaliação de Tecnologia e Economia da Saúde (62,8%).

Outras sete Subagendas tiveram seu maior percentual de recursos destinados a pesquisadores com 5 a 9 anos de titulação e apenas a Subagenda de promoção da Saúde concentrou seus recursos (46,1%) entre jovens pesquisadores, com 2 a 5 anos de titulação. A Sub agenda Saúde dos Povos Indígenas teve os recursos divididos entre pesquisadores com até 5 (cinco) anos de titulação com uma pequena maioria entre os com menos de 2 anos de Doutorado (34,1%).

Tabela 12 - Distribuição percentual dos valores dos projetos PPSUS segundo Titulação e Tempo de Doutorado. Brasil, 2002-2008.

SUBAGENDA	Tempo de Doutorado				Mestre	Total
	< 2	02_a_5	05_a_9	10_e_+		
Alimentação e Nutrição	18,6	21,7	22,9	23,3	13,5	100,0
Assistência Farmacêutica	15,2	12,1	35,2	24,6	12,9	100,0
Avaliação de Tecnologias e economia	16,4	9,9	8,7	62,8	2,2	100,0
Complexo Produtivo da Saúde	-	5,8	8,7	85,0	0,5	100,0
Comunicação e Informação em Saúde	7,3	23,7	20,8	40,4	7,9	100,0
Demografia e Saúde	-	-	100,0	-	-	100,0
Doenças Crônicas Não Transmissíveis	5,9	20,9	23,8	44,8	4,6	100,0
Doenças Transmissíveis	8,8	22,6	24,0	29,4	15,3	100,0
Gestão do Trabalho e educação em Saúde	13,2	26,4	13,1	37,9	9,5	100,0
Pesquisa Clínica	5,1	6,9	9,4	78,6	-	100,0
Promoção da Saúde	3,7	46,1	25,8	24,3	-	100,0
Saúde Ambiente Trabalho e Biossegurança	10,3	21,3	33,3	18,1	16,9	100,0
Saúde Bucal	14,9	11,5	37,0	34,6	2,0	100,0
Saúde Mental	15,4	15,8	58,6	7,6	2,7	100,0
Saúde da Criança e do Adolescente	15,6	15,2	29,1	33,2	6,8	100,0
Saúde da Mulher	7,8	19,2	29,4	38,6	5,1	100,0
Saúde da População Negra	-	100,0	-	-	-	100,0
Saúde do Idoso	8,0	29,8	31,7	16,5	14,1	100,0
Saúde dos Portadores de Necessidade	18,2	-	18,4	53,7	9,8	100,0
Saúde dos Povos Indígenas	34,1	31,8	16,7	11,9	5,4	100,0
Sistemas e Políticas de Saúde	10,3	29,4	19,4	35,0	6,0	100,0
Violência Acidentes e Trauma	23,5	8,2	40,4	12,4	15,5	100,0
Epidemiologia	0,6	7,5	13,6	74,6	3,8	100,0
Total	8,5	18,2	22,3	43,6	7,4	100,0

Fonte: Dados obtidos do *PesquisaSaúde*. Decit, 2002-2008

Tipo de Pesquisa

As próximas tabelas trazem a distribuição dos projetos classificados segundo tipo de pesquisa, uma metodologia desenvolvida pelo Center for Economic Policy Research (ALANO Jr et al, 2000), conjuga campo de atividade e tipo de pesquisa para identificar a área de conhecimento

A Tabela 13 traz a distribuição dos 1271 projetos segundo tipo de pesquisa, observa-se que o maior número deles, 47,1% (599) projetos estão classificados como Saúde Coletiva, respondendo também pela maior parcela de recursos 34,7%. Outro dado importante nesta tabela são as pesquisas Biomédicas que representam 31,9% do total de recursos. Para estes projetos o valor médio é o segundo maior (73,2 mil), perdendo apenas para os projetos de infraestrutura (215,4 mil).

Quanto ao valor médio dos projetos a categoria que teve maior valor foram os projetos classificados como Infraestrutura, que são aqueles em que o objetivo do projeto estava voltado para provisão de equipamentos ou estruturação de infra para pesquisa. Estes valores médios mais altos se devem ao pequeno número de projetos nesta categoria (16). O segundo maior valor médio foi para os projetos de pesquisas biomédicas, estes responsáveis pela segunda maior parcela de recursos.

Tabela 13 - Distribuição de projetos PPSUS segundo Tipo de Pesquisa e valores médios. Brasil, 2002-2008.

Tipo de Pesquisa	Projetos	% Projetos	Valor Total (R\$)	% Valor Total	Valor Médio (R\$)
Biomédica	293	23,1	21.450.610,89	31,9	73.210,28
Clinica	259	20,4	12.909.611,78	19,2	49.844,06
Saúde Coletiva	599	47,1	23.269.799,06	34,7	38.847,74
Epidemiologia	240	18,9	9.206.629,36	13,7	38.360,96
Políticas	284	22,3	11.584.777,64	17,3	40.791,47
Sociais	59	4,6	1.893.338,42	2,8	32.090,48
Saúde Coletiva (Geral)	16	1,3	585.053,64	0,9	36.565,85
Desenvolvimento Tecnológico	104	8,2	6.096.741,36	9,1	58.622,51
Infraestrutura	16	1,3	3.446.234,32	5,1	215.389,65
Total	1271	100,0	67.172.997,41	100,0	52.850,51

Fonte: Dados obtidos do *PesquisaSaúde*. Decit, 2002-2008

A tabela 13.1 mostra a distribuição do Tipo de Pesquisa dos projetos da 1ª Edição, correspondente aos anos 2002-2003. Aqui, os projetos de Saúde Coletiva predominam em quantidade 59,9% (88) correspondendo a 60,4% dos recursos investidos nesta edição. Os valores médios mantiveram-se similares, sem grandes diferenças entre si. Porém vale ressaltar que, dentre os projetos de Saúde Coletiva, os maiores valores (37,4%) e quantidades (38,1%) foram de projetos voltados para a temática Políticas de Saúde.

Tabela 13.1 – Distribuição de projetos PPSUS segundo Tipo de Pesquisa e valores médios. Brasil, 1ª Edição 2002-2003.

Tipo de Pesquisa	Qtd	% Qtd	Valor Total	%Valor Total	Valor Médio
Biomédica	31	21,1	876.111,09	23,3	28.261,65
Clinica	19	12,9	350.028,65	9,3	18.422,56
Saúde Coletiva	88	59,9	2.268.654,21	60,4	25.780,16
Epidemiologia	22	15,0	667.813,66	17,8	30.355,17
Políticas	56	38,1	1.402.911,55	37,4	25.051,99
Sociais	10	6,8	197.929,00	5,3	19.792,90
Desenvolvimento Tecnológico	8	5,4	236.647,34	6,3	29.580,92
Infraestrutura	1	0,7	22.760,10	0,6	22.760,10
Total	147	100,0	3.754.201,39	100,0	25.538,78

Fonte: Dados obtidos do *PesquisaSaúde*. Decit, 2002-2008

Na 2ª edição (Tabela 13.2), projetos contratados entre os anos 2004 e 2005, os projetos de Saúde Coletiva continuam como os mais contratados, 42,5% (220), porém nesta edição eles não respondem pelos maiores valores investidos. Aqui os projetos classificados na categoria Biomédica são os que envolveram o maior volume de recursos 49,2% (12,5 milhões) ficando em segundo lugar quanto aos valores médios (88,4 mil), mais uma vez perdendo apenas para os projetos de infraestrutura. Importante ressaltar que, também nesta edição, os projetos da temática Políticas de Saúde, continuam se destacando entre os que compõem o grupo da Saúde Coletiva.

Tabela 13.2 - Distribuição de projetos PPSUS segundo Tipo de Pesquisa e valores médios. Brasil, 2ª Edição 2004-2005.

Tipo de Pesquisa	Projetos	% Projetos	Valor Total (R\$)	%Valor Total	Valor Médio (R\$)
Biomédica	141	27,2	12.470.222,34	49,2	88.441,29
Clinica	108	20,8	3.235.227,99	12,8	29.955,81
Saúde Coletiva	220	42,5	6.670.484,55	26,3	30.320,38
Epidemiologia	91	17,6	2.629.626,61	10,4	28.897,00
Políticas	104	20,1	3.477.663,86	13,7	33.439,08
Sociais	23	4,4	548.469,08	2,2	23.846,48
Saúde Coletiva (Geral)	2	0,4	14.725,00	0,1	7.362,50
Desenvolvimento Tecnológico	41	7,9	1.717.778,59	6,8	41.897,04
Infraestrutura	8	1,5	1.233.893,28	4,9	154.236,66
Total	518	100,0	25.327.606,75	100,0	48.894,99

Fonte: Dados obtidos do *PesquisaSaúde*. Decit, 2002-2008

Na última edição estudada (Tabela 13.3), anos 2006 a 2008 novamente os projetos de Saúde Coletiva, superam em quantidade 48,0% (291) respondendo também pelo maior volume de recursos 37,6% (14,3 milhões), e mais uma vez, os projetos de infraestrutura ocupam o maior valor médio da edição (312 mil) 5 (cinco) vezes maior que a média desta edição, seguidos pelos projetos de Desenvolvimento Tecnológico com valor médio de 75,3 mil. Nesta edição, como nas outras duas anteriores, vemos os projetos de Políticas de Saúde em destaque dentro do grupo da Saúde Coletiva, tanto em quantidade (20,5%) quanto em volume de recursos (17,6%).

Tabela 13.3 - Distribuição de projetos PPSUS segundo Tipo de Pesquisa e valores médios. Brasil, 3ª Edição 2006-2008

Tipo de Pesquisa	Projetos	% Projetos	Valor Total (R\$)	% Valor Total	Valor Médio (R\$)
Biomédica	121	20,0	8.104.277,46	21,3	66.977,50
Clinica	132	21,8	9.324.355,14	24,5	70.639,05
Saúde Coletiva	291	48,0	14.330.660,30	37,6	49.246,26
Epidemiologia	127	21,0	5.909.189,09	15,5	46.529,05
Políticas	124	20,5	6.704.202,23	17,6	54.066,15
Sociais	26	4,3	1.146.940,34	3,0	44.113,09
Saúde Coletiva (Geral)	14	2,3	570.328,64	1,5	40.737,76
Desenvolvimento Tecnológico	55	9,1	4.142.315,43	10,9	75.314,83
Infraestrutura	7	1,2	2.189.580,94	5,7	312.797,28
Total	606	100,0	38.091.189,27	100,0	62.856,75

Fonte: Dados obtidos do *PesquisaSaúde*. Decit, 2002-2008

A Tabela 13.4 traz um compilado dos valores médios segundo tipo de pesquisa e edições onde podemos observar que, na 1ª edição, os valores médios não sofreram grandes oscilações quanto ao tipo de pesquisa. Na 2ª edição os projetos de infraestrutura lideraram o ranking (R\$ 154,2 mil) ficando cerca de três vezes maior que o valor médio da edição, seguido pelos projetos categorizados como Biomédicos que superaram a média do grupo em duas vezes (R\$ 88,4 mil). Destacaram-se também os projetos de Desenvolvimento Tecnológico (R\$ 41,9 mil) e no grupo de Saúde Coletiva os projetos da temática Políticas.

Tabela 13.4 - Distribuição dos valores médios dos projetos PPSUS segundo Tipo de Pesquisa e Edição. Brasil, 2002-2008.

Tipo de Pesquisa	1ª Edição	2ª Edição	3ª Edição	Total
Biomédica	28.261,65	88.441,29	66.977,50	73.210,28
Clinica	18.422,56	29.955,81	70.639,05	49.369,31
Saúde Coletiva	25.780,16	30.320,38	49.246,26	38.847,74
Epidemiologia	30.355,17	28.897,00	46.529,05	38.360,96
Políticas	25.051,99	33.439,08	54.066,15	40.791,47
Sociais	19.792,90	23.846,48	44.113,09	32.090,48
Saúde Coletiva (Geral)	-	7.362,50	40.737,76	36.565,85
Desenvolvimento Tecnológico	29.580,92	41.897,04	75.314,83	59.804,83
Infraestrutura	22.760,10	154.236,66	312.797,28	215.389,65
Total	25.538,78	48.894,99	62.856,75	52.850,51

Fonte: Dados obtidos do *PesquisaSaúde*. Decit, 2002-2008

Na 3ª edição, os projetos de infraestrutura continuaram apresentando maiores valores médios (R\$ 312 mil), cerca de cinco vezes a média desta edição (R\$ 62,9 milhões), seguidos dos projetos de Desenvolvimento Tecnológicos (R\$ 75,3 mil). Observa-se um valor mais alto de recursos e nesta edição, em especial, despontam projetos mais complexos como Pesquisa Clínica, Biomédica e Desenvolvimento Tecnológico. Importante observar que, apesar do aparecimento destes projetos mais complexos, dentre o grupo de Saúde Coletiva, os projetos de Políticas mantém um lugar de destaque entre os valores médios (R\$ 54,1 mil).

Na Tabela 14, são distribuídos os projetos segundo Tipo de Pesquisa e Edição, porém aqui foram retirados os 16 projetos categorizados como Infraestrutura, resultando num grupo de 1.255 projetos a serem analisados. Na 1ª Edição observou-se que os projetos de Saúde Coletiva representaram 60,3% dos projetos, correspondendo a 60,8% dos recursos. Os valores médios dos projetos se mantiveram em torno da média desta edição (R\$ 25,5 mil).

Na 2ª Edição, os projetos de Saúde Coletiva continuaram a representar a maior quantidade (42,5%), porém não configuram mais os maiores recursos. Os projetos de Biomédica superaram os recursos investidos, compondo 51,8% do total de recursos dessa edição, apresentando também o maior valor médio (R\$ 88,4 mil).

Na 3ª Edição, os projetos de Saúde Coletiva voltam a figurar entre os de maior número (48,6%) e maiores recursos (39,9%). Porém os valores médios são alcançados pelos projetos de Tecnologia e Pesquisa Clínica seguidos pelos de Biomédicas.

No total, entre todos os 1.255 projetos a Saúde Coletiva representou o maior número de projetos (47,7%), porém dividiu o percentual de recursos com os projetos de Biomédica (36,5 e 33,7% respectivamente). Este fato se dá devido aos valores médios dos projetos de Biomédica ser bem superiores aos de Saúde Coletiva (R\$ 73,2 mil contra R\$ 38,8 mil respectivamente).

Tabela 14 - Distribuição dos projetos PPSUS segundo Tipo de Pesquisa. Brasil, 2002-2008.

