



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**PROGRAMA DE PESQUISA PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO  
DISTRITO FEDERAL (PPSUS-DF):** avaliação das edições 2004 e 2008.

JULIANA PATRÍCIA FERRAZ DE SOUZA GUEDES

Brasília, DF

Julho 2018

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
ENFERMAGEM

**JULIANA PATRICIA FERRAZ DE SOUZA GUEDES**

**PROGRAMA DE PESQUISA PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO  
DISTRITO FEDERAL (PPSUS-DF): Análise avaliativa dos Editais 2004 e 2008**

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutor em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Área de Concentração: Políticas, Práticas e Cuidado em Saúde e Enfermagem. Linha de Pesquisa: Gestão da atenção à saúde e organização dos serviços de saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Dirce Bellezi Guilhem

Brasília, DF

Julho 2018

Dedico esse trabalho aos gestores e pesquisadores do Distrito Federal no sentido de que ele possibilite, ainda que minimamente, uma reflexão sobre o processo do desenvolvimento e incorporação de pesquisas em prol da melhoria da gestão do sistema de saúde.

## AGRADECIMENTOS

À Prof Dr<sup>a</sup> Dirce Guilhem que prontamente me acolheu nesta jornada, contribuindo de forma essencial para a realização desta pesquisa com preceitos acadêmicos, técnicos e de sua experiência de vida.

À professora Dr<sup>a</sup> Leila Göttems por, num momento crucial do meu doutorado, ter escutado meus anseios e direcionado minha caminhada.

Aos colegas de doutorado, Manuela Costa, Lara Mabelle e Suderlan Sabino, pela nossa parceria nesta jornada.

Aos meus pais, Alaim e Lourdes, por sempre terem incentivado e apoiado verdadeiramente minhas escolhas, me dando o alicerce para que eu conseguisse realizá-las.

Às minhas irmãs, Paty e Rô, minha sobrinha, Manu, pela torcida e apoio permanente e incondicional.

À minha amiga Tania Rehem que inspirou o início dessa jornada e esteve sempre por perto e a todas as amigas que, de perto ou longe, seguiram firme comigo.

E, claro, à minha pequena família, Jorge e Beatriz, a quem eu devo todos os momentos de equilíbrio!

*O sistema de pesquisa em saúde de um país pode ser considerado o "cérebro" do seu sistema de saúde.*

Adnan T. Bhutta

## RESUMO

GUEDES, Juliana Patrícia Ferraz de Souza. Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde no Distrito Federal (PPSUS-DF): avaliação das edições 2004 e 2008. 2018.130 f. Tese (Doutorado) - Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2018.

Uma das áreas prioritárias em recursos para o desenvolvimento global de pesquisas é o setor saúde, entretanto nem sempre os seus resultados trazem impacto à realidade e diminuem os problemas de saúde das populações, especialmente nas questões demográficas e epidemiológicas. O Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (PPSUS) é uma iniciativa de financiamento de pesquisas em saúde com aplicabilidade para melhoria/otimização do Sistema Único de Saúde (SUS), financiando estudos a partir de reais demandas georreferenciadas. Como tal, se propõe a estimular o desenvolvimento de pesquisas em saúde, promovendo a integração serviço e academia, reduzindo iniquidades regionais quanto à capacidade instalada para o desenvolvimento científico e tecnológico. A relevância de avaliar este processo é ímpar, mas ainda desafiador. Objetivando-se analisar os resultados dos projetos de pesquisa financiados pelo Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde no Distrito Federal (PPSUS-DF), edições 2004 e 2008, e seus efeitos no sistema de saúde local, realizou-se um estudo avaliativo utilizando-se o modelo de avaliação desenvolvido pela Academia Canadense de Ciências da Saúde (CAHS), a partir da seleção e adaptação de indicadores relevantes para o contexto local. Os resultados obtidos apontaram principalmente os seguintes aspectos: ausência de um banco de dados com informações sobre todo processo de desenvolvimento da pesquisa e sua utilidade pelo sistema de saúde; um sistema de controle/monitoramento de pesquisas em saúde e sua aplicabilidade no SUS imaturo e, por vezes, dissociado em tempo e espaço das questões prioritárias, a exemplo do PPSUS-DF; distância entre os autores envolvidos, academia e serviço, muitas vezes, levando ao desconhecimento por parte dos serviços das evidências em saúde geradas pelas pesquisas que poderiam direcionar oportuna e eficientemente a tomada de decisão.

Palavras chaves: Política de pesquisa em saúde. Prioridades em pesquisas. Formulação de políticas. Política de saúde. Canadian Academy of Health Sciences.

## **ABSTRACT**

GUEDES, Juliana Patricia Ferraz de Souza. Research Program for the Unified Health System in the Federal District (PPSUS-DF): evaluation of editions 2004 and 2008. 2018.130 f. Thesis (Doctorate) - Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, University of Brasília, Brasília, DF, 2018.

One of the priority areas for resources for the global development of research is the health sector. However, its results do not always have an impact on reality and reduce the health problems of populations, especially demographic and epidemiological issues. The PPSUS is a health research funding program with applicability for improvement / optimization of the single health system, financing studies based on real georeferenced demands. As such it is proposed to stimulate the development of health research promoting the integration of service and academia and reducing regional inequities in installed capacity for scientific and technological development. The relevance of evaluating this process is unique, but still challenging. Aiming to analyze the results of the research projects funded by PPSUS / DF, editions 2004 and 2008, and their effects on the local health system, an evaluation study was carried out using the evaluation model developed by the Canadian Academy of Health Sciences (CAHS), from the selection and adaptation of indicators relevant to the local context. The results obtained pointed mainly to the following aspects: absence of a database with information about all research development process and its usefulness by the health system; a health research control / monitoring system and its applicability in the immature and sometimes dissociated SUS in time and space of priority issues, such as PPSUS-DF; distance between the authors involved, academia and service, often leading to the lack of knowledge on the part of the services of the health evidences generated by the research that could guide the decision making in a timely and efficient manner.

Keywords: Health research policy. Priorities in research. Policy formulation. Health policy. Canadian Academy of Health Sciences.

## RESUMEN

GUEDES, Juliana Patricia Ferraz de Souza. Programa de Investigación para el Sistema Único de Salud en el Distrito Federal (PPSUS-DF): evaluación de las ediciones 2004 y 2008. 2018. 130 f. Tesis (Doctorado) - Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Brasilia, Brasilia, DF, 2018.

Una de las áreas prioritarias de los recursos para el desarrollo global de la investigación es el sector de la salud, sin embargo no siempre sus resultados impactan la realidad y reducen los problemas de salud de las poblaciones, especialmente en los temas demográficos y Epidemiológicos. PPSUS es un programa de financiamiento de investigación de salud con aplicabilidad para la mejora/optimizaci3n del sistema de salud 3nico, financiando estudios de demandas georeferenciadas reales. Como tal, propone estimular el desarrollo de la investigaci3n en salud mediante la promoci3n de la integraci3n del servicio y la Academia y la reducci3n de las iniquidades regionales en cuanto a la capacidad instalada para el desarrollo cient3fico y tecnol3gico. La relevancia de evaluar este proceso es extraña, pero sigue siendo un reto. Con el objetivo de analizar los resultados de los proyectos de investigaci3n financiados por PPSUS-DF, ediciones 2004 y 2008, y sus efectos en el sistema local de salud, se realiz3 un estudio de evaluaci3n utilizando el modelo de evaluaci3n desarrollado por la Academia canadiense de Ciencias de la salud (CAHS), a partir de la selecci3n y adaptaci3n de indicadores relevantes al contexto local. Los resultados obtenidos sealaron principalmente los siguientes aspectos: ausencia de una base de datos con informaci3n sobre todo el proceso de desarrollo de la investigaci3n y su utilidad por parte del sistema sanitario; Un sistema de control/seguimiento de la investigaci3n sanitaria y su aplicabilidad en los inmaduros y a veces disociados en tiempo y espacio de las cuestiones prioritarias, el ejemplo de PPSUS-DF; Distancia entre los autores involucrados, la Academia y el servicio, llevando a menudo a la falta de conocimiento por los servicios de la evidencia sanitaria generada por la investigaci3n que podr3a dirigir oportuna y eficientemente la toma de decisiones.

Palabras clave: pol3tica de investigaci3n sanitaria. Prioridades en investigaci3n. Formulaci3n de pol3ticas. Pol3tica de salud. Academia Canadiense de Ciencias de la Salud.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Atores envolvidos no processo de seleção de prioridades de pesquisa em saúde....	27
Figura 2 - Mapeamento das dimensões e indicadores do modelo de avaliação CAHS, 2009..	37
Figura 3 - Matriz CAHS e a direção de suas perspectivas de leituras.....	39

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição das pesquisas financiadas com recursos PPSUS-DF, edições 2004 e 2008, por subagenda de pesquisa .....	53
Gráfico 2 - Distribuição das pesquisas financiadas com recursos PPSUS-DF, edições 2004 e 2008, por tipo de pesquisa. ....	62
Gráfico 3 - Distribuição das pesquisas financiadas com recursos PPSUS-DF, edições 2004 e 2008, por faixa de valor. ....	66
Gráfico 4 - Distribuição comparativa do nº de projetos por edição, quanto à disponibilidade de informação referente a aplicabilidade da pesquisa no Sistema de Saúde local. ....	69
Gráfico 5 - Distribuição da Produção Científica disponibilizada na plataforma Pesquisa Saúde, edição 2004, PPSUS–DF .....	70
Gráfico 6 - Distribuição da produção científica identificada na Plataforma Lattes do pesquisador principal nas edições 2004 e 2008 - PPSUS-DF .....	72
Gráfico 7 - Distribuição da produção científica informada pelos pesquisadores entrevistados, edições 2004 e 2008 - PPSUS-DF .....	73
Gráfico 8 - Distribuição da amostra, pesquisador principal, conforme formação identificada na plataforma Lattes .....	79
Gráfico 9 - Distribuição da formação de mestres e doutores relacionados aos projetos financiados PPSUS-DF, edição 2004, dados plataforma Pesquisa Saúde .....	82
Gráfico 10 - Distribuição dos recursos PPSUS-DF por subagenda, edição 2004, dados plataforma Pesquisa Saúde .....	91
Gráfico 11 - Distribuição dos recursos PPSUS-DF por subagenda na edição 2008 .....	92
Gráfico 12 - Distribuição percentual dos recursos PPSUS-DF, por tipo de pesquisa, edições 2004 e 2008 .....	93
Gráfico 13 - Distribuição de recurso dos projetos selecionados relacionados aos problemas de saúde vigente, edição 2004 e 2008 .....	95
Gráfico 14 - Distribuição das Linhas de pesquisa utilizadas pelos pesquisadores segundo dado referido na entrevista .....	99
Gráfico 15 - Gráfico de Instituições de fomento de pesquisa utilizada pelos pesquisadores entrevistados .....	100

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição das áreas temáticas e linhas de pesquisa conforme Ata da 4º Reunião Técnica, realizada em 31 de maio de 2005, SES-DF, Brasília 2015 .....	33
Quadro 2 - Panorama situacional do PPSUS-DF, segundo dados da SCTIE, disponível na Plataforma Pesquisa Saúde, Out.2016.....	42
Quadro 3 - Distribuição dos indicadores selecionados e adaptados da matriz CAHS e utilizados para avaliação das edições 2004 e 2008 do PPSUS-DF, por dimensão e quanto as fontes de dados.....	46
Quadro 4 – Distribuição dos projetos apresentados e aprovados pelo PPSUS-DF, edições 2004 e 2008 .....	50
Quadro 5 - Associação entre problemas de saúde citados no Plano de Saúde e os Projetos aprovados PPSUS-DF, edição 2004 .....	56
Quadro 6 - Associação entre problemas de saúde citados no Plano de Saúde e os Projetos aprovados PPSUS-DF, edição 2008 .....	59
Quadro 7 - Distribuição de recursos PPSUS – RS, por subagenda, período 2004 a 2007 .....	65
Quadro 8 - Indicadores adaptados para a análise da dimensão Avanço do Conhecimento.....	70
Quadro 9 – Distribuição da produção científica, artigos, produto das pesquisas da edição 2004 conforme nº de citações, FI e Qualis do periódico de publicação .....	76
Quadro 10 – Indicadores adaptados para a análise da dimensão Tomada de Decisão .....	79
Quadro 11 – Relação entre pesquisas aprovas pelo PPSUS-DF, edição 2004, e agenda de prioridades descritas no Plano de Saúde do período .....	82
Quadro 12 – Relação entre pesquisas aprovas pelo PPSUS-DF, edição 2008, e agenda de prioridades descritas no Plano de Saúde do período .....	85
Quadro 13 – Relação entre pesquisas aprovas pelo PPSUS-DF, edição 2008, e agenda de prioridades descritas no Plano de Saúde do período.....	86
Quadro 14 - Indicadores adaptados para a análise da dimensão Benefícios para Saúde.....	95
Quadro 15 - Categorias de análise identificadas a partir das entrevistas na pesquisa referente ao PPSUS-DF e ações 2004 e 2008.....	102
Quadro 16 - Distribuição dos temas e ou verbalizações referentes à categoria a partir das entrevistas na pesquisa referente ao PPSUS-DF e ações 2004 e 2008 .....	103
Quadro 17 - Descrição das verbalizações quanto à produção científica resultante das entrevistas dos pesquisadores, PPSUS-DF edições 2004 e 2008 .....	105

Quadro 18 - Distribuição do quantitativo de artigos científicos informados como resultado da pesquisa, segundo fonte de verificação, edições 2004 e 2008.....	106
---	-----

## LISTA DE ABREVIATURAS

AF	Assistência Farmacêutica;
AFB	Assistência Farmacêutica Básica
AIHS	Alberta Inova Soluções de Saúde
AN	Alimentação e Nutrição
ANPPS	Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAHS	Academia Canadian Academy of Health Sciences
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP/FS	Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde
CG	Comitê Gestor
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Decit	Departamento de Ciência e Tecnologia
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DT	Doenças Transmissíveis
FAP	Fundações de Apoio à Pesquisa
FAP-DF	Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal
FAPERGS	Fundação de Amparo à pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul
Fepecs	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
FeSBE	Federação das Sociedades de Biologia Experimental
FI	Fator de Impacto
FIDEPS	Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa em Saúde
Lacen-DF	Laboratório Central de Saúde Pública do Distrito Federal
LOS-DF	Lei Orgânica da Saúde do Distrito Federal
MCT	Ministério de Ciência e Tecnologia
MCTIC	Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB	Norma Operacional Básica
NEPS	Núcleos de Educação Permanente em Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNCTIS	Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
PPSUS	Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde
PPSUS-DF	Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde do Distrito Federal
RA's	Regiões Administrativas
RIDE	Rede Integrada de Desenvolvimento Econômico
RIDE-DF	Rede Integrada de Desenvolvimento Econômico do Distrito Federal e Entorno
RNPC	Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Hospitais de Ensino
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos em Saúde
SES	Secretária de Saúde
SES-DF	Secretária de Saúde do Distrito Federal
SM	Saúde Mental
SPS	Sistemas e Políticas de Saúde
SUS-DF	Sistema Único de Saúde do Distrito Federal
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Terapia Fotodinâmica
UnB	Universidade de Brasília

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	18
2 MARCO TEÓRICO .....	20
2.1 PESQUISA EM SAÚDE.....	20
2.2 PROGRAMA PESQUISA PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - PPSUS .....	26
2.3 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DO DF E A ÁREA DE PESQUISA – SES-DF – FAP’s - FEPCS.....	30
2.4 AVALIAÇÃO DE PESQUISA EM SAÚDE - MODELO CANADENSE DE AVALIAÇÃO DE PESQUISA EM SAÚDE – MATRIZ CAHS - Academia Canadense de Ciências da Saúde (CAHS).....	35
3 OBJETIVO GERAL.....	41
3.1 Objetivos específicos .....	41
4 PERCURSO METODOLÓGICO .....	41
5 CENÁRIO .....	42
6 DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	44
7 COMITÊ DE ÉTICA.....	49
8 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	50
8.1 Perfil das pesquisas financiadas .....	50
8.1.1 Variável Subagenda.....	51
8.1.2 Variável Tipo de Pesquisa.....	61
8.1.3 Variável Faixa de Valores.....	62
8.1.4 Variável Aplicabilidade da pesquisa ao SUS .....	66
8.2 Análise matriz de indicadores adaptada do modelo de avaliação canadense (CAHS) .....	69
8.2.1 Dimensão Avanço do Conhecimento.....	69
8.2.1.1 Indicador: Identificação da Produção Científica .....	70
8.2.1.2 Indicador: Número de Citações da Pesquisa ou de seus Produtos em Outros Artigos .....	73

8.2.1.3 Indicador: Identificação do Fator de Impacto e do Qualis do Periódico da Revista de Publicação .....	74
8.2.1.4 Indicador: Número de Pesquisas Desenvolvidas como Desdobramento dos Resultados desta Pesquisa .....	77
8.2.1.5 Indicador: Proporção de Produtos Obtidos em Relação aos Esperados ...	77
8.2.1.6 Indicador: Formas de Disseminação dos Resultados.....	77
8.2.2 Dimensão Capacitação.....	78
8.2.2.1 Indicadores: Formação do Pesquisador Principal e Atividade Profissional do Pesquisador Principal .....	79
8.2.2.2 Indicador: Eventos Públicos onde o Resultado foi Apresentado .....	80
8.2.2.3 Indicador: Número de Recursos Humanos Capacitados com a Execução da Pesquisa .....	81
8.2.3 Dimensão Tomada de Decisão.....	82
8.2.3.1 Indicador: Pesquisa Discutida em Oficinas/Reuniões de Trabalho na SES-DF .....	83
8.2.3.2 Indicador: Relação entre Projetos Aprovados e Agenda de Saúde Descrita no Plano de Saúde .....	84
8.2.3.3 Indicador: Identificação de Resultados e Encaminhamentos da Pesquisa	89
8.2.3.4 Indicador: Valor e Proporção de Recursos Financeiros Aplicados por Subagenda de Saúde .....	90
8.2.3.5 Indicador: Valor e Proporção de Recursos Financeiros Aplicados por Tipo de Pesquisa .....	92
8.2.3.6 Indicador: Valor e Proporção de Recursos Financeiros Aplicados por Problema de Saúde Descrito no Projeto Pesquisa .....	94
8.2.4 Dimensão Benefícios para Saúde .....	95
8.3 Perspectivas dos pesquisadores sobre a sua contribuição para o desenvolvimento da ciência e tecnologia no SUS-DF e melhoria do Sistema de Saúde local .....	98
9 CONCLUSÃO.....	107
REFERÊNCIAS .....	111

APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados .....	119
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	124
APÊNDICE C – Termo de Concordância .....	125
APÊNDICE D - Termo de Responsabilidade e Compromisso dos Pesquisadores Responsáveis .....	126

## 1 INTRODUÇÃO

Especificamente na América Latina e no Caribe, a pesquisa em saúde ganhou impulso principalmente na última década, período em que diversos países implantaram políticas direcionadas para investigação em saúde definindo uma agenda de prioridades (BECERRA-POSADA et al., 2014).

Revisando estas políticas alguns países apresentavam agendas de pesquisa em saúde mais amplas e com enfoque participativo numa perspectiva mais integral, ao passo que outros países apresentavam uma abordagem biomédica focada em pesquisa clínica e básica desenvolvidas em serviços de saúde vislumbrando a produção do conhecimento para atender às necessidades pontuais sem estender este conhecimento para atender às necessidades de implantação e dimensionamento de intervenções para alcançar aos problemas da população, que atendam aos determinantes de saúde, social e ambiental (CUERVO e BERMUÚDEZ-TAMAYO, 2018).

A fim de promover a investigação sobre as lacunas de conhecimento específicos, o Programa Brasileiro de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde tem feito financiamento descentralizado, em torno de U\$100 milhões de dólares, nos últimos 15 anos, para o desenvolvimento tecnológico e inovação, a emissão em áreas prioritárias. Esta estratégia revelou-se útil para aumentar a demanda por pesquisas sobre problemas prioritários, incluindo a avaliação de tecnologias em saúde e gestão do sistema de saúde (ZICKER, et al., 2018).

No campo da saúde diversos autores destacaram a importância do desenvolvimento de pesquisas que gerem conhecimento/evidências de modo que atenda as agendas de problemas prioritários em saúde na busca da melhoria do sistema, não ficando restritos apenas a questões de aumento na produção científica e nos financiamentos (MOREL, 2004).

Salicrup et al., 2018 destaca que todos os países precisam de sistemas de pesquisa em saúde sustentáveis que vislumbrem melhoria do sistema de saúde e o bem-estar das suas populações, promovendo a prosperidade econômica e social e reduzindo desigualdades e injustiças sociais.

As aplicações de recursos dirigidas às pesquisas em saúde são numerosas e os financiadores sofrem pressão no sentido de averiguar ferramentas capazes de aferir o impacto desses investimentos e demonstrar "valor para o dinheiro empregado". É inegável a importância da avaliação de tecnologias em saúde, seja na análise de um produto ou de um processo (GRAHAM, 2012).

Em 2004 foi criado o Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (PPSUS): gestão compartilhada em saúde com a finalidade de estimular o desenvolvimento de pesquisas na área por meio da integração de serviço de saúde e academia, intensificando sua utilização para promover melhorias na qualidade da atenção ofertada pelo sistema de saúde e, ainda, reduzir iniquidades regionais quanto à capacidade instalada para o desenvolvimento científico e tecnológico (BANZI, 2011).

A gestão federal do SUS acredita que o diferencial deste programa, que o torna relevante no processo de direcionamento das pesquisas em saúde para atender aos problemas de saúde prioritários, estaria no modelo de gestão descentralizado e participativo, envolvendo diversos atores do sistema de saúde entre gestores, profissionais de saúde, pesquisadores e representantes da sociedade civil organizada, e, ainda, como corolário na formulação de políticas apropriadas à realidade do sistema de saúde dada a sua característica regional (BRASIL, 2011a).

O compartilhamento de responsabilidades entre os atores, envolvendo: realização de oficinas para seleção das prioridades de pesquisa em saúde, elaboração e publicação da chamada, submissão das propostas, enquadramento das propostas, avaliação *ad hoc*, análise pela Comissão de Especialistas, aprovação final pelo Comitê Gestor, acompanhamento e avaliação das pesquisas e análise do potencial e incentivo à incorporação dos resultados das pesquisas nos serviços de saúde, seria um alicerce relevante para o alcance dos objetivos propostos (BRASIL, 2006, 2007, 2011b).

Assim, o sucesso deste programa estaria no uso dos resultados de suas pesquisas na melhoria do sistema de saúde, possibilitando como resultado processual a melhor articulação entre os serviço, gestão e academia.

Mensurar estes resultados e sua articulação com a melhoria do sistema de saúde é um desafio a todos os níveis de gestão. Muitos autores são unânimes em destacar a dificuldade da construção de um instrumento de avaliação capaz de abranger tal complexidade que dê conta dessa complexidade (BANZI et al., 2011; GRAHAM et al., 2012).

Para o desenvolvimento da referida da pesquisa, utilizou-se o modelo canadense de avaliação de pesquisa em saúde, desenvolvido pela Academia Canadense de Ciências da Saúde (CAHS). A seleção desse modelo considerou a complexidade que é a definição de um instrumento único de avaliação, corroborado por diversos autores. O modelo identificado foi construído e validado a partir de experiências de vinte e três organizações, mas com o mesmo intuito: delinear os impactos da pesquisa em saúde e aprender sobre o melhor uso dos resultados das pesquisas na área em função da melhoria do sistema de saúde e de benefícios à população (CAHS, 2009).

Desse modo, esta pesquisa analisou os projetos de pesquisa financiados pelo Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde do Distrito Federal (PPSUS-DF), edições 2004 e 2008, com base no modelo adaptado da matriz de indicadores de avaliação de pesquisa em saúde – CAHS.

O estudo foi organizado didaticamente em: Marco Teórico; Objetivos; Percurso Metodológico; Resultados e Discussão; e Conclusão.

O referencial teórico abordou os aspectos conceituais, que embasaram a construção de um marco lógico sobre o problema do estudo e deram substância à discussão. Os objetivos, geral e específico, foram traçados à luz da questão norteadora do estudo, descrita a seguir: As pesquisas aprovadas no PPSUS-DF, edições 2004 e 2008, trouxeram contribuições efetivas para o Sistema de Saúde do Distrito Federal?

A conformação do percurso metodológico considerou a definição de um arcabouço conceitual que sustentou a proposição da pesquisa, explicitando, de forma sistematizada, todas as etapas desenvolvidas para a identificação dos objetivos propostos. A escolha dessa estrutura teve por propósito elucidar todos os passos seguidos ao longo do projeto.

Quanto apresentação dos resultados e discussão, optou-se por uma organização em blocos de dados de acordo com os objetivos específicos referidos. Assim, foram definidos três blocos: perfil das pesquisas financiadas; análise da matriz de indicadores adaptada do modelo de avaliação canadense (CAHS); e as perspectivas dos pesquisadores sobre a sua contribuição para o desenvolvimento da ciência e tecnologia no Sistema Único de Saúde do Distrito Federal (SUS-DF), bem como sobre a contribuição da pesquisa para a melhoria do Sistema Único de Saúde.

Por fim, a construção das conclusões foi esquadrihada sobre o aparato da reflexão, correlacionando os objetivos propostos com os achados da pesquisa, bem como apontado seus limites e possibilidades.

## **2 MARCO TEÓRICO**

### **2.1 PESQUISA EM SAÚDE**

Se fosse possível ignorar tudo que os sistemas de saúde apreenderam com as pesquisas em saúde, certamente se eliminaria uma boa parte do que se ganhou em bem-estar social (CUERVO e BERMÚDEZ-TAMAYO, 2018). A Organização Mundial de Saúde (OMS), já em 1996, sinalizava que a realização de pesquisas em saúde poderia direcionar, de forma mais

efetiva, a elaboração de políticas de saúde. A utilização do conhecimento científico sustenta, por meio do fortalecimento da capacidade técnica, a tomada de decisão na perspectiva da formulação de políticas e programas de saúde tornando-as mais eficazes e eficientes (SOUZA e CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Há alguns anos atrás o foco da investigação em saúde estava voltada para o setor saúde, no sentido mais restrito. Em 2008, pela ocorrência do Fórum Ministerial Mundial sobre Investigação, propôs-se o termo “investigação para a saúde”. Esta conotação, mais ampla, pretendia enfatizar que muitas soluções e contribuições para a saúde vem da pesquisa em determinantes sociais e áreas de conhecimento que podem ir além do setor cuidado (WHO, 2008; BORREL, 2010).

Em 2015, os países membros das Nações Unidas, pactuaram uma agenda que traçava objetivos para o desenvolvimento sustentável, visando garantir uma vida saudável e promover o bem-estar de todos. A chamada Agenda 2030. Essa agenda destacava entre as ferramentas para o alcance desses objetivos, a importância de determinar os efeitos das pesquisas para saúde nos sistemas de saúde, no sentido de conhecer seus efeitos, custos, e a relação com a tomada de decisão sensata e evidenciada (ONU, 2015).

A complexidade da pesquisa em sistemas de saúde em que pese sua avaliação social ocorre de forma mais lenta o que pode contribuir para que muitos sistemas de saúde determinem o seu funcionamento sem aplicar, desenvolver ou considerar o conhecimento que envolve a uma decisão racional baseada no melhor conhecimento disponível (CUERVO e BERMÚDEZ-TAMAYO, 2018).

Este aspecto também contribuiu para o dilema dos formuladores de política entre financiar pesquisa para saúde ou utilizar estes recursos para ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, considerando o conhecimento já existente (BRASIL, 2007).

[...] A pesquisa relacionada à equidade na saúde ou a critérios de equidade e desenvolvimento na alocação de recursos é rara e, conseqüentemente, mesmo as pesquisas em saúde que resultam em novas intervenções eficazes são incapazes de contribuir para a redução da desigualdade na sociedade, a não ser como um efeito colateral. Finalmente, mesmo que a pesquisa dê respostas práticas para problemas de saúde, como novas drogas ou métodos de diagnóstico, tais achados raramente têm impacto imediato na saúde dos pobres (BRASIL, 2007, p. 13).

Fortuitamente os pesquisadores são consultados quanto à evidência de seus estudos para o sistema de saúde, mas o mais comum, quanto da formulação de políticas e/ou programas de saúde, são os gestores utilizarem dos saberes que cercam a sociedade em geral ou os atores

sociais relevantes nesse processo. Souza e Contandriopoulos, (2004) já chamavam atenção que a aplicação dos conhecimentos científicos deve ser um exercício frequente para os tomadores de decisão sob a perspectiva de que susteriam decisões mais eficazes e eficientes. É relevante também que os programas de pesquisa em saúde estejam integrados ao contexto do sistema de saúde, evitando a fragmentação da realidade a ser estudada, possibilitando resultados mais realistas e mais úteis aos gestores.

Dada a relevância do tema vários organismos internacionais desenvolveram fóruns e outras estratégias para discutir tais questões. Assembleia Mundial de Saúde, em 2010, promulgou a Estratégia de Pesquisa para a saúde. Nas regiões da OMS também foi adotada essa abordagem e foi refletido na Política de Pesquisa em Saúde adotada também Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) (OPAS, 2010).

A ideia era promover iniciativas para tirar proveito do conhecimento advindo com a pesquisa em saúde, sobre tudo em áreas de renda baixa ou média, para encontrar soluções replicáveis ou adaptáveis aos sistemas de saúde. Isto incluiu ainda a disseminação de experiências exitosas e a maior utilização de mesma (BERMÚDEZ-TAMAYO, et al, 2017).

Em 2006, a OMS lançou sua rede de políticas baseadas em evidências (EVIPNet). Tratava-se de uma estratégia para enfrentar o desafio de traduzir a investigação na política nas Américas e no mundo. EVIPNet desenvolve parcerias sustentáveis entre os diversos atores: formuladores de políticas, pesquisadores e sociedade civil para aumentar a capacidade dos países para desenvolver políticas de saúde utilizando evidências de pesquisa (Pantoja et al, 2018).

De acordo com Guimarães (2004), no mundo, uma das áreas que mais despense recursos com pesquisa é o setor saúde. Pang (2011) e Brasil (2011b) identificaram que este setor desenvolve pesquisas altamente especializadas, porém fragmentadas e desconectadas da realidade dos problemas de saúde no que se refere às questões demográficas e epidemiológicas, ficando ao mérito do pesquisador a aprovação do projeto.

Uma recente revisão sobre o desenvolvimento da capacidade de pesquisa em saúde, em países de renda média e baixa, argumenta que para a geração e aplicação do conhecimento científico, efetivo e sustentável, são necessárias abordar três níveis: macro, institucional e individual. O desenvolvimento da capacidade, no campo macro, deve incluir coordenação e parcerias transversais, definição de prioridades e planejamento das ações, gestão e regulação (FRANZEN E LANG, 2017).

Há que se considerar ainda, para as pesquisas em saúde, por vezes, tem recursos limitados, o que torna o processo de priorização ainda mais relevante. Assim, alguns critérios

devem ser ponderados, como: situação epidemiológica; relevância para os serviços/políticas; desenvolvimento do conhecimento; viabilidade operacional; e demanda social (MONTEIRO et al., 2006; BRASIL, 2011b).

Pesquisas bem orientada são essenciais para alcançar o melhor resultado, reduzir as desigualdades, melhorar a saúde da população e acelerar o desenvolvimento socioeconômico dos países. Particularmente, pesquisas visando fortalecer os sistemas de saúde são fundamentais não só para atender às necessidades atuais, mas também para adaptar os sistemas aos desafios futuros. Todos os países precisam de sistemas investigação sustentável para melhorar a saúde e o bem-estar das suas populações, reduzir as desigualdades e iniquidades e promover a prosperidade econômico e social (ALGER, 2009).

Em 2008 ocorreu a primeira Conferência Latino-Americana de Pesquisa e Inovação para a Saúde que, entre outras questões, destacou a relevância de três aspectos que devem ser considerados no processo de definição de pesquisas em saúde: governança; marco legal; e uma agenda de prioridades (BECERRA-POSADA, 2009).

Para Huffy e Bazzani (2006) a governança seria compreendido como os processos que regem a articulação e ou promoção da interação entre os atores, a dinâmica dos processos e as regras estabelecidas.

O marco legal refere as normas institucionais que definem as diretrizes governamentais e ou de entidades governamentais para dedicar esforços e recursos para pesquisa em saúde definindo um arcabouço legal para alcançar seu desenvolvimento. Quanto a etapa de priorização da pesquisa em saúde seria determinada pela existência de uma agenda de prioridades que demonstrem o exercício de seleção e hierarquia de problemas de saúde que necessitassem da geração orientada de conhecimento (ALGER, 2009).

O desenvolvimento de pesquisas em saúde tem um papel relevante no avanço da capacidade sustentável de melhorar o desempenho dos sistemas de saúde e seu impacto na saúde pública, porém o crescimento da pesquisa em saúde nesta perspectiva ainda é desigual (BECERRA-POSADA, MINAYO, QUENTAL 2014).

No Chile, o Fundo de Pesquisa Nacional de Saúde (FONIS) foi uma iniciativa eficaz criada para produzir pesquisas prioritariamente relevantes para auxiliar os tomadores de decisão que abordam problemas no sistema de saúde do país. 15 A Mudanças na lei do tabaco no Chile, por exemplo, decorreu de pesquisas financiadas pelo FONIS (IGLESIAS et al, 2014).

Quanto ao cenário nacional, o Brasil está consolidando um dos maiores atrasos científicos de sua história. Os governos vêm reduzindo os recursos para pesquisa e inovação. Isso pode ser visto no orçamento para Ciência e Tecnologia: em 2010, quando havia até um

ministério com esse nome, o valor foi de R\$ 10 bilhões (a preços de 2017). Em 2017, após o setor ser agregado ao Ministério das Comunicações, o valor passou para R\$ 4,8 bilhões, e passaria para R\$ 1,4 bilhão em 2018. O país cai ainda mais no ranking de investimento em relação ao PIB (Produto Interno Bruto), sendo o 28º, com 1,2% (Coreia do Sul lidera, com 4,3%) (OLIVEIRA, 2018).

A estruturação de um setor para pesquisa em saúde, no Brasil, decorre da década de 20, fruto do pós-guerra, e culminaria em 1951 com a criação do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Instituída como uma autarquia ligada diretamente à Presidência da República, que funcionaria como "estado-maior da ciência, da técnica e da indústria, capaz de traçar rumos seguros aos trabalhos de pesquisas" científicas e tecnológicas do país. No entanto, a integração entre o campo da prática e o da pesquisa ainda eram distantes (GUIMARÃES, 2004).

É notório o crescimento de artigos brasileiros publicados nos últimos anos, mas ainda representam um percentual pequeno de produção científica no mundo em torno de 1,4%. Um outro dado relevante é a concentração do recurso destinado a pesquisas em saúde para duas regiões do país – Sudeste e Sul, cerca de 80%, o que, claro, está também associado à afluência de mão de obra qualificada e infraestrutura adequada nessas regiões (BRASIL, 2006).

Aproximadamente 63% dos grupos de pesquisa estão na região Sudeste e 17% na região Sul, o restante, por volta de 20%, distribuídos nas regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte, 13%, 5% e 2% respectivamente (GUIMARÃES, 2006).

A Constituição Federal de 1988, nos artigos 218 e 219, já destacava a necessidade de uma agenda governamental de desenvolvimento de pesquisa em saúde e a relevância da investigação tecnológica com o intuito de melhoria do desempenho do sistema de saúde nos diversos níveis e regiões. Na esfera federal as ações de pesquisa estão vinculadas a três ministérios: Saúde, Educação e Ciência e Tecnologia e órgãos a eles vinculados, tais como: CNPq (BRASIL, 1988).

A implantação do SUS, entre seus princípios e diretrizes, definiu a participação dos três níveis de gestão, União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na formulação de um programa de pesquisa para o SUS, estimulando a integração entre os serviços de saúde, campos inerentes de ensino e pesquisa e as instituições de ensino por meio de comissões permanentes de trabalho (BRASIL, 1990).

Em 1994 ocorreu a 1ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde que, entre outros aspectos discutidos, destacou a importância da aproximação entre o campo da

prática e o campo da pesquisa, defendendo a necessidade de criação de um espaço institucionalizado no Ministério da Saúde (MS) que coordenasse essa discussão.

A elaboração da Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde – vista como um dos componentes da Política Nacional de Saúde – exigirá uma interação estreita entre o Sistema Único de Saúde, os componentes de C&T e a política de formação de recursos humanos em saúde. [...] A orientação lógica dessa política deve estar fortemente marcada por um claro compromisso ético e social de melhoria – a curto, médio e longo prazo –, das condições de saúde da população brasileira, considerando particularmente as diferenciações regionais e buscando a equidade (BRASIL, 1994a).

No ano 2000, foi instituído o Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit), vinculado à Secretaria de Políticas de Saúde do MS. Só em 2003, num processo de reestruturação do organograma ministerial, foi criada a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos em Saúde (SCTIE), que incorpora o Decit.

A Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS), aprovada em 2004, pretendia, por meio da incorporação dos constitucionais: universalidade, integralidade e equidade, contribuir para a redução das desigualdades sociais em saúde (BRASIL, 2006).