Edições	Tipo de Pesquisa	Projetos	%	Valor Total (R\$)	% Valor Total	Valor Médio (R\$)
1ª Edição	Biomédicas	31	21,2	876.111,09	23,5	28.261,65
	Desenv. Tecnológico	8	5,5	236.647,34	6,3	29.580,92
	Pesquisa Clínica	19	13,0	350.028,65	9,4	18.422,56
	Saúde Coletiva	88	60,3	2.268.654,21	60,8	25.780,16
	Sub Total	146	100,0	3.731.441,29	100,0	25.557,82
2ª Edição	Biomédicas	141	27,2	12.470.222,34	51,8	88.441,29
	Desenv. Tecnológico	41	7,9	1.717.778,59	7,1	41.897,04
	Pesquisa Clínica	108	20,8	3.235.227,99	13,4	29.955,81
	Saúde Coletiva	220	42,5	6.670.485,55	27,7	30.320,38
	Sub Total	510	98,5	24.093.713,47	100,0	47.242,58
3ª Edição	Biomédicas	121	20,0	8.104.277,46	22,6	66.977,50
	Desenv. Tecnológico	55	9,1	4.142.315,43	11,5	75.314,83
	Pesquisa Clínica	132	21,8	9.324.355,14	26,0	70.639,05
	Saúde Coletiva	291	48,6	14.330.660,30	39,9	49.246,26
	Sub Total	599	98,8	35.901.608,33	100,0	59.935,91
Total	Biomédicas	293	23,4	21.450.610,89	33,7	73.210,28
	Desenv. Tecnológico	104	8,3	6.096.741,36	9,6	58.622,51
	Pesquisa Clínica	259	20,6	12.909.611,78	20,3	49.844,06
	Saúde Coletiva	599	47,7	23.269.799,06	36,5	38.847,74
	Total	1.255	100,0	63.726.763,09	100,0	50.778,30

Fonte: Dados obtidos do *PesquisaSaúde*. Dedit, 2002-2008

A Tabela 15 apresenta a distribuição dos 1.271 projetos PPSUS segundo titulação dos coordenadores, aqui se comprovou a hegemonia numérica dos projetos de Saúde Coletiva, em todas as edições, mantendo os maiores percentuais tanto entre os Mestres como entre os Doutores. O percentual de projetos de Saúde Coletiva figurou em primeiro lugar em todas as edições, sempre superando o segundo colocado numa proporção de duas vezes mais.

Tabela 15 - Distribuição dos projetos segundo Tipo de Pesquisa e Titulação dos coordenadores PPSUS 2002-2008

Edição	Região	Mestres			Doutores			Total		
		Projetos	% Projetos	Valor Médio (R\$)	Projetos	% Projetos	Valor Médio (R\$)	Projetos	% Projetos	Valor Médio (R\$)
1º Edição	Infraestrutura	0	-	-	1	0,9	22.760,10	1	0,7	22.760,10
	Biomédicas	5	15,6	18.361,16	26	22,6	30.165,59	31	21,1	28.261,65
	Desenv. Tecnológico	2	6,3	28.136,85	6	5,2	50.555,83	8	5,4	44.951,09
	Pesquisa Clínica	4	12,5	11.673,41	15	13,0	12.024,91	19	12,9	11.950,91
	Saúde Coletiva	21	65,6	25.005,09	67	58,3	26.023,09	88	59,9	25.780,16
	Sub Total	32	100,0	22.496,25	115	100,0	26.385,40	147	100,0	25.538,78
2º Edição	Infraestrutura	0	-	-	8	1,8	154.236,66	8	1,5	154.236,66
	Biomédicas	13	16,9	39.887,83	128	29,0	93.372,50	141	27,2	88.441,29
	Desenv. Tecnológico	5	6,5	24.859,20	36	8,2	44.263,41	41	7,9	41.897,04
	Pesquisa Clínica	17	22,1	24.174,79	91	20,6	31.035,79	108	20,8	29.955,81
	Saúde Coletiva	42	54,5	24.429,98	178	40,4	31.710,26	220	42,5	30.320,38
	Sub Total	77	100,0	27.011,28	441	100,0	52.715,96	518	100,0	48.894,99
3º Edição	Infraestrutura	1	1,7	24.580,94	6	1,1	360.833,33	7	1,2	312.797,28
	Biomédicas	8	13,8	48.472,66	113	20,6	68.287,58	121	20,0	66.977,50
	Desenv. Tecnológico	4	6,9	33.628,65	51	9,3	78.584,33	55	9,1	75.314,83
	Pesquisa Clínica	19	32,8	44.307,01	113	20,6	75.066,57	132	21,8	70.639,05
	Saúde Coletiva	26	44,8	30.675,29	265	48,4	51.068,31	291	48,0	49.246,26
	Sub Total	58	100,0	37.694,27	548	100,0	65.519,93	606	100,0	62.856,75
Total	Infraestrutura	1	-	-	15	1,4	228.110,23	16	1,3	215.389,65
	Biomédicas	26	15,6	38.389,57	267	24,2	76.601,06	293	23,1	73.210,28
	Desenv. Tecnológico	11	6,6	28.644,03	93	8,4	63.490,52	104	8,2	59.804,83
	Pesquisa Clínica	40	24,0	32.487,46	219	19,8	52.452,75	259	20,4	49.369,31
	Saúde Coletiva	89	53,3	26.390,15	510	46,2	41.021,72	599	47,1	38.847,74
	Total	167	100,0	29.856,38	1104	100,0	56.328,79	1271	100,0	52.850,51

Fonte: Dados obtidos do *PesquisaSaúde*. Decit, e *Plataforma Lattes*, CNPq. 2002-2008.

A tabela 16 traz as distribuições dos valores médios dos projetos segundo regiões e tipo de pesquisa. Similar ao que foi feito na Tabela 14, nesta tabela os projetos de Infraestrutura também foram retirados para que as análises fossem feitas apenas com projetos diretamente ligados à realização de pesquisas científicas. Chamou a atenção que a Região Sudeste teve no total o maior valor médio dos projetos. Este fato é observado na 2ª e 3ª edições, quando esta região entra com todo seu potencial. Na 1ª edição a Região Sul apresenta o maior valor médio (R\$ 40,8 mil) e o tipo de pesquisa que contribuiu para esta média veio da Saúde Coletiva (R\$ 50,8 mil).

O grande destaque dessa tabela são os valores da Região Sudeste mostrando que os projetos das áreas de Biomédica e Pesquisa Clínica representam os maiores valores médios encontrados em toda a distribuição, e tem sua prevalência nesta região. Nas Regiões Norte, Sul e Nordeste, os valores médios que mais se destacaram foram para projetos de cunho Tecnológico. E na Região Centro Oeste os maiores valores médios foram para projetos de Biomédicas e Pesquisa Clínica.

Tabela 16 - Distribuição dos valores médios dos projetos PPSUS segundo Tipo de Pesquisa e Região. Brasil, 2002-2008.

Edições	Tipo de Pesquisa	CO	NE	N	SE	S	Total
1ª Edição	Biomédica	16.878,45	29.020,91	-	31.879,33	32.312,40	28.261,65
	Desenv. Tecnológico	24.323,70	30.876,21	-	30.515,00	28.150,00	29.580,92
	Pesquisa Clínica	34.333,83	16.031,43	-	-	18.973,67	18.422,56
	Saúde Coletiva	35.780,92	19.780,17	-	24.380,17	50.812,92	25.780,16
Total		29.783,50	21.375,89		27.788,67	40.780,38	25.557,82
2ª Edição	Biomédica	37.811,13	27.500,25	51.554,76	271.979,22	29.501,83	88.441,29
	Desenv. Tecnológico	29.039,75	23.621,30	75.049,88	48.375,55	45.742,79	41.897,04
	Pesquisa Clínica	29.581,00	20.097,32	42.409,74	59.477,93	18.980,51	29.955,81
	Saúde Coletiva	32.074,27	19.851,56	54.230,62	40.839,96	22.213,24	30.320,38
Total		32.592,95	21.561,04	51.881,66	106.026,35	26.738,54	47.242,58
3ª Edição	Biomédica	37.211,81	54.267,57	60.499,35	93.543,91	57.909,97	66.977,50
	Desenv. Tecnológico	25.128,80	96.564,84	51.076,79	81.172,17	70.902,93	75.314,83
	Pesquisa Clínica	55.397,60	49.528,61	53.428,61	120.756,34	45.964,54	70.639,05
	Saúde Coletiva	25.283,79	37.764,08	39.150,28	71.925,30	53.319,34	49.246,26
Total		32.252,46	46.177,20	50.095,46	87.329,44	55.263,51	59.935,91
Total	Biomédica	34.488,02	39.083,01	55.601,12	168.205,21	37.059,62	73.210,28
	Desenv. Tecnológico	27.646,64	59.392,74	57.614,91	66.816,09	57.115,95	58.622,51
	Pesquisa Clínica	37.801,26	32.355,28	50.038,19	101.059,71	29.648,13	49.844,06
	Saúde Coletiva	29.430,71	27.649,59	45.921,04	58.276,80	39.791,14	38.847,74
Total		32.072,01	32.229,59	50.855,54	92.093,12	38.989,36	50.778,30

Fonte: Dados obtidos do *PesquisaSaúde*. Decit, 2002-2008

Na Tabela 17, mostra-se a distribuição, nas três edições, dos Tipos de Pesquisa, região do país e titulação dos coordenadores dos projetos. De todos os projetos estudados 13,1% tinham coordenadores com titulação de Mestre, 86,9% eram Doutores. A 1ª Edição foi a única em que o percentual de Mestres foi significativa 21,8%. Nesta Edição, a Região Centro Oeste foi a que apresentou maior percentual (66,7%) de Mestres e eles foram responsáveis por 75% projetos de Biomédica e 80% dos projetos de Epidemiologia. Na Região Nordeste o destaque foi para os 31% de projetos na temática *Políticas de Saúde*, que teve 31,0% de coordenadores Mestres. Esta temática também foi a responsável pela significativa participação de coordenadores com mestrado, no conjunto de todas as regiões 25% de todos os pesquisadores que produziram projetos neste tema tinham a titulação de Mestre.

Na 2ª Edição, o único dado significativo foi a participação dos coordenadores Mestres na temática *Ciências Sociais e humanas aplicadas em saúde*, na Região Nordeste. Dos pesquisadores que coordenaram pesquisas nesta temática 44,4% tinham a titulação de Mestre. Quando analisamos os subtotais desta 2ª Edição, vemos que a houve uma participação significativa de mestres na Região Centro Oeste (25%), Na Região Nordeste (19,9%) na Região Norte (26,2%). A Região Sudeste, nesta 2ª Edição se caracterizou pela significativa presença de coordenadores com titulação de Doutorado (95%).

Na 3ª Edição, a participação de Mestres foi significativa apenas na Região Centro Oeste (51,2%), apresentando destaque nas áreas de Pesquisas Biomédicas (66,7%) e Tecnologia (50,0%). A Região Norte também teve uma participação significativa de coordenadores com mestrado (30,5%), porém esta significância ficou com o conjunto dos projetos nesta edição sem destaque para uma temática específica. As outras regiões se destacaram pela participação dos coordenadores com titulação de Doutorado, como foi o caso da Região Nordeste (94,6%) e Regiões Sudeste e Sul com 100% de Doutores. Esta edição ficou marcada pela significante participação dos Doutores no conjunto de todas as regiões 90,4% dos 606 pesquisadores dessa edição tinham o título de Doutor.

No total dos 1271 projetos deste quadro, no conjunto das regiões, apenas a Região Centro Oeste teve uma participação significativa em relação ao percentual de coordenadores com título de Mestre, do total de pesquisadores desta região, 40,9% eram Mestres. Dentre os projetos coordenados por Mestres na Região Centro Oeste, As temáticas Biomédicas (37,0%), Pesquisa Clínica (35,0%) e Tecnologia (55,6%) foram significativas e dentre as de Saúde Coletiva se destacou a Epidemiologia com 50% dos coordenadores Mestres. Na Região Nordeste houve significância apenas nos projetos da temática *Políticas de Saúde* com 19,7% dos pesquisadores

com título de Mestre. Na Região Norte, esta mesma temática teve 40,0% dos pesquisadores com título de Mestre.

A Região Sudeste se destacou com seus índices significativos de Doutores 97,3% do total de projetos tinham coordenadores com titulação e Doutorado, sendo que nas temáticas Biomédicas o índice foi de 98,6% Pesquisa Clínica com 100% de Doutores e, dentre as Saúde Coletivas 97,4% dos coordenadores da temática Políticas de Saúde tinham o título de Doutor.

Na Região Sul, do total de pesquisadores, 94,4% tinha o título de Doutor, sendo que a temática Biomédicas foi significativa com seus 98,4%.

Tabela 17 – Distribuição percentual da quantidade de projetos PPSUS, segundo Tipo de Pesquisa, Região e Titulação dos Coordenadores. Brasil, 2002-2008

Edição	Região	CO		NE		N		SE		S		Total	
		Doutor	Mestre										
1a Edição	Biomédica	25,0	75,0	94,7	5,3	-	-	100,0	-	80,0	20,0	83,9	16,1
	Pesquisa Clínica	50,0	50,0	92,9	7,1	-	-	-	-	33,3	66,7	78,9	21,1
	Tecnologia	-	100,0	100,0	-	-	-	66,7	33,3	100,0	-	75,0	25,0
	Infraestrutura	-	-	100,0	-	-	-	-	-	-	-	100,0	-
	Saúde Coletiva	37,5	62,5	79,0	21,0	-	-	66,7	33,3	91,7	8,3	76,1	23,9
	Epidemiologia	20,0	80,0	100,0	-	-	-	-	100,0	50,0	50,0	72,7	27,3
	Políticas	100,0	-	69,0	31,0	-	-	75,0	25,0	100,0	-	75,0	25,0
	Sociais	50,0	50,0	100,0	-	-	-	100,0	-	100,0	-	90,0	10,0
	Sub Total	33,3	66,7	84,8	15,2	-	-	75,0	25,0	81,0	19,0	78,2	21,8
2a Edição	Biomédica	76,9	23,1	90,6	9,4	73,9	26,1	96,9	3,1	100,0	-	90,8	9,2
	Pesquisa Clínica	83,3	16,7	76,7	23,3	75,0	25,0	100,0	-	91,3	8,7	84,3	15,7
	Tecnologia	50,0	50,0	75,0	25,0	100,0	-	100,0	-	100,0	-	87,8	12,2
	Infraestrutura	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-
	Saúde Coletiva	75,0	25,0	77,4	22,6	-	-	91,4	8,6	83,3	16,7	80,9	19,1
	Epidemiologia	72,7	27,3	85,7	14,3	70,0	30,0	85,7	14,3	85,7	14,3	82,4	17,6
	Políticas	83,3	16,7	76,3	23,7	66,7	33,3	96,8	3,2	80,0	20,0	82,7	17,3
	Sociais	66,7	33,3	55,6	44,4	66,7	33,3	83,3	16,7	100,0	-	69,6	30,4
	Saúde Coletiva (Geral)	-	-	50,0	50,0	-	-	-	-	-	-	50,0	50,0
	Sub Total	75,0	25,0	80,1	19,9	73,8	26,2	95,0	5,0	92,9	7,1	85,1	14,9

Fonte: Dados obtidos do *PesquisaSaúde*. Decit, e *Plataforma Lattes*, CNPq. 2002-2008.

(Continuação)

Edição	Região Tipo de Pesquisa	CO		NE		N		SE		S		Total	
		Doutor	Mestre	Doutor	Mestre	Doutor	Mestre	Doutor	Mestre	Doutor	Mestre	Doutor	Mestre
3a Edição	Biomédica	60,0	40,0	97,3	2,7	84,2	15,8	100,0	-	100,0	-	93,4	6,6
	Pesquisa Clínica	33,3	66,7	90,9	9,1	59,3	40,7	100,0	-	100,0	-	85,6	14,4
	Tecnologia	50,0	50,0	100,0	-	62,5	37,5	100,0	-	100,0	-	92,7	7,3
	Infraestrutura	-	-	-	-	-	100,0	100,0	-	-	-	85,7	14,3
	Saúde Coletiva	48,0	52,0	94,7	5,3	-	-	100,0	-	100,0	-	91,1	8,9
	Epidemiologia	42,9	57,1	94,6	5,4	83,3	16,7	100,0	-	100,0	-	89,0	11,0
	Políticas	50,0	50,0	93,6	6,4	50,0	50,0	100,0	-	100,0	-	91,9	8,1
	Sociais	50,0	50,0	100,0	-	50,0	50,0	100,0	-	100,0	-	92,3	7,7
	Saúde Coletiva (Geral)	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-	-	-	100,0	-
	Sub Total	48,8	51,2	94,6	5,4	69,5	30,5	100,0	-	100,0	-	90,4	9,6
Total	Biomédica	63,0	37,0	94,3	5,7	78,6	21,4	98,6	1,4	98,4	1,6	91,1	8,9
	Pesquisa Clínica	65,0	35,0	85,1	14,9	64,1	35,9	100,0	-	90,7	9,3	84,6	15,4
	Tecnologia	44,4	55,6	90,5	9,5	72,7	27,3	97,4	2,6	100,0	-	89,4	10,6
	Infraestrutura	100,0	-	100,0	-	50,0	50,0	100,0	-	100,0	-	93,8	6,3
	Saúde Coletiva	56,6	43,4	85,3	14,7	-	-	95,4	4,6	91,8	8,2	85,1	14,9
	Epidemiologia	50,0	50,0	92,4	7,6	78,6	21,4	91,5	8,5	90,0	10,0	85,0	15,0
	Políticas	66,7	33,3	80,3	19,7	60,0	40,0	97,4	2,6	91,8	8,2	85,2	14,8
	Sociais	57,1	42,9	81,0	19,0	60,0	40,0	95,0	5,0	100,0	-	83,1	16,9
	Saúde Coletiva (Geral)	100,0	-	83,3	16,7	100,0	-	100,0	-	-	-	93,8	6,3
	Total	59,1	40,9	87,3	12,7	71,3	28,7	97,3	2,7	94,4	5,6	86,9	13,1

Fonte: Dados obtidos do PesquisaSaúde. Decit, e Plataforma Lattes, CNPq. 2002-2008.

Instituições Executoras dos projetos

Dentre os 1.271 projetos fomentados (Tabela 18), foram agrupados o conjunto de instituições que administraram até 50% do total dos recursos das três edições. De um total de 213 instituições participantes, num total de R\$ 67,2 milhões em recursos investidos, apenas 12 instituições foram responsáveis pela administração de 49,7% (R\$ 33,4 milhões) em projetos. Destacam-se a SES-SP como a com maior volume de recursos 10,3% e as Instituições de Ensino Superior com notória experiência na área de pesquisa e desenvolvimento nas regiões de origem.

Das 12 instituições, 50% (6) delas estão localizadas na Região Sudeste (SES/SP; UFRJ; USP; UFMG; FIOCRUZ; FHEMIG), 25% (3) localizadas na Região Nordeste (UFBA; UFPE e UFC), 17% (2) na Região Sul (UFSC e UFRGS) e uma na Região Norte (UFPA). O restante dos recursos 51,3% ficou entre as 201 instituições restantes.

Tabela 18 – Distribuição das Instituições Executoras dos projetos PPSUS com até 50% do total dos recursos. Brasil, 2002-2008.

Ordem	Instituição Executora	Qtd Projetos		Valor total (R\$)	
		N	%	N	%
1	SES SP	11	0,9	6.896.264,97	10,3
2	UFRJ	34	2,7	4.846.392,08	7,2
3	USP	38	3,0	4.392.310,95	6,5
4	UFMG	38	3,0	3.419.824,07	5,1
5	FIOCRUZ	57	4,5	3.056.679,71	4,6
6	UFBA	44	3,5	2.079.273,46	3,1
7	UFSC	30	2,4	2.052.161,56	3,1
8	UFPE	45	3,5	1.844.528,71	2,7
9	UFPA	38	3,0	1.449.210,24	2,2
10	UFC	41	3,2	1.295.327,71	1,9
11	UFRGS	28	2,2	1.062.278,58	1,6
12	FHEMIG	5	0,4	960.269,78	1,4
	Sub Total	409	32,2	33.354.521,82	49,7
201	Demais Instituições	862	67,8	33.818.475,59	50,3
213	Total	1.271	100	67.172.997,41	100

Fonte: Dados obtidos do *PesquisaSaúde*. Decit, 2002-2008

Na 1ª edição (2002-2003) houveram 45 instituições envolvidas (Tabela 18.1), delas apenas 13% (6) foram responsáveis por administrar 49,9% dos recursos (1,9 milhões). Em destaque temos a FIOCRUZ com 14% de todo valor investido nesta edição. Quanto à distribuição regional, temos na Região Sudeste (Fiocruz RJ e MG), Região Sul 2 instituições (UNISUL; UFSC) e 4 na Região Nordeste (FIOCRUZ BA e PE; UFC; UFS e UFBA). As 39 instituições restantes, dividiram os outros 51,1% dos recursos.

Tabela 18.1 – Distribuição das Instituições Executoras dos projetos PPSUS com até 50% do total dos recursos. Brasil, 1ª Edição 2002-2003

Ordem	Instituição Executora	Projetos		Valor Total (R\$)	
		N	%	N	%
1	FIOCRUZ (BA; MG; RJ; PE)	13	8,8	524.551,75	14,0
2	UNISUL	3	2,0	333.270,00	8,9
3	UFSC	9	6,1	295.325,00	7,9
4	UFC	13	8,8	243.074,00	6,5
5	UFS	8	5,4	240.087,74	6,4
6	UFBA	9	6,1	236.095,00	6,3
	Sub Total	55	37,4	1.872.403,49	49,9
39	Demais Instituições	92	62,6	1.881.797,90	51,1
45	Total	147	100,0	3.754.201,39	100,0

Fonte: Dados obtidos do *PesquisaSaúde*. Decit, 2002-2008

Na 2ª edição (2004-2005), participaram 140 instituições (Tabela 18.2), destas, 6 (4,3%) foram as responsáveis por 50% dos recursos investidos. Destaca-se a SES-SP (responsável pela gestão dos projetos executados pelo Butantã e Incor e USP de Ribeirão Preto) com 4 projetos e 23,6% dos recursos (R\$ 5,9 milhões), seguida pela USP com 13 projetos e 10,2% dos recursos dessa edição. Quanto à distribuição regional, na Região Sudeste 6 instituições (SES-SP; USP; UFRJ e FIOCRUZ-MG e RJ) foram responsáveis por 45,3% de todo o valor investido, seguidas por uma instituição da Região Sul (UFSC), duas na Região Nordeste (Fiocruz – BA e PE), e uma da Região Centro Oeste (UNB).

Tabela 18.2 – Distribuição das Instituições Executoras dos projetos PPSUS com até 50% do total dos recursos. Brasil, 2ª Edição 2004-2005

Ordem	Instituição Executora	Projetos		Valor Total (R\$)	
		N	%	N	%
1	SES SP	4	0,8	5.973.148,23	23,6
2	USP	13	2,5	2.589.822,47	10,2
3	UFRJ	19	3,7	1.850.476,57	7,3
4	FIOCRUZ (AM; BA; MG; PE; RJ)	22	4,3	105.3962,9	4,2
5	UFSC	11	2,1	625.481,04	2,5
6	UNB	14	2,7	556.884,95	2,2
Sub Total		83	16,0	12.649.776,16	50,0
134	Demais instituições	435	84,0	12.677.830,59	50,1
140	Total	518	100,0	25.327.606,75	100,0

Fonte: Dados obtidos do *PesquisaSaúde*. Decit, 2002-2008

Na 3ª edição (Tabela 18.3), tivemos a participação de 144 instituições executoras, dentre elas, 9,7% (14) foram responsáveis por 49,5% dos recursos (R\$ 18,8 milhões). Temos aqui uma necessidade de destacar a FIOCRUZ, que tem representações em três regiões do país (Sudeste – RJ e MG) Nordeste (BA e PE) e Norte (AM), sendo que os 22 projetos listados na tabela, houve representação de todos os estados onde se encontra. Assim, temos representadas tradicionais instituições de ensino e pesquisa, sendo que a Região Sudeste contou com (UFRJ; UFMG; USP; FIOCRUZ_RJ e MG; FHEMIG; SES-SP; INCA; UFJF e HEMOMINAS), duas na Região Nordeste (FIOCRUZ_BA e PE; UFPE e UFBA), duas na Região Sul (UFSC e UFRGS) e uma na Região Norte (UFPA e FIOCRUZ_AM). Ficaram assim, repartindo os 50,1% dos recursos, as 130 instituições restantes. Importante salientar que nesta edição aparecem de forma importante às instituições estaduais, SES/SP, FHEMIG e a HEMOMINAS.

Tabela 18.3 – Distribuição das Instituições Executoras dos projetos PPSUS com até 50% do total dos recursos. Brasil, 3ª Edição 2006-2008

Ordem	Instituição Executora	Projetos		Valor Total (R\$)	
		N	%	N	%
1	UFRJ	15	2,5	2.995.915,51	7,9
2	UFMG	26	4,3	2.864.841,06	7,5
3	USP	25	4,1	1.802.488,48	4,7
4	UFPE	30	5,0	1.497.748,56	3,9
5	FIOCRUZ (BA; MG; PE; AM;RJ)	22	3,6	1.478.165,06	3,9
6	UFBA	24	4,0	1.372.604,46	3,6
7	UFSC	10	1,7	1.131.355,52	3,0
8	UFPA	25	4,1	999.461,34	2,6
9	FHEMIG	5	0,8	960.269,78	2,5
10	SES SP	7	1,2	923.116,74	2,4
11	INCA	8	1,3	742.074,00	2,0
12	UFJF	5	0,8	711.012,88	1,9
13	HEMOMINAS	3	0,5	680.349,84	1,8
14	UFRGS	15	2,5	676.118,68	1,8
	Sub Total	220	36,3	18.835.521,91	49,5
130	Demais instituições	386	63,7	19.255.667,36	50,5
144	Total	606	100,0	38.091.189,27	100,0

Fonte: Dados obtidos do *PesquisaSaúde*. Decit, 2002-2008

Características dos Coordenadores dos projetos financiados

Titulação dos coordenadores dos projetos

A tabela 19 trás a distribuição dos 1.271 projetos de pesquisa segundo titulação dos coordenadores. Observou-se que 86,9% (1.104) tinham a titulação de Doutorado na ocasião da contratação dos projetos de pesquisa. Outro dado interessante foi que o valor médio dos projetos dos Doutores foi 1,9 vezes maior que o valor médio dos Mestres.

Tabela 19 - Distribuição dos projetos e valores médios segundo titulação PPSUS 2002-2008

Titulação	Projetos	% Projetos	Valor Total (R\$)	%Valor Total	Valor Médio (R\$)
Doutor	1104	86,9	62.186.981,64	92,6	56.328,79
Mestre	167	13,1	4.986.015,77	7,4	29.856,38
Total	1.271	100,0	67.172.997,41	100,0	52.850,51

Fonte: Dados obtidos do *PesquisaSaúde*. Decit, e *Plataforma Lattes*, CNPq. 2002-2008.

A tabela 20 apresenta os números de Mestres e Doutores, por região geográfica do Brasil. Dentre os 1.271 projetos estudados, observa-se o número de Doutores é superior ao número de Mestres (1.102 contra 168, respectivamente). Quanto aos percentuais de mestres, verifica-se que, apenas nas regiões norte e centro oeste houve maior participação destes como responsáveis pelos projetos de pesquisa, 28,7% e 40,9% respectivamente. A região Sudeste, contribuiu com a maior proporção de Doutores 97,3% contra 2,7% de Mestres.

Tabela 20 – Distribuição dos projetos PPSUS segundo Titulação dos pesquisadores responsáveis pelos projetos e região. Brasil, 2002-2008

Regiões	Mestre		Doutor			Total Geral		
	Projetos	%	Projetos	%	Projetos	%		
Norte	41	24,6	28,7	102	9,2	71,3	143	11,3
Nordeste	60	35,9	12,7	414	37,5	87,3	474	37,3
Sudeste	9	5,4	2,7	319	28,9	97,3	328	25,8
Sul	12	7,2	5,6	204	18,5	94,4	216	17,0
Centro Oeste	45	26,9	40,9	65	5,9	59,1	110	8,7
TOTAL	168	100,0	13,1%	1104	100,0	86,9	1.271	100,0

Fonte: Dados obtidos do *PesquisaSaúde*. Decit, e *Plataforma Lattes*, CNPq. 2002-2008.

Tempo de Doutorado do coordenador

A tabela 21 mostra a distribuição dos pesquisadores Doutores, segundo região do país e tempo de titulação. Dos 1.271 projetos de pesquisa estudados 1104 tinham coordenadores com titulação de Doutorado, e destes, mais de 40% dos pesquisadores

possuíam até 5 anos de Doutorado e 28,9% estavam na faixa de mais de 10 anos de titulação.

Quanto à questão regional, verifica-se que na região Sudeste, mais de 40% (128) dos Doutores responsáveis pelos projetos de pesquisa possuem Doutorado a mais de 10 anos. Na região Centro Oeste o grupo de Doutores com 10 anos e mais de obtenção do título respondem pela menor proporção de projetos financiados, 16,9% (11). Na Região Norte, a grande maioria dos pesquisadores 37,3% (38) possuía entre dois e cinco anos de Doutorado. Nas regiões Nordeste, Sul e Centro Oeste o maior percentual de coordenadores encontra-se na faixa entre cinco e nove anos de Doutorado, respectivamente 32,6%, 30,9% e 36,9%.

Tabela 21 – Distribuição dos projetos PPSUS segundo Tempo de Doutorado dos coordenadores e região. Brasil, 2002-2008

Região	< 2 anos		02_a_5 anos		05_a_9 anos		10_e_+ anos		Total	
	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%
Norte	23	22,5	38	37,3	22	21,6	19	18,6	102	100,0
Nordeste	75	18,1	100	24,2	135	32,6	104	25,1	414	100,0
Sudeste	32	10,0	66	20,7	93	29,2	128	40,1	319	100,0
Sul	31	15,2	53	26,0	63	30,9	57	27,9	204	100,0
Centro Oeste	15	23,1	15	23,1	24	36,9	11	16,9	65	100,0
Total	176	15,9	272	24,6	337	30,5	319	28,9	1104	100,0

Fonte: Dados obtidos do *PesquisaSaúde*. Decit, e *Plataforma Lattes*, CNPq. 2002-2008.