Uma década se passou entre a primeira e segunda Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde e, neste íterim, pode-se destacar no contexto do estímulo à pesquisa e à integração campo e pesquisa a Norma Operacional Básica (NOB), de 1996. Essa norma destacou entre suas orientações a criação de um Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa em Saúde (FIDEPS) com o objetivo de incentivar o desenvolvimento nos campos de práticas do SUS voltados para sua própria melhoria. E, em 2001, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) definiu como um dos requisitos que deveriam constar do Plano Estadual de Saúde a programação de ações de pesquisa (BRASIL, 2001).

Todo o processo de estruturação e organização dessa área deixa claro o papel central do MS como condutor central na implementação da pesquisa em saúde no país, devendo ser o indutor do encadeamento e articulação entre os diversos setores e atores envolvidos (OLIVEIRA, 2008).

Albuquerque (2004) destaca as particularidades do Brasil frente ao cenário internacional de pesquisa, tanto com relação ao perfil epidemiológico, que reflete um mosaico, quanto às iniquidades sociais que geram um cenário específico.

É importante ressaltar que sempre, e não diferente de outras áreas, o incentivo ao desenvolvimento de um parque científico e tecnológico está intimamente relacionado à política econômica vigente (BRASIL, 2004).

Ainda, em 2001, foi criado um Fundo Setorial de Saúde, vinculado ao Ministério de Ciência e Tecnologia com objetivo de financiar o desenvolvimento científico e tecnológico direcionados a área da saúde, por meio da elaboração de editais públicos pelo Ministério da Saúde. Em 2003, com a criação da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos em Saúde (SCTIE), discutiu-se a implementação de uma Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e de uma agenda nacional de prioridades em pesquisa em saúde. Em 2004 ocorre a 2ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, já com uma participação mais ampla da sociedade civil na área da saúde, educação e ciência e tecnologia, aprovando uma política nacional para o setor (GUIMARÃES, 2004).

Então, em 2004, é lançado o Programa Pesquisa para o Sistema Único de Saúde: gestão compartilhada em saúde (PPSUS) com a intenção de estimular o desenvolvimento de pesquisa em saúde por meio da integração do serviço de saúde e academia, intensificando o uso da pesquisa na melhoria do sistema de saúde e, ainda, reduzindo as iniquidades regionais, quanto à capacidade no desenvolvimento científico e tecnológico. Na esfera federal o programa é coordenado pelo MS, por meio do Decit em parceria com o CNPq, e nos estados a articulação é feita pelas Secretarias Estaduais de Saúde por meio das Fundações de Apoio à Pesquisa (FAPs) e agentes executoras do programa. O fluxo do recurso financeiro é feito do MS ao CNPq e deste à FAPs (BRASIL, 2011b; PANG, 2011).

Nesse contexto é desenhado o PPSUS, com preceitos apoiados na ideia de que para resolver ou minimizar a desigualdade nesta área é preciso investir tanto na organização dos sistemas locais de ciência e tecnologia bem como em políticas que tentem corrigir esta situação (GUIMARÃES 2004).

## 2.2 PROGRAMA PESQUISA PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - PPSUS

A implantação do Programa Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (PPSUS) marcou o início da parceria de trabalho com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico do MCT (CNPq/MCT) para o desenvolvimento do fomento à pesquisa em todas as unidades federadas e Distrito Federal.

O MS credita a este programa um aspecto inovador devido ao modelo de gestão descentralizado e participativo, envolvendo diversos atores do sistema de saúde entre gestores, profissionais de saúde, pesquisadores e representantes da sociedade civil organizada, e, ainda, indutor da formulação de políticas apropriadas à realidade do sistema de saúde, dado a sua característica regional (BRASIL, 2011a).

O PPSUS tem como objetivos reduzir as iniquidades regionais no fomento à pesquisa e estimular o desenvolvimento de pesquisas voltadas para atender aos problemas de saúde prioritários. O alcance desses objetivos está associado à estratégia de um compartilhamento de responsabilidades entre os atores envolvidos no processo – gestores federais e estaduais, serviços de saúde e academias, envolvendo as seguintes etapas:

- (1) realização de oficinas para seleção das prioridades de pesquisa em saúde,
- (2) elaboração e publicação da chamada, (3) submissão das propostas, (4) enquadramento das propostas, (5) avaliação *ad hoc*, (6) análise pela Comissão de Especialistas, (7) aprovação final pelo Comitê Gestor, (8) acompanhamento e avaliação das pesquisas e (9) análise do potencial e incentivo à incorporação dos resultados das pesquisas nos serviços de saúde (BRASIL, 2008a, p. 9).

O desenvolvimento e a articulação de todas estas etapas garantem o atendimento ao objetivo do projeto. A etapa de definição e seleção de prioridades inicia o processo e dela deve decorrer toda estruturação dos projetos em nível local. Conforme o Manual Operacional do Programa, definido pelo MS, este momento é crucial para articulação entre as necessidades de saúde e a organização do seu sistema. Assim deve envolver os mais diversos atores, como descrito na figura 1, que atuam nesse cenário (BRASIL, 2011a).

Figura 1 – Atores envolvidos no processo de seleção de prioridades de pesquisa em saúde



Fonte: Brasil (2009a)

As etapas de definição de prioridades de pesquisa em saúde, acompanhamento e avaliação das pesquisas e análise do potencial e incentivo à incorporação dos resultados das pesquisas nos serviços de saúde, são fundamentais neste processo, pois dão sustentabilidade para o cumprimento dos objetivos propostos pelo programa: pesquisa em saúde atrelada às necessidades que impactam em melhorias no sistema de saúde, constituindo-se, assim, como

uma ferramenta estimuladora da discussão dos principais problemas que estejam entre as prioridades de pesquisa (TOMA et al., 2011).

A definição de prioridades deve guardar total consonância com os problemas de saúde identificados nos planos de saúde, em que se espera que estejam descritas as necessidades de saúde da população, e, ainda, articuladas às Políticas e Agenda Nacional de Saúde. O MS sugere o uso do documento Matriz Combinada do Global Fórum for Health Research.

O processo de construção de uma agenda de prioridades de pesquisa deve ser elaborado com a participação de profissionais da saúde, pesquisadores e representantes de outros segmentos da sociedade, no entendimento de que uma agenda de pesquisa, para ser bem-sucedida, deve decorrer de consenso político e técnico entre múltiplos atores (MOLESINI, 2012, p. 69).

A delimitação de uma agenda de prioridades de pesquisa em saúde correlata com a agenda de problemas do sistema de saúde é sem dúvida um passo importantíssimo para garantir que os saberes sejam verdadeiramente incorporados em políticas e ações de saúde (MOREL, 2002).

A organização deste momento é de responsabilidade das FAPs em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e os departamentos do MS envolvidos. Como resultado deste encontro deve-se ter uma lista de temas de pesquisa que subsidiará a seleção de projetos a serem financiados. No entanto, o Decit, em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde da Bahia e o CNPq, elabora um Guia de Operacionalização do Programa, com intuito de disponibilizar uma metodologia que oriente a realização das oficinas de trabalho estaduais para a seleção dos temas prioritários de pesquisa que comporão os editais estaduais do PPSUS direcionando a seleção de projetos (BRASIL, 2009b).

É sugerido o uso de uma combinação de três matrizes: a) Matriz de Identificação dos Problemas de Saúde/Pesquisa; b) Matriz de Listagem e Priorização dos Problemas de Saúde/Pesquisa; e c) Matriz de Eleição das Linhas de Pesquisa, considerando os conhecimentos necessários para a solução do problema. A matriz de listagem de problemas (b) deve considerar os problemas de saúde com base na sua magnitude, gravidade e transcendência e insuficiência de conhecimento para solução do problema (BRASIL, 2009b).

Concluída esta etapa, segue-se para elaboração do documento de Publicação da Chamada, conforme modelo definido no Manual do Programa do MS (2009b), que, em linhas gerais, estabelece os critérios para apresentação dos projetos e o passo a passo para a exposição. A Chamada deve deixar as linhas temáticas, definidas anteriormente nas oficinas de prioridade, legítimas, de forma clara e objetiva, pois estas devem orientar o fomento para indução seletiva

de propostas que sinalizem a superação de problemas de saúde, que demandem atividades de pesquisa, e, claro, não tenham ainda uma intervenção existente, caracterizando a inovação do processo.

As etapas seguintes dizem respeito ao processo de apresentação, análise e aprovação do projeto, que se considera desde a checagem de documentação e verificação do atendimento dos critérios definidos, feita pelas FAPs, até a análise técnica da proposta apresentada. Após o enquadramento das propostas apresentadas, fase de verificação de documentação, inicia-se a avaliação dos projetos apresentados por avaliadores *ad hoc*. A seleção destes avaliadores também é feita pelas FAPs, considerando os critérios definidos pelo programa.

São, no mínimo, dois pareceres *ad hoc*, visando a avaliação técnico científica e orçamentária do projeto, que podem ser preenchidos em formulário eletrônico, próprio do programa ou de forma presencial. Após avaliação *ad hoc*, os projetos e pareceres são analisados por uma Comissão Especial, de forma presencial, em oficinas agendas. Esta comissão deve ser formada por pesquisadores doutores que tenham experiência nas áreas dos referidos projetos, devendo estabelecer um ponto de corte para seleção dos projetos. Esse ponto de corte deve considerar o instrumento de avaliação padrão, conforme regras do programa, que pode ser acrescido de alguma particularidade local (BRASIL, 2009c).

Feita a seleção dos projetos, estes são encaminhados ao Comitê Gestor (CG) para análise da aprovação final. O comitê é formado por representantes do MS – Decit, CNPq, FAPs e SES e tem função deliberativa. Além dos aspectos considerados nas avaliações desenvolvidas nas etapas anteriores, o CG deve observar relevância social, como por exemplo: atender às necessidades da população, contribuir para melhoria do desempenho do sistema de saúde, responder às lacunas do conhecimento e outros, além de apresentar relevância orçamentária, ou seja: adequação do orçamento e do cronograma de desenvolvimento da pesquisa, pertinências das despesas, etc. O CG pode determinar ou sugerir alteração em qualquer fase do projeto.

As próximas duas etapas referem-se ao acompanhamento do desenvolvimento das pesquisas, que deve ser feito por meio de dois seminários, no primeiro e segundo ano do projeto respectivamente, a partir da apresentação dos resultados, parciais e finais, pelo pesquisador. Nesse momento também deve ser discutido a incorporação dos resultados pelo sistema de saúde local.

Toma et al. (2011), no estudo sobre o PPSUS e o desafio da incorporação dos resultados das pesquisas, sugerem uma maior integração entre gestores e pesquisadores, facilitando o acesso às informações e, ainda, a criação de uma cultura de tomada de decisão que seja embasada por argumentos técnicos-científicos evidenciados.

O desenvolvimento desse programa, quanto ao financiamento, tem seu aspecto descentralizador garantido pela transferência de recursos do MS ao CNPq, e deste às FAPs por meio de convênios. Cabe às FAPs, a partir de discussões junto as SES, todo processo de chamada de edital, seleção de projetos, monitoramento e avaliação. É um programa de edição bianual. As pesquisas selecionadas têm o prazo de 24 meses para serem concluídas.

### 2.3 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DO DF E A ÁREA DE PESQUISA – SES-DF – FAP’S - FEPCS

O Distrito Federal (DF), criado em abril de 1960, é composto por Brasília, capital do país e as cidades satélites. Limita-se com alguns municípios do Estado de Goiás e do Estado de Minas Gerais, chamados de entorno. Em 2003, tinha uma população de 2.189.789 (dois milhões cento e oitenta e nove mil setecentos e oitenta e nove habitantes) e 23 (vinte e três) regiões administrativas. Já, em 2009, o DF contava com a população de 2.433.853 (dois milhões quatrocentos e trinta e três mil oitocentos e cinquenta e três) habitantes e 29 Regiões Administrativas. Atualmente conta com 2.570.160 (dois milhões quinhentos e setenta mil cento e sessenta) habitantes e 30 (trinta) Regiões Administrativas (RA's). Esses dados são balizadores na definição de políticas e programas de saúde e na organização do sistema (DISTRITO FEDERAL, 2016).

Quanto a rede de saúde, o DF tem uma organização hierarquizada e regionalizada, cuja estruturação se deu desde 1970, distribuída entre as RA's. Para cada RA é definido um Diretor Regional de Saúde. Em razão do DF ser uma cidade-estado e não possuir municípios, sua descentralização é apenas de serviços. Em 2004 eram seis regiões de saúde, e, desde 2009, conta com sete regiões: Centro-Sul, Centro-Norte, Oeste, Sudoeste, Norte, Leste e Sul.

A organização do sistema de saúde do DF tem início com o processo de estruturação da nova Capital Federal, em 1960, com uma perspectiva de instituir uma medicina racional e eficiente. Era urgente definir serviços de saúde para também atenderem à demanda de diversos trabalhadores que participavam do processo de construção da cidade. Basicamente foi implantado o modelo hospitalocêntrico, centrado na doença e na resolução de medidas sanitárias, com vistas a atender a diversidades de situações de saúde decorrentes da heterogeneidade da população que trabalhava na construção da cidade. A caracterização dessa estrutura se dá ao delegar ao Hospital de Base o órgão central das ações médicas e de saúde pública (HILDEBRAND, 2008).

No início da década de 80, a organização do sistema de saúde passava a ser pautado pela ampliação da cobertura a partir da atenção primária e regionalização de serviços, chamado de Plano Frejat, em referência ao Jofrant Frejat, Secretário de Saúde à época. Fruto desse processo foram implantadas em um ano cerca de 33 centros de saúde, e, em 1986, foi sugerido a implantação de um projeto piloto chamado Médico da Família. Em 1993, pela Lei Orgânica da Saúde do Distrito Federal (LOS-DF), é instituído o Sistema Único de Saúde do Distrito Federal (SUS-DF) como encarregado pela organização do sistema de saúde dentro das diretrizes do SUS: integral, universal e com participação popular (HILDEBRAND, 2008).

No entanto, Pires (2010) destaca que o Sistema de Saúde do DF não difere do cenário nacional, tem uma dominância de serviços públicos, mas uma baixa cobertura da atenção básica, quem, em 2008, chega a ser inferior à 6%. Ainda chama atenção que o processo de articulação entre os pontos de atenção estava centrado no cumprimento de alguns protocolos para algumas doenças-agravs não havendo, naquele momento, uma estrutura formal de conexão.

O Plano Distrital de Saúde (2012-2015) trouxe três macros objetivos: (1) aumento da eficiência nas intervenções setoriais para a melhoria das condições de saúde da população; (2) aprimoramento dos processos de gestão no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde (SES) e (3) adequação da infraestrutura em saúde às necessidades da população. Entre as estratégias estabelecidas sem dúvidas o desenvolvimento de pesquisas em saúde direcionadas a resolver problemas de saúde locais era uma perspectiva (CARDOSO, DE OLIVEIRA, E FURLAN, 2016).

Atualmente o SUS-DF passa por um processo de reestruturação que visa desenvolver estratégias com o intuito de fortalecer a atenção básica como eixo organizador do cuidado no nível micro e macro (SES-DF, 2017),

A história da organização da área de pesquisa em saúde no DF se confunde com o processo de implantação e implementação da Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal (FAP-DF). Criada pela Lei Nº 347, de 4 de novembro de 1992, com o objetivo de estimular, apoiar e promover o desenvolvimento científico, tecnológico e de inovação do Distrito Federal, visando o bem-estar da população, defesa do meio ambiente e progresso da ciência e tecnologia. Atualmente encontra-se vinculada à Secretaria de Estado de Economia e Desenvolvimento Sustentável, Decreto nº 38.455 de 2017.

Em 2004, foi realizada a 1º Conferência Distrital de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde no DF, definindo linhas de pesquisa e critérios para classificação. Este documento não foi identificado, mas conforme registro em atas de reuniões na SES-DF tratavam de linha

amplas e muito genéricas, levando à necessidade de uma nova discussão que busque a construção de linhas de pesquisa mais condizente com os problemas de saúde locais. A proposição está em total consonância com os propósitos do PPSUS.

O acompanhamento do PPSUS-DF é feito por um Comitê Gestor (CG) formado por representantes da Coordenação de Pesquisa para o SUS – Fepecs (Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde) – SES-DF; por representantes do CNPq e da FAP-DF. Todo o processo de articulação dos atores envolvidos, quanto à definição de linhas de pesquisas que sejam relevantes para o SUS-DF, é feito pela Coordenação de Pesquisa com apoio da FAP. Os atores em questão são: gestores-serviços e academia. O convite é feito por meio de memorando interno às subsecretarias da SES-DF, aos Núcleos de Educação Permanente em Saúde (NEPS) e, para as academias, por meio de ofício, solicitando indicação de participante nas oficinas do PPSUS-DF.

Existe uma preocupação da Coordenação de pesquisa em conduzir a discussão nas oficinas de forma que as linhas de pesquisa definidas como prioridades venham atender os reais problemas do SUS-DF, quanto à organização da atenção à saúde.

No DF, as oficinas aconteceram na Fepecs, órgão vinculado à SES-DF, e foram conduzidas por representantes da SES e da FAP. A publicação dos editais era o *start* para a abertura do processo cujo início se dava com a realização da oficina de prioridades. O evento era registrado em atas, conforme informação da SES, que ficavam sob responsabilidade da FAP-DF. Foram solicitados o acesso à essas atas, tanto para SES-DF quanto a FAP-DF, no entanto, só foram identificadas apenas as atas referentes a edição 2004, e, conforme informação da FAP-DF, diretoria atual, não foram localizadas as atas referentes às oficinas de prioridade, da edição 2008.

Com relação à primeira edição, foram realizadas quatro oficinas para definição das linhas de pesquisa prioritárias para o SUS-DF. Esses encontros ocorreram entre março e maio de 2005. A participação dos atores se dava por meio de convite da SES-DF para gestores da SES-DF e gerentes/profissionais dos serviços de saúde, em média haviam 28 participantes por encontro.

As oficinas culminaram na definição de 13 subagendas e 42 linhas de pesquisa, conforme descrito no quadro 1, registrada em ata ordinária de reunião na SES-DF, em maio de 2005. A maioria das subagendas tinham pelo menos duas ou mais linhas de pesquisa. Apenas as subagendas “avaliação tecnológica e economia da saúde” e “tecnologias médico-assistenciais e de atenção à saúde” possuíam apenas uma linha de pesquisa cada, sendo que a de “avaliação de tecnologia”, na descrição da linha de pesquisa, destaca a realização de

pesquisas para subsidiar a tomada de decisão. Na edição 2004, período equivalente a essa discussão, nenhum projeto foi selecionado referente a essa linha.

Quadro 1- Distribuição das áreas temáticas e linhas de pesquisa conforme Ata da 4ª Reunião Técnica, realizada em 31 de maio de 2005, SES-DF, Brasília 2015.

ÁREAS TEMÁTICAS	LINHAS DE PESQUISA
<b>Subagenda de doenças e agravos: doenças transmissíveis</b>	
DST e HIV/AIDS	Estudos multimetodológicos para identificação dos principais fatores que impedem a prevenção de DST e HIV/AIDS
	Avaliação de novas estratégias para a adesão ao tratamento
Tuberculose	Avaliação de novas estratégias para a adesão ao tratamento
Hepatite	Estudos de custos-efetividade do tratamento das hepatites
<b>Subagenda de doenças e agravos: doenças não transmissíveis</b>	
Diabetes e hipertensão	Avaliação de novas estratégias para a adesão ao tratamento
	Avaliação da correlação qualidade de vida e controle glicêmico a longo prazo
	Estudo de intervenções para prevenção, diagnóstico precoce e tratamento da síndrome metabólica
Câncer e seus agravos	Avaliação da qualidade de vida com cuidados paliativos na assistência domiciliar e hospitalar
	Avaliação da implantação das ações programáticas em câncer em nível de atenção básica em saúde
Agravos gastrintestinais	Estudo de intervenções para redução da prevalência das doenças gastrintestinais mais prevalentes
<b>Subagenda de doenças e agravos: saúde mental</b>	
Organização e avaliação de políticas, programas e serviços	Estudos de intervenções para melhorar a capacidade diagnóstica e o tratamento da depressão nos serviços de saúde
	Avaliação de intervenções de apoio aos cuidadores
Magnitude, dinâmica e compreensão dos agravos em saúde mental	Estudos de prevalência e incidência de depressão infanto-juvenil e em idosos
<b>Subagenda de doenças e agravos: causas externas</b>	
Acidentes de trabalho, trânsito e homicídio	Relação entre acidente de trânsito, violência e saúde mental
Controle da violência e saúde	Estudos estratégicos para planejamento de ações de prevenção da violência intrafamiliar
<b>Subagenda de cuidados à saúde de grupos populacionais especificados: saúde da criança e do adolescente</b>	
Magnitude, dinâmica e compreensão dos problemas de saúde da criança e do adolescente	Estudos de morbidade infantil (fetal, perinatal e neonatal) e na adolescência
	Avaliação de intervenções para redução do uso/abuso de substâncias que induzem a dependência dos adolescentes
Gravidez na adolescência	Avaliação de intervenções para redução de gravidez na adolescência

<b>ÁREAS TEMÁTICAS</b>	<b>LINHAS DE PESQUISA</b>
<b>Subagenda de cuidados à saúde de grupos populacionais especificados: saúde da mulher</b>	
Avaliação de políticas, programas e serviços	Avaliação de novas estratégias para aumentar a adesão aos métodos anticoncepcionais
<b>Subagenda de cuidados à saúde de grupos populacionais especificados: saúde do idoso</b>	
Magnitude, dinâmica e compreensão dos problemas dos idosos	Atitude do idoso em relação à velhice e a autopercepção do estado de saúde
	Atitude dos profissionais de saúde em relação a sexualidade do idoso
	Estudos de prevalência da demência tipo Alzheimer e doença de Parkinson na população idosa
Organização de políticas, programas e serviços	Avaliação de intervenções de apoio aos cuidadores de idosos
<b>Subagenda de promoção à saúde (fatores de risco)</b>	
Magnitude, dinâmica e compreensão dos agravos e eventos	Avaliação de estratégias para redução dos fatores de risco para doenças não-transmissíveis (diabetes, doenças cardiovasculares e cerebrovasculares)
	Avaliação de estratégias de construção de capital social para saúde
Avaliação, desenvolvimento e aplicação de tecnologias	Avaliação de impacto das campanhas de educação em saúde (fumo, aids, drogas ilícitas, acidentes e violência, e saúde bucal)
<b>Subagenda de gestão e gerenciamento de serviços de saúde: acessos a serviços e redução de custos assistenciais</b>	
Avaliação de políticas, programas e serviços de saúde (eficiência dos serviços e melhoria da qualidade da assistência)	Avaliação da estrutura, processos, resultados e impactos das ações de saúde realizadas na rede SES/DF
	Avaliação da satisfação do usuário e do profissional de saúde da SES/DF
	Avaliação dos processos de gestão central, regional e local das respostas institucionais da SES/DF
	Avaliação da estrutura, organização e desempenho dos mecanismos e controle social central, regional e local
	Avaliação da implantação de novos modelos de atenção à saúde
	Avaliação da implantação de estratégias inovadoras de gestão de sistema e/ou serviços de saúde
<b>Subagenda de saúde, ambiente, trabalho e biossegurança</b>	
Saúde do trabalhador	Relação entre as condições do trabalho e saúde mental do trabalhador
<b>Subagenda de meio ambiente e vigilância em saúde</b>	
Controle de qualidade da água	Avaliação da qualidade da água de consumo humano das fontes de abastecimento coletivo do DF
Inseticidas, agrotóxicos, metais pesados e outros contaminantes	Avaliação da saúde de populações expostas a contaminantes como ação em saúde pública
Raiva	Estudo da circulação do vírus rábico em população de quirópteros
Doença de Chagas, dengue, febre amarela, leishmaniose e malária	Estudos de distribuição, controle e capacidade vetorial no DF
Hantavirose	Estudo da soroprevalência de hantavírus em população de Bolomys Lasius no DF
	Interação homem-hospedeiro do hantavírus em áreas antropizadas do DF
Leptospirose	Avaliação do risco ambiental envolvido na leptospirose humana no DF

ÁREAS TEMÁTICAS	LINHAS DE PESQUISA
<b>Subagenda de avaliação tecnológica e economia da saúde</b>	
Estudos de avaliação tecnológica e economia da saúde aplicado às políticas de saúde pública	Estudos de avaliação tecnológica e economia da saúde prioritários para SES/DF para subsidiar a tomada de decisão relativo a incorporação e uso de tecnologias em saúde
<b>Subagenda de tecnológicas médico-assistenciais e de atenção à saúde</b>	
Humanização das relações de trabalho, no atendimento ou prestação de serviços de saúde	Avaliação da implantação da estratégias de humanização nos serviços de saúde

Fonte: Ata reunião SES-DF, 31 de maio de 2005, FAP-DF, abril 2018.

## 2.4 AVALIAÇÃO DE PESQUISA EM SAÚDE - MODELO CANADENSE DE AVALIAÇÃO DE PESQUISA EM SAÚDE – MATRIZ CAHS - ACADEMIA CANADENSE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (CAHS)

Graham et al. (2012) chama atenção que os investimentos em pesquisa na área da saúde são substanciais. Os financiadores enfrentam pressão crescente em busca da mensuração do impacto dos seus investimentos, ou seja, uma demonstração do "valor para o dinheiro".

O uso de pesquisas nas políticas deve provocar ou reconhecer circunstâncias oportunas e agir, nessas lacunas, de forma eficiente (ELIAS, 2005).

Em 2006, Elias e Souza desenvolveram um estudo para elaboração de indicadores que possibilitam o acompanhamento das pesquisas em saúde. Naquele momento foram identificados vinte indicadores que podem produzir dados sobre o desenvolvimento do sistema de pesquisa em saúde. Os indicadores propostos buscam identificar desde aspectos relacionados à relação entre objeto da pesquisa em saúde e as prioridades/necessidades do sistema de saúde; questões próprias sobre a operacionalização da pesquisa; mapeamento das pesquisas no país, considerando as questões de distribuição e de equidade; e ainda os aspectos relacionados aos recursos técnicos, quanto à formação/capacitação de pessoas e financeiros – custos e resultados.

Num outro estudo realizado por Elias e Patroclo (2005), foi definido um modelo de avaliação do uso de resultados de pesquisas em políticas de saúde, baseado nos seguintes componentes: conteúdo de pesquisa; comunicação; interação; atores e pressão social; e financiamento. Estes estão articulados numa matriz lógica que permite formar um conjunto de efeitos capazes de pressionar os gestores quanto à utilização de subsídios científicos na formulação de políticas e tomada de decisão. Basicamente essa matriz considera três blocos de

análise: seleção de projetos de pesquisa; fatores de promoção e impedimento na utilização dos resultados e contexto de aplicação.

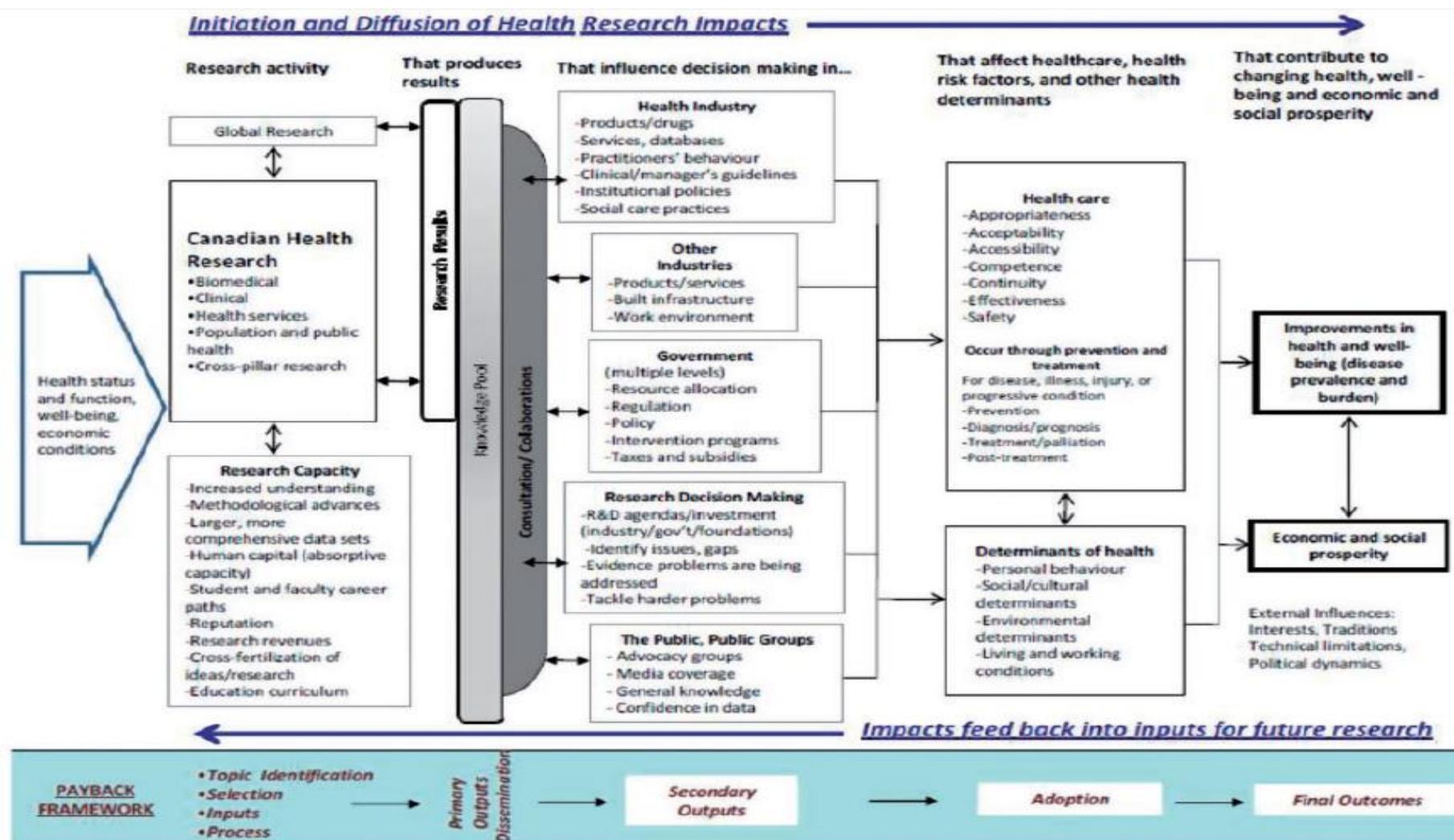
No estudo realizado por Banzi et al. (2011) sobre os desenhos mais aplicados para avaliar o impacto das pesquisas, conclui-se que ainda não existe uma estrutura abrangente que dê conta de conectar os aspectos epidemiológico, econômico e social.

Apesar da definição deste modelo, a busca bibliográfica não apontou artigos que tratam desta questão, a literatura internacional ainda é limitada, assim, reforça-se a opção de utilizar um modelo mais consolidado, o que justifica a seleção do modelo da Academia Canadense de Ciências da Saúde (CAHS).

A CAHS, fundada em 2004, é uma organização beneficente, sem fins lucrativos, de caráter honorífico de pesquisa de políticas, composta por profissionais eleitos de diversas disciplinas dentro e fora do setor de saúde. Seus estudos abrangem toda a amplitude da ciência da saúde acadêmica, da ciência fundamental para o social. Entre outros objetivos, a CAHS busca melhorar a compreensão das questões de ciência e tecnologia que afetam o bem público, transmitindo os resultados de avaliações, o que proporciona oportunidades de discussão pública sobre estas questões (CAHS, 2009).

O modelo canadense de avaliação de pesquisa em saúde desenvolvido pela CAHS foi construído a partir de discussões de modelos de vinte e três organizações diferentes, com interesse em definir os impactos da pesquisa em saúde e aprender a melhorar a rentabilidade dos investimentos em saúde e pesquisa, considerando a premissa de que era preciso compreender os impactos, ou seja, os "retornos" (*outcomes*) que a pesquisa de saúde pode ter e a compreensão quanto aos caminhos, entradas (*inputs*), processos, produtos (*outputs*), para alcançá-los. Assim, surge uma matriz de avaliação, figura 2, representada por um quadro de indicadores e métricas que podem ser usados para avaliar os retornos sobre o investimento na pesquisa em saúde e seus impactos (Graham et al. 2012).

Figura 2 - Mapeamento das dimensões e indicadores do modelo de avaliação CAHS, 2009



Fonte: GRAHAM et al., (2012)

A matriz desenvolvida utiliza uma abordagem modelo lógico combinada com a interpelação multidimensional do modelo *payback*<sup>1</sup>, superando algumas limitações, tais como: agregação e agrupamento de resultados e o uso de um amplo leque de indicadores. Assim, o quadro CAHS define impactos de pesquisa em saúde em cinco dimensões: (1) Avanço no Conhecimento; (2) Capacitação; (3) A informação para Tomada de Decisão; (4) Benefícios para Saúde; e (5) Benefícios Sociais e Econômicos. Para cada dimensão, foram pensados subcategorias e indicadores quantitativos e qualitativos (CAHS, 2009).

O dimensão (1) envolve a definição de indicadores e métricas de conhecimento incluindo medidas de qualidade, atividade, alcance e estrutura capazes de mensurar progressos e contribuições do conhecimento científico nesta área. Quanto ao dimensão (2), relaciona-se a formação de pessoal para o avanço no conhecimento nos diversos níveis do sistema de saúde. Já o dimensão (3) abrange a definição de indicadores e métricas que identifiquem o uso dos resultados da pesquisa na tomada de decisão no sistema de saúde. Com relação aos dimensões (4 e 5), dizem respeito aos aspectos mais amplos do impacto do uso dos resultados da pesquisa em saúde na melhoria das condições de saúde, como condição de saúde melhorada e bem-estar social da população (CAHS, 2009).

Esta matriz constitui a base para a identificação de onde os dados devem ser recolhidos; que dados devem ser coletados; e como realizar avaliações de pesquisa em saúde para garantir a comparabilidade e abrangência, no entanto não deve limitar as diversas possibilidades de avaliação que considerem outros aspectos. Assim, as avaliações podem ser personalizadas para os fins da organização e do sistema de pesquisa de saúde como um todo (CAHS, 2009).

Segundo Butler (2008), é praticamente impossível identificar os dados mais apropriados para coletar qualquer avaliação potencial de pesquisa de saúde. Assim, o painel sugere um "menu" de indicadores potenciais que podem ser reunidos em conjuntos para avaliações específicas em conformidade com os critérios de atratividade e viabilidade de qualquer indicador único.

Para Husbands Fealing et al. (2011), é de suma importância a definição de um modelo teórico generalizado que discorra sobre as diversas ferramentas que legitimem a avaliação do impacto dos resultados das pesquisas no setor saúde, no entanto esses modelos devem permitir modificações para atender situações específicas.