A formação e o tempo de Doutorado irão influenciar os valores dos projetos financiados. Observa-se que os valores dos projetos (Tabela 22) cuja responsabilidade é de Mestres ou de recém Doutores os valores são mais próximos. Os projetos de Doutores mais experientes apresentaram valores três vezes mais elevados que os de Mestres e recém Doutores, e duas vezes maior que os doutores entre dois e nove anos de titulação, sugerindo seu envolvimento em pesquisas de maior complexidade. Outro dado importante é que os coordenadores com 10 anos e mais de titulação foram os responsáveis por 43,6% dos recursos.

Tabela 22 – Distribuição dos projetos PPSUS segundo Titulação dos Coordenadores e valores médios. Brasil, 2002-2008

Titulação	Projetos	% Projetos	Valor Total (R\$)	% Valor Total	Valor Médio (R\$)
Mestre	167	13,1	4.986.015,77	7,4	29.856,38
Dout < 2 anos	176	13,8	5.707.338,85	8,5	32.428,06
Dout 02 a 5 anos	272	21,4	12.227.144,81	18,2	44.952,74
Dout 05 a 9 anos	337	26,5	14.976.221,47	22,3	44.439,83
Dout 10 e + anos	319	25,1	29.276.276,51	43,6	91.775,16
Total	1271	100,0	67.172.997,41	100,0	52.850,51

Fonte: Dados obtidos do *PesquisaSaúde*. Decit, e *Plataforma Lattes*, CNPq. 2002-2008.

Instituição de realização do Doutorado dos responsáveis pelos projetos

As tabelas seguintes trazem a distribuição dos projetos segundo País, UF e Região das instituições onde os coordenadores realizaram seus Doutorados.

A primeira observação (Tabela 23) foi quanto ao país onde se deu as titulações de Doutorado, e pode-se verificar que dos 1.104 projetos estudados, 85,4% (943) foram de coordenadores que fizeram seus Doutorados no Brasil. Foram responsáveis por 83,8% dos recursos investidos, porém tiveram valores médios menores que os coordenadores com titulação no exterior.

Tabela 23 - Distribuição dos projetos PPSUS segundo país da Instituição do Doutorado dos coordenadores. Brasil, 2002-2008

País do Doutorado	Projetos	% Projetos	Valor Total (R\$)	% Valor Total	Valor Médio (R\$)
Brasil	943	85,4	52.130.877,23	83,8	55.281,95
Outros Países	161	14,6	10.056.104,41	16,2	62.460,28
Total	1.104	100,0	62.186.981,64	100,0	56.328,79

Fonte: Dados obtidos do *PesquisaSaúde*. Decit, e *Plataforma Lattes*, CNPq. 2002-2008.

Quanto à distribuição regional (Tabela 24), entre os 943 coordenadores com formação de Doutorado no Brasil, 75,4% (711) fizeram sua formação de Doutorado na Região Sudeste, na qual o estado de São Paulo responde 50,4% de todos os coordenadores. Em segundo lugar ficou o Rio de Janeiro com 17,5%. Este panorama

se repete nas três edições, mostrando a tradição da Região Sudeste na estrutura de C&T do País.

Tabela 24 - Distribuição dos projetos PPSUS segundo Região, UF e Edição da Instituição do Doutorado dos coordenadores. Brasil, 2002-2008

Região	UF Instituição Doutorado	1ª Edição		2ª Edição		3ª Edição		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
N	AM	-	-	2	0,5	2	0,4	4	0,4
	PA	-	-	5	1,3	11	2,3	16	1,7
Sub Total N		-	-	7	1,9	13	2,7	20	2,1
NE	AL	-	-	1	0,3	1	0,2	2	0,2
	BA	6	6,4	11	2,9	25	5,3	42	4,5
	CE	7	7,4	12	3,2	12	2,5	31	3,3
	PB	3	3,2	4	1,1	3	0,6	10	1,1
	PE	4	4,3	8	2,1	14	3,0	26	2,8
	RN	-	-	-	-	1	0,2	1	0,1
Sub Total NE		20	21,3	36	9,6	56	11,8	112	11,9
SE	MG	5	5,3	20	5,3	41	8,7	66	7,0
	RJ	9	9,6	79	21,0	77	16,3	165	17,5
	SP	53	56,4	180	47,9	242	51,2	475	50,4
	ES	-	-	2	0,5	3	0,6	5	0,5
Sub Total SE		67	71,3	281	74,7	363	76,7	711	75,4
S	PR	1	1,1	11	2,9	4	0,8	16	1,7
	RS	-	-	21	5,6	17	3,6	38	4,0
	SC	6	6,4	15	4,0	13	2,7	34	3,6
Sub Total S		7	7,4	47	12,5	34	7,2	88	9,3
CO	DF	-	-	5	1,3	5	1,1	10	1,1
	MT	-	-	-	-	2	0,4	2	0,2
Sub Total CO		-	-	5	1,3	7	1,5	12	1,3
Total		94	100,0	376	100,0	473	100,0	943	100,0

Fonte: Dados obtidos do *PesquisaSaúde*. Decit, e *Plataforma Lattes*, CNPq, 2002-2008.

Dos 1.104 projetos cujos coordenadores tinham titulação de Doutorado, 943 deles fizeram seus Doutorados em instituições brasileiras. O total de instituições brasileiras foi 42, na Tabela 25, temos a distribuição dos projetos segundo instituição. Nesta tabela fizemos um corte das 15 primeiras instituições o que resultou em 92,1% dos projetos. O que se constatou foi que a USP foi a responsável pela formação 31,3% destes pesquisadores com Doutorado no Brasil.

Tabela 25 - Distribuição dos projetos PPSUS segundo Instituição do Doutorado dos coordenadores. Brasil, 2002-2008.

Qtd	Instituição Doutorado	1ª Edição 2002_3		2ª Edição 2004_5		3ª Edição 2006_8		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
1	USP	41	43,6	113	30,0	141	29,9	295	31,3
2	UFRJ	6	6,4	50	13,3	38	8,1	94	10,0
3	UNIFESP	3	3,2	31	8,2	39	8,3	73	7,7
4	UNICAMP	8	8,5	20	5,3	40	8,5	68	7,2
5	UFMG	5	5,3	17	4,5	38	8,1	60	6,4
6	FIOCRUZ	2	2,1	24	6,4	27	5,7	53	5,6
7	UFBA	6	6,4	11	2,9	25	5,3	42	4,5
8	UFSC	6	6,4	15	4,0	13	2,8	34	3,6
9	UFRGS	0	-	17	4,5	16	3,4	33	3,5
10	UFC	7	7,5	12	3,2	12	2,5	31	3,3
11	UFPE	5	5,3	8	2,1	12	2,5	25	2,7
12	UNESP	1	1,1	10	2,7	12	2,5	23	2,4
13	UFPA	0	-	5	1,3	11	2,3	16	1,7
14	UFPR	1	1,1	7	1,9	3	0,6	11	1,2
15	UNB	0	-	5	1,3	5	1,1	10	1,1
(...)	Sub Total	91	96,8	345	91,5	432	91,5	868	92,1
42	Total	94	100,0	377	100,0	472	100,0	943	100,0

Fonte: Dados obtidos do *PesquisaSaúde*. Decit, e *Plataforma Lattes*, CNPq, 2002-2008.

Bolsa de Produtividade em Pesquisa CNPq dos coordenadores dos projetos.

A Tabela 26 traz a distribuição dos projetos de pesquisa segundo presença ou ausência de Bolsa CNPq de Produtividade em Pesquisa. Observa-se que, do total de projetos, 31,0% (343) tinham coordenadores com Bolsa CNPq de Produtividade, e a

grande maioria 69,0% não tinha, porém, o valor médio dos projetos com coordenadores PQ, foi 1,5 vezes maior que os que não tinham esta classificação. Outro dado interessante foi, entre os coordenadores com título de doutor, os coordenadores com Bolsa de Produtividade em pesquisa foram os responsáveis por 41% dos recursos recebidos.

Tabela 26 - Distribuição dos projetos PPSUS segundo Bolsa CNPq de Produtividade em Pesquisa dos coordenadores. Brasil, 2002-2008

PQ_SIM_NAO	Projetos	% Projetos	Valor Total (R\$)	% Valor Total	Valor Médio (R\$)
NÃO	761	68,9	36.663.172,17	59,0	48.177,62
SIM	343	31,0	25.523.809,47	41,0	74.413,44
Total	1104	100,0	62.186.981,64	100,0	56.328,79

Fonte: Dados obtidos do *PesquisaSaúde*. Decit, e *Plataforma Lattes*, CNPq, 2002-2008.

Na 1ª Edição (Tabela 26.1), o percentual de coordenadores com Bolsa CNPq de Produtividade foi de 28,7% e não houve diferença entre os valores médios em relação aos coordenadores que não tinham esta bolsa.

Tabela 26.1 - Distribuição dos projetos PPSUS segundo Bolsa CNPq de Produtividade em Pesquisa dos coordenadores. Brasil, 1ª Edição 2002-2003

PQ_SIM_NAO	Projetos	% Projetos	Valor Total (R\$)	% Valor Total	Valor Médio (R\$)
NÃO	82	71,3	2.164.107,47	71,3	26.391,55
SIM	33	28,7	870.213,90	28,7	26.370,12
Total	115	100,0	3.034.321,37	100,0	26.385,40

Fonte: Dados obtidos do *PesquisaSaúde*. Decit, e *Plataforma Lattes*, CNPq, 2002-2008.

Na 2ª Edição (Tabela 26.2), os coordenadores com Bolsa CNPq de Produtividade foram 30,6% do total, mas o valor médio dos projetos foi bem maior (1,6 vezes) que dos coordenadores sem esta bolsa.

Tabela 26.2 - Distribuição dos projetos PPSUS segundo Bolsa CNPq de Produtividade em Pesquisa dos coordenadores. Brasil, 2ª Edição 2004-2005

PQ_SIM_NAO	Projetos	% Projetos	Valor Total (R\$)	%Valor Total	Valor Médio (R\$)
NÃO	306	69,4	13.973.387,04	60,1	45.664,66
SIM	135	30,6	9.274.351,46	39,9	68.698,90
Total	441	100,0	23.247.738,50	100,0	52.715,96

Fonte: Dados obtidos do *PesquisaSaúde*. Decit, e *Plataforma Lattes*, CNPq. 2002-2008.

Na 3ª Edição (Tabela 26.3), o percentual de coordenadores com Bolsa CNPq de Produtividade continua menor (30,6%) em relação aos coordenadores sem esta modalidade de bolsa, mas mantem o valor médio mais alto (1,7 vezes maior) que os demais coordenadores.

Tabela 26.3 - Distribuição dos projetos PPSUS segundo Bolsa CNPq de Produtividade em Pesquisa dos coordenadores. Brasil, 3ª Edição 2006-2008

PQ_SIM_NAO	Projetos	% Projetos	Valor Total (R\$)	%Valor Total	Valor Médio (R\$)
NÃO	306	69,4	20.525.677,66	57,2	67.077,38
SIM	135	30,6	15.379.244,11	42,8	113.920,33
Total	441	100,0	35.904.921,77	100,0	81.417,06

Fonte: Dados obtidos do *PesquisaSaúde*. Decit, e *Plataforma Lattes*, CNPq. 2002-2008.

Sexo

Os projetos foram também distribuídos segundo sexo dos coordenadores (Tabela 27), do total de 1.271 projetos, 60% (762) eram coordenados por mulheres, porém elas representam apenas 48,4% dos recursos investidos. Quanto aos valores médios vimos que o valor médio dos projetos onde os coordenadores eram homens foi 1,6 vezes maior que os das coordenadoras mulheres.

Tabela 27 - Distribuição dos projetos PPSUS segundo sexo dos coordenadores. Brasil, 2002-2008

Sexo	Projetos	% Projetos	Valor Total (R\$)	%Valor Total	Valor Médio (R\$)
Feminino	762	60,0	32.519.671,83	48,4	42.676,73
Masculino	509	40,0	34.653.325,58	51,6	68.081,19
Total	1271	100,00	67.172.997,41	100,00	52.850,51

Fonte: Dados obtidos do *PesquisaSaúde*. Decit, e *Plataforma Lattes*, CNPq. 2002-2008.

Nas tabelas seguintes, os projetos foram distribuídos segundo as edições, na Tabela 27.1, não houve diferença entre os valores médios de coordenadores segundo sexo. Houve mais mulheres que homens (57,2%) e o total de recursos também foram maiores (55,4%).

Tabela 27.1 - Distribuição dos projetos PPSUS segundo sexo dos coordenadores. Brasil, 1ª Edição 2002-2003

Sexo	Projetos	% Projetos	Valor Total (R\$)	%Valor Total	Valor Médio (R\$)
Feminino	84	57,2	2.081.385,32	55,4	24.778,40
Masculino	63	42,8	1.672.816,07	44,6	26.552,64
Total	147	100,0	3.754.201,39	100,0	25.538,78

Fonte: Dados obtidos do *PesquisaSaúde*. Decit, e *Plataforma Lattes*, CNPq. 2002-2008.

Na 2ª Edição (Tabela 27.2), manteve-se o maior número de coordenadores do sexo feminino (60,8%), porém, em relação aos recursos os coordenadores do sexo masculino tiveram os maiores recursos (60,0%). Desta edição os valores médios dos coordenadores do sexo masculino também foi duas vezes maior que o valor médio recebido pelas coordenadoras do sexo feminino.

Tabela 27.2 - Distribuição dos projetos PPSUS segundo sexo dos coordenadores. Brasil, 1ª Edição 2004-2005

Sexo	Projetos	% Projetos	Valor Total (R\$)	%Valor Total	Valor Médio (R\$)
Feminino	315	60,8	10.128.961,42	40,0	32.155,43
Masculino	203	39,2	15.198.645,33	60,0	74.870,17
Total	518	100,0	25.327.606,75	100,0	48.894,99

Fonte: Dados obtidos do *PesquisaSaúde*. Decit, e *Plataforma Lattes*, CNPq. 2002-2008.

Na 3ª Edição (Tabela 27.3), as mulheres continuaram em maior número, e desta vez levando um maior volume de recurso que os homens (53,3%). Porém o valor médio dos projetos coordenados por homens foi superior ao das mulheres.

Tabela 27.3 - Distribuição dos projetos PPSUS segundo sexo dos coordenadores. Brasil, 1ª Edição 2006-2008

Sexo	Projetos	% Projetos	Valor Total (R\$)	% Valor Total	Valor Médio (R\$)
Feminino	363	59,9	20.309.325,09	53,3	55.948,55
Masculino	243	40,1	17.781.864,18	46,7	73.176,40
Total	606	100,0	38.091.189,27	100,0	62.856,75

Fonte: Dados obtidos do *PesquisaSaúde*. Decit, e *Plataforma Lattes*, CNPq, 2002-2008.