O modelo CAHS fornece uma caixa de ferramentas para avaliar a investigação em saúde com um conjunto de categorias e definições de impacto e um vasto número de indicadores e métricas com

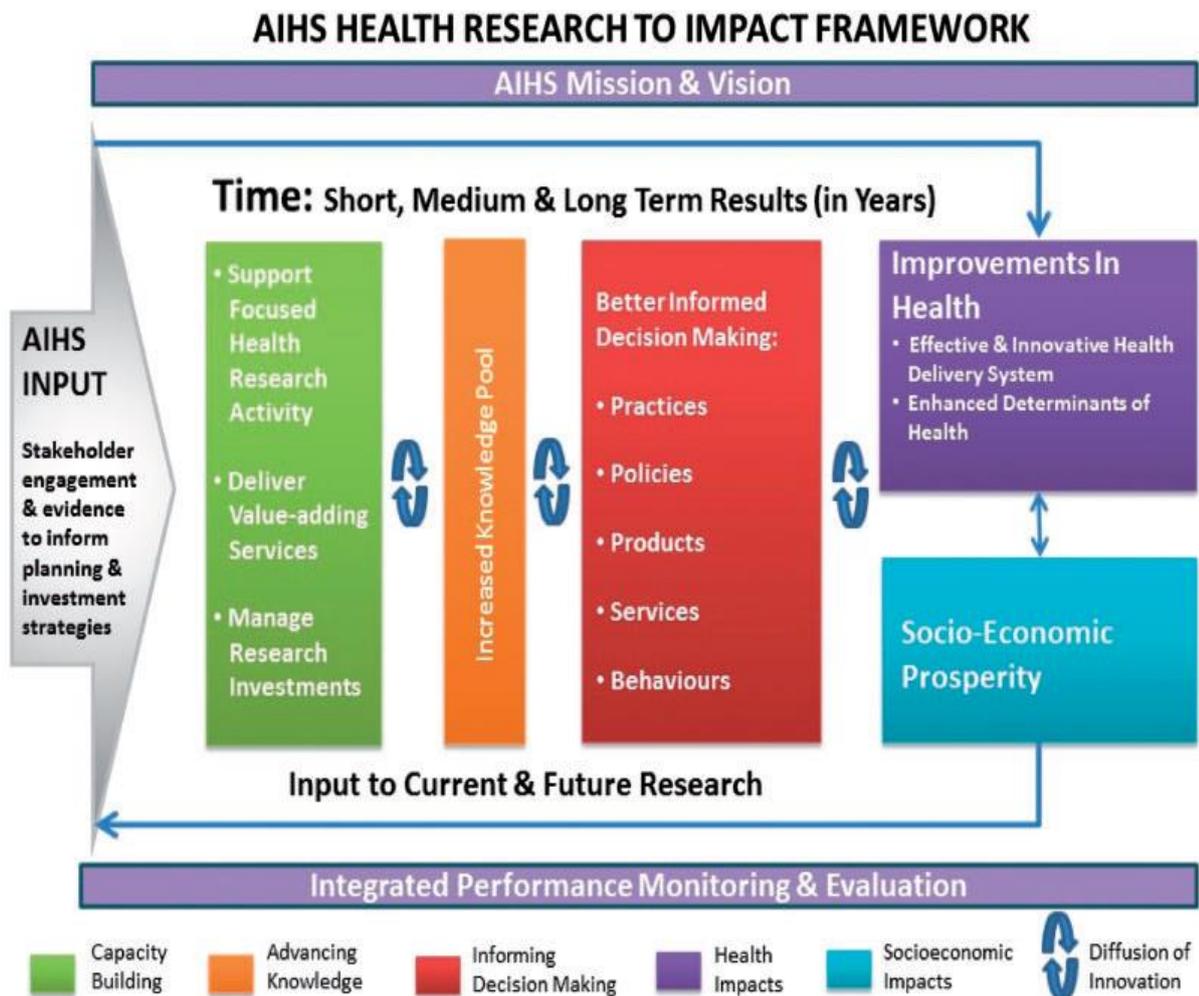
---

<sup>1</sup> Modelo *payback* fornece uma visão abrangente dos retornos que poderiam ser obtidos com investimentos em pesquisa. Define o impacto em cinco categorias: produção de conhecimento; benefícios para futuras pesquisas e uso de pesquisa; política e benefícios administrativos; benefícios do setor sanitário; e benefícios econômicos mais amplos.

diversas possibilidades de agregação. Em geral, o modelo CAHS representa um avanço significativo na avaliação de impacto de pesquisa em saúde no Canadá. Oferece uma abordagem sistemática para avaliar pesquisa em saúde com a intenção de superar lacunas e eliminar as discrepâncias na avaliação de impacto práticas (GRAHAM et al., 2012).

A leitura da matriz deve ser feita sob duas perspectivas: da esquerda para a direita, a figura 3, abaixo, demonstra como a atividade de pesquisa informa a tomada de decisões, eventualmente resultando em mudanças na saúde e prosperidade econômica e social; já da direita para a esquerda, mostra como os impactos da pesquisa potencialmente influenciam a difusão e impactos de outras pesquisas e criação de insumos para a atividade futura (CAHS, 2009).

Figura 3 - Matriz CAHS e a direção de suas perspectivas de leituras



Fonte: Graham et al. (2012)

Segundo Jordan (2011), o modelo CAHS ilustra como traduzir os resultados da pesquisa *downstream* e identifica impactos de interesse para diferentes públicos-alvo. Define também as

instituições e atores, as partes interessadas do sistema, os condutores primários, para os impactos no sistema de saúde por meio dos avanços em pesquisa.

O arranjo do quadro CAHS inclui insumos, processos, produtos, resultados e impacto com possibilidades de análises primárias, frutos direto dos resultados das pesquisas, como publicação de artigos; e ainda desfechos secundários relacionados ao uso dos resultados das pesquisas na organização do sistema de saúde, à exemplos de diretrizes clínicas, protocolos, políticas, entre outras (TUESTA, 2017).

Um estudo realizado em 2007 pela Alberta Inova Soluções de Saúde (AIHS)<sup>2</sup> provou ser útil o quadro CAHS dado o seu padrão de abordagem à avaliação do impacto da pesquisa em saúde. A referida pesquisa pretende desenvolver uma matriz de avaliação que possa ser sistematicamente aplicada para avaliar o nível organizacional e de programa de impactos. Ao utilizar o modelo CAHS de avaliação, perceberam que é suficientemente flexível para ser personalizado para uma organização precisa e oferece orientação prática para mover a avaliação de impacto em vários níveis do sistema, sendo adequado para avaliar os impactos em toda a gama de pesquisa em pesquisa de saúde (GRAHAM et al., 2012).

Diante de todo o exposto e tomando por base o propósito do PPSUS como um programa de financiamento de pesquisas em saúde com aplicabilidade para melhoria/otimização do Sistema Único de Saúde, financiando estudos a partir das reais demandas georreferenciadas parece bastante relevante avaliar este processo ímpar, ainda que desafiador e complexo.

---

<sup>2</sup> Alberta Inova - Soluções de Saúde (AIHS), de base canadense, é uma organização provincial de pesquisa e inovação em saúde que desenvolve estudos visando avanços na saúde e bem-estar socioeconômico financiado publicamente, sem fins lucrativos, por meio da pesquisa e inovação em saúde.

### **3 OBJETIVO GERAL**

Analisar os projetos de pesquisa financiados pelo PPSUS–DF, edições 2004 e 2008, com base no modelo adaptado da matriz de indicadores de avaliação de pesquisa em saúde, matriz CAHS.

#### **3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Descrever o perfil dos projetos aprovados pelo PPSUS-DF, na edição 2004 e 2008.
2. Verificar, usando uma matriz de indicadores adaptada do modelo de avaliação canadense (CAHS), os resultados das pesquisas financiadas pelo PPSUS-DF no sistema de saúde local.
3. Compreender, na perspectiva dos pesquisadores envolvidos no PPSUS-DF, qual a contribuição dos projetos para o desenvolvimento da ciência e tecnologia no SUS-DF.
4. Identificar contribuições e limites do PPSUS-DF com vistas ao resultado no sistema de saúde.

### **4 PERCURSO METODOLÓGICO**

Trata-se de um estudo de caso do tipo avaliativo, a partir da adaptação do modelo CAHS de avaliação, de abordagem qualitativa.

O estudo de caso contribui para compreendermos melhor os fenômenos individuais, os processos organizacionais e políticos da sociedade, possibilitando entendermos a forma e os motivos que levaram a determinada decisão (YIN, 2015). Este tipo de estudo contribui para a compreensão sobre o sucesso ou o fracasso de uma determinada intervenção em um determinado contexto (VIEIRA 2015).

A abordagem avaliativa utilizou o modelo de avaliação desenvolvido pela CAHS, considerando sua proposta de dimensão e indicadores. A partir desse recurso, foi feita a definição, a seleção e a adaptação de indicadores relevantes para pesquisa. A abordagem qualitativa da pesquisa possibilita realizar análise das experiências vivenciadas pelos sujeitos selecionados, respeitando suas singularidades. Esta abordagem constitui um importante avanço para a compreensão dos problemas de saúde (MINAYO, 2010).

## **5 CENÁRIO**

Em linhas gerais, o perfil de pesquisas em saúde no Distrito Federal (DF) não difere do cenário nacional. Quanto ao PPSUS – DF, até 2015, das cinco edições realizadas houve a participação efetiva da Secretaria de Saúde do DF em três delas, conforme descrito no quadro 2, abaixo. O número de projetos submetidos e aprovados foram os seguintes:

Quadro 2 - Panorama situacional do PPSUS-DF, segundo dados da SCTIE, disponível na Plataforma Pesquisa Saúde, Out.2016.

## PANORAMA SITUACIONAL DO PPSUS

	Edição	Ano Edital	Nº Editais	Recurso Total Convênio	Valor Decit	Valor FAP	Valor SES	Gestão do Programa (5%)	Valor Total Edital	Valor Total Outorgado	Recursos Remanescentes
<b>DISTRITO FEDERAL</b>	2002	Não participou desta edição									
	2004	2004	1	800.000,00	400.000,00	400.000,00	-	40.000,00	760.000,00	755.108,30	2.445,85
	2006	Não foi firmado convênio no ano de 2006									
	2008	2009	1	3.000.000,00	2.000.000,00	1.000.000,00	-	150.000,00	2.850.000,00	1.103.835,28	NPC
		2010	1				-	89.869,49	1.707.520,26	1.367.475,63	NPC
	2011	2012	1	3.120.000,00	2.120.000,00	1.000.000,00	-	-	-	-	-
	2012	Não participará desta edição									

Ano Edital	Nº Projetos submetidos	Nº Projetos enquadrados	Projetos Aprovados
2002	-	-	-
2004	102	98	19
2006	-	-	-
2009	48	47	8
2010	33	30	21
2012	42	19	8
2012	67	42	19

Ano/ Edição	Oficina de Prioridades	Chamada	Seminário de Avaliação Final
2009/2008	-	Chamadas 2009 e 2010	Aguardando agendamento
2012/2011	Realizada em 29/11/2011	Em julgamento	-

Fonte: Guia de Operacionalização do PPSUS - 2015

A definição do uso da 1ª e 2ª edições do PPSUS-DF, nos anos de 2004 e 2008 (e seus desdobramentos nos anos de 2009 e 2010) respectivamente, como objeto do estudo, ocorreu em função do fato de que os projetos de pesquisas financiados nessas edições já tinham todas as suas etapas concluídas, incluindo-se prestação de contas e assim teriam seus produtos/resultados disponíveis para consulta. Esses editais somavam um montante de R\$3.800.000,00 (três milhões e oitocentos mil reais) de recursos liberados pelo PPSUS-DF para projetos de pesquisa aprovados,

sendo R\$2.400.000,00 (dois milhões e quatrocentos mil) recursos do MS e R\$1.400.000,00 (um milhão e quatrocentos mil) de contrapartida da FAP-DF.

## **6 DELINEAMENTO DO ESTUDO**

O estudo foi desenvolvido em três etapas: análise documental; abordagem avaliativa a partir da adaptação do método CAHS; e realização de entrevistas com pesquisadores que tiveram projetos aprovados nas edições de 2004 e 2008.

A etapa documental teve por objetivo a definição do perfil das pesquisas selecionadas pelo PPSUS-DF nas edições mencionadas. Inicialmente foi realizada uma identificação e análise documental utilizando-se dados descritos em documentos publicados na página eletrônica do MS, em guias do PPSUS-MS que trataram das diretrizes e desenho do programa; nos editais do PPSUS-DF, Plano de Saúde do DF, sítio eletrônico da FAP-DF e no site Plataforma Pesquisa Saúde, do Ministério da Saúde, buscando compreender sua organização e processo de implantação.

A leitura da produção científica da área permitiu melhor ordenamento das categorias para a análise documental da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS) e da PNCTIS para caracterização da política de indução e fomento à pesquisa. Paralelamente a essa leitura, foram levantadas as principais informações a partir do ambiente virtual do MS, e o que havia disponível referente ao Departamento de Ciência e Tecnologia – Decit, que coordena as atividades de fomento de pesquisas em saúde para o SUS no País.

O site “Pesquisa Saúde” disponibiliza uma ferramenta para tabulação de dados referentes às pesquisas aprovadas pelo PPSUS no Brasil. Trata-se de uma planilha com informações sobre a descrição do projeto considerando os itens apresentados no guia de operacionalização do programa. Pode-se destacar dois grupos de informação: dados sobre o pesquisador do projeto e dados sobre a pesquisa e seus desdobramentos, considerando o objetivo do PPSUS.

Entre as informações gerais do projeto, estão: linhas de pesquisa, subagendas e repasse de recursos. Com relação à pesquisa propriamente dita, a planilha disponibiliza informações sobre: aplicabilidade da pesquisa ao SUS; produtos científicos gerados; e formação de mestres e doutores relacionados com a pesquisa. Esse site é alimentado pelos Coordenadores dos estudos como item obrigatório após finalização do projeto.

Para traçar o perfil das pesquisas financiadas, destacaram-se as seguintes variáveis: subagenda de pesquisa, tipo de pesquisa, recurso disponibilizado, aplicabilidade ao SUS, produção científica, formação de mestres e doutores. Foram utilizados outros documentos de dimensão restrito à gestão

do Programa após a autorização de acesso por meio de solicitação formal dirigida à chefia dos setores responsáveis nos níveis federal e distrital.

A etapa avaliativa teve por objetivo analisar os resultados dos projetos de pesquisa financiados pelo PPSUS-DF, das edições 2004 e 2008 e seus efeitos no sistema de saúde local, à luz da matriz de CAHS. A matriz CAHS define a possibilidade de acompanhar impactos de pesquisa em saúde em cinco dimensões: (1) avanço do conhecimento; (2) capacitação; (3) tomada de decisão; (4) Sistema de Saúde; e (5) Impacto Socioeconômico.

Para esse estudo, foram utilizadas quatro dimensões da matriz: a) avanço do conhecimento gerado como fruto das pesquisas; b) capacitação – conhecimento da formação como resultado das pesquisas; c) tomada de decisão – análise do uso das pesquisas para definição de decisões no sistema de saúde; e d) Sistema de Saúde – análise dos benefícios obtidos para sistema de saúde local. Foram selecionados/adaptados 18 (dezoito) indicadores (quadro 3) considerando-se aspectos referentes ao objeto do estudo, relevância, validade, disponibilidade de dados, tempo de coleta, replicabilidade e custos.

A adaptação de indicadores da Matriz CAHS é algo sugerido pela própria Academia Canadense de Ciências da Saúde. A dimensão do impacto socioeconômico não foi considerada neste estudo pois demandaria longo tempo para mensuração dos seus indicadores.

Quadro 3 – Distribuição dos indicadores selecionados e adaptados da matriz CAHS e utilizados para avaliação das edições 2004 e 2008 do PPSUS-DF, por dimensão e quanto as fontes de dados.

Dimensões de análise	Indicadores adaptados	Fonte de dados
Avanço do conhecimento	Identificação da produção científica	* plataforma lattes * instrumento de coleta
	Nº de citações da pesquisa ou de seus produtos em outros artigos	* google acadêmico * plataforma lattes
	Identificação do fator de impacto e do Qualis do periódico da revista de publicação	* Capes Qualis * Scopus (sjr)
	Nº de pesquisas desenvolvidas como desdobramento dos resultados desta pesquisa	* instrumento de coleta
	Proporção de produtos obtidos em relação aos esperados	* plataforma pesquisa saúde
	Formas de disseminação dos resultados	* instrumento de coleta
Capacitação	Formação do pesquisador principal	* plataforma lattes
	Atividade profissional do pesquisador principal	* plataforma lattes
	Eventos públicos onde resultado foi apresentado	* instrumento de coleta
	Nº de recursos humanos capacitados com execução da pesquisa	* plataforma pesquisa saúde
Tomada de decisão	Pesquisa discutida em oficinas/reuniões de trabalho na SES/DF	* instrumento de coleta
	Relação entre projetos aprovados e agenda de saúde descrita no plano de saúde	* plataforma pesquisa saúde
	Identificação de resultados e encaminhamentos da pesquisa	* plataforma pesquisa saúde * instrumento de coleta
	Valor e proporção de recursos financeiros aplicados por subagenda de saúde	* plataforma pesquisa saúde
	Valor e proporção de recursos financeiros aplicados por tipo de pesquisa	* plataforma pesquisa saúde
	Valor e proporção de recursos financeiros aplicados por problema de saúde descrito no projeto pesquisa	* plataforma pesquisa saúde
Benefícios para saúde	Identificação de políticas e programas implantados pós pesquisa	* plataforma pesquisa saúde * site ses-df * instrumento de coleta
	Identificação de práticas de saúde alterada por indicação dos resultados da pesquisa	* plataforma pesquisa saúde * site ses-df * instrumento de coleta

Fonte: CAHS (2009) adaptado pela autora,

Para verificação dos indicadores foram utilizadas três fontes: Plataforma Pesquisa Saúde<sup>3</sup>, do Ministério da Saúde; roteiro de entrevista, com os pesquisadores que tiveram projetos aprovados nas

<sup>3</sup> Acesso pelo site do Ministério da Saúde: <http://pesquisasaude.saude.gov.br/bdgdecit/>, 15set. 2017.

1ª e 2ª edições do PPSUS–DF e a Plataforma Lattes para acesso aos currículos dos pesquisadores envolvidos na amostra.

Foi elaborada uma planilha para compilação e tabulação dos dados, usando o programa Microsoft Excel, versão 2016, a fim de facilitar a organização dos resultados e análise dos indicadores.

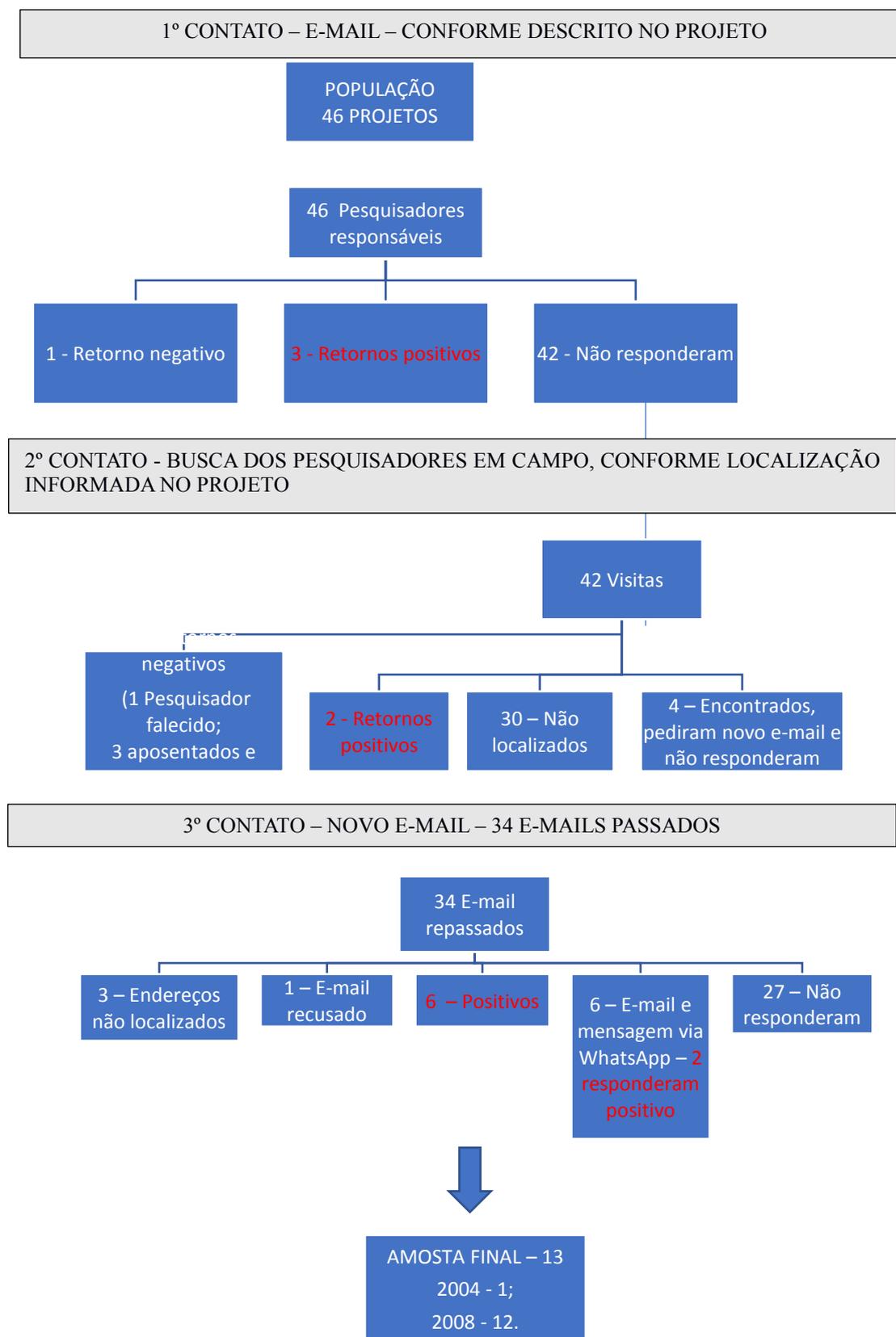
Posteriormente foi desenvolvida a etapa de realização de entrevistas semiestruturadas (Apêndice Y), de abordagem qualitativa, com os pesquisadores que tiveram projetos aprovados nas 1ª e 2ª edições do PPSUS–DF. Para realização dos convites aos potenciais participantes deste estudo, foram realizados contatos por via telefônica, eletrônica e visita aos locais de trabalhos dos pesquisadores, uma vez que todos eles residiam no DF.

Houve contato por e-mail utilizando-se o endereço disponibilizado no projeto de pesquisa e que está acessível no seu site. Para continuidade da pesquisa, foi elaborada uma carta convite explicando os objetivos e o objeto do estudo que foi entregue aos potenciais participantes. Em caso de sinalização positiva, sugeria-se um novo encontro para obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinado em duas vias, sendo uma do participante e outra do pesquisador, para compor o conjunto de documentos da pesquisa, que será mantido sob guarda por um período de cinco anos, (apêndice X). Apenas após esses procedimentos efetuou-se a realização de entrevista (RESOLUÇÃO CNS 466/2012). No caso de ausência de disponibilidade para entrevista presencial, foi utilizada a estratégia de encaminhamento dos documentos (TCLE e roteiro de entrevista) por via eletrônica. Para garantir o sigilo sobre a origem da informação e preservar a sua fidedignidade, o instrumento de pesquisa não incluía a identificação do projeto de pesquisa financiado pelo PPSUS–DF.

A inclusão dos pesquisadores no estudo estava vinculada à sua concordância em participar, mediante leitura e assinatura do TCLE. Foram excluídos da amostra os pesquisadores que não responderam aos contatos realizados ou, no caso de terem atendido, não se disponibilizaram para a realização da entrevista ou ainda no caso de não assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (RESOLUÇÃO CNS 466/2012).

As Edições 2004 e 2008 tiveram 48 projetos aprovados que receberam recursos pelo PPSUS–DF, totalizariam 48 pesquisadores responsáveis. No entanto, dois pesquisadores tiveram dois projetos aprovados cada um, assim, a população do estudo seria constituída de 46 pesquisadores. Após diversos contatos realizados, a amostra final foi constituída por 13 pesquisadores, conforme descrito no fluxograma abaixo, figura 4.

Figura 4 - Fluxograma referente a distribuição dos participantes entrevistados no estudo, Brasília, 2018.



Fonte: elaborado pela autora após a realização dos procedimentos efetuados para convite à participação no estudo.

A entrevista foi realizada a partir de um roteiro semiestruturado elaborado exclusivamente para este fim. Foi composto por perguntas abertas e fechadas, estimulando o pesquisador a descrever como havia ocorrido o processo de seleção do projeto de pesquisa, bem como as implicações referentes aos resultados da pesquisa para o SUS-DF.

Para análise das entrevistas, foi utilizado o método de Análise de Conteúdo, compreendido como um “Conjunto de técnicas de análise das comunicações que possibilitam, por meio de inferência, a descrição de um determinado conteúdo, superando a interpretação no nível do senso comum.” (MINAYO, 2010, p.22).

O que se busca por meio desse método é captar saberes que estão subjacentes à superfície textual (SILVA; FOSSÁ, 2015). Segundo Bardin (2012), o procedimento para análise de conteúdo deve ser estruturado em três fases consecutivas: a) pré-análise dos dados, corresponde à compilação das ideias iniciais a partir da leitura geral do material coletado com vistas à organização formalizada dos textos; b) exploração do material, esta etapa exige um aprofundamento sobre o material na busca de identificação de recortes textuais que possam ser agregados em categorias que representam o material coletado; e c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação que corresponde à análise interpretativa dos dados categorizados respaldados num referencial teórico.

## **7 COMITÊ DE ÉTICA**

Esta pesquisa atendeu aos preceitos éticos previstos na Resolução CNS 466/2012 para pesquisa com seres humanos. Foram garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações prestadas por meio da omissão de qualquer dado que possa identificá-lo quando da divulgação dos resultados da pesquisa. As entrevistas foram transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, em local seguro. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos (BRASIL, 2012).

Os resultados serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e nesta tese de doutorado.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília, CAE - 55505016.5.0000.0030, número do parecer: 1.777.914.

## 8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão foram divididos em três blocos: perfil das pesquisas financiadas; análise da matriz de indicadores adaptada do modelo de avaliação canadense (CAHS); e as perspectivas dos pesquisadores sobre a sua contribuição para o desenvolvimento da ciência e tecnologia no SUS-DF, bem como sobre a contribuição da pesquisa para a melhoria do sistema de saúde.

### 8.1 PERFIL DAS PESQUISAS FINANCIADAS

A plataforma “Pesquisa Saúde”, como já mencionada, disponibiliza um formulário eletrônico, on-line, de preenchimento do pesquisador principal referente a diversos aspectos da pesquisa, desde dados de identificação, caracterização e desenvolvimento do estudo. O perfil dessas pesquisas foi traçado a partir da seleção das seguintes variáveis: subagenda de pesquisa; tipo de pesquisa; recurso aprovado; e aplicabilidade ao SUS.

Na edição 2004, em resposta ao edital publicado, foram apresentados a FAP-DF 102 projetos, sendo 98 enquadrados nos critérios para etapa de análise e, destes, 19 foram aprovados. A edição 2008 se desdobrou em dois editais publicados em 2009 e 2010, sendo apresentados 81 projetos, 77 enquadrados e 29 projetos aprovados. Considerando as duas edições de análise da pesquisa, tem-se um total de 48 projetos, conforme descritos no quadro 4.

Quadro 4 – Distribuição dos projetos apresentados e aprovados pelo PPSUS-DF, edições 2004 e 2008

EDIÇÃO	ANO EDITAL	Nº PROJETOS SUBMETIDOS	Nº PROJETOS ENQUADRADOS	Nº PROJETOS APROVADOS	%
2004	2004	102	98	19	19,38
2008	2009	48	37	8	21,62
	2010	33	30	21	70
<b>TOTAL</b>		<b>183</b>	<b>165</b>	<b>48</b>	<b>29,09</b>

Fonte: Elaborado pela autora, março 2018.

O enquadramento dos projetos envolve diversas etapas: revisão documental, apresentação adequada do projeto de pesquisa conforme formulário de apresentação de projetos e a verificação da relação do projeto apresentado às linhas temáticas do edital. As linhas são previamente definidas nas Oficina para Seleção das Prioridades de Pesquisa em Saúde. Concluída essa etapa, a aprovação do projeto considera se ele atende a agenda de pesquisa em saúde proposta pela gestão local, ou seja, se a proposta apresentada representa prioridade no contexto do Edital. Essa etapa é executada em dois momentos: inicialmente a avaliação é efetuada por um grupo de consultores *ad hoc* que emitem um

parecer e, posteriormente, é realizada uma análise por um grupo indicado para ranquear as pesquisas que serão financiadas.

Houve um número expressivo de projetos apresentados na 1ª edição, no entanto menos de 20% dos projetos foram aprovados. Esse fato pode sinalizar uma falta de capacitação das equipes de pesquisadores, no sentido de atender especificamente ao formato do projeto. Na edição de 2008, houve um discreto aumento no percentual de projetos aprovados, o que pode estar associado a uma maior apropriação dessa ferramenta pelos pesquisadores, no entanto o número de projetos apresentados foi 50% menor.

### 8.1.1 Variável Subagenda

A construção de agendas em saúde e sua utilização no processo de seleção de projetos de pesquisas a serem financiados com recursos públicos deve ser visto como fator prioritário para subsidiar todas as etapas da formulação e implementação das políticas públicas. Esse é um processo bastante complexo por envolver diversos atores sociais e, conseqüentemente, um leque de interesses bem amplos (MOLESINI, 2012).

Assim, para que haja um direcionamento das pesquisas de forma a cumprir as prioridades de pesquisa em saúde em conformidade com a PNCTIS, é fundamental entender o que é proposto pela ANPPS e as disputas entre os diferentes atores interessados envolvidos. Esse entendimento é de suma importância, no sentido de buscar maior equidade no desenvolvimento do setor saúde e um equilíbrio na oferta de editais, a fim de atender à prioridades do setor e à capacidade de reposta (COSTA & CRUZ, 2014).

Entre 2004 e 2007, verificou-se uma adesão crescente à implantação da agenda nacional de pesquisa em saúde de diversas instituições e setores do País (BRASIL, 2008b).

A ANPPS é composta por 24 áreas denominadas de subagendas, que são:

- (1) Saúde dos Povos Indígenas;
- (2) Saúde Mental;
- (3) Violência, Acidentes e Traumas;
- (4) Saúde da População Negra;
- (5) Doenças Crônicas 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 (BRASIL, 2009c).

É interessante observar que, no geral, estas subagendas caracterizam uma determinada área de atenção à saúde, tais como: mulher, criança, adolescente e outras. No entanto, também elenca

“pesquisa clínica” como uma dessas áreas, o que pode acarretar em uma sobreposição de temas no processo de categorizá-los.

Segundo Guimarães (2006), as agendas de pesquisa devem refletir perguntas que averiguem qual política ou qual ação seria mais efetiva e eficaz em um determinado contexto, diante de problemas específicos e para qual população (GUIMARÃES et al., 2006; SANTOS et al., 2010).

A edição 2004 teve projetos aprovados em nove subagendas e a edição 2008 contemplou quinze subagendas com aprovação de projetos, conforme indicado no gráfico 1. Dessas subagendas, seis se repetem nas duas edições: Alimentação e Nutrição (AN); Assistência Farmacêutica (AF); Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT); Doenças Transmissíveis (DT); Saúde Mental (SM) e Sistemas e Políticas de Saúde (SPS). A subagenda DT, que na edição 2004 teve seis projetos aprovados, na edição 2008, teve apenas 1 (um) projeto aprovado, ao passo que a subagenda SPS dobrou na edição 2008 o número de projetos aprovados.

A análise das atas das oficinas de prioridades realizadas no DF para a edição 2004 indicou que as subagendas Alimentação e Nutrição e Assistência Farmacêutica não aparecem nessas atas como prioridade. Ainda assim, cada uma delas teve um projeto de pesquisa aprovado, o que representou 10% do total de projetos aprovados naquela edição. Infelizmente as atas das oficinas de prioridades da edição 2008 não foram localizadas, em que pese tenham sido registradas solicitações formais à SES-DF e à FAP-DF, com respostas negativas.

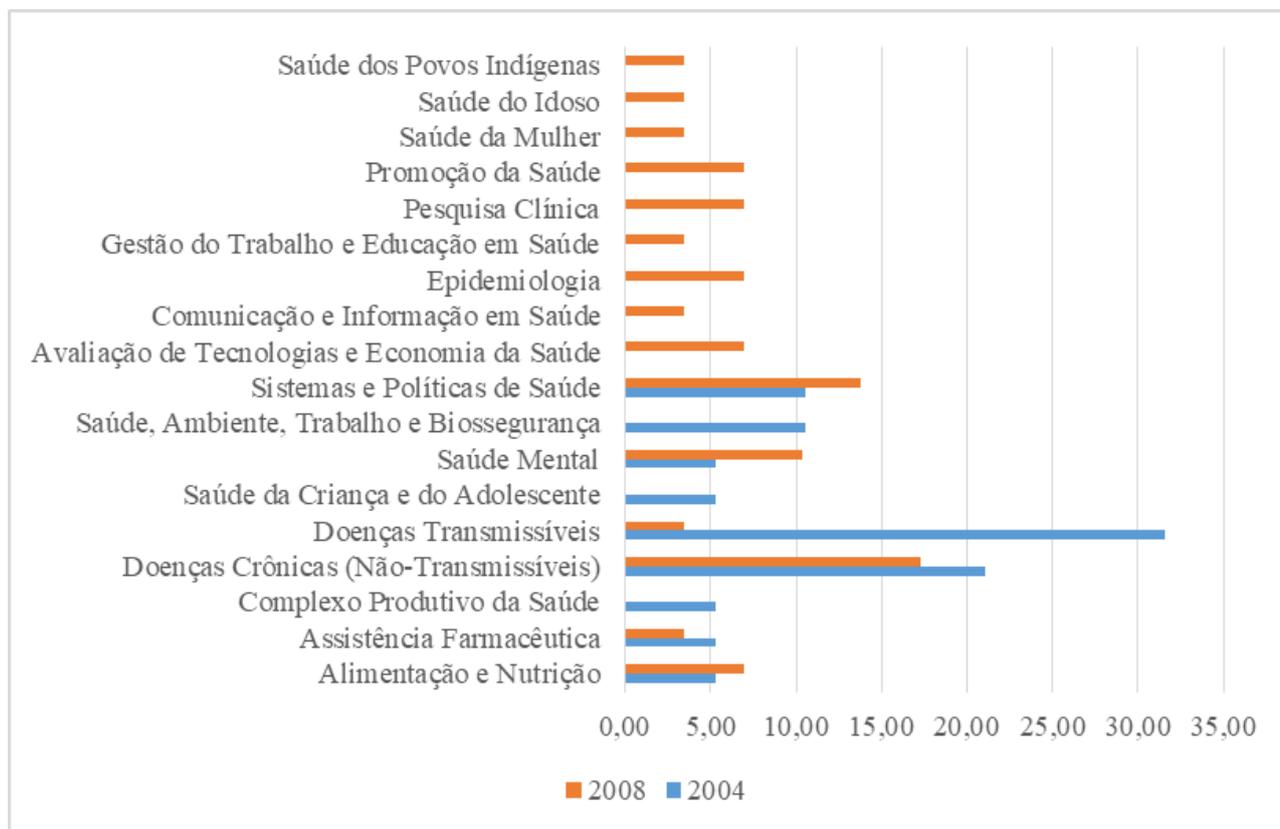


Gráfico 1 - Distribuição das pesquisas financiadas com recursos PPSUS-DF, edições 2004 e 2008, por subagenda de pesquisa

Somando-se as duas edições a subagenda Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) teve o maior número de projetos aprovados (nove), seguido da subagenda Doenças Transmissíveis (sete). A subagenda Sistemas e Políticas de Saúde teve seis projetos aprovados.

Considerando-se que as agendas de saúde estabelecem as prioridades referente aos problemas de saúde em um determinado período e local, pode-se pressupor que, no caso do DF, no período de 2004 a 2008, destacou-se a preocupação em desenvolver pesquisas sobre DCNT, estando em consonância com os problemas de saúde descritos nos Planos de Saúde do DF nos respectivos períodos.

O Plano de Saúde seja, nacional, estadual ou municipal, além de ser uma exigência formal, definido pela lei 8.080/1990, é uma ferramenta de planejamento que deve conter as atividades e programações particulares de cada nível de direção do SUS, considerando os problemas e necessidades de saúde local, visando à consolidação do SUS no que concerne a construção da rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços (BRASIL, 2009a).

Em linhas gerais um plano de saúde deve conter objetivos gerais e específicos elaborados a partir do conhecimento da situação de saúde da população, bem como diretrizes que sinalizem linhas

de atuação a serem seguidas delimitando prioridades e/ou estratégias a serem adotadas (BRASIL, 2009).

O Plano de Saúde do DF, período de 2004 a 2007, define de forma bastante genérica o seu objetivo geral:

Consolidar o Sistema Único de Saúde observando os princípios doutrinários da Universalidade, Equidade e Integralidade, num sistema descentralizado, regionalizado, hierarquizado, com resolutividade, participação dos cidadãos e complementaridade do setor privado dentro das prioridades e linhas de ação do SUS-DF (DISTRITO FEDERAL, 2004).

Entre os objetivos específicos, no qual estariam destacados os principais problemas de saúde a serem enfrentados, não há nenhum objetivo específico sobre melhoria do quadro das DCNT. Vale salientar que alguns objetivos traçados no plano podem indicar uma relação com essa situação, tais como: “[...] credenciar entidades privadas para prestar atendimento nos procedimentos não ofertados pela rede pública de saúde; ampliar e completar as equipes dos Programas de Saúde da Família e Saúde Bucal; e implantar a Central de Marcação de Consultas e Busca de Leitos [...]” (DISTRITO FEDERAL, 2004).

Tal achado também pode ser identificado nas diretrizes descritas: “[...] atendimento integral ao indivíduo, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais [...]” e “[...] integração dos serviços que executem ações preventivas e curativas adequadas às realidades epidemiológicas [...]” (DISTRITO FEDERAL, 2004).

O Plano de Saúde referente à edição 2004 destaca quatro grandes problemas de saúde para a SES-DF: a questão de recursos humanos (déficit e capacitação); medicamentos (desde aquisição e dispensação); atendimento emergencial (estrutura e superlotação), e o alto custo dos serviços prestados. Nesse item não há nenhuma citação sobre a carga de doenças da população bem como as questões relacionadas ao envelhecimento populacional e suas consequências para perfil epidemiológico da população, acarretando em um aumento de DCNT.

Quando feita a descrição de perfil epidemiológico da população do DF o Plano não destaca, no aspecto morbidade, nenhuma citação sobre as DCNT, deixando transparecer não ser um problema de saúde prioritário naquele momento. No entanto, nos dados de mortalidade descreve um aumento na mortalidade por doenças do aparelho circulatório, doenças neoplásicas e causas externas.