A participação das mulheres na gestão de projetos de pesquisa manteve um percentual similar nas três edições, 57,2%, 60,8% e 59,9% respectivamente. Mas os valores médios dos projetos tiveram um aumento constante, iniciando com 24,8 mil na 1ª Edição, R\$ 32,2 mil na 2ª chegando a R\$ 55,9 mil na 3ª Edição. Quanto aos valores médios dos projetos coordenados por pesquisadores do sexo masculino, mesmo maiores em todas as edições em relação às mulheres, nas duas últimas edições, não apresentaram alterações significativas.

DISCUSSÃO

*“Antes sendo: julgamento é sempre defeituoso,
porque o que a gente julga é o passado.”*

Guimaraes Rosa

As ações de gestão descentralizada em C&T, desenvolvidas pelo Ministério da Saúde a partir do ano 2000, alicerçaram-se em grandes desafios, que se apresentavam no cenário do sistema nacional de C&T, como a fragmentação das atividades de C&T, dispersas em diferentes setores, a ausência de coordenação interinstitucional, a concentração das atividades de C&T em determinadas regiões do país, a incipiente integração entre os sistemas estaduais de saúde e de C&T, falta de sistematização das atividades de C&T no âmbito das secretarias estaduais de Saúde, e ações de C&T pouco orientadas para necessidades regionais de saúde.

Neste sentido, parte fundamental das ações de descentralização objetivou promover a integração entre atores que produzem e que incorporam o conhecimento e tecnologias em saúde; promover a institucionalização da articulação e integração entre os diferentes setores envolvidos com C&T/S nos estados; promover a integração, na esfera estadual, dos sistemas de saúde e de C&T, o aprimoramento das políticas públicas de saúde e a institucionalização das ações de C&T no âmbito das secretarias estaduais, e, contribuir na redução das desigualdades existentes na distribuição de recursos de C&T entre as grandes regiões do país.

Além desses desafios, o modelo de descentralização, buscou trazer para as SES a coordenação do processo de integração na esfera estadual e a definição, em cooperação com os outros setores elencados, de áreas prioritárias para investimentos no setor. E, para as FAPs, caberia a disponibilização de seu aparato institucional para o gerenciamento de recursos repassados pelo Ministério da Saúde (MS).

A intenção maior foi avaliar, através dos resultados produzidos neste período, a contribuição dessa estratégia de gestão de C&T, compartilhada e descentralizada, para a redução da situação de disparidade regional e promoção da equidade regional no cenário nacional de C&T.

Nos sete anos analisados, 2002 a 2008, as ações de fomento descentralizado, produziram, em três edições distintas, um total de 1.271 projetos contratados. A 1ª edição correspondeu aos anos de 2002 e 2003, quando o programa de descentralização levava o nome de “*Projeto Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia (C&T) em Saúde*”. Esta edição teve duas fases, uma sob a tramitação via Fundo Nacional de Saúde – FNS, resultando em 101 projetos de pesquisa, contratados no ano de 2002, num montante de R\$2,2 milhões. Esta segunda fase, aconteceu no ano de 2003, com a entrada da Bahia, Minas Gerais e Santa Catarina, tendo o repasse de recursos, intermediado pela UNESCO. Esta fase resultou em 46 projetos de pesquisa.

Desta forma, a 1ª edição contou com 147 projetos de pesquisa, 11,6% do total financiado e um montante de R\$ 3,8 milhões 5,6% do total dos recursos investidos nas três edições estudadas. Do total investido nesta 1ª edição, o Ministério da Saúde foi o responsável por 89,7% dos recursos sendo que, a participação dos Estados e das Fundações de Apoio à Pesquisa - FAPs, na contrapartida financeira, foi de 10,3% do total investido, sendo que apenas a FAP de Santa Catarina contribuiu nesta edição para o investimento nas pesquisas. No montante do Estado de SC nesta edição, a FAP contribuiu com 45% inaugurando uma prática que se mostrou bastante efetiva na estratégia de “gestão compartilhada”.

A 2ª edição, 2004-2005, inaugura uma nova fase do programa, agora com o nome “*Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada para o SUS – PPSUS*”. Nesta edição, participaram todos os 27 estados da federação, onde foram envolvidas as Fundações de Amparo à Pesquisa – FAP como agentes executores do Programa, atuando em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde – SES. Nesta edição, foram financiados 40,8% do total dos projetos de pesquisa estudados, representando 25,3 milhões de reais. Nesta edição, tem início a efetiva institucionalização da participação financeira das FAPs e SES no processo de fomento compartilhado.

A 3ª edição foi considerada como contendo os editais lançados pelo programa PPSUS entre os anos de 2006 até 2008, com 47,7% dos projetos de pesquisa, num valor total de R\$ 38,1 milhões de reais. Assim, chegou-se a um total de 1.271

projetos de pesquisa, fomentados entre os anos 2002 e 2008, onde houve 226 instituições e 1.151 pesquisadores envolvidos, sendo que, do total de pesquisadores, 109 tiveram mais de um projeto contemplado. Quanto aos valores médios, observamos que houve um aumento contínuo, sendo que o valor médio da 3ª edição foi 2,5 vezes maior que na 1ª Edição.

Do total dos projetos, 46,2% estavam na faixa de 20 a 49 mil reais e foram responsáveis por 29,2% dos recursos. Porém, houve projetos que receberam recursos acima de R\$ 500 mil, onde nove projetos (0,7%) foram responsáveis por 17,4% (11,6 milhões) dos recursos. Todos estes projetos estavam na Região Sudeste, que concentra as atividades de C&T no país. A maioria destes projetos foi definida em conjunto pelo DECIT/MS, secretarias estaduais de saúde e FAPs locais e visavam desenvolver insumos para o SUS ou incorporar atividades de ponta na pesquisa científica.

No conjunto das três edições, a Região Nordeste concentrou, em termos numéricos, a realização de projetos (37,3%) seguida pela região sudeste (25,8%). Entretanto, os valores médios dos projetos financiados na Região Sudeste foram três vezes mais elevados, o que resultou na maior participação da Região Sudeste em 48,7% do total de recursos investidos. Esses dados mostram que as atividades do programa promoveram uma descentralização da pesquisa no país. A elevada participação da Região Nordeste indica que ação de C&T anteriores já havia produzido nesta região uma quantidade de pesquisadores e a institucionalização de centros de pesquisa, que permitiram que esta região realizasse a maior parte dos projetos financiados pelo programa. Contudo, quando se leva em conta os recursos desembolsados pelo programa e com a entrada em cena das parcerias das SES e FAPs se destaca a participação da Região Sudeste, onde estão presentes maiores recursos para as atividades de C&T e onde há uma concentração das atividades de pesquisa. Esta recebeu praticamente 50% dos recursos do programa. Vale a pena ressaltar que a elevada participação da Região Sudeste nos recursos dispendidos pelo programa se deveu também à execução de projetos com elevados custos que foram destinados ao desenvolvimento de insumos e incorporação de novas tecnologias de pesquisa.

Segundo Fabrício Marques (MARQUES F, 2012) mesmo que os investimentos dos estados brasileiros, em pesquisa e desenvolvimento (P&D), tenham crescido nos últimos anos, ainda persiste um forte contraste entre a realidade de São Paulo e as demais unidades da federação. Os estados do Rio de Janeiro e de Minas Gerais, de forma similar, figuram como responsáveis por grandes dispêndios estaduais em P&D, corroborando com os resultados encontrados neste estudo.

Parcerias institucionais

Parceiros administrativos são instituições/agências que colaboraram na celebração dos convênios no nível federal, que darão origem à contratação dos projetos fomentados. Três instituições tem seu nome, historicamente envolvidos, nesse processo, são elas o Fundo Nacional de Saúde – FNS, a UNESCO e finalmente o CNPq. Na primeira edição (2002-2003) o Fundo Nacional de Saúde - FNS atuou no repasse dos recursos aos Estados, sendo responsável por 101 projetos. A UNESCO foi a segunda opção nesse trâmite, atuando na contratação direta de 46 projetos da 1ª edição e por 14 projetos do projeto Amazônia Legal, lançado em 2004. Porém questões operacionais complexas no processo da contratação dos projetos, tanto no FNS quanto na UNESCO, traduziram-se num processo bastante burocrático, principalmente na questão da agilidade destas instituições em fazer chegar os recursos financeiros aos pesquisadores, fazendo com que se repensasse a priorização da utilização dessas instituições como parceiras eficazes para a garantia do processo de descentralização.

As experiências de fomento empreendidas na 1ª Edição foram muito importantes para o questionamento da eficiência de instituições como a UNESCO e o FNS na função de repassadores de recursos para o financiamento de um grande número de projetos. A partir de 2004, um novo contexto se configura com a ampliação dos recursos do Decit, e as claras perspectivas de aumento nas ações de fomento de atividades de C&T em saúde, o Ministério da Saúde, estabelece um acordo de cooperação com o MCT para que suas agências de fomento colaborassem na execução dessa verba. Este acordo institucionaliza uma decisão de política de

C&T de integração e compartilhamento com outros órgãos de C&T de criar mecanismos mais permanentes de indução e financiamento.

A partir da 2ª Edição, delineasse uma nova fase do programa, agora com o nome “Programa Pesquisa para o SUS – PPSUS” para a qual o Decit estabeleceu parcerias legalmente institucionalizadas, no âmbito federal, com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq - e local, com as fundações de amparo a pesquisa - FAPs, Secretarias Estaduais de Ciência e Tecnologia e Secretarias Estaduais de Saúde. Assim, o CNPq passou a intermediar as contratações, tornando-se o parceiro mais robusto.

Parceiros orçamentários são instituições que colaboraram financeiramente no fomento aos projetos. Na 1ª edição tivemos uma tímida participação de 10,3%, logo superada pelas 2ª e 3ª edições, quando a participação orçamentária dos parceiros foi de mais de 41,3 e 44% respectivamente.

Neste momento é importante lembrar alguns dos desafios que deram sustentação ao processo de formulação de estratégias descentralizadoras em C&T, a saber, a ausência de coordenação interinstitucional, a incipiente integração entre os sistemas estaduais de saúde e de C&T, falta de sistematização das atividades de C&T no âmbito das secretarias estaduais de Saúde, e ações de C&T pouco orientadas para necessidades regionais de saúde.

Na 1ª Edição apenas a FAP/SC contribuiu financeiramente, mesmo havendo outras FAPs envolvidas nos projetos desta edição. Na 2ª Edição todos os 27 estados participaram, destes, apenas cinco não contribuíram financeiramente (AC; AP; RO; RR e TO), justamente aqueles que não possuíam instância formal de fomento à C&T em seu território, chamados de Amazônia Legal, para os quais foi lançado, em 2004, um edital específico para apoio a projetos de pesquisa. A participação dos parceiros orçamentários (FAPs e SES), nesta 2ª Edição, foi de 41,3% somando R\$ 14,8 milhões, destes, as FAPs foram responsáveis por 95,5% (10,5 milhões) enquanto as SES (PA; RN; GO) contribuíram com 4,5% (R\$ 466 mil).

Na 3ª Edição, 25 estados participaram, ficando de fora apenas o DF e GO. Desta vez em todos os estados houve a participação orçamentária, até nos estados da

Amazônia Legal, nos quais a responsabilidade pelos recursos foi garantida pelas SES, que, nesta edição foi mais efetiva chegando a 26,4% (4,8 milhões). A liderança nas participações orçamentárias manteve-se com as FAPs, que foram responsáveis por 73,6% (12,3 milhões).

Alguns detalhes merecem ser lembrado na Região Norte, a FAPEAM participou com 50% dos investimentos, em todos os outros estados a contrapartida foi realizada pelas SES, característica diferente da grande maioria das demais regiões, sugerindo que, até então, as FAPs na Região Norte ainda representavam uma participação tímida no fomento à pesquisa.

Na Região Nordeste, houve significativas participações das FAPs, PE (R\$ 3,0 milhões), BA (R\$ 2,3 milhões) e CE (R\$ 1,4 milhões). Apenas no RN e SE a participação orçamentária ficou a cargo das SES. Mais uma vez, este fato pode sugerir uma fragilidade das FAPs, nestes estados em participar, diretamente como financiadoras do fomento à pesquisa.

A Região Sudeste mantém o padrão de participação na participação orçamentária apresentada na 2ª edição, com média de 54,2% com destaque para MG com 60% de contrapartida e tendo o maior volume de recursos (R\$ 8,7 milhões). Outra característica do estado de MG é que a participação da FAP e SES foi de 50% de cada, mostrando a força de cada uma na questão do fomento em C&T. O RJ teve uma contrapartida importante 50% com a FAP responsável por 80% em relação à SES/RJ. Em SP a contrapartida de 50% ficou a cargo da FAPESP.

Na Região Sul, a maior participação orçamentária foi de SC (40%), dividida meio a meio FAP/SES, sendo também os maiores recursos para pesquisa em toda a Região Sul (R\$ 2,3 milhões). A participação dos outros estados (PR e RS) não ultrapassou 33% sendo que coube às FAPs esta participação.

Na Região Centro Oeste, apenas os estados do MS e MT lançaram editais, sendo que a contrapartida do MS foi de 50%. Todas as participações orçamentárias ficaram a cargo das FAPs.

As considerações acima mostram que o modelo de fomento adotado com a integração institucional do Ministério da Saúde e Ministério de Ciência e Tecnologia

por meio do DECIT e CNPq, a institucionalização da parceria com MCT/CNPq para o desembolso de recursos e a efetiva participação das SES e das FAPs na definição de prioridades, avaliação de mérito e acompanhamento dos projetos é um dos resultados mais positivos do programa, dado seu caráter estruturante.

Subagendas de pesquisa

Com objetivo de superar o modelo tradicional de gestão de C&T, onde predominava a demanda espontânea da comunidade acadêmica, foi introduzido um modelo operacional distinto por meio de agendas definidas em contexto de aplicação; pesquisas dirigidas para a solução de problemas; com enfoque transdisciplinar; intercâmbio permanente entre produtores e usuários; avaliação do mérito acadêmico e da relevância social é neste contexto que são criadas as subagendas de pesquisa.

As três edições do PPSUS contemplaram 24 Subagendas, das quais 23 tiveram projetos classificados, sendo que, apenas a Subagenda de Bioética não foi contemplada em nenhuma das regiões.

Das 23 Subagendas contempladas nas três edições estudadas, apenas duas chamaram a atenção por agregar, tanto o maior número de projetos, quanto o maior percentual de recursos entre todas as demais, são elas a *Subagenda Doenças Transmissíveis* e a *Subagenda Doenças Crônicas Não Transmissíveis*. As *Doenças Transmissíveis* responderam por 286 projetos 22,5% do total de projetos financiados e 19,8% dos recursos investidos. As *Doenças Crônicas Não Transmissíveis* ocuparam o segundo lugar com 181 projetos que representaram 14,2% do total de projetos executados e por 16,9% dos recursos investidos. A importância destas subagendas reflete o perfil epidemiológico do país, segundo Moura, um estudo de carga de doença feito no Brasil em 1998, revelou que 66,3% do indicador DALY (anos de vida ajustados por invalidez) foram devido a doenças não transmissíveis (MOURA et al, 2012).