As subagendas que tiveram maior número de projetos aprovados na edição 2004, Doenças Transmissíveis 6 (seis) e DCNT 4 (quatro) não refletem uma relação direta com os problemas de saúde desenhados no Plano. Quanto à subagenda Sistemas e Políticas de Saúde pode-se considerar que alguns dos problemas destacados como prioritários guardam relação com esta subagenda. A questão é que tanto as agendas de prioridades como as subagendas tratam de aspectos muito

genéricos, o que dificulta uma análise mais específica. Em linhas gerais, pode-se dizer que das 19 propostas aprovadas nesse edital 10 (52%) das pesquisas tinham objeto de estudo que guardavam alguma associação com a agenda de prioridades e/ou perfil epidemiológico daquele momento. Estes dados estão descritos no quadro 5, em que foi destacado os projetos PPSUS-DF, aprovados na 1ª edição que tinham relação com os problemas de saúde citados no Plano de Saúde.

As pesquisas em saúde devem priorizar os agravos relacionados com a situação local de morbimortalidade; a possibilidade de redução desses indicadores e estarem em consonância com as políticas de saúde e com as políticas setoriais do Ministério da Saúde e as ANPPS, vislumbrando preencher as lacunas de conhecimento sobre o tema, produzindo novos conhecimentos relevantes e possibilitando a estruturação e organização do sistema local para o desenvolvimento de novos mecanismos de gestão (BRASIL, 2011b).

Quadro 5 - Associação entre problemas de saúde citados no Plano de Saúde e os Projetos aprovados PPSUS-DF, edição 2004

PLANO DE SAÚDE	PLANO ESTADUAL DE SAÚDE - 2004/2007
<b>PROBLEMAS CITADOS</b>	<p>Foram identificados quatro grandes problemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-- Recursos Humanos – Déficit e aposentadorias;</li> <li>-- Medicamentos – Desorganização quanto ao processo, desde compra até dispensação;</li> <li>-- Atendimento Emergencial – Baixa resolutividade e superlotação, insatisfação do usuário;</li> <li>-- Alto Custo dos Serviços de Saúde – Desorganização do sistema gerando gastos desnecessários, e ainda a pressão da mídia e indústria pelo acesso a novas tecnologias.</li> </ul>
<b>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO</b>	<p>A mortalidade proporcional por causas apresentou, em 2002, aumento em relação à 2001 nos grupos de doenças do aparelho circulatório, 27,75% e 27,0%; doenças neoplásicas 16,65% e 16,3%; e redução nos grupos causas externas 16,29% e 16,7% e perinatais 4,9% e 0,18% respectivamente. - Morbidade - Coqueluche, hepatites virais, meningite, parotidite, rubéola e tétano acidental, dengue, hanseníase, TB, leptospirose, HIV/AIDS.</p>
<b>AGENDA DE PRIORIDADES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Priorizar a construção de novas unidades de atendimento e implantação de ações de saúde rotineiras e/ou emergenciais, nas áreas desprovidas, a saber: Santa Maria, Samambaia, Recanto das Emas, Riacho Fundo I e II, Paranoá, Estrutural, Araponga, Buriti e Vila São José, dentre outras.</li> <li>• Credenciar entidades privadas para prestar atendimento nos procedimentos não ofertados pela rede pública de saúde.</li> <li>• Ampliar e completar as equipes dos Programas de Saúde da Família e Saúde Bucal.</li> <li>• Ampliar o número de Agentes Comunitários de Saúde.</li> <li>• Implantar uma sistemática de auditoria dos registros dos procedimentos médico-hospitalares.</li> <li>• Implantar a Central de Marcação de Consultas e Busca de Leitos.</li> <li>• Implantar Programas voltados à internação domiciliar.</li> <li>• Implantar o Cartão SUS-DF e municípios de Rede Integrada de Desenvolvimento Econômico – RIDE.</li> <li>• Criar a coordenação das ações do Entorno.</li> <li>• Regularizar a situação das dívidas com fornecedores e prestadores de serviços.</li> <li>• Melhorar as condições de trabalhos dos profissionais da rede de saúde.</li> <li>• Qualificar e aperfeiçoar os servidores da rede de saúde.</li> <li>• Ampliar e recuperar a infraestrutura física das unidades de atendimento.</li> <li>• Modernizar a área administrativa e gerencial da rede de saúde do DF.</li> </ul>
<b>PROJETOS APROVADOS E RELACIONADOS COM O PLANO-DE SAÚDE</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adesão ao tratamento da AIDS;</li> <li>2. Avaliação da demanda aos serviços médicos – SUS-DF;</li> <li>3. Organização da atenção farmacêutica – SES -DF;</li> <li>4. Qualidade da água no DF;</li> <li>5. Estudos multidisciplinares sobre vetores da doença de chagas;</li> <li>6. Desenvolver kit de diagnóstico TB;</li> <li>7. Teste de um método não cirúrgico de diagnóstico - saúde bucal;</li> <li>8. Desenvolver tecnologia para a produção de enzimas que compõem o kit de dosagem de glicose e ácido úrico, o que reduziria consideravelmente os custos que hoje pesam sobre o SUS;</li> <li>9. Avaliar a influência do espectro do ruído no padrão audiológico dos trabalhadores;</li> <li>10. Utilizar um método não invasivo, a ecocardiografia com contraste miocárdico e aplicação do <i>Doppler</i> tecidual, para tornar clinicamente acessível a monitorização da eficácia de terapias anti-hipertensivas sobre o remodelamento miocárdico, a circulação coronária e a função diastólica;</li> <li>11. Identificar as espécies de flebotômíneos vetoras potenciais da leishmaniose tegumentar americana (LTA) e visceral (LV), a distribuição geográfica e temporal e estratificar as áreas de risco de transmissão da doença;</li> <li>12. Estudar prospectivamente sobre avaliação e diagnóstico Neuropatia Diabética, em nível de atendimento de baixa e alta complexidade,</li> <li>13. Estudar as proteínas envolvidas na toxicidade a <i>Aedes aegypti</i> produzidas por diferentes cepas. No futuro uma cepa de BT geneticamente modificada que contenha a combinação de genes mais apropriada para o controle de mosquitos.</li> <li>14. Avaliar por meio de inquérito a satisfação do usuário e do servidor da rede hospitalar da Secretaria da Saúde do Distrito Federal.</li> </ol>

	<p>15. Analisar parâmetros de controle diagnóstico e terapêutico de pacientes com hanseníase multibacilar e contatos, responsáveis pela prevalência oculta da endemia, visando à ampliação da detecção da prevalência oculta da Hanseníase no âmbito da atenção básica de saúde;</p> <p>16. Determinar a incidência de defeitos de tubo neural (DTN) em maternidades que atendem pelo SUS no Distrito Federal e estudar o efeito da fortificação com ácido fólico sobre esta incidência;</p> <p>17. Conhecer o perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos usuários do COMPP/SES, indispensável para a formulação de políticas públicas para o setor - saúde mental;</p> <p>18. Traçar uma linha de base diagnóstica representativa que permita implementar e avaliar um conjunto de ações de promoção à saúde que visem à redução e controle das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Distrito Federal;</p> <p>19. Desenvolver uma metodologia de prevenção da drogadição entre escolares articulando e integrando ações entre a saúde e a educação.</p>
<p>19 pesquisas aprovadas, 10 (52%) tinham relação com a agenda de prioridades e/ou perfil epidemiológico daquele momento.</p>	

Fonte: Dados descritos no Plano de Saúde 2004 da SES-DF, Brasília março 2017.

O Plano de Saúde referente ao período 2008-2011, compatível com a edição PPSUS-DF 2008, uma vez que esta edição se desdobrou em editais par aos anos 2009 e 2010, apresentou formatação diferente, o que pode ser fruto de uma maturidade em seu processo de confecção. Apesar de não elencar objetivo geral e sim diversos objetivos por área, incluiu um tópico inicial referente à análise situacional de saúde e à identificação de problemas sistêmicos, deixando mais clara a situação de saúde no DF naquele momento.

Apresenta como destaque que as causas de mortes mais frequentes estão relacionadas às doenças do aparelho circulatório, doenças neoplásicas e causas externas. Chama atenção, ainda, para existência de um modelo de saúde voltado para doenças agudas e sem estrutura organizacional para atenção às DCNT que demandam uma rede integrada de ações.

O coeficiente de mortalidade por doenças do aparelho circulatório passou de 93,7 por 100.000 habitantes, em 1980, para 112,6 por 100.000 habitantes, em 2006. Nas duas últimas décadas, foi observado também um aumento significativo do coeficiente de mortalidade por neoplasias. Em 1980, com 45,0 óbitos por 100.000 habitantes, esse correspondia ao 6º maior coeficiente de mortalidade entre os grupos de causas de óbito. Em 2006, passou a ser o 2º maior, com 72,8 óbitos por mil habitantes. Essas mudanças podem ser atribuídas, em grande parte, à maior proporção de idosos na população (DISTRITO FEDERAL, 2008).

O Plano destaca entre suas ações prioritárias: “o [...] aperfeiçoamento e fortalecimento da atenção primária; organização de fluxos e níveis de atenção a partir do estabelecimento de linhas de cuidado; e adequação da rede assistencial na atenção especializada.” (DISTRITO FEDERAL, 2008).

Nessa edição as subagendas que tiveram mais projetos aprovados foram as de DCNT e de Sistemas e Políticas de Saúde com respectivamente cinco e quatro projetos correspondendo a 31% dos projetos aprovados por subagenda e que guardaria relação com os problemas de saúde identificados no plano.

Em linhas gerais, das 29 (vinte nove) pesquisas aprovadas nessa edição, 21 (vinte um) (72,41%) tinham relação com a agenda de prioridades e/ou perfil epidemiológico daquele momento, conforme descrito no quadro 6.

Quadro 6 – Associação entre problemas de saúde citados no Plano de Saúde e os Projetos aprovados PPSUS-DF, edição 2008

PLANO DE SAÚDE	PLANO ESTADUAL DE SAÚDE - 2008/2011
<p><b>PROBLEMAS CITADOS</b></p>	<p>Sistema de Saúde voltado para o atendimento às condições agudas; Descrédito na capacidade resolutive dos centros de saúde e das dificuldades para apresentação do déficit de recursos humanos; Profissionais da área de saúde e da área administrativa conseguir agendar as consultas e os exames por eles solicitados.</p> <p>Existe também uma grande carência de médicos e de outros profissionais nesses centros e postos de saúde o que obstruiza até mesmo a consulta inicial;</p> <p>A maior dificuldade está na contratação e permanência dos profissionais médicos;</p> <p>Más condições prediais e insuficiência de equipamentos, além do funcionamento precário dos existentes;</p> <p>Entre as deficiências observadas nos sistemas logísticos existentes, podem ser destacadas: regulação de acesso; e assistência farmacêutica;</p> <p>Finalmente, uma das questões mais relevantes para o sucesso da organização das redes integradas de serviços é o instrumental disponível para a sua administração.</p>
<p><b>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO</b></p>	<p>Em 2006, a maior proporção de óbitos por grupo de causas foi a do grupo das doenças do aparelho circulatório, responsável por 2.685 óbitos (28,6% do total), seguido pelo grupo das neoplasias, com 1736 óbitos (18,5%) e pelo das causas externas, com 1548 (16,5%). O coeficiente de mortalidade por doenças do aparelho circulatório passou de 93,7 por 100.000 habitantes, em 1980, para 112,6 por 100.000 habitantes, em 2006; inferência de que os serviços de pronto atendimento funcionam como principal porta de acesso ao sistema.</p>
<p><b>AGENDA DE PRIORIDADES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desconcentração administrativa e financeira para as Diretorias Regionais de Saúde.</li> <li>• Aperfeiçoamento e fortalecimento da Atenção Primária em Saúde.</li> <li>• Organização de Fluxos e Níveis de Atenção – instituir linhas de cuidado considerando os pacientes críticos, urgência/emergência, internação domiciliar, saúde mental, etc</li> <li>• Adequação da Rede Assistencial na Atenção Especializada</li> <li>• Áreas Estratégicas de Atuação - vigilância em saúde, assistência farmacêutica, controle social, educação em saúde e financiamento. A estruturação da linha de cuidados, materno-infantis, de saúde mental, de hipertensão e diabetes e de cuidados críticos, envolvendo urgência e emergência, UTI's e alternativas de internação domiciliar.</li> </ul>
<p><b>PROJETOS APROVADOS E RELACIONADOS COM O PLANO-DE SAÚDE</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verificar se há eficácia na aplicação em humanos do dispositivo para auxílio ao tratamento e controle da diabetes <i>mellitus</i>, embasado no controle do fluxo de substâncias no esôfago.</li> <li>2. Contribuir para a detecção de variações genéticas que expliquem parte do processo de perda de força, massa magra e massa óssea com o envelhecimento. Estudos dessa natureza poderão melhorar a qualidade de vida dos indivíduos com idade avançada, por possibilitar o direcionamento de práticas preventivas.</li> <li>3. Investigar a eficácia da suplementação com ácidos graxos n-3, ricos em EPA e DHA, contidos no óleo de peixe, como adjuvante ao tratamento quimioterápico, na diminuição dos efeitos colaterais da atividade neoplásica no sistema imunitário, no estado nutricional e na qualidade de vida de pacientes portadoras de câncer de mama.</li> <li>4. Propor o desenvolvimento de metodologias de diagnóstico molecular sensível e específico para detecção dos parasitos <i>Leishmania</i> e <i>Trypanosoma cruzi</i>.</li> <li>5. Implantação de novas metodologias para o diagnóstico molecular de doenças genéticas no Distrito Federal.</li> <li>6. Implementar a técnica de diagnóstico molecular por PCR em tempo real, e análise de mutação no SUS para subsidiar melhor a escolha terapêutica.</li> <li>7. Instalação neste hospital de uma Unidade de Diagnóstico Molecular para detecção de rearranjos cromossômicos recorrentes em leucemias de adultos, a fim de tornar</li> </ol>

- acessível à população do DF a mais moderna e completa avaliação da doença, de acordo com a recomendação da Organização Mundial da Saúde.
8. Comprovar por análise molecular, de forma pioneira na literatura internacional, a eficiência e eficácia da Terapia Fotodinâmica (TFD) em pacientes em tratamento no HRAN/DF - câncer de pele.
  9. Verificar se há um aumento da acurácia da citologia exfoliativa quando as amostras, rotineiramente enviadas para o laboratório de anatomia patológica, são previamente submetidas à cultura de células neoplásicas e, além disso, definir a viabilidade do emprego desta técnica na rotina diagnóstica considerando os custos, a dificuldade técnica e efetividade.
  10. Estudo avaliativo do programa de atenção integral à saúde do adolescente envolvido com substâncias psicoativas, a fim de subsidiar a produção de políticas públicas no âmbito do Distrito Federal junto a essa clientela.
  11. Estudar os mecanismos de formação de rearranjos cromossômicos estruturais em pacientes com retardo mental e malformações congênitas múltipla.
  12. Avaliar os possíveis efeitos toxicológicos e/ou teratogênicos provocados pela ayahuasca quando consumida durante a gestação de ratos.
  13. Avaliação da incorporação de novas tecnologias de informação e comunicação para a gestão da informação e do conhecimento nos serviços de saúde do Distrito Federal
  14. Investigar o conhecimento dos usuários e dos profissionais da saúde do Serviço de Saúde de Ceilândia quanto à utilização de Plantas Medicinais para fins terapêuticos e avaliar se o Programa de Fitoterapia do Distrito Federal
  15. Identificar os papéis e o perfil profissional das equipes de saúde mental, correlacionando-os com as políticas de saúde mental,
  16. Criar um banco de tumores e biobanco no Hospital Universitário de Brasília, visando à padronização de processos de coleta e armazenamento de amostras clínicas.
  17. Analisar as práticas das Equipes de Saúde da Família-ESF em relação à construção cotidiana dos princípios da Atenção Primária à Saúde-APS, propondo caminhos para a superação dos desafios atuais da expansão e qualificação desse nível do sistema,
  18. Implantar as técnicas de imunodifusão e *dotblot*, bem como realizar testes de função imunológica, contribuindo com os dados de prevalência das micoses sistêmicas no DF.
  19. Coletar dados que possibilitem o cálculo de indicadores para avaliação do desempenho do sistema de saúde, incluindo as condições de saúde e da assistência em saúde, com ênfase na atenção básica. Constituirão uma linha de base que apoiará a identificação de problemas e necessidades, apontando para prioridades para o planejamento,
  20. Traçar um panorama dos limites e possibilidades da mudança de modelo de atenção hospitalocêntrica para população de portadores de doenças crônico-degenerativas, visando fortalecimento da política de internação domiciliar.
  21. Melhorar o conhecimento dos processos que geram as informações e produtos da VE e, com isso, se detectar possíveis melhorias com intuito de se aprimorar a sua eficácia e eficiência.
  22. Analisar fatores de risco preditores do resultado da Prova Tuberculínica e IGRA, como marcadores da Infecção Latente da Tuberculose em pacientes com AIDS.
  23. Descrever e analisar a condição de saúde bucal dos povos indígenas do Brasil.
  24. Analisar as mudanças nas práticas profissionais da AB, egressos desses cursos que possam ser atribuídos à formação recebida.
  25. Realizar diagnóstico de saúde e nutrição de mães e crianças menores de cinco anos, bem como analisar a linha de cuidado à saúde dessa população.
  26. Implantar a metodologia de array-CGH no Distrito Federal e estimar a frequência de alterações cromossômicas submicroscópicas por array-CGH em pacientes com retardo mental sindrômico, atendidos por hospitais vinculados ao SUS no Distrito Federal.
  27. Explorar o ponto de vista dos gestores do sistema público de saúde, assim como a visão dos usuários do sistema. Possibilitar uma reflexão acerca do atual modelo de seguridade social no país, e subsidiar políticas e as práticas sociais futuras
  28. Avaliar a capacidade de articulação dos Conselhos Municipais de Saúde (CS) com os movimentos sociais, a fim de propor estratégias para ampliar a participação social na construção de políticas públicas de saúde.
  29. Caracterizar a influência de aspectos psicossociais e situacionais sobre a escolha de alimentos saudáveis e não saudáveis por crianças e adolescentes no Distrito Federal.

Fonte: Dados descritos no Plano de Saúde 2004 da SES-DF, Brasília março 2017.

Conforme os autores Costa e Cruz (2014) as subagendas Complexo Produtivo da Saúde, com 29,1% e Pesquisa Clínica, com 19,8%, obtiveram a maior concentração de recursos para fomento naquele período, totalizando quase 50% dos recursos para pesquisa na área de alta complexidade na saúde. Entretanto, as subagendas Doenças Transmissíveis e as Doenças Crônicas não Transmissíveis, com maior número de editais e projetos, tiveram apenas 11,7% e 10,5%, respectivamente, de recursos. Cabe ressaltar que nem sempre o volume de recurso de uma pesquisa está associado ao seu impacto no sistema de saúde.

Este estudo também aponta controvérsias, pois, quando se buscou identificar atividades de fomento referentes à cada subagenda, não foi encontrado qualquer registro de lançamento de editais para a subagenda “Doenças Crônicas não Transmissíveis” (cardiopatas, neoplasias, hemopatias, nefropatias agudas, hipertensão arterial e diabetes), no período de 2004 a 2007, sendo que um outro documento que serviu de base para essa discussão afirmava que as prevalências das doenças não transmissíveis se tornaram as mais frequentes causas de mortes no Brasil, além de responderem por mais de 70% dos gastos assistenciais com a saúde no país. A Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos em Saúde (SCTIE) tem priorizado o investimento no desenvolvimento científico e tecnológico nessa área (COSTA & CRUZ, 2014).

De maneira geral, pode-se ressaltar que os projetos aprovados pelo PPSUS, que por ventura não estivessem em consonância com o Plano de Saúde, atendiam aos critérios do programa e certamente foram identificados como problemas nas oficinas de seleção de prioridades em pesquisa ainda que, em alguma medida, dissonantes do plano.

### **8.1.2 Variável Tipo de Pesquisa**

Na edição 2004, dos 19 (dezenove) projetos aprovados 6 (seis) - 31,7% eram pesquisas clínicas, seguida das pesquisas biomédicas com 21,5%. Na edição 2008, apenas uma pesquisa clínica foi aprovada; a pesquisa biomédica teve 5 (cinco) projetos aprovados ficando próximo a edição anterior (17,24%), como descrito no gráfico 2. Quando comparado o número de tipos de pesquisa aprovado na 1ª edição (2004) e na 2ª edição (2008), houve um acréscimo de quatro áreas: infraestrutura; pesquisa clínica epidemiológica/observacional; pesquisa em saúde coletiva e pesquisa pré-clínica. Mesmo somando as pesquisas clínica epidemiológica e as pré-clínicas, esse tipo de pesquisa teve uma queda de 50% nas propostas aprovadas.

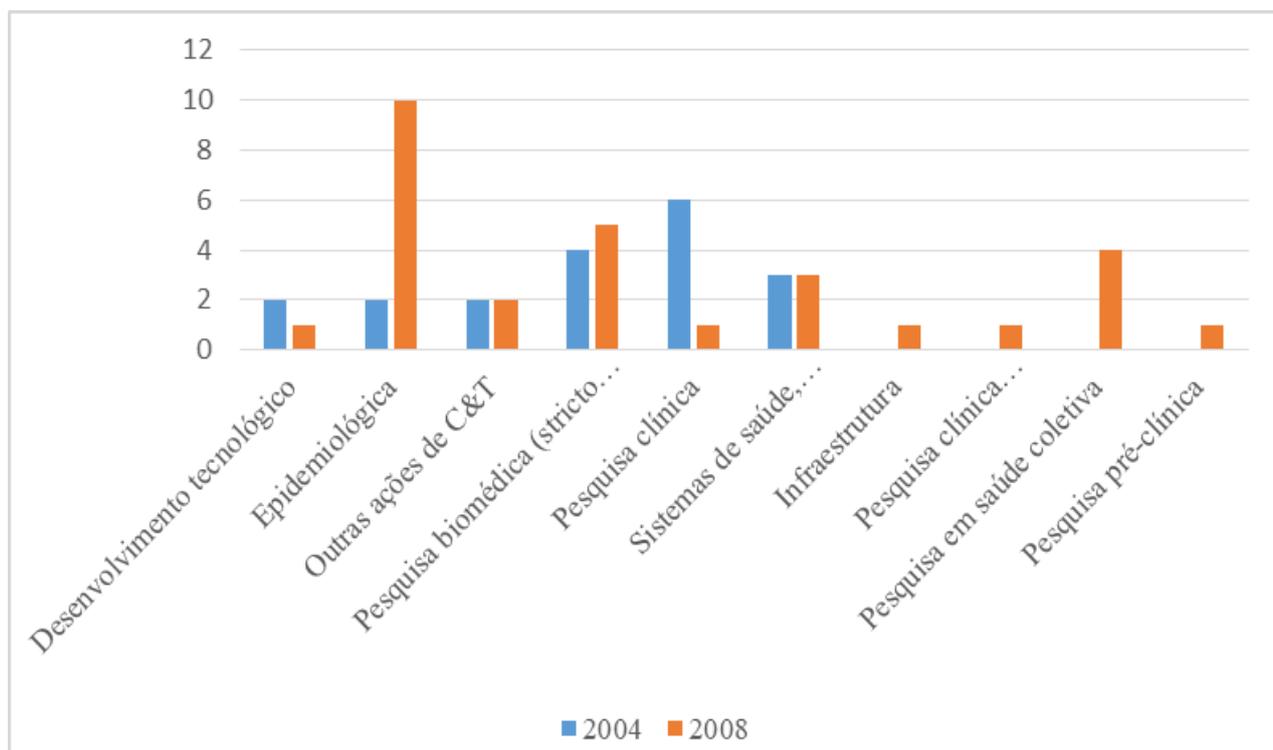


Gráfico 2 - Distribuição das pesquisas financiadas com recursos PPSUS-DF, edições 2004 e 2008, por tipo de pesquisa.

Observou-se a superposição de temas relacionados a mais de uma subagenda, tais como: pesquisas sobre DCNT na subagenda Pesquisa Clínica, ou na subagenda Epidemiologia, algumas subagendas aparecem também como tipo de pesquisa, a exemplo da pesquisa clínica, o que torna a análise fragmentada e complexa.

### 8.1.3 Variável Faixa de Valores

Na edição 2004, foram repassados pelo PPSUS-DF os valores referentes a R\$ 755.108,30 (setecentos e cinquenta e cinco mil cento e oito reais e trinta centavos), já na edição seguinte, em 2008 esses valores chegaram a R\$ 2.471.310,91 (dois milhões quatrocentos e setenta e um mil trezentos e dez reais e noventa e um centavos), um aumento de mais de 300%, não diretamente proporcional ao volume de projetos aprovados que cresceu apenas 53%. Uma avaliação feita pela FAPERGS (Fundação de Amparo à pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul) sobre o PPSUS do Rio Grande do Sul, no período de 2004 a 2009, demonstrou expressiva evolução no número de projetos apresentados, mas ainda uma diferença significativa quanto ao número de projetos qualificados. Fato

que pode ser explicado pela dificuldade na elaboração das propostas e/ou exigências não atendidas por parte dos solicitantes (FAPERGS, 2014).

O investimento em pesquisa não é necessariamente proporcional ao número de editais e/ou projetos e nem sempre há interesse de fomento para determinadas subagendas. Assim, infere-se que o financiamento de projetos e o lançamento de editais não ocorrem de forma homogênea, havendo também influência de alguns grupos de pesquisa, o que possibilita a desigual distribuição e investimento nas áreas temáticas das subagendas (COSTA; CRUZ, 2014).

A FAP-DF dividiu o repasse de recurso em quatro faixa de valores: até R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais); de R\$ 50.000,01 (cinquenta mil reais e um centavo) até R\$ 100.000,00 (cem mil reais); de R\$ 100.000,01 (cem mil reais e um centavo) até R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais) e de R\$ 200.000,01 (duzentos mil reais e um centavo) até R\$ 300.000,00 (trezentos mil reais). Na 1ª edição houve grande concentração de projetos aprovados na primeira faixa de valores (até cinquenta mil reais). Conforme descrito no gráfico 3, dos 89,5% dos projetos, nenhum ultrapassou a faixa de R\$ 100.000,00 (cem mil reais). Na edição seguinte, apenas 51,7% dos projetos estavam nesta faixa, tendo sido aprovados oito projetos com valores superiores a R\$ 100.000,00 (cem mil reais).

No período de 2004 e 2007, foram investidos pela SCTIE cerca de \$ 169.000,00 (cento e sessenta e nove milhões de dólares), dos quais \$ 123.000,00 (cento e vinte três milhões de dólares) (73%) foram destinados ao fomento nacional, seguido da contratação direta (15%) e do fomento descentralizado (12%). Com este recurso foram financiados 2.300 (dois mil e trezentos) projetos de pesquisa, entre os quais 1.012 (mil e doze) foram de editais descentralizados, sendo que 4,74% se referiam ao PPSUS-DF (BRASIL, 2008).

Os dois projetos aprovados na edição 2004 pelo PPSUS-DF que receberam recursos na faixa de R\$ 50.000,01 (cinquenta mil reais e um centavo) a R\$100.000,00 (cem mil reais) pertencem às subagendas Assistência Farmacêutica e DCNT. Um deles se propôs a avaliar a organização da Assistência Farmacêutica Básica (AFB) do setor público e o acesso e uso racional dos medicamentos no Distrito Federal (DF), um problema contemplado no Plano de Saúde. O outro refere-se à subagenda DCNT cuja pesquisa tem por objetivo traçar uma linha de base diagnóstica representativa para implementar e avaliar um conjunto de ações de promoção à saúde e vigilância das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Distrito Federal, apesar de não está explícito no plano, aparece como um problema de morbimortalidade.

Ainda nessa subagenda foram aprovados três outros projetos: Diagnóstico dos efeitos citopáticos do HPV em lesões orais, problema não indicado no plano de saúde, mas que para ter sido aprovado se enquadrava nas oficinas de prioridades de pesquisa em saúde. As outras duas pesquisas aprovadas são relacionadas à hipertensão (análise da relação entre reserva de fluxo coronário

diminuída e disfunção diastólica em pacientes hipertensos utilizando um método de diagnóstico não invasivo) e diabetes (avaliar e diagnosticar a neuropatia diabética, em nível de atendimento de baixa e alta complexidade, por meio da aplicação de um sistema de escore de sinais e sintomas), ou seja, pesquisas que estariam relacionadas à área de DCNT que, naquele momento, não aparecia como problema de saúde prioritário no plano.

Na edição 2008, entre as pesquisas aprovadas que receberam recursos na faixa compreendida entre R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais) e R\$ 300.000,00 (trezentos mil reais), uma era da subagenda DCNT – que se propôs a estabelecer um laboratório de diagnóstico clínico capaz de oferecer diagnóstico genético e molecular, além do diagnóstico morfológico de leucemias agudas no DF, aumentando a capacidade de decisão clínica do melhor esquema terapêutico, nessa pesquisa foi investido R\$ 243.120,00 (duzentos e quarenta e três mil cento e vinte reais); outras duas pesquisas clínicas, uma sobre a identificação de novos genes que, quando mutados, causam dismorfologias e a implantação de novas metodologias para o diagnóstico molecular de doenças genéticas no Distrito Federal, foi investido R\$ 249.600,00 (duzentos e quarenta nove mil e seiscentos reais e outra sobre a comprovação da eficiência e eficácia da Terapia Fotodinâmica (TFD) como nova proposta terapêutica a ser consolidada para tratamento de pacientes com lesões neoplásicas, pré-neoplásicas múltiplas, sem condições cirúrgicas e como tratamento paliativo de tumores inoperáveis, com investimento de R\$ 264.900,00 (duzentos e sessenta e quatro mil e novecentos reais).

Foi aprovada, ainda, uma pesquisa na subagenda de Saúde Mental referente à implantação da metodologia de array-CGH no Distrito Federal com o objetivo de buscar alterações cromossômicas submicroscópicas por array-CGH em pacientes com retardo mental e malformações congênitas múltiplas, investimento de R\$ 282.500,00 (duzentos e oitenta e dois mil e quinhentos reais).

Com relação aos menores montantes de recursos repassados para a pesquisa em saúde, constatou-se que, na edição 2004, seis projetos receberam recursos inferiores a R\$ 30.000,00 (trinta mil reais), sendo que um deles recebeu o valor de R\$ 13.560,00 (treze mil quinhentos e sessenta reais) e buscava identificar as espécies de flebotomíneos vetoras da leishmaniose tegumentar americana (LTA) e visceral (LV), a sua distribuição geográfica e temporal e estratificação nas áreas de risco de transmissão da doença. Outro projeto, que recebeu R\$ 20.000,00 (vinte mil reais), se propôs a avaliar a adesão ao tratamento antirretroviral em uma amostra de pacientes com HIV/Aids em tratamento nos centros de referência para o tratamento de Aids no DF, bem como os fatores determinantes da não-adesão ao tratamento.

Fica evidente que o montante de recursos repassados para a pesquisa não guarda relação direta com o impacto do seu resultado na melhoria do sistema de saúde e na qualidade de vida da população. Porém, considerando-se os objetivos descritos nas referidas pesquisas, pode-se inferir que os seus

resultados podem contribuir, em curto prazo, para a melhoria na gestão do cuidado relacionado às doenças pesquisadas. De acordo com os autores Costa e Cruz (2014) a maior parte do recurso do PPSUS-RS foram direcionados para área de complexo produtivo da saúde, 29,1%, mas isto não reverte em melhorias específicas no sistema de saúde, ou, pelo menos, não de fácil identificação tal vinculação (Quadro 7).

Quadro 7 - Distribuição de recursos PPSUS – RS, por subagenda, período 2004 a 2007

	Subagendas por ordem de maior recurso	Total de editais lançados entre 2004 e 2007	Total de projetos fomentados entre 2004 e 2007	Recursos financeiros totais por subagenda entre 2004 e 2007	%
1	Complexo produtivo da saúde	38	105	121.203.234,85	29,1
2	Pesquisa clínica	34	130	82.541.556,90	19,8
3	Doenças transmissíveis	66	424	48.608.097,68	11,7
4	Doenças crônicas não transmissíveis	47	262	43.824.712,61	10,5
5	Alimentação e nutrição	31	220	11.327.803,87	2,7

Fonte: Brasil (2008) adaptado pela autora

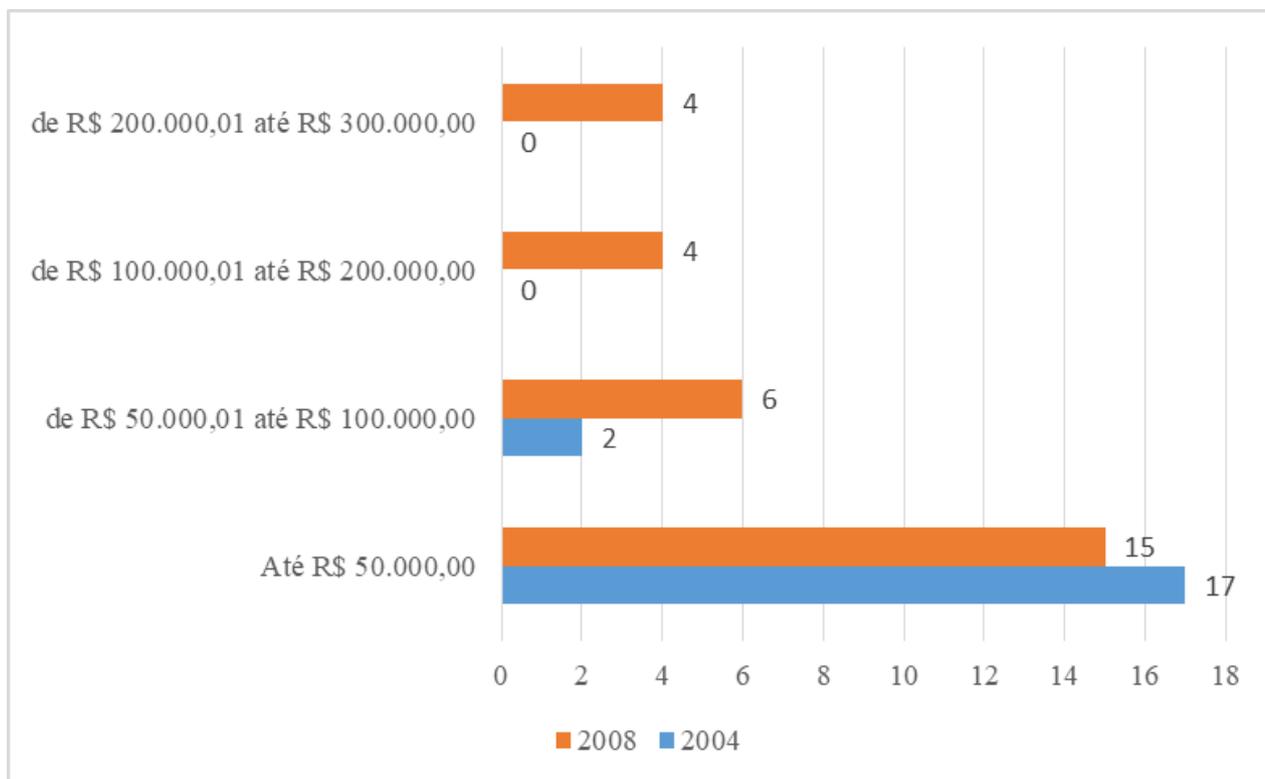


Gráfico 3 - Distribuição das pesquisas financiadas com recursos PPSUS-DF, edições 2004 e 2008, por faixa de valor.

#### 8.1.4 Variável Aplicabilidade da pesquisa ao SUS

Essa variável corresponde a um item do projeto de pesquisa formato PPSUS que deve ser preenchido pelo pesquisador principal no processo de formulação do projeto para a aprovação. Nesse item deve ser descrita a relação entre o resultado esperado da pesquisa e sua aplicabilidade para o sistema de saúde, ou seja, como os resultados da pesquisa podem ser utilizadas pelo SUS local, no sentido da melhoria da atenção à saúde. Na análise do texto incluído pelos pesquisadores nesse item, e que foi disponibilizado pela plataforma, optou-se por uma classificação considerando o seguinte: o pesquisador cita a aplicabilidade ou não dos resultados ao SUS e sua coerência quanto ao objetivo desse tópico.

Na edição 2004, dos 19 (dezenove) projetos apresentados 13 (treze) projetos (68,42%) citaram na plataforma a aplicabilidade do projeto para o SUS. Os outros 6 (seis) não fizeram qualquer menção em relação a esse aspecto.

Em dois projetos, os pesquisadores citam a aplicabilidade, mas esta não confere com o objetivo desse tópico, trata-se meramente de uma descrição epidemiológica de uma dada situação, exemplo:

Intoxicações de populações humanas pelo consumo de água contaminada por toxinas de cianobactérias é um problema global. As microcistinas são cianotoxinas que atuam diretamente nos hepatócitos desestabilizando o citoesqueleto e possibilitando a formação de lesões no fígado e conseqüentemente hemorragias internas. No Brasil em 1996, quando 123 pacientes renais crônicos, após terem sido submetidos a sessões de hemodiálise em um centro de hemodiálise de Caruaru, PE, passaram a apresentar quadro clínico compatível com hepatotoxicose com manifestação de distúrbios visuais, náuseas e vômitos que, no entanto, não era correlacionado com nenhum dos fatores usualmente tidos como causadores desse tipo de intoxicação. ... A Organização Mundial de Saúde, em 1993, constata que o conhecimento a respeito da toxicidade produzida por cianobactérias em águas desenvolve-se lentamente devido à falta de métodos analíticos adequados, sendo os dados disponíveis insuficientes para a recomendação de valores-guia. A magnitude do problema para saúde pública no Brasil ainda é desconhecida.” (BRASIL, 2009b).

Apenas três projetos citam a aplicabilidade ao SUS e essa descrição remete ao uso do resultado para melhoria da atenção à saúde, exemplo:

Objetiva-se analisar a oferta e demanda por serviços de média complexidade no DF e sua relação com a rede de atenção básica, para indicar prioridades para mudanças na rede de atenção básica e de média complexidade, com vistas a aumentar a organização e o acesso aos serviços de saúde do DF e do entorno (BRASIL, 2009b).

Em oito projetos, existe uma descrição deste tópico, porém essa aplicabilidade atende em parte ao objeto esperado para esse item. De certa forma os pesquisadores relatam o quão relevante seria a pesquisa para o sistema de saúde, identificando uma situação problema, mas não como poderia ser apropriado pelo SUS-DF.

Garantir o efetivo acesso a uma assistência farmacêutica de qualidade representa um dos maiores desafios para os sistemas de saúde. O acesso, no caso específico dos medicamentos, significa ter o produto adequado, para uma finalidade específica, na dosagem correta, pelo tempo que for necessário, no momento e no lugar requerido pelo usuário, com a garantia de qualidade e a informação suficiente para o uso adequado tendo como consequência a resolubilidade das ações de saúde (BRASIL, 2009b).

A relação entre o produto da pesquisa e sua aplicabilidade para o sistema de saúde era um dos pressupostos do programa PPSUS, assim, esperava-se que todas as pesquisas selecionadas tivessem descrito claramente este item. O MS no documento de Diretrizes Técnicas do PPSUS coloca, como aspecto primordial para deliberação final da aprovação do projeto pelo Comitê Gestor, a análise da

relevância social e orçamentária dos projetos, sendo que no aspecto relevância social a pesquisa deveria, entre outras questões, possibilitar: responder às lacunas do sistema de saúde, impacto positivo nas condições de saúde, melhoria dos indicadores de saúde, entre outros (BRASIL, 2006).

Na edição 2008, todos os pesquisadores preencheram este tópico na plataforma “Pesquisa Saúde” e destes 62,06% descreveram sua aplicabilidade de forma coerente com o objetivo. Ainda assim, 9 (nove) projetos descreveram sem clareza como isso ocorreria, o que pode ser verificado no seguinte exemplo:

“Tendo em vista o fato de o HUB estar caminhando para ser um hospital de referência no Distrito Federal para o tratamento de câncer, através do seu recém-inaugurado Centro de Alta Complexidade em Oncologia-CACON onde já é realizado grande número de atendimentos e ser um ambiente de ensino e pesquisa, há a possibilidade da atividade científica investigativa. A disseminação do conhecimento gerado e a aplicação da nova tecnologia fazem parte dos objetivos do HUB e do CACON” (Projeto pesquisa PPSUS-DF, edição 2008).

De que forma este hospital, sendo de referência, utilizaria o resultado desta pesquisa para, por exemplo, ampliar o atendimento o paciente que necessite desta tecnologia? Como isto poderia ser agregado ao SUS-DF na perspectiva de melhoria da saúde dessa população? São algumas das questões que deveriam estar pautadas neste tópico.

Na edição 2004 para 2008 do projeto, gráfico 4, houve melhoria na quantidade e na qualidade do preenchimento deste item, o fato pode estar associado com o próprio processo de maturação da natureza do programa e dos atores envolvidos.

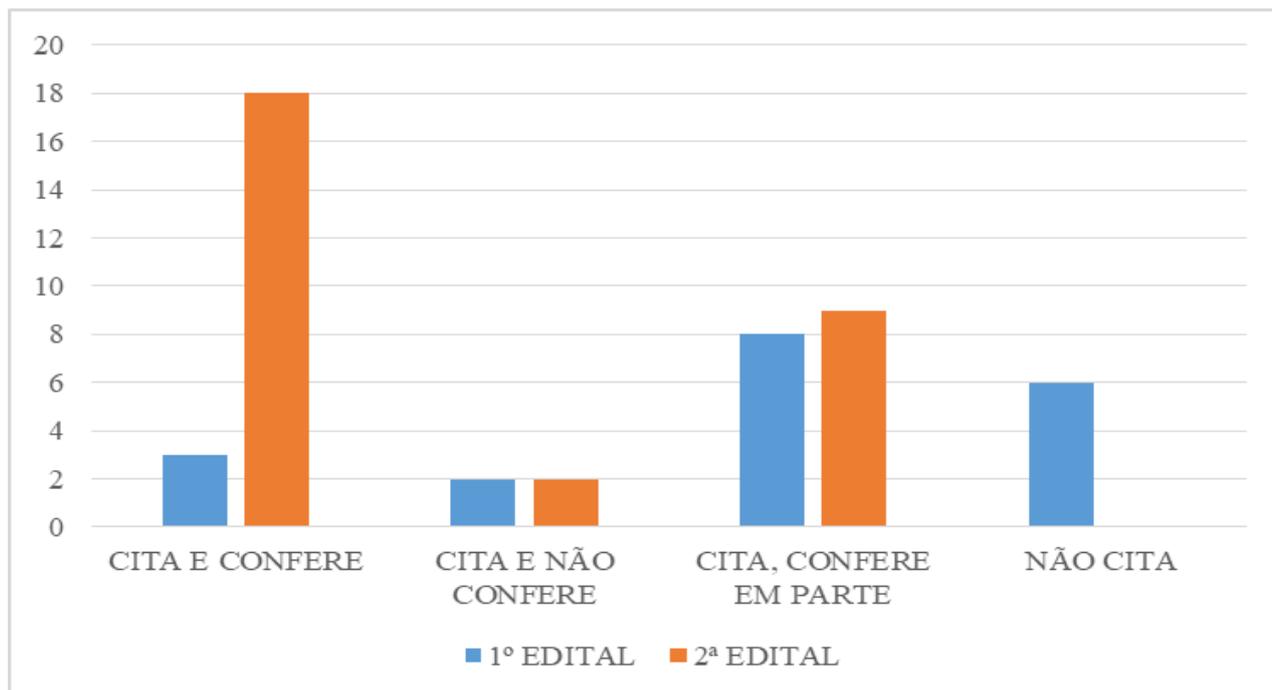


Gráfico 4 - Distribuição comparativa do nº de projetos por edição, quanto à disponibilidade de informação referente a aplicabilidade da pesquisa no Sistema de Saúde local.

O pesquisador é o responsável por alimentar essa plataforma, no entanto não existem bloqueios no sistema que garantam que o pesquisador não faça o preenchimento de todos os itens, mas que o faça de forma coerente com o objetivo de cada item.

## 8.2 ANÁLISE MATRIZ DE INDICADORES ADAPTADA DO MODELO DE AVALIAÇÃO CANADENSE (CAHS)

Para esta pesquisa, a análise da matriz CAHS adaptada considerou as seguintes dimensões: (1) avanço do conhecimento; (2) capacitação; (3) tomada de decisão; (4) benefícios para o Sistema de Saúde; e (5) seleção/adaptação de 18 indicadores, que aqui serão apresentados separadamente para uma melhor compreensão.

### 8.2.1 Dimensão Avanço do Conhecimento

Para análise dessa dimensão, foram considerados a seleção/adaptação de seis indicadores referentes à produção do conhecimento decorrente da pesquisa financiada (Quadro 8).

Quadro 8 – Indicadores adaptados para a análise da dimensão Avanço do Conhecimento

DIMENSÃO	INDICADOR
Avanço do conhecimento	Identificação da produção científica
	Nº de citações da pesquisa ou de seus produtos em outros artigos
	Identificação do fator de impacto e do qualis do periódico da revista de publicação
	Nº de pesquisas desenvolvidas como desdobramento dos resultados desta pesquisa
	Proporção de produtos obtidos em relação aos esperados
	Formas de disseminação dos resultados

Fonte: CAHS (2009) adaptado pela autora

### 8.2.1.1 Indicador: Identificação da Produção Científica

A análise desse indicador considerou três fontes de verificação: a informação disposta na plataforma Pesquisa Saúde quanto ao tipo de produção científica gerada a partir da pesquisa; a informação disponível no currículo de cada pesquisador, retirada da Plataforma Lattes; e, ainda, a informação dos pesquisadores referida na entrevista, nesse caso, apenas treze dos 46 potenciais participantes aceitaram participar da pesquisa qualitativa.

Segundo dados da plataforma Pesquisa Saúde, na edição 2004, dos 19 projetos, nove (47,36%) publicaram artigos científicos, gráfico 5, decorrentes de resultados da pesquisa, dois apresentaram o resultados em congresso e oito pesquisadores não referiram, na plataforma, nenhum tipo de produção.

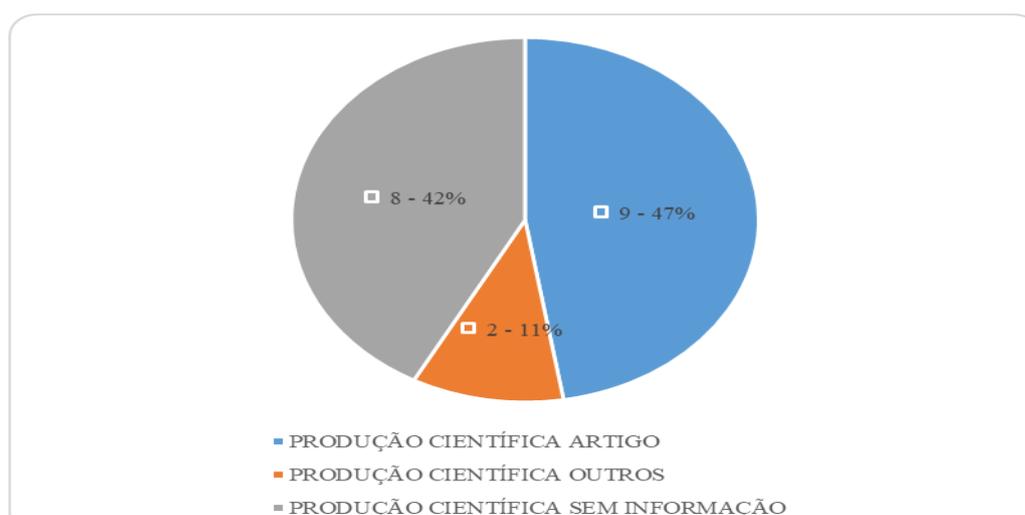


Gráfico 5 - Distribuição da Produção Científica disponibilizada na plataforma Pesquisa Saúde, edição 2004, PPSUS-DF

Na edição 2008, chama atenção o fato de que nenhum dos pesquisadores informou na plataforma a produção científica resultante dos estudos. Em uma análise superficial, poderia-se supor

que essa produção não tenha ocorrido ou tenha sido muito baixa. Essa informação iria na contramão de todo processo, uma vez que o programa tem tempo de vida e está consubstanciado. Vale lembrar que a edição 2008, no DF, se desdobrou em duas prorrogações, como já mencionado, e que concorreram para ampliar o tempo para o desenvolvimento dos projetos e, conseqüentemente, para preparação e submissão das produções científicas.

A publicação de artigos científicos possibilita eco nas evidências produzidas, servindo de base para outras pesquisas na mesma área ou em áreas distintas, bem como sua incorporação a políticas e a programas de saúde (MUCCIOLI et al., 2007.)

Segundo Castiel et al. (2007) a produção e publicação de artigos científicos é, até certo ponto, uma forma de capital científico que pode gerar mais capital. A importância da produção científica não deve ser mais ponto de dúvida, uma vez que esse registro garante a preservação e avanço do conhecimento.

Utilizando a base de dados da Plataforma Lattes, verificou-se que dos 19 projetos selecionados na edição 2004, apenas quatro deles produzem artigos publicando resultados de suas pesquisas. Foram identificados cinco artigos publicados, uma pesquisa gerou dois artigos. Na edição 2008, não foi reconhecido, via currículo lattes do pesquisador principal, nenhum artigo.

Outras produções científicas foram verificadas em maior quantidade e estão descritas no gráfico 6. Mesmo em maior volume, se usarmos a ideia de proporcionalidade, em nenhuma das edições se chegou a pelo menos uma produção por pesquisa. A edição 2004 teve 0,68 produções por projeto e a edição 2008 0,78 produções por projeto. Ainda que se acrescente os artigos a essa proporção, a relação fica inferior a um. Na edição 2004, passa de 0,68 para 0,89 e na edição 2008 essa proporção não se altera.

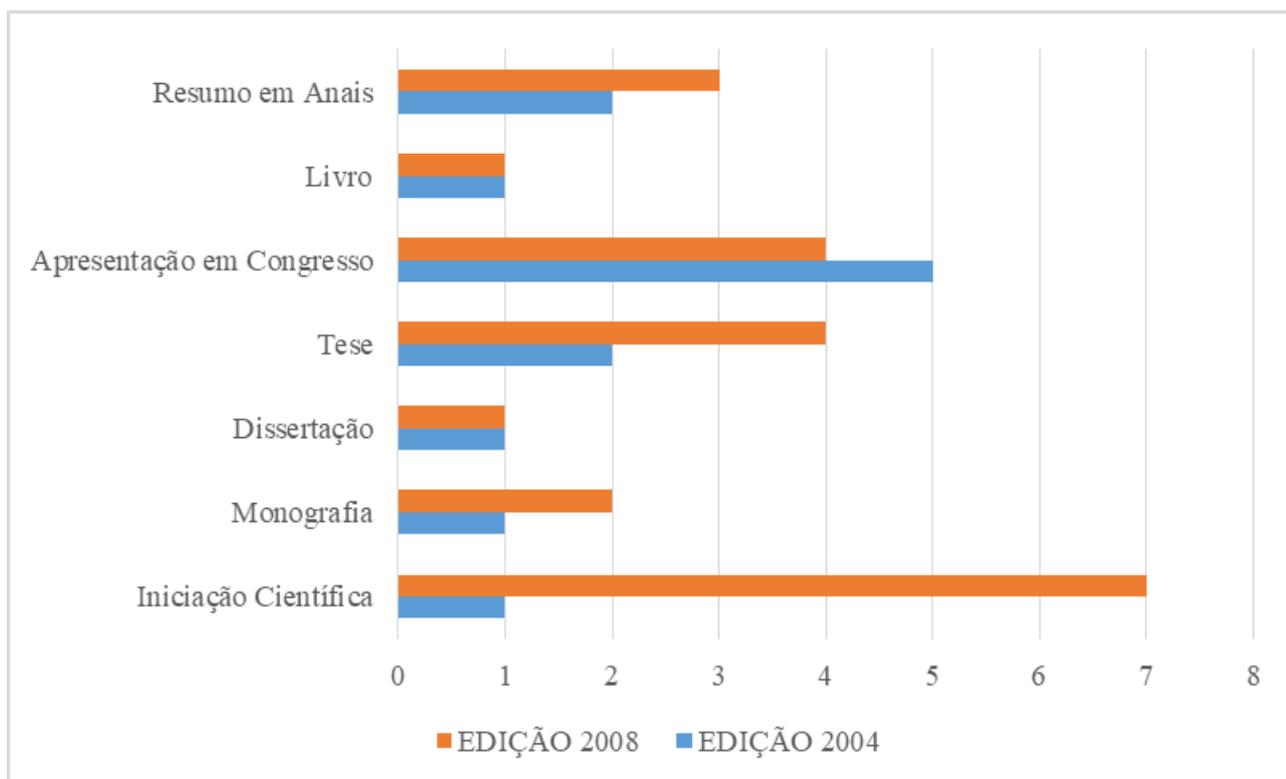


Gráfico 6 - Distribuição da produção científica identificada na Plataforma Lattes do pesquisador principal nas edições 2004 e 2008 - PPSUS-DF

Almeida e Giovanella (2008), em estudo realizado sobre pesquisas desenvolvidas para avaliar a Atenção Básica no Brasil, referem baixa produção científica gerada como resultados das pesquisas financiadas, o que consideram um óbice a um maior apoderamento, pelos gestores e profissionais de saúde, do conhecimento produzido.

Quando são utilizados dados das entrevistas como fonte de verificação, já que há um item nelas que trata especificamente sobre a produção científica decorrente da pesquisa, dos 13 pesquisadores que responderam, gráfico 7, percebe-se uma diferença significativa no número de artigos informados. Foram informados 2 (dois) artigos publicados na edição 2004 e 14 (quatorze) artigos referentes à edição 2008, as produções são produtos de sete pesquisas, uma média de dois artigos por pesquisas.

Pode-se imaginar que o currículo Lattes dos pesquisadores não está devidamente atualizado, o que poderia representar um problema, uma vez que essa plataforma é, sem dúvida, uma ferramenta importante como banco de dados de produção científica. Outra questão identificada diz respeito a não declaração na plataforma Pesquisa Saúde, dos membros da equipe de pesquisa, dificultando a identificação dessa informação. Frente a isso, emergem as seguintes perguntas: por que a publicação de um artigo científico, algo tão relevante para a carreira acadêmica, da qual a maioria dos

participantes faz parte, não estaria descrito no seu currículo? Não seria também relevante que o próprio programa, PPSUS, pensando na perspectiva de disseminação e uso do conhecimento obtido, não colocasse como um item obrigatório a produção científica e o registro da mesma nas plataformas adequadas?

Noronha et al. (2009) indicaram que alguns fatores impactam no estímulo ao desenvolvimento de pesquisas, destacando-se: a relevância para a carreira do pesquisador, a possibilidade de financiamento e, ainda, a potencialidade de publicações. Entretanto, no estudo desenvolvido por eles, verificou-se que a produção científica era considerada baixa para os recursos aprovados, e um outro aspecto observado foi o fato de que os recursos foram totalmente utilizados para o desenvolvimento da pesquisa, não havendo recursos destinados às publicações, o que poderia ter sido um óbice neste processo. Pensar em editais de financiamento de pesquisas que já vislumbrem o direcionamento de recursos para publicações científicas pode ser uma solução, acreditam os autores.

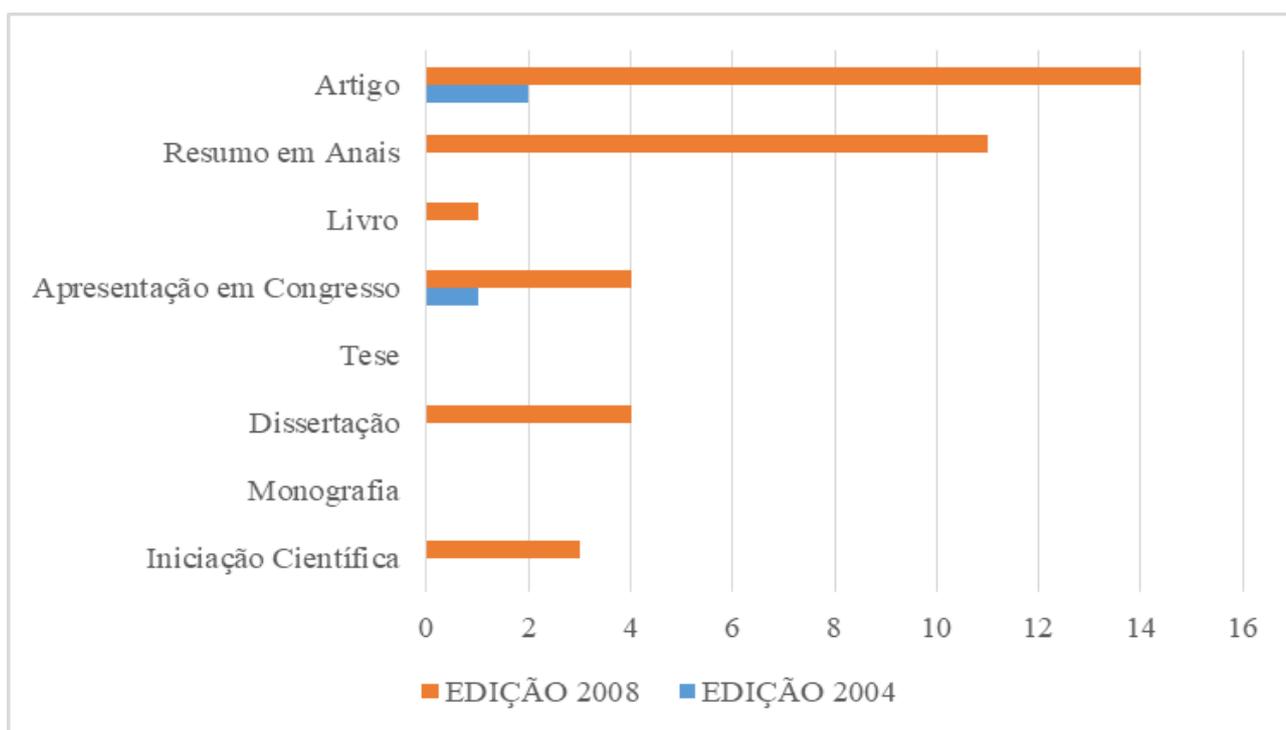


Gráfico 7 - Distribuição da produção científica informada pelos pesquisadores entrevistados, edições 2004 e 2008 - PPSUS-DF

### 8.2.1.2 Indicador: Número de Citações da Pesquisa ou de seus Produtos em Outros Artigos

Considerando os artigos registrados na Plataforma Lattes como produtos das pesquisas financiadas pelo PPSUS-DF, observou-se que dos cinco artigos publicados, o maior número de citações identificadas foi 81 (oitenta um) citações relacionadas ao artigo “Efeito da fortificação com ácido fólico na redução dos defeitos do tubo neural”, descrito no quadro 9.

O número de citações além de ser um dos fatores associados à definição do Fator de Impacto (FI), é também um parâmetro de absorção de disseminação das evidências de um determinado artigo (BARROS, 2006).

Vários aspectos podem interferir no processo de citação, entre eles o idioma de publicação do artigo. Segundo Meneghini (2010), o número médio de citações de autores brasileiros, quando publicam em periódicos nacionais, é bem abaixo ao dos periódicos internacionais. Atrelado à baixa citação, numa escala mais macro, isso pode interferir também no processo de incorporação do resultado das pesquisas pelos serviços de saúde.

Apesar desse movimento, Novaes (2004) chamou atenção para que o desenvolvimento de pesquisas, cujo o objeto seja o desempenho do serviço de saúde, tendem a causar um certo incômodo entre os atores que trabalham nesses serviços, que, por vezes, sinalizam essa ação como invasiva e ameaçadora, tornando-os mais reativos ao processo e pouco receptivos às mudanças/incorporações de evidências.

Ainda é considerado pequena a geração científica de pesquisas brasileiras relacionadas especificamente aos serviços de saúde com vistas à aplicabilidade no sistema de saúde.

### **8.2.1.3 Indicador: Identificação do Fator de Impacto e do Qualis do Periódico da Revista de Publicação**

Inicialmente o Fator de Impacto (FI) foi pensado como um sistema bibliográfico para revistas científicas com intuito de excluir citações fraudulentas, pouco criteriosas, ou ainda com dados obsoletos. Dessa forma, possibilita a avaliação e seleção de periódicos inseridos no Journal Citation Reports (JCR) do Institute for Scientific Information (ISI) (GARFIELD, 1999).

De forma específica, essa ferramenta é a única que permite avaliar a produção intelectual dos autores/pesquisadores e a qualidade dos periódicos científicos. Diversas agências de fomento do mundo inteiro usam o FI na tomada de decisão sobre distribuição de recursos aos pesquisadores (RUIZ, 2009). Esse instrumento também sinaliza sobre a visibilidade de uma publicação, na medida em que considera no seu cálculo o número de citações (PACKER, 2011).

Os periódicos nacionais ocupam um espaço e função importante no cenário da produção científica, sendo, sua maioria, de acesso aberto, favorecendo a visibilidade dessa produção. São ainda

responsáveis pela publicação de cerca de 30% dos artigos indexados internacionalmente com afiliação brasileira. Confrontado com dados de outros países, o SCImago Journal & Country Rank (SJR)<sup>4</sup> médio dos periódicos brasileiros (0,0393) em 2009 era superior ao Chile, México e Índia, mas bem inferior que o SJR dos Estados Unidos, Inglaterra e Holanda, países que abrigam as grandes editoras internacionais (PACKER, 2011). No *Journal Citation Reports* (JCR), edição 2014, a mediana da distribuição do Fator de Impacto dos periódicos do Brasil é 0,554, dos SciELO é 0,631 (PACKER, 2014).

Dos artigos publicados, todos referentes à edição 2004, o FI dos periódicos variou de 0,5285 a 1,039, conforme descrito no quadro 9. Interessante ressaltar que não necessariamente existe uma relação direta entre FI e Qualis. No exemplo estudado no quadro 10, observa-se uma diferença entre os FI das revistas com mesmo Qualis, exemplo dos periódicos B1 que apresentam uma variação relevante. O periódico Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, apesar de ser Qualis B1 como a Revista Brasileira de Epidemiologia e a Revista de Ciência & Saúde Coletiva, tem o FI bem inferior – 0,5285.

Para Amin (2006), basicamente três fatores estão associados à definição do FI de um periódico: a densidade da publicação; o número de citações; e a velocidade de redução da sua vida útil. Esses valores médios de impacto apresentam oscilações importantes nas variadas áreas do conhecimento: por exemplo, 0,6 para ciências sociais, 1,7 para medicina clínica e 3,1 para ciências biológicas. Desta forma, o autor chama atenção que apesar da utilidade dessa medida, ela não se constitui um indicador direto de qualidade, devendo ser usado com cautela.

Ruiz (2009) alerta ainda que a disseminação descuidada do FI, chegando inclusive a distorcer decisões editoriais.

---

<sup>4</sup> O portal de indicadores bibliométricos SJR permite a publicação de relatórios dinâmicos com indicadores baseados nas citações entre os trabalhos científicos indexados no Scopus, de 1996 a 2007, possibilitando classificar os periódicos científicos quanto ao desempenho e impacto, atribuindo pesos diferentes às citações dependendo da fonte que citou o documento.

Quanto ao JCR é o indicador mais conhecido para medir o impacto das revistas utilizando o Fator de Impacto da Thomson Scientific, calculado a partir da média de citações recebidas no ano de referência pelos artigos publicados nos dois anos anteriores. O novo indicador SJR difere do Fator de Impacto tanto no que se refere à cobertura dos índices JCR e Scopus como no método de cálculo dos indicadores. (COMUNIDADE VIRTUAL DOS EDITORES CIENTÍFICOS, 2005).

Quadro 9 - Distribuição da produção científica, artigos, produto das pesquisas da edição 2004 conforme nº de citações, FI e Qualis do periódico de publicação

EDIÇÃO	PESQUISA	Nº ARTIGOS	Nº CITAÇÕES	FI	QUALIS	PERIÓDICO
2004	Incidência de defeitos do tubo neural em recém nascidos nas maternidades do SUS no DF e o efeito da fortificação obrigatória das farinhas com ácido fólico	1	81	1.0393	A2	Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ)
2004	Impacto de testes diagnósticos na prevalência oculta da hanseníase	1	17	0.8191	B1	Revista Brasileira de Epidemiologia
2004	Impacto de testes diagnósticos na prevalência oculta da hanseníase	1	63	0.8191	B1	Revista Brasileira de Epidemiologia
2004	Análise da relação dos serviços de média complexidade com a rede básica de saúde do DF e entorno: buscando prioridades para ampliar acessos e resolubilidades	1	68	0.7817	B1	Revista Ciência & Saúde Coletiva
2004	Adesão ao tratamento anti-retroviral em Brasília DF	1	38	0.5285	B1	Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical

Fonte: CAPES (2018) adaptado pela autora

Os periódicos nacionais são classificados pela CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) por um estrato denominado Qualis, definido em 1998. Ao longo do tempo, essa classificação sofreu alterações e em 2007, após uma intensa discussão com seus pares, a CAPES atualizou o agrupamento de três estratos – A, B, C - para oito; A1 e A2, mais elevados; B1 a B5 e C, níveis mais baixos (CAPES, 2009).

Essa progressão tenta corrigir as fragilidades da estratificação anterior, como a perda avançada do aspecto discriminatório da classificação anterior. A classificação atual tem sido uma ferramenta essencial no processo de avaliação dos programas de pós-graduação brasileiros, contribuindo com o processo de análise e qualificação da produção bibliográfica de docentes e discentes. Importante destacar que sua relevância está intrinsecamente associada à avaliação coletiva da produção científica de um determinado programa de pós-graduação, já que é uma base bibliométrica e, por não permitir o cálculo de nenhuma medida de impacto de periódicos, não pode ser apontado como uma fonte apropriada de classificação da qualidade dos periódicos científicos isoladamente (BARATA, 2015;2016).

De acordo com os dados descritos no quadro 9, os artigos publicados em decorrência das pesquisas selecionadas ficaram entre os dois primeiros estratos, Qualis A e B, sendo a maioria classificada como B1, o que é considerado de maior qualidade. Apenas um artigo, publicado em revista, foi classificado como A2, é caracterizado nessa estratificação como de excelência. Os achados relacionados a esse indicador neste estudo reforçam o quão complexo é a definição de uma

parametrização para avaliar a qualidade da produção científica e acentuam a necessidade de uma análise mais robusto sobre esse aspecto.

#### **8.2.1.4 Indicador: Número de Pesquisas Desenvolvidas como Desdobramento dos Resultados desta Pesquisa**

Dado aferido a partir da entrevista realizada com os 13 pesquisadores que aceitaram participar do estudo, onze deles informaram que suas respectivas pesquisas tiveram algum desdobramento, tais como: definição de indicadores, desenvolvimento de órteses, implantação de técnica de diagnóstico, etc. Todos esses desdobramentos foram considerados relevantes pelos pesquisadores, pois possibilitaram ampliar o escopo da pesquisa, entretanto, veremos mais adiante que a análise não significou diretamente mudanças na organização da atenção à saúde no SUS-DF.

#### **8.2.1.5 Indicador: Proporção de Produtos Obtidos em Relação aos Esperados**

Na edição 2004, das 19 pesquisas aprovadas, em apenas dez delas os pesquisadores principais tinham preenchido a informação “produto esperado”. Destas apenas oito registraram também a informação “produto alcançado”. No entanto, na edição 2008, nenhum pesquisador registrou essa informação. Chama atenção que o relatório técnico padrão, preenchido pelo pesquisador principal na plataforma Pesquisa Saúde, já traz no seu escopo itens sobre aspectos gerais da pesquisa como agenda, linha de pesquisa, recurso, delineamento metodológico, e também solicita informações sobre aplicabilidade ao SUS, produto esperado e produto alcançado e recomendações ao sistema de saúde. Porém, de maneira geral, na edição 2008, esses relatórios tornam-se mais “enxutos”. Diversos tópicos não foram registrados, a exemplo de produtos esperados e alcançados, além das recomendações ao SUS.

Sem dúvidas, a ausência desse registro fragiliza tanto o processo de monitoramento da pesquisa como também de sua incorporação ao SUS, principal perspectiva do PPSUS. E ainda, essa falha é de certa forma incoerente com o processo de desenvolvimento do programa e sua maturidade, como já comentado anteriormente.

#### **8.2.1.6 Indicador: Formas de Disseminação dos Resultados**

A aferição desse indicador foi feita pelo instrumento de coleta, uma vez que não foi observada a disponibilidade do dado em nenhum outro documento ou plataforma. Da grande maioria dos

pesquisadores entrevistados, 12 afirmaram ter realizado a disseminação da pesquisa por meio de relatórios técnicos registrados na plataforma Pesquisa Saúde e/ou via apresentação de seminário do PPSUS –DF, coordenado pela SES-DF. Os seminários já estavam previstos como uma etapa do programa para o qual eram convidados tanto os pesquisadores como os gestores e representantes dos serviços cujas pesquisas tivessem alguma associação. Tratou-se de um momento estratégico do processo, pois, além da apresentação do desenvolvimento da pesquisa e de seus frutos, era também um fórum para possibilitar a integração ensino-serviço e a troca de experiência entre os atores envolvidos.

Apenas três, um da edição 2004 e os dois da edição 2008, também sinalizaram terem desenvolvidas oficinas de trabalho com gestores e gerentes da SES-DF. Sem dúvidas, trata-se de um momento significativo para maior associação pesquisa–serviço e a discussão da forma do uso dos resultados da pesquisa no sistema de saúde. É interessante referir que um dos pesquisadores que afirmou ter desenvolvido as oficinas nos serviços de saúde destaca que essa estratégia foi utilizada apenas para divulgação dos resultados da pesquisa e ressalta que, ao longo da sua duração, não houve contato com a SES-DF. Este item será melhor discutido na análise das entrevistas realizadas.

Celino et al. (2013) destacam que o PPSUS na Paraíba apontou questões importantes sobre a necessidade dos pesquisadores envolvidos se comprometerem com o propósito dos editais PPSUS e participarem efetivamente dos seminários promovidos para maior integração serviço e pesquisa. Algumas falas apontaram para uma baixa integração academia/serviço implicando, entre outros aspectos, ao não acesso de dados da gestão.

A produção do conhecimento obtido como resultado das pesquisas em saúde deve possibilitar o desenvolvimento de competências adequadas para transferência do conhecimento, tanto no nível macro como micro do sistema de saúde (NOVAES, 2004).

Um aspecto que também contribui é possibilitar, de forma mais ampla, o acesso a carreira em pesquisa qualificada, que gerem uma massa crítica de pesquisadores envolvidos com pesquisas sustentáveis, voltadas a responder problemas sociais, e com a formação em investigação (TULLOCH-REID, 2018).

### **8.2.2 Dimensão Capacitação**

Na dimensão foram trabalhados quatro indicadores apresentados no quadro 10. Buscou-se identificar a relação entre o desenvolvimento da pesquisa e a capacitação de recursos humanos na academia e nos serviços que compõem o sistema de saúde, como produto das pesquisas financiadas.

Quadro 10 – Indicadores adaptados para a análise da dimensão Capacitação

DIMENSÃO	INDICADOR
Capacitação	Formação do pesquisador principal
	Atividade profissional do pesquisador principal
	Eventos públicos onde resultado foi apresentado
	Nº de recursos humanos capacitados com execução da pesquisa

Fonte: CAHS (2009) adaptado pela autora

### 8.2.2.1 Indicadores: Formação do Pesquisador Principal e Atividade Profissional do Pesquisador Principal

A partir das informações referidas na Plataforma Lattes, verificou-se que, na edição 2004, sete (36,84%) pesquisadores eram médicos e quatro (21,05%) eram biólogos. Entre os demais, havia enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, cirurgiões dentistas, médicos veterinários e químicos. Na edição 2008, houve maior diversificação na formação dos pesquisadores principais, com 12 tipos de formação diferentes entre os pesquisadores. Apresentou-se o predomínio de pesquisadores provenientes das Ciências Biológicas, 7 (sete) pesquisadores (24,13% da amostra), seguidos de 4 (quatro) (13,79%) pesquisadores com formação em medicina, como descrito no gráfico 8.

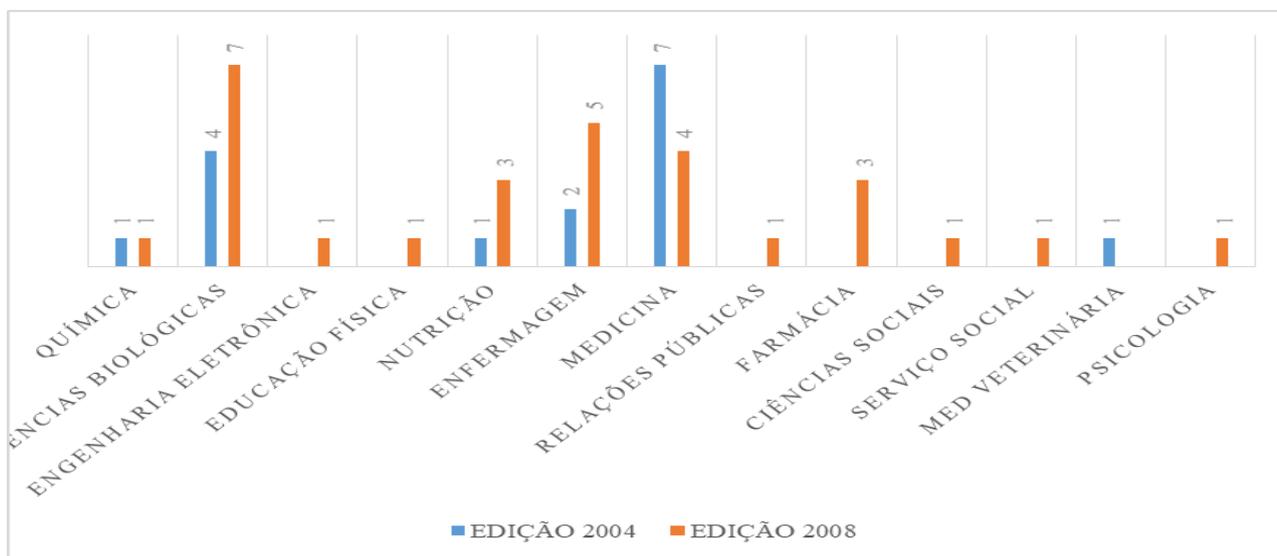


Gráfico 8 - Distribuição da amostra, pesquisador principal, conforme formação identificada na plataforma Lattes

Noronha et al. (2012) identificaram que a formação médica responde pela maioria dos grupos e dos pesquisadores no campo da saúde, seguidos pela formação na área da Saúde Coletiva. Os dados advindos desse estudo de caso do PPSUS-DF apontaram achado semelhante quanto à formação do pesquisador principal que na 1ª edição eram médicos na sua maioria e, na edição 2008, mesmo com uma maior diversidade de formação dos pesquisadores envolvidos, a formação médica era a segunda com maior representatividade.