Nas Regiões Norte e Centro Oeste, as *Doenças Transmissíveis* responderam pelo maior percentual, tanto na quantidade de projetos (42,7% e 40,9%) quanto nos recursos investidos (47,9 e 42,7%) respectivamente, deixando a segunda colocada em percentuais menores que 10%. Na Região Nordeste esta subagendas também ocupa o

primeiro lugar, tanto em quantidade de projetos 20,5% quanto em volume de recursos 23,4%.

Nas Regiões Sul e Sudeste, foram as *Doenças Crônicas Não Transmissíveis* que tiveram maior participação nos projetos tanto em quantidade quanto em volume de recursos e no nordeste ocupou o segundo posto em número de projetos realizados. Porém, diferente de todas, onde estas duas subagendas ocuparam sempre 1º e 2º lugares, na Região Sudeste, o 2º lugar em volume de recursos foi ocupado pela Subagenda *Complexo Produtivo em Saúde* com 18,4% dos recursos. Esta distribuição regional das subagendas se deve ao perfil dos pesquisadores dessas áreas e a diferenças de prioridades de pesquisa, bem como aos distintos estágios da transição epidemiológica existente no país.

Quando comparamos a participação das regiões dentro de cada Subagenda temos outro ângulo de observação que nos ajuda neste vasto panorama de fomento. A região norte se destacou na Subagenda *Saúde dos Povos Indígenas* onde foi responsável por 35,3% dos projetos e 57,4% dos recursos investidos nesta subagendas. Sua segunda participação mais expressiva foi na Subagenda *Doenças Transmissíveis* onde colaborou com 26% dos recursos tendo o segundo maior número de projetos 21,3%.

A Região Centro Oeste, teve uma participação tímida em quase todas as subagendas, sempre contribuindo com menos de 20% na quantidade de projetos, com exceção a *Alimentação e Nutrição* onde participou com 22,5% da quantidade de projetos. A subagendas onde esta região participou com maior percentual de recursos foi na de *Saúde Ambiente, Trabalho e Biossegurança* com 18,2% dos recursos.

A região nordeste, a com maior numero de projetos executados, expressou sua elevada participação em quase todas as subagendas, resultado que pode indicar que os pesquisadores desta região tem perfil bastante diversificado, possivelmente resultante de ações de C&T anteriores dirigidas à formação de recursos humanos. Em 15 das 23 subagendas, a Região Nordeste participou com mais de 25% dos recursos.

A região sul se destacou na participação de duas subagendas onde foi responsável pela execução de mais de 30% do total de projetos executados nas subagendas *Promoção em Saúde 36,4% e Epidemiologia 46,2%*.

A Região Sudeste se destacou no percentual de projetos em cinco subagendas onde foi responsável por mais de 30% em relação às demais, são elas, Comunicação e Informação em Saúde (50%), Avaliação de Tecnologias e Economia (47,6%), Complexo Produtivo da Saúde (45,2%), Doenças Crônicas Não Transmissíveis (33,7%) e Pesquisa Clínica (33,3%). Além dessa superioridade numérica, coube ao Sudeste a participação financeira, entre 40 e 86%, em 10 subagendas (*Complexo Produtivo da Saúde, Epidemiologia, Pesquisa Clínica, Avaliação de Tecnologias e Economia da Saúde, Comunicação e Informação em Saúde, Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Sistemas e Políticas em Saúde, Assistência Farmacêutica, Saúde dos Portadores de Necessidades e Saúde Bucal*).

Enfim, dados que identificam esta região com sua tradição de celeiro nacional de C&T, grande concentrador de pesquisadores, com atividades de pesquisa abrangentes e com capacidade de formulação de projetos mais sofisticados e que irão consumir maior volume de recursos.

Tipo de Pesquisa

A inovação no formato do fomento de pesquisa desenvolvido pelo DECIT por meio da incorporação de parceiros institucionais como as SES e as FAPs e que tinham como foco a identificação de problemas, lacunas de conhecimento e superação de dificuldades enfrentadas pelo sistema de saúde público o SUS, por meio das subagendas de pesquisa influenciou o perfil dos tipos de pesquisa que foram objeto de financiamento

Dos 1.271 projetos financiados 47,1% (599) pertence à área de Saúde Coletiva, os quais responderam por parcela de 34,7% dos recursos. As pesquisas Biomédicas ocuparam o segundo posto em relação ao número de projetos executados e representaram 31,9% do total de recursos.

Na 1ª Edição, 2002-2003, os projetos de *Saúde Coletiva* predominaram em quantidade 59,9% (88) e no volume de recursos investidos, 60,4%. Dentre eles, os maiores valores (37,4%) e quantidades (38,1%) foram da subárea de *Políticas de Saúde*. Esta subárea, que tradicionalmente não recebia grandes volumes de financiamento, constituiu-se no principal objeto de financiamento na 1ª edição do PPSUS, lembrando que a primeira edição privilegiou as Regiões Norte e Nordeste.

Na 2ª edição, 2004 e 2005, os projetos de Saúde Coletiva continuam como os mais contratados, 42,5% (220), porém os projetos da área Biomédica tiveram a maior destinação do volume de recursos 49,2% (R\$12,5 milhões). Esta inversão deve-se ao maior custo unitário das pesquisas da área biomédica. Contribui também para esta mudança o financiamento de pesquisas consideradas como prioritárias com elevado conteúdo de inovação tecnológica, fruto da definição conjunta das esferas estaduais e federal de gestão. A este fato acrescenta-se também o financiamento de projetos nas subagendas Assistência Farmacêutica, Avaliação de Tecnologias e Economia da Saúde, Complexo Produtivo da Saúde que possuem elevado custo unitário, como já foi comentado anteriormente. Esta mudança se reflete na distribuição regional do número de projetos financiados que na 1ª edição havia se concentrado nas regiões norte nordeste e na segunda edição o sudeste já desponta como a região que conta com o maior volume (54,2%) de recursos para sua execução dos projetos.

Na 3ª Edição, 2006 a 2008, os projetos de Saúde Coletiva, lideraram em quantidade 48,0% (291) respondendo também pelo maior volume de recursos 37,6% (14,3 milhões). No entanto, estes projetos tinham um valor médio inferior aos das áreas *Biomédica*, *Pesquisa Clínica*, *Desenvolvimento Tecnológico e Infraestrutura*.

Quando distribuídos segundo a titulação dos coordenadores, comprovamos ainda assim uma hegemonia numérica dos projetos de *Saúde Coletiva*. Em todas as edições esta temática manteve os maiores percentuais em quantidade de projetos, tanto entre os Mestres quanto entre os Doutores, sempre superando o segundo colocado numa proporção duas vezes maior.

Outro ponto importante, com relação à área de *Saúde Coletiva*, particularmente bem financiada, foram os projetos da subárea *Políticas de Saúde*

apresentaram os valores médios mais elevados nas 3 (três) edições do PPSUS, seguida pelos projetos de *Epidemiologia* e em terceiro lugar ficaram os projetos da área de *Ciências Sociais em Saúde*.

Na 3ª Edição os projetos de infraestrutura ocupam o primeiro posto de valor médio dos projetos (R\$ 312 mil), valor cinco vezes superior ao valor médio dos projetos desta edição.

Outra constatação foi que o custo médio dos projetos financiados cresceu, ao longo do tempo, em quase todos os tipos de pesquisa, merecendo destaque que, com a entrada da das FAPs e SES no programa, os recursos destinados à *Infraestrutura* crescem de forma expressiva, sugerindo que esta nova forma de fomento vem sendo utilizada para o crescimento do parque de C&TI de saúde do país.

Instituições executoras dos projetos

Com relação às instituições executoras dos projetos observou-se uma concentração da capacidade instalada de pesquisa no país. Nas três edições do PPSUS 213 instituições foram reesponsáveis pela execução dos 1.271 projetos e 67,2 milhões investidos. No entanto, apenas 12 instituições foram responsáveis pela administração de 49,7% (R\$ 33,4 milhões) dos projetos. Do conjunto dessas 12 instituições, 50% (seis) estão localizadas na Região Sudeste (SES/SP; UFRJ; USP; UFMG; FIOCRUZ; FHEMIG), 25% (três) localizadas na Região Nordeste (UFBA; UFPE e UFC), 17% (duas) na Região Sul (UFSC e UFRGS) e uma na Região Norte (UFPA). Estes dados confirmam as tradicionais características da distribuição das competências em C&T no país, sempre tendo a Região sudeste como protagonista na capacidade instalada e formação de recursos humanos.

Este resultado só não ocorreu na 1ª Edição, onde a escolha dos estados foi feita justamente onde a capacidade instalada em C&T era mais frágil. Nesta edição houve uma grande participação da região Nordeste, mas as instituições que receberam os maiores recursos foram as mais tradicionais da região (Fiocruz, UFBA, UFC e UFS).

Na 2ª edição (2004-2005), onde participaram 140 instituições, apenas seis (4,3%) foram as responsáveis por 50% dos recursos investidos. A Região Sudeste

responde por 54,2%, dentre estas seis instituições, mais uma vez reafirmando sua hegemonia no cenário de C&T.

Na 3ª edição, tivemos 144 instituições, dentre elas, 9,7% (14) foram responsáveis por 49,5% dos recursos (18,8 milhões). Novamente a Região Sudeste, com nove das instituições de maiores recursos, levou 49% desses recursos.

Esses resultados apontam que as instituições consolidadas e que já se destacavam no cenário nacional na pesquisa em saúde tinham melhores condições para a formulação de projetos e para disputar com as demais instituições na utilização dos recursos advindos por este novo formato de fomento disponível. Cabe comentar ainda que a capacidade de pesquisa já instalada destas instituições permitia sua participação nas diversas subagendas que foram objeto dos editais lançados pelo programa. Estas instituições localizadas predominantemente na região sudeste, também tiveram papel importante no desenvolvimento de projetos com elevados custos unitários como, por exemplo, a Fundação Butantã, Fiocruz, USP, UFRJ e UFMG.

Características dos coordenadores dos projetos

As agências de fomento destinam os recursos de pesquisa apenas pesquisadores com título de Doutor, excepcionalmente há abertura para participação de Mestres. Neste sentido o PPSUS possibilitou uma participação maior de pesquisadores com título de Mestre na execução dos projetos.

Quanto à titulação, dos 1271 projetos 86,9% (1104) dos coordenadores tinham a titulação de Doutorado na ocasião da contratação dos projetos de pesquisa. Porém, na medida em que o programa avança há uma queda na participação de Mestres como responsáveis pelos projetos, na 1ª edição estes responderam por 21,8% dos projetos, na 2ª edição por 14,9% e na última por 9,6%. A elevada participação de Mestres na 1ª edição se deu porque o programa se concentrou em regiões com atividade de pesquisa incipiente, com a entrada no programa das FAPs e das demais regiões do país houve declínio da participação de Mestres e as pesquisas passaram a ser conduzidas por Doutores, sugerindo que o programa tende a apresentar o perfil tradicional das pesquisas em saúde do país. É possível pensar que

a redução da participação de mestres se deu também pelo avanço da pós-graduação no país, mas o tempo transcorrido entre os editais é pequeno para que esta hipótese possa ser responsável por este declínio.

As regiões norte e centro oeste onde as atividades de C&T ainda são incipientes foram as que apresentaram a maior participação de Mestres. Nas regiões Sul e Sudeste esta participação foi muito pequena. Cabe mencionar também que o valor médio dos projetos coordenados por Doutores foi 1,9 vezes maior que o valor médio dos Mestres, mostrando que a titulação influenciou tipo de projeto proposto.

Chamou a atenção, a elevada participação de Mestres nas pesquisas da área de saúde coletiva. Na 1ª edição que foi destinada às regiões Norte, Centro Oeste e Nordeste relação os Mestres dessa área responderam por mais de 65% do total pesquisa que foram coordenadas por pesquisadores com esta titulação. Na 2ª edição esta proporção foi de 54,5% e na terceira de 44,8%. A elevada participação de Mestres da área de *Saúde Coletiva* se deve a grande interação existente das atividades de pesquisa e dos programas de pós-graduação com os serviços de saúde. Cabe mencionar ainda que as subagendas de pesquisa tinham como objetivo central dar resposta aos desafios da implementação Sistema Único de Saúde - SUS.

Do conjunto de 1.104 projetos coordenados por Doutores, mais de 40% dos pesquisadores possuíam até cinco anos de Doutorado e 28,9% estavam na faixa de mais de 10 anos de titulação. Na região Sudeste, que concentra as atividades de pesquisa do país, houve maior participação de Doutores (40%) de Doutores com 10 anos e mais de titulação, ou seja, são pesquisadores experientes. Nas áreas onde as atividades de C&T são mais incipientes houve maior participação de Doutores com menor tempo de titulação. Na Região Norte, a grande maioria dos pesquisadores 37,3% possuía entre dois e cinco anos de Doutorado. Nas regiões Nordeste, Sul e Centro Oeste o maior percentual estava na faixa entre cinco e nove anos de Doutorado, respectivamente 32,6%, 30,9% e 36,9%.

Os projetos cuja responsabilidade era de Mestres ou de recém-Doutores tiveram valores médios mais próximos. Os projetos de Doutores mais experientes apresentaram valores médios três vezes maiores que os de Mestres e recém Doutores,

e duas vezes maior que os Doutores entre dois e nove anos de titulação, sugerindo seu envolvimento em pesquisas de maior complexidade.

Outra forma de avaliar a experiência dos coordenados dos projetos foi verificar quantos Doutores recebia bolsa de produtividade do CNPq. Do conjunto de projetos coordenados por Doutores 31% possuíam bolsa de produtividade, confirmando a participação de pesquisadores experientes na condução dos projetos executados no programa.

Quanto à distribuição dos projetos de pesquisa segundo presença ou ausência de Bolsa CNPq de Produtividade em Pesquisa, apenas 27,0% (343) tinham coordenadores com Bolsa CNPq de Produtividade e a grande maioria 73,0% não tinha, porém, o valor médio dos projetos com coordenadores PQ, foi 1,7 vezes maior.

Quanto ao país onde se deu as titulações de Doutorado, e pudemos verificar que dos 1104 projetos estudados, 85,4% (943) foram de coordenadores que fizeram seus Doutorados no Brasil. Foram responsáveis por 83,8% dos recursos investidos, porém tiveram valores médios um pouco menores que os coordenadores com titulação no exterior.

Dos que se titularam no Brasil, 75,4% (711) fizeram sua formação de Doutorado na Região Sudeste, na qual o estado de São Paulo responde 50,4% de todos os coordenadores. Em segundo lugar ficou o Rio de Janeiro com 17,5%. Este panorama se repete nas três edições, mostrando a tradição da Região Sudeste na estrutura de C&T do País.

De todos os projetos estudados 13,1% tinham coordenadores com titulação de Mestre, 86,9% eram Doutores. A 1ª Edição foi a única em que o percentual de Mestres foi significativa 21,8%. Nesta Edição, a Região Centro Oeste foi a que apresentou maior percentual (66,7%) de Mestres.