Quanto à atividade desenvolvida pelo pesquisador principal em ambas as edições, 2004 e 2008, há um predomínio de pesquisadores que são docentes da Universidade de Brasília - UnB, 16 (84,21%) e 24 (82,75%) respectivamente. Os demais pesquisadores estão vinculados a serviços de saúde. Na primeira edição, 2 (dois) pesquisadores (10,52%) são gerentes da SES-DF, e 1 (um) (6,26%) funcionário do Instituto de Cardiologia do DF. Já na segunda edição em 2008, os 5 (cinco) (26,31%) demais pesquisadores eram todos vinculados à Academia Brasileira de Ciências. O fato da grande maioria dos pesquisadores, mais de 80% nas duas edições, estarem vinculados a uma universidade pode ser explicado por ser este um ambiente comum à pesquisa e que concentra boa parte dos grupos de pesquisa. Com relação à identificação de profissionais dos serviços, como pesquisadores, ainda que baixa, pode sugerir uma melhor relação entre o campo da pesquisa e o serviço. Sem dúvida a inserção desse pesquisador no serviço pode ter favorecido a interação pesquisa x serviço, como será descrito em relação a outros indicadores neste trabalho.

#### **8.2.2.2 Indicador: Eventos Públicos onde o Resultado foi Apresentado**

Essa informação foi obtida por meio da entrevista realizada com os 13 pesquisadores que aceitaram participar do estudo. Oito deles relataram que haviam apresentado o resultado de suas pesquisas em congressos brasileiros da área da saúde. Entre esses, apenas um referiu também ter divulgado o estudo em um congresso internacional. A apresentação dos resultados de pesquisa é uma prática comum e interessante para o processo de disseminação do conhecimento.

Morel (2004) realizou análise sobre a pesquisa em saúde no Brasil e já apontava para a relevância no processo de organização de um sistema de pesquisa em saúde, a articulação efetiva entre pesquisadores e serviços de saúde. Essa estratégia tem como finalidade promover agilidade na inclusão do conhecimento gerado nas práticas de saúde e sua capilarização no país como um todo.

Almeida e Giovanella (2008), em estudo realizado sobre a Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil, a partir do mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo MS, entre os anos de 2000 e 2006, também destacaram a baixa capacidade de disseminação dos resultados das pesquisas em eventos públicos, entre gestores/gerentes do sistema de saúde, ficando, muitas

vezes, restrito a relatórios técnicos com vocabulário complexo e de difícil compreensão. Uma das lacunas encontradas diz respeito exatamente ao fato de que as estratégias de disseminação não haviam sido descritas no termo de referência e aprovação da pesquisa.

### 8.2.2.3 Indicador: Número de Recursos Humanos Capacitados com a Execução da Pesquisa

Este indicador foi mensurado a partir dos dados disponíveis na plataforma Pesquisa Saúde e pelo instrumento de coleta utilizado na entrevista com os pesquisadores.

Com relação aos dados registrados na plataforma Pesquisa Saúde, quanto à formação *Stricto Sensu* decorrentes de projetos das pesquisas financiadas pelo PPSUS-DF, apenas da edição 2004 havia informações descritas. Não consta nenhum registro referente a esse aspecto na edição 2008.

De acordo com os dados informados pelos pesquisadores da 1ª edição, o desenvolvimento de suas pesquisas possibilitou ainda a formação de dez mestres e oito doutores, relacionados a apenas oito projetos de pesquisa, ou seja, menos de 50% dos projetos aprovados pelo PPSUS-DF 2004, informaram também terem formado no nível *Stricto Sensu* pesquisadores envolvidos na pesquisa (gráfico 9).

A busca dessa informação poderia ser ampliada utilizando a plataforma Lattes se houvesse publicização do grupo de pesquisadores envolvidos na pesquisa aprovada. Apesar dessa informação ser um dos itens da plataforma, “pesquisador/pesquisadores secundários” em nenhuma das edições estudadas o dado estava registrado.

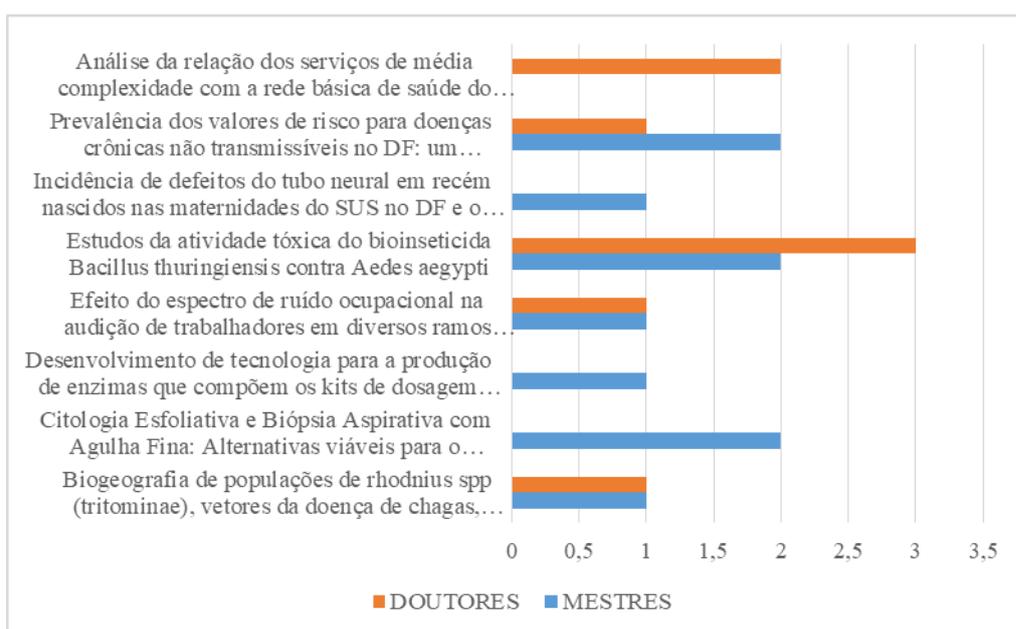


Gráfico 9 - Distribuição da formação de mestres e doutores relacionados aos projetos financiados PPSUS-DF, edição 2004, dados plataforma Pesquisa Saúde

É de certa forma intrigante que, na edição 2008 do PPSUS-DF, não há nenhum registro sobre a formação de mestres e doutores relacionados com a pesquisa PPSUS-DF aprovada. Esperava-se que, pelo próprio processo de sazonalidade do programa, tais dados estivessem disponíveis e até mais consolidados, o que ratifica a necessidade de sensibilizar os atores envolvidos, não apenas quanto ao estímulo para participação do programa com o desenvolvimento de pesquisas que venham ao encontro das necessidades do sistema de saúde, mas também quanto ao registro e disseminação das informações resultantes do processo nos sistemas de informação pertinentes.

Carrasco-Portino, 2017 ressalta a necessidade de melhorar o nível dos países com menor capacidade de produzir e utilizar conhecimentos científicos. A formação de pesquisadores seria sem dúvidas um passo importante neste processo. Uma massa crítica de talento é a chave para usar sua experiência para promover as lições aprendidas ou sustentar conhecimento e engajamento de política em vários níveis (MIRANDA et al, 2018).

Várias organizações de fomento à pesquisa são unânimes em destacar que a capacitação permanente de pesquisadores, bem como formação de novos, no nível local, como um componente-chave para reduzir a “fuga de cérebros” de países de baixa e média renda. Dada as restrições atuais sobre financiamento nacional e internacional que, por vezes, não incentivam o investimento na construção de capacidade local, uma alternativa seria incentivar parcerias entre centros formadores (TULLOCH-REID et al, 2018).

### **8.2.3 Dimensão Tomada de Decisão**

Esta dimensão busca relacionar o uso do resultado da pesquisa na definição de políticas e programas do sistema de saúde. Para isso, foram considerados seis indicadores conforme apresentado no quadro 11.

Quadro 11 – Indicadores adaptados para a análise da dimensão Tomada de Decisão

DIMENSÃO	INDICADOR
Tomada de decisão	Pesquisa discutida em oficinas/reuniões de trabalho na SES/DF
	Relação entre projetos aprovados e agenda de saúde descrita no plano de saúde
	Identificação de resultados e encaminhamentos da pesquisa
	Valor e proporção de recursos financeiros aplicados por subagenda de saúde
	Valor e proporção de recursos financeiros aplicados por tipo de pesquisa
	Valor e proporção de recursos financeiros aplicados por problema de saúde descrito no projeto pesquisa

Fonte: CAHS (2009) adaptado pela autora

### 8.2.3.1 Indicador: Pesquisa Discutida em Oficinas/Reuniões de Trabalho na SES-DF

Para aferição deste indicador foram considerados dois itens do instrumento da entrevista: a pergunta 12: “Houve alguma articulação junto a gerentes/gestores da SES-DF para discussão sobre relevância de sua pesquisa para o SUS-DF?”; e a pergunta 13: “Ao longo do desenvolvimento da pesquisa houve aproximação com gestores/gerentes do SUS-DF?”.

Entre os entrevistados, sete deles referiram não ter acontecido nenhum contato com o serviço para discussão da pesquisa. Os outros seis pesquisadores mencionaram o seguinte: um projeto havia sido demandado pelo gestor, dois tiveram apenas um encontro antes do início da pesquisa e três referiram ter havido vários contatos ao longo da pesquisa. Cabe ressaltar que em dois desses projetos havia gerentes do SUS-DF e em um deles o pesquisador principal referiu que já acontecia um vínculo com determinado serviço no qual foram desenvolvidas as ações de pesquisa.

O modelo CAHS destaca que mudanças em saúde não sucedem de uma vinculação direta entre o desenvolvimento da pesquisa e sua aplicabilidade no sistema, mas sobretudo da articulação entre distintos aspectos políticos, sociais e econômicos. Sob o olhar das agências de fomento, a avaliação de impacto das pesquisas em saúde considera também: avaliar a relação entre os interesses da instituição contratante quanto ao desempenho propriamente dito da pesquisa: a prestação de contas (*accountability*), considerando a relação dos resultados com os interesses institucionais; a capacidade de implementação dos resultados das pesquisas (*advocacy*); e a avaliação sobre o avanço e a disseminação do conhecimento produzido (CAHS, 2009).

Todos estes fatores passam, direta ou indiretamente, pela questão da relação entre o profissional do serviço e o pesquisador, desde o processo de planejamento até o de desenvolvimento da pesquisa. No caso do PPSUS-DF, edições 2004 e 2008, percebe-se uma fragilidade nesse processo,

apenas 23% dos pesquisadores entrevistados referem ter mantido um contato próximo com o serviço durante todo o andamento da pesquisa. A ausência dessa vinculação pode comprometer a utilização dos resultados da pesquisa pelos serviços/sistema de saúde.

### **8.2.3.2 Indicador: Relação entre Projetos Aprovados e Agenda de Saúde Descrita no Plano de Saúde**

A análise deste indicador considerou a relação entre os itens descritos na agenda de prioridades de saúde no Plano de Saúde do DF, nos respectivos anos referentes às edições, e os objetos de pesquisas selecionados pelo PPSUS-DF. Na edição 2004, apenas duas (10,52%) das pesquisas possuem objeto de estudos que guardam alguma relação com a agenda de prioridades, conforme demonstrado no quadro 12.

Quadro 12 – Relação entre pesquisas aprovadas pelo PPSUS-DF, edição 2004, e agenda de prioridades descritas no Plano de Saúde do período

<b>PLANO ESTADUAL DE SAÚDE - 2004/2007</b>	
<b>AGENDA DE PRIORIDADES</b>	<b>PROJETOS APROVADOS – Edição 2004</b>
• Priorizar a construção de novas unidades de atendimento e implantação de ações de saúde rotineiras e/ou emergenciais, nas áreas desprovidas das mesmas, a saber: Santa Maria, Samambaia, Recanto das Emas, Riacho Fundo I e II, Paranoá, Estrutural, Araponga, Buriti e Vila São José, dentre outras.	1. Adesão ao tratamento de AIDS
• Credenciar entidades privadas para prestar atendimento nos procedimentos não ofertados pela rede pública de saúde.	2. Avaliação da demanda aos serviços de MC-SUS-DF
• Ampliar e completar as equipes dos Programas de Saúde da Família e Saúde Bucal.	3. Organização da atenção farmacêutica - SES-DF
• Ampliar o número de Agentes Comunitários de Saúde.	4. Qualidade da água no DF
• Implantar uma sistemática de auditoria dos registros dos procedimentos médico-hospitalares.	5. Estudos multidisciplinares sobre vetores da doença de Chagas
• Implantar a Central de Marcação de Consultas e Busca de Leitos.	6. Desenv. Kit de diagnóstico TB
• Implantar Programas voltados à internação domiciliar.	7. Teste de um método não cirúrgico de diagnóstico - Saúde bucal
• Implantar o Cartão SUS/DF e municípios de Rede Integrada de Desenvolvimento Econômico –RIDE.	8. desenvolver tecnologia para a produção de enzimas que compõem o kit de dosagem de glicose e ácido úrico; o que reduziria consideravelmente os custos que hoje pesam sobre o SUS
• Criar a coordenação das ações do Entorno.	9. avaliar a influência do espectro do ruído no padrão audiológico dos trabalhadores
• Regularizar a situação das dívidas com fornecedores e prestadores de serviços.	10. utilizar um método não invasivo, a ecocardiografia com contraste miocárdico e aplicação do Doppler tecidual, para tornar clinicamente acessível a monitorização da eficácia de terapias antihipertensivas sobre o remodelamento miocárdico, a circulação coronária e a função diastólica.
• Melhorar as condições de trabalhos dos profissionais da rede de saúde.	11. identificar as espécies de flebotômíneos vetoras potenciais da leishmaniose tegumentar americana (LTA) e visceral (LV), a distribuição geográfica e temporal e estratificar as áreas de risco de transmissão da doença
• Qualificar e aperfeiçoar os servidores da rede de saúde.	12. estudo prospectivo, sobre avaliação e diagnóstico da ND, em nível de atendimento de baixa e alta complexidade,
• Ampliar e recuperar a infra-estrutura física das unidades de atendimento.	13. estudar as proteínas envolvidas na toxicidade a <i>Aedes aegypti</i> produzidas por diferentes cepas. no futuro uma cepa de B.t. geneticamente modificada que contenha a combinação de genes mais apropriada para o controle de mosquitos
• Modernizar a área administrativa e gerencial da rede de saúde do DF.	14. um inquérito para avaliar a satisfação do usuário e do servidor da rede hospitalar da Secretaria da Saúde do Distrito Federal.
	15. analisar parâmetros de controle diagnóstico e terapêutico de pacientes com hanseníase multibacilar e contatos, responsáveis pela prevalência oculta da endemia, visando a ampliação da detecção da prevalência oculta da Hanseníase no âmbito da atenção básica de saúde
	16. determinar a incidência de defeitos de tubo neural (DTN) em maternidades que atendem pelo SUS no Distrito Federal e estudar o efeito da fortificação com ácido fólico sobre esta incidência.
	17. conhecimento do perfil sociodemográfico e epidemiológico dos usuários do COMPP/SES, indispensável para a formulação de políticas públicas para o setor - saúde mental
	18. traçar uma linha de base diagnóstica representativa que permita implementar e avaliar um conjunto de ações de promoção à saúde que visem a redução e controle das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Distrito Federal
	19. desenvolver uma metodologia de prevenção da drogadição entre escolares articulando e integrando ações entre a saúde e a educação

Já na edição 2008, quadro 13, observou-se aumento importante na relação de projetos aprovados e a agenda de prioridades. Cerca de 14 (48,27%) dos projetos aprovados guardavam relação com a agenda de prioridades definida naquele momento.

Quadro 13 – Relação entre pesquisas aprovadas pelo PPSUS-DF, edição 2008, e agenda de prioridades descritas no Plano de Saúde do período

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE - 2009/2011 AGENDA DE PRIORIDADES	PROJETOS APROVADOS – Edição 2008
• Desconcentração administrativa e financeira para as Diretorias Regionais de Saúde.	1. verificar se há eficácia na aplicação em humanos do dispositivo para auxílio ao tratamento e controle da diabetes mellitus embasado no controle do fluxo de substâncias no esôfago
• Aperfeiçoamento e fortalecimento da Atenção Primária em Saúde.	2. contribuir para a detecção de variações genéticas que expliquem parte do processo de perda de força, massa magra e massa óssea com o envelhecimento. estudos dessa natureza poderão melhorar a qualidade de vida dos indivíduos com idade avançada, por possibilitar o direcionamento de práticas preventivas
• Organização de Fluxos e Níveis de Atenção – instituir linhas de cuidado considerando os pacientes críticos, urgência/emergência, internação domiciliar, saúde mental,...).	3. investigar a eficácia da suplementação com ácidos graxos n-3, ricos em EPA e DHA, contidos no óleo de peixe, como adjuvante ao tratamento quimioterápico, na diminuição dos efeitos colaterais da atividade neoplásica no sistema imunitário, no estado nutricional e na qualidade de vida de pacientes portadoras de câncer de mama
• Adequação da Rede Assistencial na Atenção Especializada	4. propomos o desenvolvimento de metodologias de diagnóstico molecular sensível e específico para detecção dos parasitos Leishmania e Trypanosoma cruzi
• Áreas Estratégicas de Atuação - vigilância em saúde, assistência farmacêutica, controle social, educação em saúde e financiamento.	5. implantação de novas metodologias para o diagnóstico molecular de doenças genéticas no Distrito Federal.

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE - 2009/2011 AGENDA DE PRIORIDADES	PROJETOS APROVADOS – Edição 2008
<ul style="list-style-type: none"> <li>• a estruturação da linha de cuidados, materno-infantis, de saúde mental, de hipertensão e diabetes e de cuidados críticos, envolvendo urgência e emergência, UTI's e alternativas de internação domiciliar</li> </ul>	<p>6. Implementar a técnica de diagnóstico molecular por PCR em tempo real, e análise de mutação no SUS para subsidiar melhor a escolha terapêutica e</p> <p>2. Identificar as células-tronco leucêmicas, correlacionando a quantidade e as características das mesmas com o prognóstico da doença.</p>
	<p>7. instalação neste hospital de uma Unidade de Diagnóstico Molecular para detecção de rearranjos cromossômicos recorrentes em leucemias de adultos, a fim de tornar acessível à população do DF a mais moderna e completa avaliação da doença, de acordo com a recomendação da Organização Mundial da Saúde</p> <p>8. comprovar por análise molecular, de forma pioneira na literatura internacional, a eficiência e eficácia da TFD em pacientes em tratamento no HRAN/DF - câncer de pele</p> <p>9. verificar se há um aumento da acurácia da citologia esfoliativa quando as amostras, rotineiramente enviadas para o laboratório de anatomia patológica, são previamente submetidas à cultura de células neoplásicas e, além disso, definir a viabilidade do emprego desta técnica na rotina diagnóstica considerando os custos, a dificuldade técnica e efetividade.</p> <p>10. estudo avaliativo do programa de atenção integral à saúde do adolescente envolvido com substâncias psicoativas, fim de subsidiar a produção de políticas públicas no âmbito do Distrito Federal junto a essa clientela.</p> <p>11. Estudo dos mecanismos de formação de rearranjos cromossômicos estruturais em pacientes com retardo mental e malformações congênitas múltipla.</p> <p>12. avaliar os possíveis efeitos toxicológicos e/ou teratogênicos provocados pela ayahuasca quando consumida durante a gestação de ratos.</p> <p>13. avaliação da incorporação de novas tecnologias de informação e comunicação para a gestão da informação e do conhecimento nos serviços de saúde do Distrito Federal</p> <p>14. investigar o conhecimento dos usuários e dos profissionais da saúde do Serviço de Saúde de Ceilândia quanto à utilização de Plantas Medicinais para fins terapêuticos e avaliar se o Programa de Fitoterapia do Distrito Federal</p> <p>15. identificar os papéis e o perfil profissional das equipes de saúde mental, correlacionando-os com as políticas de saúde mental,</p> <p>16. a criação de um banco de tumores e biobanco no Hospital Universitário de Brasília visando a padronização de processos de coleta e armazenamento de amostras clínicas.</p> <p>17. analisar as práticas das Equipes de Saúde da Família-ESF em relação à construção cotidiana dos princípios da Atenção Primária a Saúde-APS, propondo caminhos a superação dos desafios atuais a expansão e qualificação desse nível do sistema,</p> <p>18. implantarmos as técnicas de imunodifusão e dot blot bem como realizarmos testes de função imunológica, contribuindo com os dados de prevalência das micoses sistêmicas no DF</p> <p>19. coletar dados que possibilitem o cálculo de indicadores para avaliação do desempenho do sistema de saúde incluindo as condições de saúde e da assistência em saúde, com ênfase na atenção básica constituirão uma linha de base que apoiará a identificação de problemas e necessidades, apontando para prioridades para o planejamento,</p> <p>20. traçar um panorama dos limites e possibilidades da mudança de modelo de atenção hospitalocêntrica para população de portadores de doenças crônico-degenerativas visando fortalecimento da política de internação domiciliar</p> <p>21. o melhor conhecimento dos processos que geram as informações e produtos da VE e com isso se detectar possíveis melhorias com intuito de se aprimorar a sua eficácia e eficiência.</p>

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE - 2009/2011 AGENDA DE PRIORIDADES	PROJETOS APROVADOS – Edição 2008
	22. Analisar fatores de risco preditores do resultado da Prova Tuberculínica e IGRA como marcadores da Infecção Latente da Tuberculose em pacientes com aids,
	23. descrever e analisar a condição de saúde bucal dos povos indígenas do Brasil
	24. analisar as mudanças nas práticas profissionais da AB, egressos desses cursos, que possam ser atribuídas à formação recebida.
	25. realizar diagnóstico de saúde e nutrição de mães e crianças menores de cinco anos, bem como analisar a linha de cuidado à saúde desta população
	26. implantar a metodologia de array-CGH no Distrito Federal e estimar a frequência de alterações cromossômicas submicroscópicas por array-CGH em pacientes com retardo mental síndrômico atendidos por hospitais vinculados ao SUS no Distrito Federal.
	27. explorar o ponto de vista dos gestores do sistema público de saúde assim como a visão dos usuários do sistema, possibilitar uma reflexão acerca do atual modelo de seguridade social no país, e subsidiar políticas e as práticas sociais futuras
	28. avaliar a capacidade de articulação dos Conselhos Municipais de Saúde (CS) com os movimentos sociais com a finalidade de propor estratégias para ampliar a participação social na construção de políticas públicas de saúde
	29. caracterizar a influência de aspectos psicossociais e situacionais sobre a escolha de alimentos saudáveis e não saudáveis por crianças e adolescentes no Distrito Federal.

Fonte: Brasil; Distrito Federal (2016)

Porém, ampliando-se essa análise para além da agenda de prioridades e considerando-se aspectos como “problemas de saúde” e o “perfil epidemiológico” citados no Plano de Saúde, observou-se que um número maior de pesquisas apresenta vinculação com esses aspectos. Na edição 2004, foram 10 (dez) (52%) das pesquisas e, na edição 2008, 21 (vinte e um) (72,41%) pesquisas. Essa ampliação foi importante, uma vez que a intenção do PPSUS é que as pesquisas científicas selecionadas possam contribuir para organização do sistema de saúde e melhoria da atenção à saúde da população. Vale salientar que, às vezes, um determinado objeto de pesquisa pode até não parecer na agenda de prioridade, mas nem por isso deixa de ser um problema de saúde relevante naquele momento, nesse sentido, revela-se a importância das oficinas de priorização envolverem os mais diversos atores.

Embora os formuladores de políticas, em muitos países das Américas, reconheçam os benefícios do uso dos resultados das pesquisas em saúde para orientar as decisões com vistas a melhoraria dos sistemas de saúde, ainda são tímidas as ações nesta perspectiva quando comparadas com ao movimento da medicina baseada em evidências. Gestores e pesquisadores precisam pensar em estratégias para possibilitar esta efetivação. Além disso, o uso sistemático de pesquisa em saúde

para balizar os processos de tomada de decisão não foi formalmente pensada em esquemas de decisão política (PANTOJA et al, 2018).

### **8.2.3.3 Indicador: Identificação de Resultados e Encaminhamentos da Pesquisa**

As informações relacionadas a esse indicador foram obtidas a partir das entrevistas realizadas com os pesquisadores. A pergunta 18 incluiu o seguinte questionamento: “Você tem conhecimento de algum programa/projeto que tenha sido implantado no SUS-DF como fruto dos resultados de sua pesquisa?” A grande maioria dos pesquisadores, 11 (onze) dos 13 (treze) entrevistados informaram não ter conhecimento de nenhum programa/projeto que tenha sido implantado no SUS-DF como fruto dos resultados de sua pesquisa.

Apenas dois entrevistados informam que os resultados de suas pesquisas foram utilizados pela SES-DF em discussões internas com vistas à melhoria de uma situação específica. Cabe mencionar que em ambos os casos os pesquisadores eram também funcionários da SES-DF e desempenhavam funções em setores correlacionados ao objeto da pesquisa, o que sem dúvidas foi um elemento facilitador no processo de estabelecimento de vínculos, uma vez que a integração pesquisa-serviço já existia desde o princípio de formalização e condução do estudo.

Dados do MS apontam problemas na articulação entre academia e serviço que interferem na apropriação do conhecimento e sua utilização para a tomada de decisão. Tais problemas incluem desde o processo de seleção das pesquisas, que, por vezes, não considera a participação de gestores/gerentes do sistema de saúde; a rotatividade de gerentes e gestores no sistema dificultando o processo de retroalimentação do sistema quanto à incorporação dos resultados das pesquisas; e ainda o desconhecimento das questões específicas sobre a organização e gestão do sistema de saúde por parte dos pesquisadores (BRASIL, 2008b).

Esta dificuldade de articulação está vinculada a diversos fatores, mas também à ideia inicial que concebia a geração do conhecimento e a tomada de decisão como processos isolados com métodos, atores e extensões institucionais próprias que não conversavam, empreendendo um grande esforço para afluir estas dimensões.

O desafio maior se dá em possibilitar a aproximação entre gestor e pesquisador de forma que o primeiro tenha não apenas o acesso ao resultado da pesquisa em tempo ótimo para sua tomada de decisão, mas que tenha participado da definição do objeto da pesquisa e do seu desenho, de forma a direcionar a sua utilidade (PELLEGRINI, 2004).

Celino et al. (2013) apontaram, sobre o PPSUS da Paraíba, que a maioria dos coordenadores das pesquisas selecionadas quando interrogados sobre a possível contribuição para a resolução dos

problemas prioritários de saúde da população, referia pouca ou nenhuma contribuição nesse aspecto. Entretanto, quando relataram sobre o processo inicial de elaboração da pesquisa, muitos descreviam a contribuição para a gestão do sistema de saúde. Ficou evidenciada a baixa percepção desses pesquisadores a respeito da relação entre os resultados de suas pesquisas e possibilidades de melhorias para o sistema de saúde da região onde moram.

#### **8.2.3.4 Indicador: Valor e Proporção de Recursos Financeiros Aplicados por Subagenda de Saúde**

Com base nos dados descritos nos projetos aprovados, conforme a plataforma Pesquisa Saúde, na edição 2004, a subagenda que recebeu maior repasse de recursos foi a de Doenças Transmissíveis (DT), 25,73% do total de recurso repassado. Seguida das subagendas: Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) – 24,24%; Saúde, Ambiente, Trabalho e Biossegurança – 13,09%; e Sistemas e Políticas de Saúde – 10,22%, conforme descrito no gráfico 10. Ainda que discreta a diferença, a subagenda DT teve a maior parcela do recurso R\$ 194.305,65 (cento e noventa e quatro mil trezentos e cinco reais e sessenta e cinco centavos) com seis pesquisas aprovadas, seguido da subagenda DCNT com R\$ 183.060,45 (cento e oitenta e três mil sessenta reais e quarenta e cinco centavos) com quatro projetos aprovados.

A relação entre o montante de recurso por projeto não necessariamente relaciona-se a relevância da pesquisa para o sistema de saúde, uma vez que este recurso está mais associado ao delineamento metodológico da própria pesquisa. Porém, a leitura desses dados pode suscitar reflexões

sobre o montante de recursos concentrados em uma subagenda que não apareciam como um problema de saúde prioritário naquele momento.

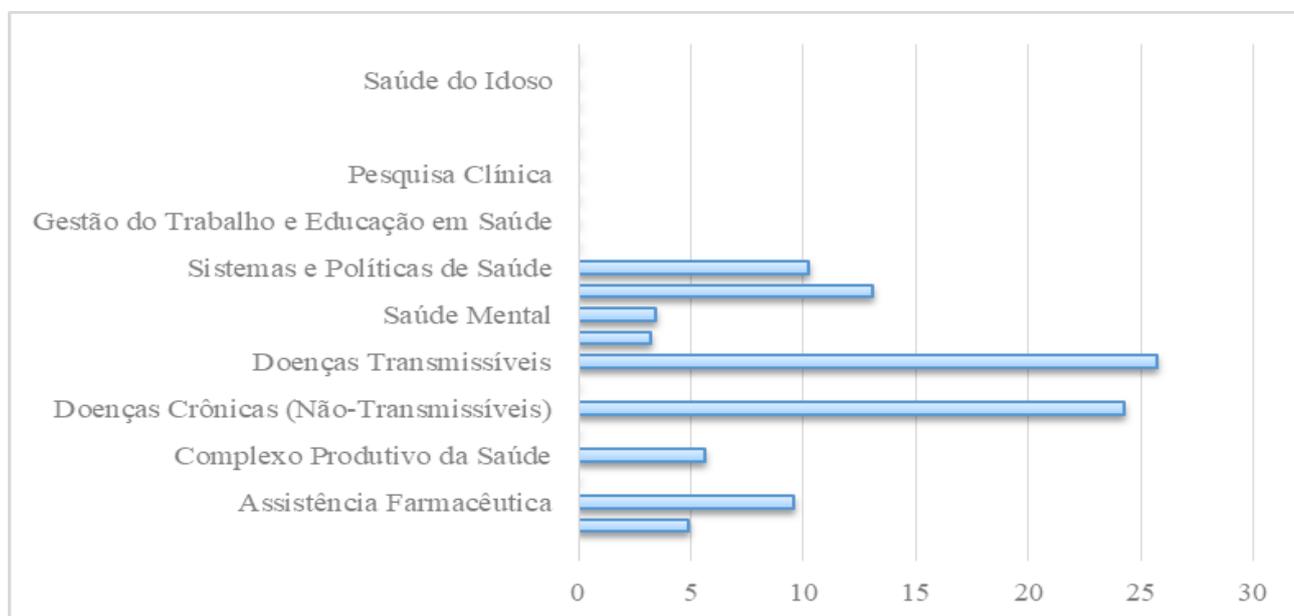


Gráfico 10 - Distribuição dos recursos PPSUS-DF por subagenda, edição 2004, dados plataforma Pesquisa Saúde

Na edição 2008, gráfico 11, há uma maior pulverização do recurso com maior número de subagendas com pesquisas aprovadas. O maior percentual foi direcionado para a subagenda Pesquisa Clínica, 20,82% com apenas duas pesquisas aprovadas, seguida da subagenda Saúde Mental – 17,91% com quatro pesquisas aprovadas e da Doenças não Transmissíveis – 16,73%, com cinco pesquisas aprovadas.

Cabe aqui destacar o esforço coletivo entre MS e MCT, que, em 2005, publicaram um edital, de apoio financeiro para estimular a formação de uma Rede Nacional de Pesquisa Clínica. Sendo criada, então, a Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Hospitais de Ensino (RNPC) que tem como tarefa primordial fomentar a integração dos diversos centros de pesquisa clínica, buscando uma troca de experiências exitosas entre eles, juntando esforços, minimizando fragilidades e, conseqüentemente, impulsionando a produção científica. Em 2008, essa rede recebeu um aporte de R\$ 20.000.000,00 (vinte milhões de reais) para o desenvolvimento de pesquisas clínicas prioritárias ao SUS, cuja seleção de prioridades seria discutida entre as áreas técnicas do Ministério da Saúde, agências reguladoras, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), gestores da saúde e pesquisadores (BRASIL, 2010).

Pode-se imaginar que, a partir deste estímulo, as pesquisas clínicas tenham reverberado em outros editais de fomento à pesquisa, a exemplo da edição 2008 do PPSUS-DF, o que poderia justificar um maior aporte de recurso para pesquisa clínica.

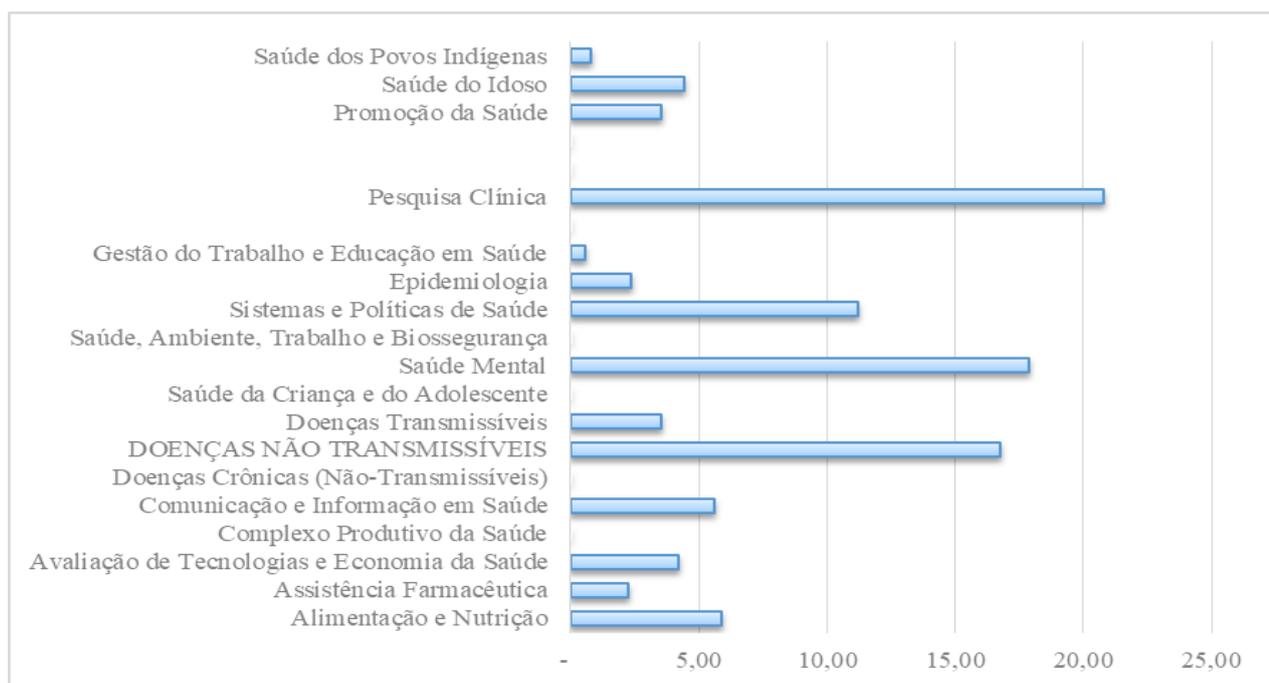


Gráfico 11 - Distribuição dos recursos PPSUS-DF por subárea na edição 2008

### 8.2.3.5 Indicador: Valor e Proporção de Recursos Financeiros Aplicados por Tipo de Pesquisa

O MS por meio do documento *Seleção de prioridades de pesquisa em saúde: guia PPSUS* descreve, no seu glossário, uma classificação dos tipos de pesquisa que no geral está associado ao seu delineamento metodológico. Esta classificação serviria como base para o enquadramento das pesquisas selecionadas.

Em 2004, o maior percentual de recurso repassado pelo PPSUS-DF foi de 25,20% para pesquisa clínica, com a seleção de seis pesquisas. Já em 2008, a pesquisa biomédica (*stricto sensu*) deteve o maior percentual, ficando com 36,89% dos recursos, para cinco pesquisas. Nessa mesma edição, a pesquisa clínica recebeu 4,99% do recurso, permanecendo na média próxima ao repasse de recurso da edição anterior para pesquisa clínica.