Na 2ª Edição, houve uma participação significativa de Mestres na Região Centro Oeste (25%), Na Região Nordeste (19,9%) na Região Norte (26,2%), enquanto a Região Sudeste se caracterizou pela significativa presença de coordenadores com titulação de Doutorado (95%).

Na 3ª Edição, a participação de Mestres foi significativa nas Regiões Centro Oeste (51,2%) e Norte (30,5%). As outras regiões se destacaram pela participação dos coordenadores com titulação de Doutorado, Região Nordeste (94,6%) e Regiões Sudeste e Sul com 100% de Doutores.

Dos 1271 projetos, 60% (762) eram coordenados por mulheres, porém elas representam apenas 48,4% dos recursos investidos. Quanto aos valores médios, os projetos onde os coordenadores eram homens foram 1,6 vezes maiores que os das coordenadoras mulheres.

No conjunto das edições, a participação das mulheres na gestão de projetos de pesquisa manteve um percentual similar, porém os valores médios mostraram um aumento constante, diferente aos dos coordenados por pesquisadores do sexo masculino que, mesmo maiores em todas as edições, nas duas últimas e com um volume muito maior de recursos, não apresentaram alterações significativas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Assaz o senhor sabe: a gente quer passar um rio a nado,
e passa; mas vai dar na outra banda é num ponto muito mais embaixo,
bem diverso em que primeiro se pensou.”*

Guimaraes Rosa

O objetivo geral deste trabalho foi analisar se as iniciativas do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde, “*Projeto Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia (C&T) em Saúde*”, desenvolvido nos anos de 2002 a 2003, e “*Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS*” no período entre 2004 e 2008, contribuíram para a descentralização do fomento à pesquisa científica.

O intuito final era levantar elementos, através dos resultados produzidos neste período, no sentido de avaliar a contribuição dessa estratégia de gestão de C&T, compartilhada e descentralizada, para a redução da situação de disparidade regional e promoção da equidade regional no cenário nacional de C&T.

Parte-se do pressuposto que o processo de construção de uma ação de descentralização compartilhada, buscou, em cada uma de suas ações, o enfrentamento dos desafios, que se apresentavam no cenário do sistema nacional de C&T. Assim, tecem-se aqui algumas considerações, alicerçadas na interpretação dos dados que foram produzidos durante o trabalho.

Em primeiro lugar, um dos principais desafios constituía-se na questão da fragmentação das atividades de C&T em cada região do país, dispersas em diferentes setores somado à consequente ausência de coordenação interinstitucional. A este desafio o Departamento de Ciência e Tecnologia, inicia em 2001, uma série de fóruns, que se constituíram no marco inicial do processo de construção de uma política de descentralização na gestão de C&T/S compartilhada entre os diferentes setores do processo de produção de conhecimento e tecnologias em saúde.

Estes fóruns, voltados ao desenvolvimento institucional, deram início às primeiras ações de fomento conjunto voltados à construção operacional do processo

de institucionalização da articulação e integração entre os setores envolvidos com C&T/S nos estados, o Ministério da Saúde. Este processo culminou na elaboração, em 2001, de sete convênios firmados entre o Fundo Nacional de Saúde – FNS (FNS) e FAPs de AL, CE, MS, PB, PE, PI e SE. Posteriormente, em 2003, foram firmados contratos com os estados da BA, MG e SC, por meio da apresentação de projetos, por cada um dos estados, ao Ministério da Saúde e, posteriormente, à Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco). Destes convênios, resultaram 147 projetos, agrupados, neste trabalho, sob a denominação de 1ª Edição – 2002-2003.

Foi a primeira experiência conjunta de institucionalização da articulação e integração entre os setores envolvidos com C&T/S nos estados, o Ministério da Saúde e órgãos afins. O que se depreendeu dessa experiência foi que, como iniciativa “institucionalizante”, foi importante, porém, os impasses e obstáculos administrativos, produzidos no trajeto dos convênios, pouca experiência em C&T, burocracia e lentidão dos parceiros administrativos, mostrou que seria necessária uma construção mais elaborada que garantisse continuidade e sustentabilidade ao programa.

Mesmo diante das dificuldades na primeira edição, os resultados mostraram-se satisfatórios para a área de C&T. Um investimento de R\$ 3,8 milhões resultou em 147 projetos contratados, 51 instituições e 10 estados envolvidos, formando um conjunto que deu uma perspectiva positiva do que se esperava para o futuro. Além disso, houve a primeira experiência de contrapartida financeira, advinda da FAP de Santa Catarina, inaugurando o que, num futuro próximo, se estruturaria como prerrogativa do processo de descentralização, a participação financeira dos parceiros na gestão compartilhada de C&T. Talvez esse seja uma dos primeiros produtos a se constituírem em modelos para o programa.

De posse dos problemas que ainda rondavam o processo, ainda incipiente de fomento descentralizado, diante de um novo contexto orçamentário mais robusto, aliado a uma perspectiva mais ampliada de gestão das ações de fomento à pesquisa no âmbito do SUS, foi firmado, em 2004, um Termo de Cooperação e Assistência Técnica com o Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT), com o objetivo de

viabilizar o financiamento à pesquisa científica e tecnológica, em consonância com as prioridades estabelecidas na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, do Ministério da Saúde.

Nasce assim, o Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS, com objetivo de promover a integração dos que produzem e que incorporam o conhecimento e tecnologias em saúde; promover a institucionalização da articulação e integração entre os diferentes setores envolvidos com C&T/S nos estados; promover a integração, na esfera estadual, dos sistemas de saúde e de C&T, o aprimoramento das políticas públicas de saúde e a institucionalização das ações de C&T no âmbito das secretarias estaduais, e, contribuir na redução das desigualdades existentes na distribuição de recursos de C&T entre as grandes regiões do país.

O primeiro passo para a operacionalização do PPSUS nos estados o Decit estabeleceu parcerias no âmbito federal, com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq e local, com as fundações de amparo a pesquisa - FAP's, secretarias estaduais de ciência e tecnologia e secretarias estaduais de saúde. Desse processo de parcerias resultou um montante de 1114 projetos de pesquisa, divididos aqui em duas edições, uma entre os anos 2004 e 2005, a que chamamos de 2ª Edição e outra agrupando os projetos contratados nos anos de 2006 a 2008 que denominamos 3ª Edição.

Iniciando pela 2ª Edição, nossa primeira constatação, em relação à 1ª o volume de recursos investidos, cerca de 10 vezes maior, trouxe a possibilidade de ações de fomento bem mais ousadas e estruturantes. A participação das FAPs e Secretarias Estaduais de Saúde e de Ciência e Tecnologia dos estados se mostrou bem mais audacioso, subindo dos tímidos, porém importantes valores da 1ª Edição, que chegou apenas a R\$ 385 mil, a um valor 38 vezes maior, R\$ 14,9 milhões. Essa participação dos parceiros estaduais representou 41,3% do total investido, subindo para 44% na 3ª Edição. Entre as participações financeiras dos parceiros, na 2ª Edição as SES foram tímidas nessa participação deixando às FAPS o maior dispêndio. Porém esta participação fica mais robusta na 3ª Edição evidenciando uma adesão mais significativa destes atores nas ações de C&T.

Considerando que um dos desafios era justamente promover a integração, na esfera estadual, dos sistemas de saúde e de C&T, o aprimoramento das políticas públicas de saúde e a institucionalização das ações de C&T no âmbito das secretarias estaduais, acreditamos que um importante passo nessa direção veio, justamente, nas ações orçamentárias, afinal a integração e institucionalização passa pelo comprometimento técnico, administrativo e pela responsabilização dos custos das ações. O que assistimos nos resultados das ações de fomento foi um gradual comprometimento dos parceiros, chegando a, em alguns estados mais fortalecidos, como foi o caso de MG e SC dividirem meio a meio a contribuição financeira entre SES e FAPs.

Este contexto nos remeteu a uma entrevista com Enric Banda, sobre a política europeia para C&T nos primeiros anos da década de 2000, momento da entrada de países da Europa Central e do Leste, além de outros mediterrâneos, na União Europeia. Ao ser questionado se uma espécie de “ação afirmativa” em favor dos menos desenvolvidos cientificamente lhe parecia absurdo, ele responde, sim e não. Segundo Banda, os chamados “Programmes-cadre²”, tiveram sua relevância política, porém o único critério deve ser a excelência (BANDA, 2004).

Acreditamos, na questão do desenvolvimento de um programa de gestão para o fomento em C&T, nacional, compartilhado, descentralizado, acreditamos que todas as ações reforçam a hipótese positiva de que o programa de gestão descentralizada produziu efetivamente uma reestruturação em termos de gestão de C&T, interferindo no aprimoramento das políticas de C&T nos estados, institucionalizando ações de gestão de forma a se constituírem numa rotina administrativa.

Quanto à questão do desafio de contribuir na redução das desigualdades existentes na distribuição de recursos de C&T entre as grandes regiões do país, os resultados nos encaminham para conclusões paradoxais. Senão vejamos, quando o fomento descentralizado entra na 2^a e 3^a Edições, um fenômeno clássico se configura, a entrada das FAPs, e das SES trazendo consigo todas as características conjunturais do espectro de C&T do país.

² Uma série de ações e programas desenvolvidos a nível europeu, da União Europeia para investigação e desenvolvimento tecnológico, gerido pela Comissão Europeia.

A saber, o programa foi elaborado no sentido de que os parceiros participassem também de forma orçamentária e, o que de um lado contribuía para a institucionalização e construção de ações conjuntas e compartilhadas, por outro lado explicitava as condições típicas de cada estado. Assim, os estados onde as FAPs e SES estavam mais estruturados foram, justamente, aqueles que mais contribuíam para as ações de C&T. Este movimento repete o status quo proporcionando a continuidade das já conhecidas disparidades regionais. Este fato ficou explícito na grande contribuição que a Região Sudeste proporcionou a seus pesquisadores. Em quase todos os levantamentos nos deparamos com a elevada participação dos pesquisadores desta região, tanto na quantidade de projetos, quanto no volume de recursos investidos.

Os achados deste estudo confirmam BOTELHO e ALMEIDA, 2012, quando afirmam que, movimentos de descentralização das atividades de fomento federal à ciência, tecnologia e inovação (CT&I), vêm, ao longo das duas últimas décadas, ocorrendo com o estabelecimento de diversas parcerias entre instituições federais e estaduais. Tanto na promoção de ações voltadas à descentralização do fomento, quanto na desconcentração dos investimentos públicos federais. Segundo esses autores, o aumento dos investimentos estaduais como contrapartida é uma característica comum a vários desses programas.

Ainda em relação às disparidades regionais, os nove projetos (Tabela 5) que representaram 0,7% do total de projetos, e que receberam o maior volume de recursos 17,4%, todos estavam localizados na Região Sudeste. Localizam-se também nesta região as instituições responsáveis pela titulação de Doutorado de 75% dos pesquisadores. Estes dados confirmam Guimarães (GUIMARÃES, 2006) quando demonstra a grande concentração de atividades de pesquisa científica e tecnológica em saúde nas Regiões Sudeste e Sul, lembrando que apenas a Região Sudeste aloca 63% dos grupos de pesquisa do país.

Outra constatação que apenas corroborou com as tradicionais estatísticas aparece nas características dos pesquisadores. Quanto à titulação, os pesquisadores com 10 anos e mais de titulação foram os que receberam o maior volume de

recursos, e aqueles que tinham bolsa de produtividade em pesquisa, tiveram maiores valores médios.

Descortina-se assim, uma matemática previsível, aqueles que têm maiores recursos, maior tradição e capacidade instalada em C&T, além de carregarem as maiores qualificações, necessariamente serão os depositários de maiores frutos.

Porém, outros elementos nos aparecem que colocam luzes no final dos túneis, algumas construções de novos ajeitamentos se apresentam como eficazes em redistribuir forças no cenário de C&T, e foram justamente trazidos por essa leva de intenções redistributivas. É o caso da utilização das agendas de pesquisa em saúde.

As agendas de prioridades em pesquisa nascem da construção de um novo olhar sobre as possibilidades de priorização em C&T, a ideia passa pelo trabalho em redes; agendas definidas em contexto de aplicação; pesquisas dirigidas para a solução de problemas; com enfoque transdisciplinar; intercâmbio permanente entre produtores e usuários; avaliação do mérito acadêmico e também de relevância social; disseminada por múltiplos meios; financiada por diversas fontes públicas e privadas e gestão caracterizada por espaços de interação dos diversos atores (MOREL, 2004).

Neste contexto e com princípios semelhantes, desde a 1ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde (1994), a ideia da construção de uma agenda de prioridades vinha sendo gestada. Ela incorpora em suas definições, elementos que se configuram como alicerces para o enfrentamento dos desafios tão repetidamente trazido nas construções políticas em C&T. Tanto quanto a política de C&T, uma agenda não deve, também, ser subordinada ao olhar de curto prazo (BRASIL, 1994).

Cabe à agenda trazer a ideia da extensividade – incorporação na política de todas as etapas da cadeia do conhecimento. Cabe também a identificação dos principais problemas de saúde cuja resolução depende da contribuição da pesquisa que não de requerer distintas abordagens de pesquisa. Haverá lugar para pesquisa operacional de curto prazo, para a investigação fundamental e também para a pesquisa estratégica. E, por fim, o desenvolvimento de novos produtos e processos

destinados ao sistema de saúde, realizado pelas empresas e pelos próprios serviços, também terá o seu lugar nessa agenda (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Um dos pilares do programa de descentralização e gestão compartilhada que se desenhou, principalmente a partir de 2004, claramente comprovado neste trabalho, foram as prioridades realizadas nos estados, de forma conjunta entre os pares, utilizando-se da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. Os resultados podem ser comprovados nas diferentes configurações de temas de pesquisa financiados em cada região. Desta forma pudemos ver que, regiões distintas escolheram suas agendas que acabaram por sinalizar o espectro epidemiológico e estrutural de suas características. Assim, tivemos 23 das 24 agendas contempladas, porém distintamente distribuídas.

Segundo BALBACHEVSKY 2008, o debate contemporâneo sobre as reformas das políticas públicas em diferentes áreas diz respeito à efetividade dos esforços para sua regionalização. Para muitos autores, um dos pontos fortes da descentralização seria a força deste processo em permitir a emergência e organização de demandas locais que, de outra maneira, permaneceriam desatendidas por políticas desenhadas a partir de iniciativas do governo central.

Em consonância a esta estratégia verificamos que isto se refletiu nos tipos de pesquisa desenvolvidos. A exemplo da extensividade, necessária ao bom desfecho da atividade científica, todos os tipos de pesquisa foram contemplados, desde as mais estruturantes, sob a denominação de Infraestrutura, passando pela Pesquisa Clínica, Biomédicas, Desenvolvimento Tecnológico até a Saúde Coletiva, que figurou soberana em todas as regiões. Lembrando que, todos os tipos de pesquisa estiveram presentes em todas as regiões do país, logicamente, trazendo suas diferenças quanto a número e valor de projetos, mas nenhuma delas deixou de fazer presença.

Encerramos assim nossa análise, concluindo que, em partes sim, a estratégia de descentralização compartilhada produziu seus efeitos, frente aos desafios a que se dispôs enfrentar. Algumas ações dentre as tarefas propostas tiveram êxito mais imediato, como consideramos ter sido, as importantes participações das FAPs e SES na gestão conjunta com os órgãos federais, tanto administrativamente quanto

orçamentariamente. Esse *modus operandi* foi se institucionalizando e passou a ser rotina nos contratos e convênios atuais.

Porém, nem todos os desafios tiveram êxito, como o enfrentamento das célebres disparidades regionais na distribuição de recursos de C&T entre as grandes regiões do país. O enfrentamento de um cenário tão complexo e historicamente construído, como este, acreditamos que dependerão de um processo um pouco mais longo, de construção contínua, pois se localiza num terreno historicamente construído e fortemente enraizado. Acreditamos também que muitas das ações desenvolvidas no Programa Pesquisa para o SUS - PPSUS, como o exemplo da utilização de agendas discutidas de forma conjunta, somado ao compromisso político e técnico em mantê-las necessárias ao trâmite das negociações, farão compulsoriamente da história da gestão de C&T que apenas inicia seu trajeto.

Assim, acreditamos que a redução das desigualdades existentes na distribuição de recursos de C&T entre as grandes regiões do país, é uma tarefa audaciosa demais para um projeto tão jovem, a quem não se pode imputar tão complexa atribuição. E, pela pouca idade até que produziu grandes frutos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

*“É no junto do que sabe bem,
que a gente aprende o melhor...”*

Guimaraes Rosa

Alano Jr et al. Tracking country resource flows for health research and development (R&D). Manila: Center for Economic Policy Research, 2000.

Andersson T et al. "The Role of Community Research Policy in the Knowledge-Based Economy." Report of an Expert Group to the European Commission. v 1. 2009.

Arredondo A; Orozco E. Effects of health decentralization, financing and governance in Mexico. Rev. Saúde Pública. 2006.

Arretche MT. Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas. Revista brasileira de ciências sociais. 1996.

Balbachevsky E. Federalismo e Políticas de Ciência, Tecnologia e Inovação: especificidade setorial e marcos institucionais na experiência internacional. Nota Técnica. Brasília: Centro de Gestão e Estudos Estratégicos. 2008.

Banda E. Enric Banda: confier la science à l'Europe et l'innovation aux régions. La Recherche, (375), 63-66. 2004.

Banda E. Implementing the European Research Area. Science 18 January Vol. 295 no. 5554 p. 443. 2002.

Barbetta PA. Estatística aplicada às Ciências Sociais. 7ª. ed. Florianópolis: Editora da UFSC, 2007.

Bardin L. Análise de conteúdo. 5ª. ed. Lisboa: Edições 70, 2008.

Barros FAF. Os desequilíbrios regionais da produção técnico-científica. São Paulo em Perspectiva. 2000.

Barros FAF. Os desequilíbrios regionais da produção técnico-científica. São Paulo em Perspectiva, 14(3), 12-19. 2000.

Bortoli MC, Morais LFS, Motta ML. Programa de pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde e o Estado de São Paulo. BIS, Bol. Inst. Saúde. 2011.

Botelho A, Almeida M. Desconstruindo a política científica no Brasil: evolução da descentralização da política de apoio à pesquisa e inovação. Soc. estado, Brasília, v. 27, n. 1, Apr. 2012.

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.

Brasil. Ministério da Ciência e Tecnologia. Livro verde. Documento-base da Conferência de Ciência, Tecnologia e Inovação, realizada em setembro de 2001. Brasília, 2001.

Brasil. Departamento de Ciência e Tecnologia em Saúde. Fóruns Regionais: Subsídios para um Plano de Ação de Desenvolvimento Institucional em Ciência e Tecnologia em Saúde para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Relatório de Atividades 2001 – 2002 – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia em Saúde. Relatório de Gestão 2000-2002: Departamento de Ciência e Tecnologia em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Relatório de Gestão 2004: Departamento de Ciência e Tecnologia/ Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – 2.ed. ver. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Programa de fomento à pesquisa para os sistemas e serviços locais de saúde: gestão compartilhada em saúde. Rev Saúde Pública. 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde no Brasil: contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa. 2ª. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Por que pesquisa em saúde? / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 20 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pesquisa para Saúde: Textos para Tomada de Decisão).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à descentralização. Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Pontes e obstáculos à apropriação de resultados de estudos e pesquisas para a gestão do SUS. Rev. Saúde Pública 2008.

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

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. 2ª. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2008-a. (Série B – Textos Básicos em Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde. 2ª. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2008-a. (Série B – Textos Básicos em Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Evidências científicas: informação para a gestão. Rev Saúde Pública. 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Decit 10 anos. / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 56 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE). Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit). Banco de Dados Gerencial. Disponível em: <<http://pesquisasaude.saude.gov.br/bdgdecit/>> Acesso em: 30 mai. 2011.

BUNDSBERICHT FORSCHUNG. Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie. Buchdruckerei, Bonn, Bonner Universität, 1996.

Carvalho JDR. Impregnate the SUS with ideas. BIS. Boletim do Instituto de Saúde. 2011.

Centro de Gestão em Estudos Estratégicos. Descentralização do fomento à ciência, tecnologia e inovação no Brasil. Brasília: Centro de Gestão e Estudos Estratégicos. 2010.

Chizzotti A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. 11ª ed. São Paulo: Cortez; 2010.

_____. Pesquisa em ciências humanas e sociais. 11ª ed. São Paulo: Cortez; 2010. Parte III: Documentação. p. 109-124.

Commission on Health Research for Development (COHRED). Setting priorities for health research overview. Geneva. WHO. 2003.

da Rocha CJA. Pesquisa em saúde em São Paulo: situação atual e perspectivas de mudança. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, vol. 10. 2003.

dos Ministérios, Esplanada. "Atuação do Ministério da Saúde em Ciência e Tecnologia." Rev Saúde Pública. 2007.

Granato M. Panorama sobre o patrimônio da ciência e tecnologia no Brasil: Objetos de C&T. Cultura Material e patrimônio de C&T. Rio de Janeiro: MAST. 2009

Guimarães R, Santos LM, Angulo-Tuesta A, Serruya SJ. Defining and implementing a national policy for science, technology, and innovation in health: lessons from the Brazilian experience. Cad Saude Publica. 2006.

Guimarães R. Pesquisa no Brasil – A reforma tardia. São Paulo em Perspectiva, 16(4): 41-47, 2002.

Hoel PG. Estatística Elementar. Maringá, Atlas S/A, 1981.

Institucionais, I. T. Descentralização no contexto do fomento à pesquisa em saúde. Rev Saúde Pública, 45(3), 626-30. 2011.

Laurenti R, Mello Jorge MHP, Lebrão ML, Gotlieb SLD. Estatísticas de Saúde. 2ª ed. São Paulo: EPU, 2005.

Marques F. Um país, dois modelos. Pesquisa Fapesp. Ed 199 - Setembro de 2012

Martins HHTS. Metodologia qualitativa de pesquisa. Educação e Pesquisa, v. 30, n. 2, maio/ago. 2004.

Minayo MCS. Pesquisa qualitativa em saúde O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia, Conselho Nacional de Saúde. Anais da Segunda Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2005.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes técnicas do programa pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde. 2ª ed rev. Brasília (DF); 2006. (Série A - Normas e Manuais Técnicos).

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Ciência e Tecnologia em Saúde. Relatório de Gestão 2000-2002: Departamento de Ciência e Tecnologia em Saúde. / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Ciência e Tecnologia em Saúde. Brasília. 2002.

Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Atuação do Ministério da Saúde em Ciência e Tecnologia. Rev. Saúde Pública. 2007.

Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Atuação do Ministério da Saúde em Ciência e Tecnologia. Rev. Saúde Pública. 2007, vol.41, n.3, pp. 484-486. Epub May 15, 2007.

Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Ações de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde para à Amazônia Legal. Rev. Saúde Pública. 2007.

Morel CM. A pesquisa em saúde e os objetivos do milênio: desafios e oportunidades globais, soluções e políticas nacionais. Ciência & Saúde Coletiva. 2004.

Moura EC, Santos LMP, Peters LR, Serruya SJ, Guimaraes R. Research on chronic non-communicable diseases: facing the epidemiologic transition in Brazil. Revista Panamericana de Salud Pública (Impresa) / Pan American Journal of Public Health (Impresa), v. 31, p. 240-245, 2012

Neto, I. R. Regionalização de C&T e geração de riquezas.

Novaes HMD, Carneiro JDR. Science, technology and innovation in healthcare and social development and life quality: theses to discuss. Ciência & Saúde Coletiva, 12, 1841-1849. 2007.

Oliveira MM. Programa pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em Saúde - PPSUS: construção do modelo lógico e da matriz de medidas avaliativas. UnB. Faculdade de Ciências da Saúde. Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde. 2008.

Patton MQ. Qualitative research & evaluation methods. 3rd ed. Thousand Oaks, California: Sage Publications; 2002-a.

_____. Qualitative research & evaluation methods. 3rd ed. Thousand Oaks, California: Sage Publications; 2002-b. Triangulation. Pages 555-563

Patton MQ. Triangulation. In: _____. Qualitative research & evaluation methods. 3rd ed. Thousand Oaks, California: Sage Publications; 2002-a. Pages 555-563

Patton MQ. Triangulation. In: _____. Qualitative research & evaluation methods. 3rd ed. Thousand Oaks, California: Sage Publications; 2002-b. Pages 555-563

Pellegrini FA. Pesquisa em saúde, política de saúde e equidade na América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva* 9 (2):339-350,2004.

Rondinelli DA, Nellis, JR, Cheema GS. Decentralization in developing countries. *World Bank Staff Working Paper*.1983.

Rosa JG. Grande Sertão: Veredas. Riode Janeiro, José Olympio, 13a. ed. 1979.

Sicsú AB, Silva NPD. Regionalização da política nacional de ciência e tecnologia. *Ciência & Trópico*, 19(1). 2011.

Silva AC. Descentralização em política de ciência e tecnologia. *Estud. av.*, São Paulo, v. 14, n. 39, ago. 2000.

Simons K, Featherstone C. The European research council on the brink. *Cell*, v. 123, n. 5, p. 747-750. 2005.

Souza LEPF, Contandriopoulos AP. O uso de pesquisas na formulação de políticas de saúde: obstáculos e estratégias. *Cad. Saúde Pública* 2004.

Spink P. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano. 2ª. ed. São Paulo: Cortez; 2000. Análise de documentos de domínio público. p. 135-51.

Tobar F. O conceito de descentralização: usos e abusos. *Planejamento e políticas públicas*. 1991.

Toma TS, Bersusa AAS, Martino LVS, Venancio SI. PPSUS e o desafio da incorporação dos resultados das pesquisas no estado de São Paulo. *BIS, Bol. Inst. Saúde*. 2011

Toma TS, Bersusa AAS, Martino LVS, Venancio SI. PPSUS e a definição de prioridades de pesquisa para os editais de 2004 a 2012 no estado de São Paulo. *BIS, Bol. Inst. Saúde*. 2011.

Trostle J, Bronfman M, Langer A. How do researchers influence decision-makers? Case studies of Mexican policies. *Health Policy Plan*. 1999.

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



Lilian Rose Peters

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/7332588151828520>

Última atualização do currículo em 13/03/2014

Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia (1985), mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (2001) e doutorado em Epidemiologia pela Universidade de São Paulo (2013). Experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Políticas de Ciência e Tecnologia. Entre (2003-2010), atuou como assessora técnica no Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde onde foi responsável por: Ações no campo do fomento à pesquisa e desenvolvimento tecnológico e Ações na área de gerenciamento orçamentário e financeiro: A partir de Nov/2010 atua no Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação - MCTI como Secretária Técnica dos Fundos Setoriais de Saúde CT-Saúde e de Biotecnologia CT-BIOTEC. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome Lilian Rose Peters 

Nome em citações bibliográficas PETERS, L. R.;Peters LR

Endereço

Endereço Profissional Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação, Assessoria de Coordenação dos Fundos Setoriais - ASCOF.
Esplanada dos Ministérios, Bloco E, Sala 568
Asa Sul
70067900 - Brasília, DF - Brasil
Telefone: (61) 20338055
Fax: (61) 20338079
URL da Homepage: <http://www.mct.gov.br>

Formação acadêmica/titulação

2009 - 2013 Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: O Programa Pesquisa Para o SUS: gestão compartilhada em saúde PPSUS como ferramenta de descentralização do fomento à pesquisa em saúde,
Ano de obtenção: 2013.
Orientador:  MÁRCIA FURQUIM DE ALMEIDA.
Palavras-chave: CIÊNCIA E TECNOLOGIA.
Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva.
Setores de atividade: Pesquisa e desenvolvimento científico.

1996 - 2001 Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: AS MÃES ADOLESCENTES E OS FILHOS DELAS: VEREDAS, Ano de Obtenção: 2001.
Orientador: Prof Dr. Alberto Olavo Advincula Reis.
Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.
Palavras-chave: Gravidez na Adolescência; Mortalidade Infantil; Nascidos Vivos; Sistemas de Informação em Saúde; Perinatologia; Adolescência.
Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea:



Marcia Furquim de Almeida

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1D

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/5249772042930769>

Última atualização do currículo em 22/05/2014

Possui graduação em Farmácia e Bioquímica pela Universidade de São Paulo (1973), mestrado em International Nutrition - Cornell University (1979) e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1995). Atualmente é editora científica da Revista Brasileira de Epidemiologia e livre docente da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia, atuando principalmente nos seguintes temas: epidemiologia, mortalidade neonatal, fecundidade, peso ao nascer e sistemas de informacao. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Marcia Furquim de Almeida
Nome em citações bibliográficas	ALMEIDA, M. F.;Almeida, Marcia Furquim de;Marcia Furquim de Almeida;Almeida M.F.;ALMEIDA, MARCIA FURQUIM DE;ALMEIDA, MÁRCIA FURQUIM DE

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Epidemiologia. Av. Dr. Arnaldo, 715 Cerqueira Cesar 01246904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30823886 Fax: (11) 30822920
------------------------------	--

Formação acadêmica/titulação

2010	Livre-docência. Faculdade de Saúde Pública USP. Título: Mortalidade neonatal em uma coorte de muito baixo peso ao nascer, Ano de obtenção: 2010. Palavras-chave: FATORES DE RISCO; MORTALIDADE NEONATAL; idade gestacional; PESO AO NASCER. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva. Setores de atividade: Saúde humana e serviços sociais.
1989 - 1995	Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: MORTALIDADE NEONATAL EM SANTO ANDRE, Ano de obtenção: 1995. Orientador: MARIA HELENA PRADO DE MELLO JORGE. Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil. Palavras-chave: MORTALIDADE NEONATAL; LINKAGE SISTEMAS DE INFORMACAO; RECEM NASCIDOS DE RISCO. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública. Setores de atividade: Saúde Humana.
1974 - 1979	Mestrado em International Nutrition. Cornell University, CORNELL, Estados Unidos. Título: INFANT MORTALITY, MALNUTRITION AND INFECTIOUS DISEASES IN SAO PAULO, BRAZIL, Ano de Obtenção: 1979.