Segundo Nita et al. (2009), a busca pela eficiência do sistema de saúde tem estimulado o uso de evidências que justifiquem as decisões clínicas, sobretudo com o desafio da incorporação tecnológica pelo sistema público de saúde. Esse aspecto é observado em todo o mundo com o crescimento de estudos de avaliação de tecnologias em saúde, sob a ótica clínica e econômica, especialmente no que se refere à relação custo-benefício da terapia indicada buscando-se melhor destinação dos recursos disponíveis.

O tipo de pesquisa sobre sistemas de saúde, de planejamento e de gestão de políticas, programas e serviços de saúde, na edição 2004, recebeu quase um quinto do recurso total disponibilizado - 19,80%, para três pesquisas. Associando a ideia de que a maioria dos problemas de saúde descritos no plano de saúde local, nas duas edições, tem estreita relação com esta linha, pode-se considerar relevante essa concentração de recurso, principalmente quando comparada à edição 2008, na qual este tipo de pesquisa representou apenas 4,34% do recurso total, conforme descrito no gráfico 12.

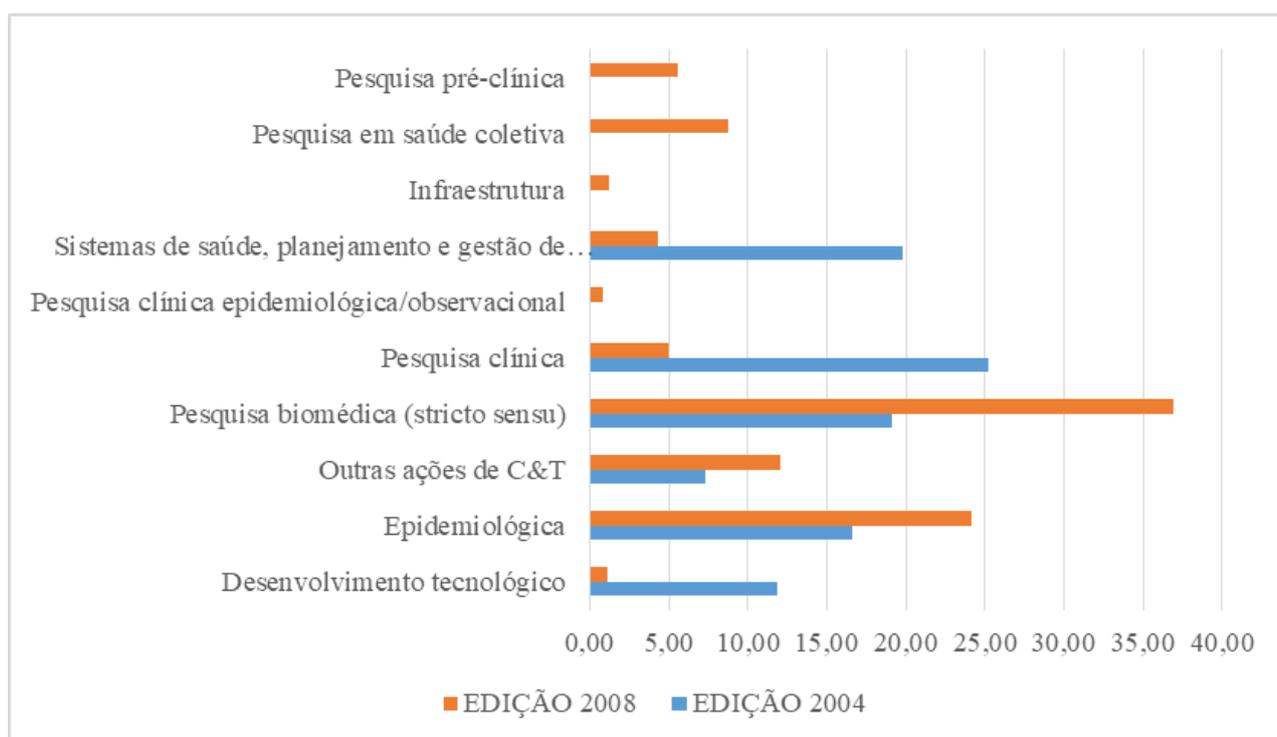


Gráfico 12 - Distribuição percentual dos recursos PPSUS-DF, por tipo de pesquisa, edições 2004 e 2008

### **8.2.3.6 Indicador: Valor e Proporção de Recursos Financeiros Aplicados por Problema de Saúde Descrito no Projeto Pesquisa**

Na edição 2004, das 19 (dezenove) pesquisas selecionadas, em 10 (dez), os objetos de estudo estavam vinculados com os problemas de saúde vigentes e representaram 60,06% dos recursos disponíveis. Ainda assim, cerca de 40% dos recursos foram destinados para pesquisas que, dentro da lógica de classificação proposta pelo programa, não se enquadrariam para atender aos problemas de saúde. Mesmo a edição 2008 que teve um maior percentual de pesquisas e recursos relacionados aos problemas de saúde, 62,81%, ainda teve uma parcela importante de recursos, 37,19% que poderia ter sido melhor priorizado.

Dos 10 (dez) projetos aprovados em 2004 cujo objeto estava relacionado com problemas de saúde do DF, 50% deles, cinco projetos, tratavam de pesquisas relacionadas à DCNT e receberam 62% do recurso. Em 2008, 13 (treze) (47,62%) projetos de pesquisas entre os selecionados propõem pesquisas relacionadas a esta temática e receberam 39,20% do recurso. Observa-se que apesar do número de projetos nesta área terem mais que dobrado, de 5 (cinco) para 13 (treze), o recurso repassado cai quase 40%. A temática Gestão de Sistemas de Saúde, outra área relevante entre as descritas nos planos de saúde como fragilizada, nas edições 2004 e 2008 do PPSUS-DF, ficaram com 16,2% e 13,26%, respectivamente, do recurso disponibilizado, dados descritos no gráfico 13.

Nos Planos de Saúde do DF, no período avaliado das edições 2004 e 2008 do PPSUS-DF, de fato as DCNT aparecem descritas como um problema de saúde, seja no campo do perfil de morbimortalidade da população ou ainda quanto à estruturação organizacional do sistema de saúde, no sentido de torná-lo resolutivo, entretanto, considerando a complexidade envolvida para pensar soluções efetivas a estas temáticas, parecia pertinente que 100% do recurso fosse destinado ao desenvolvimento de pesquisas que vislumbraassem tais aspectos. Porém, um percentual importante do recurso, em torno de 40% na 1ª edição e 37% na 2ª edição, foram destinados a projetos que não estariam claramente descritos como prioritários nos planos de saúde.

Um ponto relevante indicado nas próprias diretrizes do PPSUS diz respeito a etapa de seleção de prioridades de pesquisa em saúde, quando foi disponibilizado uma matriz de seleção a partir da adaptação da Matriz Combinada – CAM, publicada pelo Global Forum for Health Research, em 2004. Esse instrumento sugere uma sistematização do processo de definição de prioridades de pesquisa em saúde com o intuito de apoiar os gestores na tomada de decisões para alocar produtivamente os limitados recursos para pesquisa (BRASIL, 2009b). De acordo com os documentos disponíveis na SES-DF, a utilização dessa matriz não foi identificada, o que pode ter sido uma importante lacuna nesse processo.

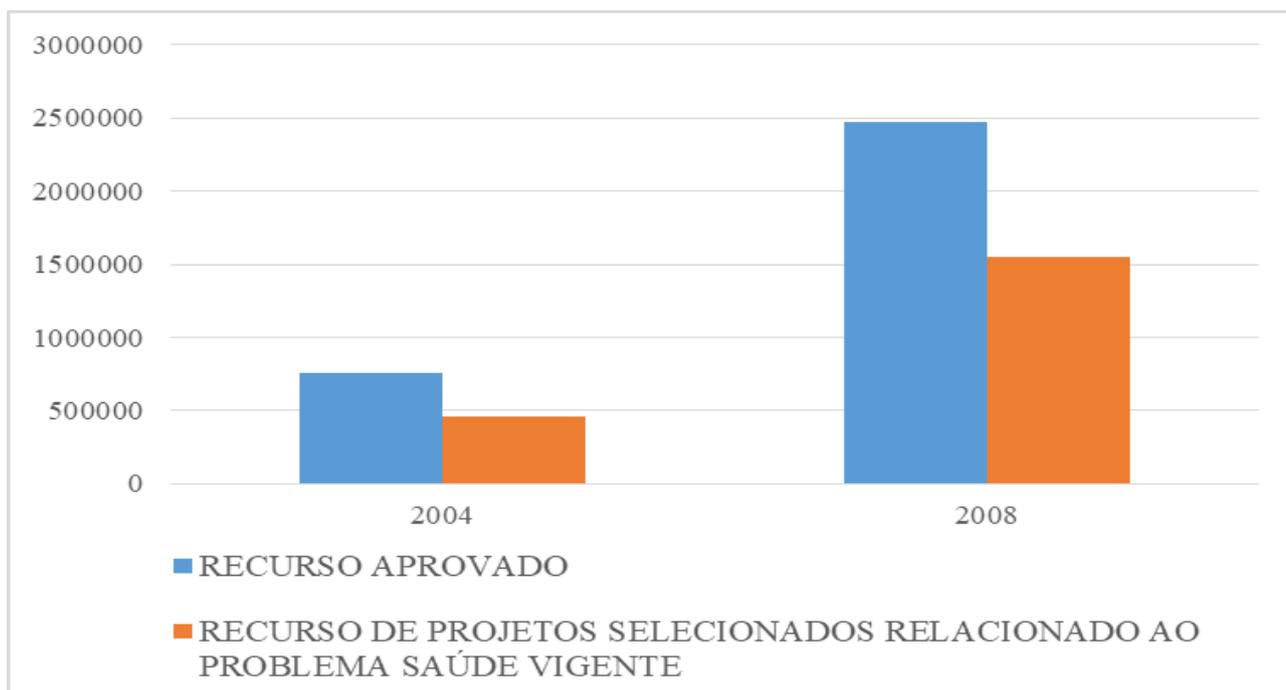


Gráfico 13 - Distribuição de recurso dos projetos selecionados relacionados aos problemas de saúde vigente, edição 2004 e 2008

#### 8.2.4 Dimensão Benefícios para Saúde

Esta dimensão agrega dois indicadores conforme indicado no quadro 14, relacionados à utilização dos resultados da pesquisa em prol de melhorias no sistema de saúde.

Quadro 14 – Indicadores adaptados para a análise da dimensão Benefícios para Saúde

DIMENSÃO	INDICADOR
Benefícios para a saúde	Identificação de políticas e programas implantados pós pesquisa
	Identificação de práticas de saúde alterada por indicação dos resultados da pesquisa

Fonte: CAHS (2009) adaptado pela autora

Diversos estudos reforçam a ideia de que, em uma perspectiva micro, avaliar o impacto das pesquisas em saúde é fundamental para orientar melhor o planejamento e a gestão de programas de fomento. Numa perspectiva macro, contribui para direcionar as tomadas de decisão em saúde e a organização do sistema de saúde em busca de ganhos sociais e econômicos (CAHS, 2009; LAVIS, 2008; KURUVILLA, 2006; WHO, 2013). “A falta de integração entre estes processos micro e macro, ou seja, um hiato entre a produção de evidências em saúde e a utilização dessas em prol do benefício

da população expressa uma debilidade das relações entre a ciência e os demais setores da sociedade” (PELLEGRINI, 2004, p. 341).

Não foi possível identificar, por meio de documentos da SES-DF, nenhuma relação com mudanças no sistema de saúde local que tenham decorrido dos resultados das pesquisas financiadas pelo PPSUS–DF nas edições estudadas. Diversos aspectos podem contribuir para dificuldade no acesso a essa informação: o tempo transcorrido entre os editais, incluindo todo processo de desenvolvimento da pesquisa, o período de análise do estudo, etc. Entre o primeiro edital e o período da pesquisa são 13 anos. Além disso, a rotatividade nas equipes de gestores e gerentes nesse período e a falta de registro adequado dessa informação são grandes obstáculos para uma análise mais acurada.

A avaliação do impacto socioeconômico de políticas de inovação tecnológica deve considerar a relação, a intervenção e efeitos gerados a partir do conhecimento evidenciado nas diversas esferas. Para tal, faz-se necessário que estejam claros os propósitos previstos pelos atores envolvidos: gestores, pesquisadores e avaliadores, o que é um processo bastante complexo, limitando expressivamente a capacidade de avaliar os impactos mais abrangentes de apoio à pesquisa (BRASIL, MCT, 2008).

Ainda assim, não torna menos relevante esta pesquisa na medida em que pode servir de alerta aos atores envolvidos para a necessidade da elaboração de ferramentas legítimas e monitoráveis que possam, por exemplo, identificar no processo de descrição de uma política ou programa de saúde as evidências que contribuíram para tal formulação. Para o PPSUS, esse procedimento poderia facilitar a identificação da integração pesquisa/serviço, a disseminação do conhecimento científico, bem como a troca de experiências entre gestores.

A inserção do conhecimento produzido por meio das pesquisas não ocorre de forma automática para o sistema de saúde. Países como Reino Unido, Estados Unidos e Canadá viram a necessidade de elaborar regulamentos vinculando as definições de prioridades, incorporações de tecnologia e decisões de financiamento à comprovação de evidências científicas. Ainda assim, os resultados foram diversos do desejado, considerando, por vezes, para a tomada de decisão, a apreciação decisiva de outros aspectos, como o *time* das decisões políticas e definições sobre o aporte de recursos (MACKENBACH, 2003).

Um desses estudos foi desenvolvido no Reino Unido, em 2003, apontou algumas dificuldades neste processo sob três ângulos: primeiro dos gestores em relação à preocupação quanto à temporalidade das pesquisas de forma a estarem disponíveis nos momentos de decisão; segundo pelo pesquisadores desanimados com a baixa valorização científica do conhecimento produzido com pouca utilização/incorporação dos resultados; e terceiro pelos gerentes/administradores, que não identificam facilmente a relevância dessas pesquisas, sobretudo, quando não estão diretamente

envolvidos no processo da seleção. No entanto, esses três segmentos são unânimes em reconhecer que existe a necessidade de articular processos e atores.

Lomas (2004) argumenta que de fato um grande repto no processo de incorporação dos resultados das pesquisas em saúde com vistas à melhoria do desempenho do sistema e o desenvolvimento de estratégias para implementação factual por meio de ações que sejam pensadas desde o planejamento da pesquisa.

Pensar a organização de sistemas nacionais de pesquisa envolvendo atores, instituições e atividades, que gerem pesquisa de alta qualidade visando a promoção, restauração e manutenção do estado de saúde das populações, é uma forma de garantir que a investigação vai atender às necessidades de saúde pública. É definir uma infraestrutura formal para coordenar os esforços em traduzir os resultados de investigação em saúde em políticas e ações de melhoria do sistema de saúde (PANTOJA et al, 2018).

A fim de produzir pesquisas relevantes para informar a tomada de decisão em saúde, os países precisam adotar uma abordagem sistemática para fortalecer a pesquisa nacional em saúde (ERAZO, 2015).

Existem vários desafios para vincular a pesquisa à política ação. Estas dizem respeito ao clima sociopolítico relacionado ao uso da pesquisa; a produção de pesquisas relevantes; e a tradução de resultados da pesquisa (PANTOJA et al, 2018).

Os sistemas de pesquisa precisam rever e alinhar metas, reforçar infra-estruturas, e monitorar mecanismos de coleta confiável de dados para avaliar o progresso no desenvolvimento social (BECERRA-POSADA ET AL, 2014). Um aspecto primordial neste processo é a “governança” – coordenação. A ausência de coordenação entre as partes interessadas, serviços e academia é um fator limitante prejudicando os esforços para reforçar essa governança (SALICRUP et al, 2018).

Os resultados deste estudo demonstraram que apenas dois dos entrevistados referiram ter conhecimento de que os resultados de suas pesquisas, de alguma forma, embasariam processos de tomada de decisão. Essa informação já foi descrita anteriormente quando se chamou atenção para o fato de que, em ambos os casos, os pesquisadores envolvidos eram funcionários da Secretaria de Saúde. A exemplo da pesquisa sobre “Análise da relação dos serviços de média complexidade com a rede básica de saúde do DF e entorno: buscando prioridades para ampliar acessos e resolubilidades” cujo produto possibilitou a implantação de um indicador para monitorar o atendimento ao paciente na Região Integrada de Desenvolvimento Econômico do Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF); subsidiou a elaboração do Projeto Qualisus Rede e do Plano Saúde na época.

Já os resultados da pesquisa sobre Avaliação do Sistema de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal proporcionaram, junto a uma discussão com os

gestores e gerentes envolvidos, o estabelecimento da missão e a visão de alguns setores da área envolvida.

A partir dessas questões acima indicadas e discutidas, justifica-se a impossibilidade em analisar a dimensão “benefícios para saúde”. Alguns fatores poderiam contribuir na análise deste item, como a definição de estratégias, estabelecidas já no planejamento da pesquisa, de ações para a incorporação dos resultados dos estudos; a definição de encontros periódicos entre academia e serviço ao longo de todo desenvolvimento da pesquisa, bem como no processo da implantação dos resultados, e ainda identificação em documentos institucionais, como portarias e resoluções da SES-DF, que referenciem a tomada de decisão.

### 8.3 PERSPECTIVAS DOS PESQUISADORES SOBRE A SUA CONTRIBUIÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DA CIÊNCIA E TECNOLOGIA NO SUS-DF E MELHORIA DO SISTEMA DE SAÚDE LOCAL

Nesta seção serão apresentados e discutidos os resultados relacionados à percepção dos pesquisadores quanto à contribuição de sua pesquisa para o desenvolvimento científico e tecnológico e à melhoria do sistema de saúde local. Inicialmente foi efetuada uma caracterização sócio demográfica dos participantes e na sequência é apresentada a sistematização sobre as verbalizações dos entrevistados.

A população total do estudo era composta por 46 (quarenta e seis) pesquisadores que tiveram projetos aprovados nas duas edições analisadas. Esses investigadores foram contatados e, após diversas tentativas, conforme descrito anteriormente no fluxograma, apenas 13 aceitaram participar e compuseram a amostra desta parte do estudo.

Entre os entrevistados, 12 (doze) são do sexo feminino, estão predominantemente na faixa etária compreendida entre 45 (quarenta e cinco) a 56 (cinquenta e seis) anos, sendo que 11 (onze) são docentes da UnB. Apenas um pesquisador tem projeto aprovado no edital 2004, todos os demais na edição 2008, que se desdobrou em 2009 e 2010. É provável que a maior participação de pesquisadores desse último edital esteja relacionada ao menor tempo decorrido da execução e finalização do projeto, o que para alguns ocorreu no ano de 2013.

As linhas de pesquisa predominantes entre os entrevistados estavam relacionadas à Saúde Pública e Genética, seguidas de Biologia e Epidemiologia, conforme descrito no gráfico 14. Os dados do gráfico apresentam a opção para o entrevistado identificar as linhas de pesquisa mais comumente utilizadas, alguns citaram mais de uma linha de pesquisa, por isso, aqui se tem no gráfico um n (amostra) diferente de 13, total de entrevistados.

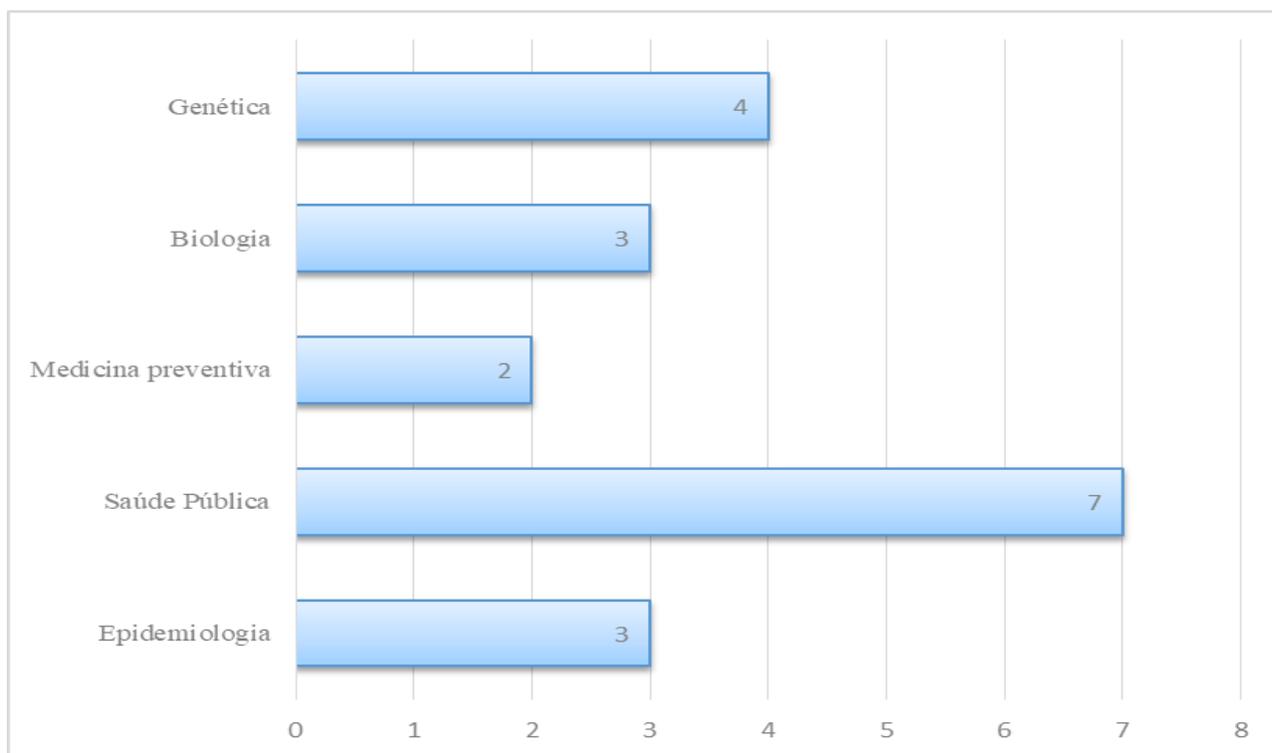


Gráfico 14 - Distribuição das Linhas de pesquisa utilizadas pelos pesquisadores segundo dado referido na entrevista

Guimarães (2004), refere que cerca de 50% do impulso da pesquisa em saúde no Brasil é decorrente de grupos vinculados às Ciências da Saúde, sendo que 25% proveem de grupos associados às Ciências Biológicas e os demais 25% restantes das grandes áreas. No entanto, essa distribuição, meramente quantitativa, não revela determinadas situações, como por exemplo, que as pesquisas na área das Ciências Biológicas estão, quase que unicamente, relacionados às áreas cobertas pela Federação das Sociedades de Biologia Experimental (FeSBE), à genética e à microbiologia/parasitologia. Considerando as linhas de pesquisas referidas pelos entrevistados neste estudo, apesar da linha Saúde Pública aparecer em destaque com sete indicações, as linhas de pesquisa Genética e Biologia, juntas, também somam sete indicações, corroborando a ideia de Guimarães de uma concentração de pesquisas na área de ciências biológicas.

No que diz respeito às instituições de fomento que tradicionalmente são alvo dos pesquisadores para pleitear recursos, encontram-se em ordem de busca o CNPq, seguido da FAP-DF, sendo que outras instituições aparecem em número menor, como pode ser verificado no gráfico 15. Diferentemente do que ocorre em outros países, onde os pesquisadores buscam financiamentos internacionais, os investigadores brasileiros preferem recorrer a agências de fomento nacionais, uma vez que a barreira ocasionada pela submissão de projetos em língua inglesa pode ser impeditiva para

vários pesquisadores e grupos de pesquisa. Embora insuficiente, em função da alta demanda, os recursos proporcionados pelas instituições brasileiras, como o CNPq, a CAPES e as Fundações de Amparo à Pesquisa dos estados, entre outros, representam possibilidade de aporte para o desenvolvimento de pesquisas no Brasil. Vale ressaltar, ainda, que o MS e o MCTIC e o MEC (Ministério da Educação) possuem recursos para o desenvolvimento de pesquisas, que são, em sua maioria, encomendadas para solucionar problemas pontuais. No entanto, existe um aspecto que precisa ser mencionado e que diz respeito à falta de ferramentas de coordenação entre os múltiplos setores de fomento à pesquisa com inclinação à baixa conexão entre as ações de fomento e o sistema de saúde local, a exemplo dos resultados desta pesquisa.

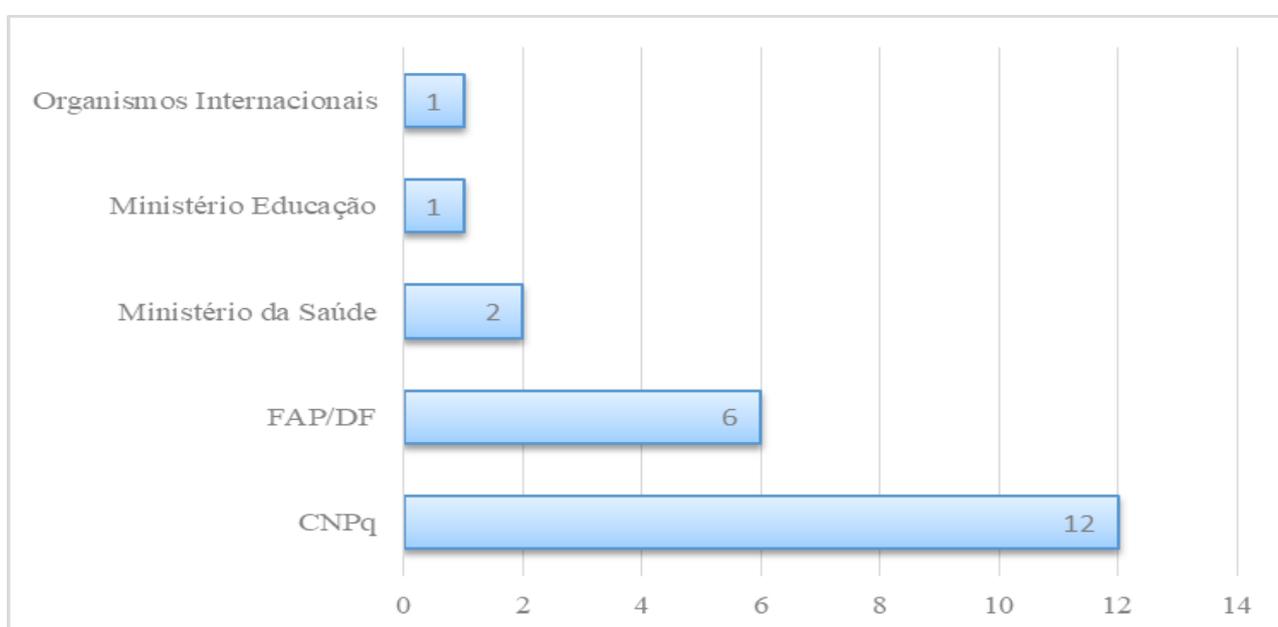


Gráfico 15 - Gráfico de Instituições de fomento de pesquisa utilizada pelos pesquisadores entrevistados

Entre os respondentes, sete declararam não ter conhecimento sobre o PPSUS antes da divulgação do edital. Com relação ao acesso ao edital, nove informam que tiveram acesso por meio da divulgação eletrônica e por livre busca na internet. Dos três únicos pesquisadores que revelaram o

conhecimento do edital por outra fonte, todos haviam trabalhado em outros projetos junto ao Decit/MS onde o PPSUS foi gestado e consolidado e já tinham ouvido falar sobre o programa.

É necessário refletir sobre qual estímulo efetivo os editais de fomento à pesquisa têm dado quanto ao cumprimento dos seus propósitos. Olhando para o exemplo do PPSUS, era esperado que todos os pesquisadores que tiveram seus projetos selecionados para receberem recurso desta fonte, bem como os demais atores envolvidos no processo de análise e seleção das pesquisas, tivessem clareza quanto ao objeto do PPSUS fundamentar-se na incorporação dos resultados das pesquisas na melhoria do sistema de saúde e, não apenas, uma fonte de financiamento, o que reduz drasticamente o potencial do programa. É inegável que, no caso do PPSUS-DF, as edições estudadas neste estudo de caso apontam a necessidade de revisão dessas etapas.

Quanto ao estudo das questões abertas da entrevista, optou-se pela técnica de análise temática do conteúdo, identificando-se os temas que emergiram das verbalizações dos entrevistados, em que um conjunto de temas homogêneos com significação semelhante para o sujeito de pesquisa, origina a categoria. O processo de análise contemplou também as inferências do pesquisador para, a partir da visão ampliada sobre os resultados, nomear e descrever as categorias.

Desta forma, após a organização e leitura extensa das entrevistas emergiram as três categorias analíticas identificadas abaixo e descritas no quadro 15:

Quadro 15 - Categorias de análise identificadas a partir das entrevistas na pesquisa referente ao PPSUS-DF e ações 2004 e 2008

CATEGORIA	DESCRIÇÃO
<b>CATEGORIA A – COERÊNCIA ENTRE OS TERMOS DO EDITAL PPSUS E A DEFINIÇÃO DOS OBJETOS DE PESQUISA</b>	<p>Em sua maioria os pesquisadores entrevistados se sentiram motivados para submeter projetos de pesquisa via PPSUS a partir da análise do edital e constatação de que havia coerência entre as suas linhas de pesquisa já desenvolvidas e os objetos constantes no edital assim como a relação direta com o seu objeto de trabalho.</p> <p>Também houve referência à se sentirem motivados pela possibilidade de publicações, assim como a faixa de valores de financiamento compatível com os recursos necessários à pesquisa.</p> <p>É relevante a verbalização de entrevistados de que a definição do objeto de pesquisa se deu a partir de discussão realizada com gestores da SES – DF e da RIDE, no sentido de fornecer subsídios à avaliação do sistema de saúde.</p>
<b>CATEGORIA B – CONTRIBUIÇÕES E BAIXA INCORPORAÇÃO DOS RESULTADOS DAS PESQUISAS ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS NO SUS - DF</b>	<p>A maioria dos entrevistados de projetos na área de gestão, apontou que os resultados de sua pesquisa poderiam subsidiar políticas públicas, estratégias e parcerias entre o Distrito Federal e região do Entorno, a partir do fornecimento de dados acerca do fluxo de usuários e suas necessidades.</p> <p>Os entrevistados de projetos na área de atenção em saúde trouxeram a expectativa de contribuir para o desenvolvimento de protocolos, ações e avaliação de programas. Entretanto a maioria destes, referem desconhecer se os seus resultados foram integrados ao SUS – DF por meio de programas ou protocolos. Uma pequena parte refere que os dados resultantes da pesquisa foram apresentados em encontros técnicos e que permitam desenvolver estratégias e a criação de um indicador para monitoração do atendimento em saúde na RIDE, assim como subsidiaram a elaboração do Plano de Saúde do DF.</p>
<b>CATEGORIA C - DISSEMINAÇÃO DO CONHECIMENTO PRODUZIDO PARA O SUS DF</b>	<p>A maioria dos entrevistados refere haver disseminado de formas diversas o conhecimento produzido em suas pesquisas sendo que, foram publicados cerca de 12 artigos, um livro, defesa de quatro dissertações de mestrado, tres projetos de iniciação científica, produção de três relatórios técnicos e cerca de dez apresentações em congressos e eventos afins. Entretanto quase a metade dos pesquisadores não apresentaram ou publicaram seus resultados.</p>

A – coerência entre os termos do edital PPSUS e a definição dos objetos de pesquisa; B – contribuições e baixa incorporação dos resultados das pesquisas às políticas públicas no SUS-DF; e C - disseminação do conhecimento produzido para o SUS-DF.

Fonte: Elaborado pela autora, maio 2018.

Os achados concernentes à categoria A relacionam-se com os dados identificados na análise avaliativa da matriz CAHS, dimensão Tomada de Decisão, indicadores: pesquisa discutida em oficinas/reuniões de trabalho na SES-DF; e relação entre projetos aprovados e agenda de saúde descrita no Plano de Saúde.

Entre os entrevistados, 7 (sete) referiram não ter havido nenhum contato com o serviço para discussão da pesquisa, sendo o principal motivador para submissão do projeto ao PPSUS-DF, a coerência entre suas próprias linhas de pesquisa e os objetos incluídos no edital, dados descritos no quadro 16. E outro aspecto preponderante foi a possibilidade de publicações resultantes do estudo. Esse achado reforça a ideia já apontada nas análises anteriores de que os pesquisadores buscam os editais de fomento à pesquisa, muitas vezes, como uma linha meramente de financiamento, eventualmente fazendo ajustes nos seus projetos para atender ao edital, sem uma preocupação com a incorporação dos resultados pelos serviços/sistema de saúde. Quanto à publicação de artigo dos três pesquisadores que referem ter como objetivo o desenvolvimento da pesquisa como um potencial para publicação, apenas um não foi identificado na plataforma Pesquisa Saúde e nem na Plataforma Lattes, com ausência de publicações referentes.

Quadro 16 - Distribuição dos temas e ou verbalizações referentes à categoria A a partir das entrevistas na pesquisa referente ao PPSUS-DF e ações 2004 e 2008

TEMAS/VERBALIZAÇÕES	ENTREVISTADOS
1. Objeto do edital coerente com sua linha de pesquisa	A3, A4, A9, A10, A11, A12, A13
2. publicação de artigos científicos” E; “objeto do edital coerente com sua linha de pesquisadores”	A5, A6
3. publicação de artigos científicos...” E “faixa de valores do edital”	A1
4. Faixa de valores do edital	A2, A7, A13

Fonte: Elaborado pela autora

Considerando a possibilidade dos projetos aprovados pelo PPSUS-DF atenderem às prioridades do SUS-DF, na edição 2004, 52% das pesquisas e, na edição 2008, 72,41%, houve um viés no processo de estabelecimento de vínculos com o serviço. Entre os entrevistados, apenas três informaram que os projetos foram desenvolvidos a partir de demandas do serviço e ou de gestores do SUS-DF. Importante lembrar que nesses três projetos algum membro da equipe tem vínculo com serviço da Secretaria de Saúde. A seguir algumas verbalizações que corroboram esta ideia.

A12 - O projeto de avaliação de desempenho do sistema de saúde dos municípios da RIDE-DF surge com a iniciativa da Universidade Federal de Goiás com o propósito de subsidiar a regionalização na região. A UnB foi convidada a participar de um componente que tinha como objetivo a elaboração de um painel de indicadores. A falta de informações referentes ao desempenho do sistema de saúde se faz aparente devido às limitações inerentes aos dados gerados pelos sistemas de informação em saúde pelo qual se faz pareceria com o projeto de avaliação de desempenho de sistema de saúde (PROADESS) do ICICT/Fiocruz em oficinas de trabalho com a UFG/UnB/ICICT e gestores da RIDE-DF, verifica-se a importância de realizar inquérito de saúde na região que complementaria as informações referentes às condições de vida, de saúde e desempenho do sistema de saúde.

A4 - A preocupação com a saúde das gestantes, visto que o tema se encaixava em algumas linhas definidas como prioridade para o projeto.

Quanto à categoria B, as verbalizações sinalizadas contribuem para os achados encontrados na dimensão Tomada de Decisão: indicadores identificação de resultados e encaminhamentos da pesquisa; e ainda com a dimensão Benefícios para Saúde, indicadores: identificação de políticas e programas implantados pós-pesquisa; e identificação de práticas de saúde alterada por indicação dos resultados da pesquisa da matriz CAHS.

A grande maioria dos pesquisadores, 11 (onze) entrevistados, informaram não ter nenhum conhecimento de algum programa/projeto que tenha sido implantado no SUS-DF como fruto dos resultados de sua pesquisa. Embora os 13 (treze) entrevistados tivessem destacado aspectos da sua pesquisa que poderiam trazer melhorias ao sistema de saúde local.

A1 - A situação vivida naquele momento era a relação entre os municípios do entorno e o uso dos serviços de saúde do SUS-DF. Não se tinha nenhum dado sistematizado sobre esta situação. Havia um discurso bem elaborado pelos gestores que o problema do SUS-DF era a sobrecarga decorrente dos municípios do entorno. A pesquisa pretendia se debruçar sobre esta lacuna na tentativa de contribuir para que os gestores tivessem informações organizadas para planejar as políticas de saúde [...] os produtos do inquérito subsidiarão o planejamento das ações na regional de saúde do Paranoá e nos municípios do entorno do Distrito Federal. As informações constituirão uma linha de base que apoiará a identificação de problemas e necessidades, além de prioridades para o planejamento, programação e avaliação de medidas de intervenção a serem adotadas pela SES-DF e as estratégias definidas no plano de ação do grupo gestor de saúde da RIDE.

A10 - A implantação do diagnóstico sorológico no Lacen-DF (Laboratório Central de Saúde Pública do Distrito Federal) iria agilizar a confirmação dos casos de micoses sistêmicas aqui no DF, pois os soros são enviados para testagem e os resultados, quando voltam, chegam com bastante atraso.

A4 - A SES-DF tem um programa de fitoterapia (um dos mais antigos do país) que ainda não atinge todo o seu potencial. A ideia foi avaliar esse programa, averiguando o quanto os profissionais da rede e os usuários sabiam sobre ele”

A10 - Em uma das oficinas de trabalho, estabelecemos a missão e a visão de alguns setores.

A1 - [...] A pesquisa fez um sucesso, todos os dados foram usados no Plano Saúde seguinte, foi apresentado em diversos encontros nos serviços de saúde, trouxe dados relevantes e permitiu desenvolver uma metodologia para avaliar esta demanda.

Pesquisa realizada por Noronha *et al.* (2012) sobre a percepção dos pesquisadores quanto ao Sistema de Pesquisa em Saúde no Brasil identificou diversas contradições nas falas dos pesquisadores entrevistados, em que muitos deles conferiram menor importância à difusão dos resultados das pesquisas para a sociedade em geral e à sua incorporação em políticas e programas de saúde. No entanto, quando questionados sobre a missão do sistema de pesquisa em saúde, a maioria ressaltou o uso da evidência para melhoria da saúde da população. Talvez a pouca importância atribuída a esses aspectos possa sinalizar uma postura elitista por parte desses atores, demonstrando certo desinteresse pela disseminação da produção científica pelos meios de comunicação de massa. Apenas os pesquisadores do campo da saúde coletiva pareceram mais sensíveis a essas questões na medida em que destacam a importância da pesquisa na perspectiva da redução das desigualdades sociais, melhoria da saúde da população e avanço do conhecimento.

Na categoria C as falas expressas legitimaram os dados encontrados na dimensão Avanço do Conhecimento, com relação ao indicador identificação da produção científica. De acordo com os entrevistados, a grande maioria, 12 (doze), referiram alguma publicação como produto da pesquisa, conforme apresentado no quadro 17.

Quadro 17 - Descrição das verbalizações quanto à produção científica resultante das entrevistas dos pesquisadores, PPSUS-DF edições 2004 e 2008

<b>TEMAS/VERBALIZAÇÕES</b>	<b>ENTREVISTADOS</b>
Publicação de 3 a 4 artigos a partir dos resultados da pesquisa	A2, A7, A11
Publicação de livro	A2
Publicação de 1 artigo	A3, A5
Defesa de dissertações de mestrado	A7
Geração de projetos de iniciação científica	A13
Produção de relatórios técnicos	A1 e A4
Apresentações em Congressos	A1, A4, A13
Apresentações em eventos	A1 e A12
Não houve publicações a partir da pesquisa	A6, A8, A10, A12

Fonte: Elaborado pela autora, maio 2018.

Os dados relacionados às publicações, especialmente no que diz respeito à publicação de artigos científicos resultantes das pesquisas, são bastante distintos a depender do instrumento de verificação, conforme descrito no quadro 18. A plataforma Pesquisa Saúde disponibiliza informações sobre a totalidade dos 48 (quarenta e oito) projetos que receberam financiamento PPSUS-DF nas

edições do estudo. A plataforma Lattes apresenta resultados relacionados à produção científica e deveria conter também dados sobre a formação de recursos humanos em saúde. No entanto, foi difícil encontrar essas informações relacionadas a esses aspectos resultantes dos projetos financiados em 2004 e 2008. Os dados referentes à edição 2004 poderiam ser explicados, uma vez que apenas um pesquisador daquela edição foi entrevistado e referiu a publicação de dois artigos, estando, assim, contemplado nas plataformas citadas.

No que se refere à edição 2008, observaram-se incongruências entre as informações encontradas nas plataformas – onde não foi identificado nenhum registro de publicação científica do tipo do artigo como produto da pesquisa desenvolvida, sendo que no momento das entrevistas, onze dos participantes indicaram ter publicado 14 (quatorze) artigos. Esse cenário aponta para o fato preocupante quanto à fidedignidade da fonte de informação/verificação, o que aponta mais uma vez para a necessidade de registros adequados e sistematizados, tanto para o desenvolvimento da pesquisa quanto dos seus resultados e usos.

Quadro 18 - Distribuição do quantitativo de artigos científicos informados como resultado da pesquisa, segundo fonte de verificação, edições 2004 e 2008

Produção Científica	Edição 2004			Edição 2008		
	Plataforma Pesquisa Saúde	Plataforma Lattes	Entrevista	Plataforma Pesquisa Saúde	Plataforma Lattes	Entrevista
Nº artigos	9	4	2	0	0	14

Fonte: elaborada pela autora, maio 2018.

## 9 CONCLUSÃO

A avaliação de um programa de fomento à pesquisa inovador como o PPSUS representa um desafio quando se observa a complexidade das ações, procedimentos e atores envolvidos.

Com relação aos objetivos propostos para esta pesquisa, observa-se que eles foram devidamente alcançados. A realização da descrição do perfil dos projetos aprovados pelo PPSUS-DF, nas edições 2004 e 2008, possibilitou a construção de conhecimento mais acurado e abrangente sobre os projetos de pesquisa selecionados levando à identificação de importantes lacunas nesse processo.

O uso de uma matriz de indicadores adaptada para verificação dos resultados das pesquisas financiadas pelo PPSUS-DF, no sistema de saúde local, foi extremamente rico. Permitiu observar o processo de apropriação dos resultados no sistema de saúde, suscitando uma discussão sobre a fragilidade das fontes de verificação dos indicadores que, por vezes, assinalavam a ausência da informação ou ainda a presença de dados inconsistentes. Foi possível, também, refletir sobre a compreensão que os pesquisadores envolvidos no PPSUS-DF possuem sobre a contribuição de suas pesquisas para o desenvolvimento da ciência e tecnologia no SUS-DF, o que contribuiu para o entendimento sobre aspectos que representam entraves ao alcance do propósito do programa. A partir do cumprimento desses objetivos foi possível apontar contribuições e limites do PPSUS-DF considerando-se a apropriação dos resultados no sistema de saúde.

Os projetos financiados pelo PPSUS têm como propósito o desenvolvimento de pesquisas em prol da melhoria do sistema de saúde e não deveria ser diferente no caso do PPSUS-DF. Foi esperado que o programa estimulasse os atores inseridos no cenário da discussão de pesquisas em saúde a reverem seus critérios no processo de priorização da agenda de pesquisas, considerando-se que as propostas submetidas e desenvolvidas pudessem atender de fato aos problemas de saúde locais.

Nas duas edições iniciais, dos 165 (cento e sessenta e cinco) projetos enquadrados como aptos a prosseguir no processo de avaliação, dado os aspectos documentais, apenas 29,9% (48 projetos) foram selecionados por atenderem aos requisitos técnicos do programa. Destaca-se ainda que para cumprimento da edição 2008 houve a necessidade de desdobramento em mais duas chamadas, 2009 e 2010, devido ao baixo número de projetos inicialmente aptos.

Em linhas gerais, o enquadramento dos projetos quanto às subagendas é bastante inespecífico e de certa forma frágil. A definição de 24 (vinte e quatro) áreas temáticas como subagendas pressupõe o desenvolvimento de uma agenda local mais específica que considere a situação de saúde e os problemas e necessidades identificados nos planos de saúde. A generalização dessa agenda torna pouco eficiente o processo de seleção de projetos que venham ao encontro dos problemas locais.

No DF, essa iniciativa não foi diferente. As regras estabelecidas para a implementação do programa levam os atores envolvidos a discutir e fomentar projetos de pesquisa cuja aprovação está alicerçada em uma relação direta que vincula problemas de saúde e busca de soluções por meio da produção de evidências. Busca-se não apenas selecionar projetos de pesquisa que se proponham a estudar problemas de saúde locais, mas que sobretudo sinalizem de que forma as evidências encontradas podem ser utilizadas pelo SUS local sob a perspectiva de sua melhoria.

Contudo, o esforço desenvolvido aponta para a existência de lacunas que precisam ser transpostas nesse processo: 1) elevado percentual de projetos não aprovados por inadequação ao formato de elaboração das propostas, o que demonstra necessidade de ampliar as formas de capacitação dos atores envolvidos, para que possam compreender melhor as finalidades e escopo do programa; 2) projetos aprovados que não guardam relação direta com os problemas de saúde apontados pelos planos de saúde vigentes naquele momento; e ainda, 3) a sobreposição de temas de pesquisa com relação à subagenda e ao tipo de pesquisa desenvolvida, fragmentando a análise geral.

A relação entre as pesquisas financiadas e as demandas prioritárias do sistema de saúde local também é preocupante: na edição de 2004, quase metade dos projetos (48%) não apresentam relação com a agenda de prioridades e/ou perfil epidemiológico naquele momento. Na edição 2008, já se percebe um avanço nesse processo, mas 27,6% das propostas foram projetos financiados que não se enquadram como demanda prioritária considerando-se as prioridades descritas no plano de saúde do referido período.

A aplicabilidade da pesquisa em prol do sistema de saúde é o pilar central do programa. Assim, é inegável a necessidade de avaliar o impacto da utilização dos resultados das pesquisas em saúde para a melhoria do sistema de saúde. A análise realizada nas edições 2004 e 2008, à luz do modelo CAHS, aponta diversos hiatos. Pode-se destacar como um aspecto demasiadamente primário, mas que garante uma avaliação mais fidedigna, a existência de um banco de dados com informações que identifiquem não apenas aspectos da confecção do projeto de pesquisa, mas de sua operacionalização e sua utilidade para o sistema. Por diversos momentos, a análise dos indicadores propostos foi feita de forma incompleta dado absentismo de informação, ou ainda informações distintas em diversas plataformas.

O processo de operacionalização da plataforma “Pesquisa Saúde”, na busca das informações sobre os projetos de pesquisas financiados, evidencia uma ausência de padronização das informações descritas, dificultando a análise comparativa dos dados e apontando para a necessidade de melhor acompanhamento das informações disponíveis. Essa ausência de informações demonstra um sistema de controle/monitoramento de pesquisas em saúde imaturo e, por vezes, dissociado em tempo e espaço das questões prioritárias, a exemplo do PPSUS-DF.

Outro fator que o estudo destaca é a distância entre os atores envolvidos, academia e serviço, que, muitas vezes, leva ao desconhecimento por parte dos serviços das evidências em saúde geradas pelas pesquisas e que poderiam direcionar, oportuna e eficientemente a tomada de decisão. Essa separação é claramente percebida pela falta de articulação dos programas e políticas de saúde implantados, que em nenhum momento citam dados das pesquisas que contribuíram para sua construção, ou ainda, anteriormente a esta etapa, os pesquisadores não utilizaram dados dos serviços na elaboração de seus estudos.

Seguramente, uma análise de edições futuras pode apontar correções de algumas dessas lacunas. Em que pese, não foram identificadas mudanças no escopo operacional do programa e nem nas plataformas utilizadas. A resolução desses hiatos se dará mediante o monitoramento aperfeiçoado do programa.

Nesse cenário de desenvolvimento da pesquisa deparou-se com as seguintes limitações: o tempo decorrido entre as edições elegidas para análise, edições mais antigas dos anos de 2004 e 2008. Considerou-se a escolha dessas edições como estratégia para acesso aos dados das pesquisas aprovadas e realizadas, uma vez que todas as etapas dos projetos estariam finalizadas e as informações inseridas na Plataforma Pesquisa Saúde e na Plataforma Lattes. Observou-se, porém, que muitas informações não foram disponibilizadas pelos pesquisadores e/ou pelas instituições envolvidas, o que se transformou em um laborioso trabalho de busca na tentativa de localizar e identificar as informações pertinentes à pesquisa.

Em alguns momentos, a própria análise dos documentos disponíveis transformou-se em um óbice. Como exemplo citamos a análise das pesquisas aprovadas e sua correspondência às prioridades de pesquisa em saúde que levaram em consideração os planos de saúde vigentes naqueles períodos. O plano de saúde 2004-2007 foi construído antes da implantação do PPSUS e, obviamente, não considerava esta possibilidade como ferramenta de estímulo ao uso da pesquisa para a melhoria do sistema de saúde local.

A escolha dos planos de saúde como documentos norteadores para a definição de problemas de saúde e sua priorização para uma agenda de pesquisas relaciona-se ao fato de que este instrumento é indicado pelas instâncias de gestores nos três níveis de governo como documento legal e balizador da situação de saúde de um determinado local e das perspectivas adotadas pelos gestores para solução dos problemas encontrados.

Outra dificuldade considerável foi o acesso aos pesquisadores para a realização das entrevistas, sobretudo, no que se relacionou à localização dos potenciais participantes: mensagens enviadas ao endereço eletrônico fornecido tiveram baixo índice de respostas; afastamento de pesquisadores da instituição de origem na época da realização dos estudos dificultando sua

localização e a própria recusa de alguns pesquisadores que alegaram não recordar do projeto ou ainda não ter disponibilidade para responder à entrevista. Chama atenção o fato de que quase toda a população do estudo era formada por docentes, pesquisadores que conhecem a relevância de pesquisas no processo de produção de evidências em saúde e da importância de sua aplicabilidade no processo de atenção à saúde.

Identificar essas limitações representou um ponto nevrálgico do estudo, na medida em que esses aspectos devem ser considerados no processo de análise, relativizando e servindo de subsídios para as ponderações efetuadas sobre os achados do estudo. Entretanto, não minimizam sua pertinência, uma vez que as lacunas encontradas podem contribuir tanto para a discussão de pesquisas futuras sobre o tema como servir de subsídios para avaliação e redirecionamento do próprio PPSUS-DF.

## REFERÊNCIAS

- ABEL, L.P. Os periódicos brasileiros e a comunicação da pesquisa nacional. **Revista USP**, São Paulo, n. 89, p. 26-61, março/maio, 2011.
- ABRASCO. Manifesto da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, enviado ao Plenário da Conferência Nacional da Ciência, Tecnologia e Inovação. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 501-502, 2001.
- ALBUQUERQUE, E. M. et al. Pesquisa e inovação em saúde: uma discussão a partir da literatura sobre economia da tecnologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 277-294, 2004.
- ALGER J, BECERRA-POSADA F, KENNEDY A, MARTINELLI E, CUERVO LG, Sistemas nacionales de investigación para la salud en América Latina: una revisión de 14 países. *Rev Panam Salud Publica* ;26(5):447–57, 2009
- ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L. Avaliação em atenção básica à saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1727-1742, ago. 2008.
- ANDRESSA, H.S; FOSSÁ, M.I.T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualit@s Revista Eletrônica**, v. 17, n. 1, 2015.
- ARKEMAN, EF. Agenda Nacional de Prioridades na Pesquisa em Saúde no Brasil (ANPPS): foco na subagenda 18 – promoção da saúde1. **Revista Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 23, n.1, p.180-190, 2014.
- BARATA, R. B. Dez coisas que você deveria saber sobre o Qualis. **Revista Brasileira de Pós Graduação**, Brasília, v. 13, n. 30, p. 13-40, jan./abr. 2016
- BARATA, R. B. A. ABRASCO e a Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva. In: LIMA, N. T.; SANTANA, J. P.; PAIVA, C. H. A. (Eds.) **Saúde Coletiva: a ABRASCO em 35 anos de história**. ed. Fiocruz: Rio de Janeiro. 2015
- BANZI, R. et al. Conceptual frameworks and empirical approaches used to assess the impact of health research: an overview of reviews. **Health Res Policy Sys**, v. 26, n. 9, 2011.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. ed. Edições 70. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARROS, A.J.D. Produção científica em saúde coletiva: perfil dos periódicos e avaliação pela Capes. **Revista Saúde Pública**, v. 40, p. 43-49, 2006.
- BECERRA-POSADA F. Nuevas posibilidades de desarrollo de los sistemas nacionales de investigación para la salud en América Latina. 1.a Conferencia Latinoamericana sobre Investigación e Innovación para la Salud. *Salud Publica Mex*;51(1):86–9, 2009.
- BECERRA-POSADA F, MINAYO M, QUENTAL C, DE HAAN S. National research for health systems in Latin America and the Caribbean: moving towards the right direction? *Health Res Policy Syst*; 12:13. doi:10.1186/1478-4505-12-13, 2014

BERMÚDEZ-TAMAYO C, MUNOZ ~ JB, VOZMEDIANO EB, PORTINO MEC, PASTOR MVZ, NEGRÍN MÁ, et al. Reward initiative to improve biomedical research and reduce waste in science. *Gaceta Sanitaria*;31(3.), 2017.

BORRELL C, MALMUSI D. La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas. *Informe Gaceta Sanitaria.*;24(Supl):101–8, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Nacional de Pesquisa Clínica do Brasil: respostas e redução da dependência estrangeira. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 575-578, 2010.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**, Senado, Brasília: DF, 1988. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm)>. Acesso em: 5 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Ciência e Tecnologia em Saúde. **Coleção progestores – para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2007c.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 8080/90, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: DF, 1990. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm)>. Acesso em: 10 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Ciência e Tecnologia. Indicadores nacionais de ciência e tecnologia. Brasília: 2004. Disponível em <<http://www.mctic.gov.br/>>: Acesso em: 5 out. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Ciência e Tecnologia. **Avaliação de políticas de ciência, tecnologia e inovação: diálogo entre experiências internacionais e brasileiras**. Brasília: Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, 2008a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, Diretoria de Avaliação. **Reestruturação do Qualis 2008**. Disponível em: <[www.capes.gov.br/component/content/article?id=2550:capes-aprova-a-nova-classificacao-do-qualis](http://www.capes.gov.br/component/content/article?id=2550:capes-aprova-a-nova-classificacao-do-qualis)>. Acesso em: 12 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Anexo III: Critérios QUALIS Periódicos: área de avaliação Enfermagem 2007-2009**. Brasília: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES. Disponível em: < [www.capes.gov.br/component/content/article?id=2550:capes-aprova-a-nova-classificacao-do-qualis](http://www.capes.gov.br/component/content/article?id=2550:capes-aprova-a-nova-classificacao-do-qualis)>. Acesso em: 12 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Documento Final da Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde**, 1., 1994, Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Panorama situacional do PPSUS-DF**. 1 figura. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/JPG/2015/junho/11/DF.JPG>> Acesso em: 17 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_96.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm)>. Acesso em: 12 fev. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes técnicas do programa de pesquisa para o SUS: gestão compartilhada – PPSUS**. Brasília; 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Por que pesquisa em saúde?** Brasília: Ministério da Saúde Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia, 2007a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde (PPSUS) – diretrizes técnicas**. Brasília: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia, 2007b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Pontes e obstáculos à apropriação de resultados de estudos e pesquisas para a gestão do SUS. **Revista Saúde Pública**, Brasília: v. 42, p. 165-167, 2008a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Seleção de prioridades de pesquisa em saúde: guia PPSUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Seleção de prioridades de pesquisa em saúde: guia PPSUS / 1.ed.** Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Seleção de prioridades de pesquisa em saúde: guia PPSUS. 2. ed.** Brasília: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia, 2009b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema Pesquisa Saúde**. Disponível em: <<http://www.pesquisasaude.saude.gov.br/>>. Acesso em: 12 jan 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Descentralização no contexto do fomento à pesquisa em saúde. **Revista Saúde Pública**, Brasília, v. 45, n. 3, p. 626-630, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Avaliação de tecnologias em saúde: institucionalização das ações no Ministério da Saúde**. Brasília: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: Acesso em: 12 fev. 2016.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. Investimento em pesquisa e desenvolvimento, ciência, tecnologia e inovação no Brasil. Em discussão, **Revista de audiência públicas do Senado Federal**, Brasília, ano 3, n. 12, set. 2012.

CARDOSO, J.R.; DE OLIVEIRA, G. N.; FURLAN, P.G. Gestão democrática e práticas de apoio institucional na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, Brasil. *Cad Saude Publica*; 32(3): e00009315, 2016 Mar.

CARRASCO-PORTIÑO M, ZAPATA LG, GARCÍA LP, BERMÚDEZ-TAMAYO C, ÁLVAREZ-DARDET C. Salud pública basada en la evidencia en Gaceta Sanitaria: un guiño a Latinoamérica. *Gaceta Sanitaria*; 31:1, 2017.

CUERVO, L G e BERMÚDEZ-TAMAYO C. Desarrollo de la investigación para la salud en Latinoamérica y el Caribe. Colaboración, publicación y aplicación del conocimiento. Editorial. *Gaceta Sanitaria* 32(3):206–208;2018.

DISTRITO FEDERAL (Brasília). Secretaria de Saúde. **Plano de Saúde do DF período 2004-2007**. Brasília. Disponível em: < [http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/plano\\_de\\_saude\\_2004\\_2007.pdf](http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/plano_de_saude_2004_2007.pdf)>. Acesso em: 12 fev. 2016.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde. **Plano de Saúde referente ao período 2008-2011**. Brasília. Disponível em: < [http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/plano\\_de\\_saude\\_2008\\_2011.pdf](http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/plano_de_saude_2008_2011.pdf)>. Acesso em: 12 fev. 2016.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde. **Contrato nº 1/2011 entre Fepecs e Consorcio Hospitalar da Catalunha**. Brasília, 2011. Documento interno.

BUTLER, L. Using a balanced approach to bibliometrics: quantitative performance measures in the Australian Research Quality Framework. **Ethics in Science and Environmental Politics**. Austrália: v. 8, n. 1, p.83-92 Personal Communication, 2008.

CAHS, Canadian Academy of Health Sciences. **Making an Impact: A Preferred Framework and Indicators to Measure Returns on Investment in Health Research**. Ottawa, ON: CAHS, 2009.

CASTIEL, L. D. et al. Entre fetichismo e sobrevivência: o artigo científico é uma mercadoria acadêmica? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p.3041-3050, dez. 2007.

CELINO, SDM. et al. Programa Pesquisa para o SUS: a contribuição para gestão e serviços de saúde na Paraíba, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 203-212, 2013.

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

EDLER, J.; KUHLMANN, S. Co-ordination within fragmentation: governance in knowledge policy in the german federal system. **Science and Public Policy**, Forthcoming, v. 35, n.4, p.265-276, 2008

ELIAS FTS e SOUZA L. Indicadores para monitoramento de pesquisa em saúde no Brasil. **Ciencia da Informação, Brasília**, v. 35, n. 3, p. 218-226, set./dez. 2006.

ELIAS FTS; PATROCLO MAA. Utilização de pesquisas: como construir modelos teóricos para avaliação? **Ciências Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 215-227, mar. 2005.

ERAZO A. UN ENFOQUE SISTÉMICO PARA COMPRENDER Y MEJORAR LOS SISTEMAS DE SALUD. **REV PANAM SALUD PUBLICA**; 38:248-53, 2015.

ERDMANN, A. L. et al. A Avaliação de Periódicos Científicos Qualis e a Produção Brasileira de Artigos da Área de Enfermagem. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 3, maio/jun. 2009.

FONIS - Fondo Nacional de Investigacion en Salud. 10 años apoyando la investigación aplicada en salud en Chile [Spanish]. 2014. Disponível em: [www.conicyt.cl/fonis/files/2014/12/Fonis-10-anios-de-apoyando-lainvestigaci%C3%B3n-aplicada-en-salud-en-Chile](http://www.conicyt.cl/fonis/files/2014/12/Fonis-10-anios-de-apoyando-lainvestigaci%C3%B3n-aplicada-en-salud-en-Chile).

FRANZEN SRP, CHANDLER C, LANG T. Health research capacity development in low and middle income countries: reality or rhetoric? A systematic meta-narrative review of the qualitative literature. *BMJ* ; Jan;7:e012332, 2017

GARFIELD E. **Journal impact factor**: a brief review. v.161, n. 8, p. 979-80, 1999.

GLOBAL FORUM FOR HEALTH RESEARCH - GFHR. **Monitoring financial flows for health research**. Genebra. 2001.

GLOBAL FORUM FOR HEALTH RESEARCH. **The 10/90 Report on Health Research 2001-2002**. Geneva. 2002.

GRAHAM, K. et al. **Evaluating health research impact**: Development and implementation of the Alberta Innovates – Health Solutions impact framework. Canadá: *Research Evaluation* 21, p. 354–367, 2012.

GUILHEM, D; ZICKER F, (Orgs.). **Ética na pesquisa em saúde: avanços e desafios**. ed. 2. Brasília: Letras Livres. (Coleção Ética em Pesquisa), 2007.

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

GUIMARÃES, R.; SANTOS, LMP; ANGULO-TUESTA, A.; SERRUYA, SJ. Defining and implementing a National Policy for Science, Technology, and Innovation in Health: lessons from the Brazilian experience. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p.1775-1794, 2006.

GUIMARÃES, R. Pesquisa em saúde no Brasil: contexto e desafios. **Ciência Saúde Coletiva**, n.40 p. 3-10, 2006.

HILDEBRAND, S.M. **O Modelo Político-Tecnológico da Atenção à Saúde da Família no Distrito Federal: 1997-2006**. Tese apresentada à Faculdade de Ciência da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília/DF, 2008.

HUFFY M, BÁSCOLO E, BAZZANI R. Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. *Cad Saude Publica*; 22(Suppl):S36. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006001300013&script=sci\\_abstract&tlng=Es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006001300013&script=sci_abstract&tlng=Es), 2006

HUSBANDS F. K. et al. **'Editors' Introduction'.In: Science of Science Policy: A Handbook**. Palo Alto: Stanford University Press, 2011, p. 1-7.

IGLESIAS V, ERAZO M, DROPELMANN A, et al. Occupational secondhand smoke is the main determinant of hair nicotine concentrations in bar and restaurant workers. *Environ Res*;132:206- 11. doi:10.1016/j.envres.2014

JORDAN, G. **Do Existing Logic Models for Science and Technology Development Programs Build a Theory of Change?** American Evaluation Conference: Anaheim, California, 2011.

GRAHAM, KER. et al. **Evaluating health research impact:** Development and implementation of the Alberta Innovates – Health Solutions impact framework. *Research Evaluation* **21**, Canadá, p. 354–367, 2012.

KURUVILLA S. et al. Describing the Impact of Health Research: A Research Impact Framework. *BioMed Central. Health Services Research*. v. 6. n. 134. p.1-18, 2006.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LAVIS, JN. et al. Evidence-informed health policy I- Synthesis of findings from a multi-method study of organizations that support the use of research evidence. *Implementation Science*, Reino Unido, 3, p. 53, 2008.

LOMAS J. **Health services research**. *BMJ*, 2003. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/clinic/outcosum.htm>>. Acesso em: 25 fev. 2018.

MACKENBACH J.P., BAKKER M. Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences. *The Lancet*, Inglaterra, n. 362, p. 1409-1414, 2003.

MENEGHINI, R. Publication in a brazilian Journal by brazilian Scientists Whose Papers Have International Impact. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, São Paulo, v. 43, n. 9, p. 812-815, 2010.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MOLESINI, J. A. O. Prioridade de pesquisas para o SUS no Estado da Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 36, n. 1, p.66-81 jan./mar., 2012.

MONTEIRO, C. A.; BARATA RCB; GOLDBAUM M. Editorial: Produção e comunicação científica em saúde pública. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, 40, v. 40, n. 4, ago. 2006.

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

MUCCIOLI, C. et al. A Produção Científica no Brasil. *Arquivos Brasileiro de Oftalmologia*, São Paulo, v. 70, n. 4, p. 571, 2007.

NAÇÕES UNIDAS. Objetivos de desarrollo sostenible. 2015. Disponível em: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>.

NITA, M.E. et al. Métodos de pesquisa em avaliação de tecnologia em saúde. Biblioteca Digital da Produção Intelectual da Universidade de São Paulo. São Paulo, v. 46, n. 4, out./dez. 2009.

NORONHA, J.C. et al. Análise do Sistema de Pesquisa em Saúde do Brasil: o ambiente de pesquisa. **Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n.3, p.424-436, 2009.

NORONHA, J.C. et al. O que os pesquisadores pensam do sistema de pesquisa em saúde no Brasil: um estudo piloto. **R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde.** Rio de Janeiro, v.6, n.1, p. 12-18, mar. 2012.

NOVAES, H.M.D. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 20 Sup. 2, s.147-173, 2004.

OLIVEIRA, M. M. **Programa Pesquisa para o Sus: Gestão Compartilhada em Saúde – PPSUS.** Construção do Modelo Lógico e da Matriz de Medidas Avaliativas. 126 folhas. Dissertação apresentada à Faculdade de Ciência da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília: Brasília – DF, 2008.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. Policy on Research for Health . 2010. Disponível em: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-10-e.pdf>; 2010

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Ad hoc Committee on Health Research relating to future intervention options:** investing in health research and development. Washington, 1996. Disponível em: < <https://academic.oup.com/heapro/article/12/4/331/558614>>. Acesso em: 5 jan. 2016.

PANG, T.; TERRY, R.F. The PLoS Medicine Editors. WHO/PLoS Collection “No Health Without Research”: A Call for Papers. *PLoS Med*, v. 8, n. 1, 2011.

PARAJE, G.; SADANA, R.; KARAM, G. Increasing international gaps in health related publications. **Science**, Estados Unidos, 308, p.959-960, 2005.

PACKER, A. A. visibilidade dos Periódicos do Brasil [online]. **SciELO em Perspectiva**, 2014. Disponível em: <<https://blog.scielo.org/blog/2014/11/05/a-visibilidade-dos-periodicos-do-brasil/>>. Acesso em: 3 jun. 2018.

PIRES, MR. et al. Oferta e Demanda por média complexidade - SUS: relação com a atenção básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 1009-1019, 2010.

RUIZ, MA. et al. Fator de impacto: importância e influência no meio editorial, acadêmico e científico. **Revista Brasileira Cirurgia Cardiovascular**, São José do Rio Preto - SP, v. 24, n. 3, p.273-278, 2009.

SALICRUP L. A. et al. Advancing health research through research governance. *BMJ*; 362: k2484 | doi: 10.1136 / bmj.k2484, 2018. Disponível em <https://www.bmj.com/content/362/bmj.k2484>.

SOUZA, L.E.P.F.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. O uso de pesquisas na formulação de políticas de saúde: obstáculos e estratégias. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 20, p. 109-118, 2004.

TOMA, T.S. et al. PPSUS e a definição de prioridades de pesquisa para os editais de 2004 a 2012 no estado de São Paulo. **BIS, Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 13, n. 1, abr. 2011.

TUESTA, A.J.A. **Impactos das pesquisas sobre morbimortalidade materna e neonatal financiadas pelo ministério da saúde**. 2015, 144 folhas. Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutor em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília: Brasília, 2015.

TULLOCH-REID M. Strengthening institutional capacity for equitable health research: lessons from Latin America and the Caribbean. *BMJ*: 362; k2456, 2018

TURATO E.R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

VIANA A. et al. Pesquisa para a tomada de decisão: um estudo de caso no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22 Sup., s.57-67, 2006.

VIEIRA, S. *Metodologia Científica para a área de saúde*. 2.ed. São Paulo. Elsevier,2015.

WHO – World Health Organization. **Investing in health research and development**. TDR/Gen/96.1, 1996. Disponível em: <[www.who.org](http://www.who.org)>. Acesso em: 12 jan. 2016.

\_\_\_\_\_. Committee on Health Research. **A research agenda for science and technology to support global health development: collaborating venture for global modeling of health**. Washington, 1998. Disponível em: <[www.who.org](http://www.who.org)>. Acesso em: 5 fev. 2017) ano.

\_\_\_\_\_. National health research systems. **Report of an international workshop**, Cha-am, Thailand, World Health, p. 12-15, mar. 2001.

\_\_\_\_\_. World Health Report, **Agreements & Public Health**. A joint study by the WHO and the WTO Secretariat, Geneva. 2002. Disponível em: <[www.who.org](http://www.who.org)>. Acesso em: 12 jan. 2016.

\_\_\_\_\_. Forum on Research for Health. 2008. Disponível em [http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/forum\\_rh/en/](http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/forum_rh/en/).

\_\_\_\_\_. **The World Health Report 2013: Research for Universal. Health Coverage**. Geneve: World Health Organization, 2013. Disponível em: < <https://search.proquest.com/>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

WORLD BANK. Microdata life expentancy at birth. 2018. Disponível em: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.FE.IN?locations=ZJ&view=chart>

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5.ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

ZICKER F et al. Promoting high quality research into priority health needs in Latin America and Caribbean. *BMJ*; 362: k2492, 2018. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/362/bmj.k2492>

## APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

*Roteiro de entrevista individual com pesquisadores cujos projetos de pesquisa foram financiados pela edição do PPSUS-DF 2004, 2009 e 2010.*

Preparo:

- Fazer as apresentações e imediatamente passar para a leitura do TCLE explicando os objetivos da coleta de dados de maneira que fiquem compreensivos.

Caracterização:

P1 Sexo: M ( ) F ( )

P2 Idade

( ) 25 a 40 anos

( ) 41 a 56 anos

( ) 57 a 72 anos

( ) 73 anos e mais

Formação (escolaridade e profissão) -----

Cargo ou função-----

Edital(s) de pesquisa submetido \_\_\_\_\_

Questões gerais:

P1 - Já recebeu financiamento, em média, de quantos projetos de pesquisa nos últimos 10 anos?

( ) 1 a 3

( ) 3 a 6

( ) 6 ou mais

P2 - Em qual linha de pesquisa costuma desenvolver projetos?

( ) Epidemiologia

- Saúde Pública
- Medicina preventiva
- Biologia
- Genética

P3 - De que institutos/órgãos já recebeu financiamento de pesquisa?

- CNPq
- FAP-DF
- Ministério da Saúde
- Ministério Educação
- Organismos Internacionais
- Se outros, quais \_\_\_\_\_

P 4 - Já conhecia o PPSUS?

- Sim
  - Não
- Se sim, o que sabia sobre ele?

---

---

---

---

P 5 - Como soube do Edital PPSUS-DF?

- site/internet
- outros

P 6 - O que motivou você a apresentar um projeto de pesquisa via PPSUS?

- objeto do edital coerente com sua linha de pesquisa
- publicação de artigos científicos
- faixa de valores do edital
- outros

P 7 - O projeto que você concorreu ao PPSUS-DF já existia ou foi criado especificamente para aquele edital?

Sim

Não

P 8 - Como se deu o processo de definição do objeto de pesquisa, considerando o edital PPSUS?

---

---

---

---

---

P 9 - Em qual linha de pesquisa do PPSUS seu projeto foi enquadrado?

---

---

P 10 - De que forma o objeto de pesquisa contribui para o SUS-DF?

---

---

---

---

P 11 - Os dados utilizados para justificar a pesquisa foram retirados de quais documentos?

Documentos SES-DF

Artigos científicos

Sites oficiais

Outros, quais? \_\_\_\_\_

P 12 - Houve alguma articulação junto a gerentes/gestores da SES-DF para discussão sobre relevância de sua pesquisa para o SUS-DF?

---

---

---

---

P 13 - Ao longo do desenvolvimento da pesquisa, houve aproximação com gestores/gerentes do SUS-DF ?

Sim, como?

Não

P 14 – Em qual faixa de valores do edital seu projeto foi enquadrado?

Até R\$50.000,00

R\$50.000,00 a R\$300.000,00

P 15 - Quanto tempo você gastou para a execução da pesquisa até seu encerramento, incluindo prestação de contas?

2 anos

3 anos

+ de 3 anos

P 16 - Como foi feita a devolutiva dos resultados da pesquisa financiada aos gestores do SUS-DF?

relatórios técnicos

oficinas de trabalho na SES-DF

oficinas de trabalho em serviços do SUS-DF

apresentação em seminários específicos do PPSUS-DF

não houve

P 17 - Os resultados da sua pesquisa geraram outras pesquisas?

Sim

Não

Se respondeu sim, identifique quais pesquisas.

---

---

---

---

P 18 - Você tem conhecimento de algum programa/projeto que tenha sido implantado no SUS-DF como fruto dos resultados de sua pesquisa?

( ) Sim

( ) Não

Se você respondeu sim, identifique quais.

---

---

---

---

P 19 - Sua pesquisa agregou alguma publicação?

( ) Sim

( ) Não

P 19.1 Se respondeu sim, identifique:

Artigos \_\_\_\_\_ Ano de Publicação \_\_\_\_\_

Resumo de Congresso vista de Publicação \_\_\_\_\_

Apresentações em eventos \_\_\_\_\_

Material técnico \_\_\_\_\_

Ano da Publicação \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

***Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE***

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa “**Limites e possibilidade do PPSUS como um Programa de financiamento de pesquisas em temas prioritários relacionados à gestão do setor e a atenção à saúde prestada à população brasileira: um estudo de caso do PPSUS-DF**”, sob a responsabilidade da pesquisadora **Juliana Patrícia Ferraz de Sousa Guedes**. O projeto objetiva compreender os limites e possibilidades da Política de pesquisa em saúde no SUS (PPSUS) como instrumento de indução de mudanças no sistema de saúde, por meio de análise documental e estudo de caso referente aos resultados dos projetos de pesquisa financiados pela 1ª e 2ª edições do PPSUS no Distrito Federal (DF).

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de respostas a uma entrevista a ser realizada nas dependências da Universidade de Brasília, em dia e hora agendados conforme lhe convier, com um tempo estimado de uma hora para sua realização.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são a possibilidade de desconforto ao discutir os propósitos e resultados da sua pesquisa. Se você aceitar participar, estará contribuindo para a avaliação das possibilidades e limitações do PPSUS no DF.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder durante a entrevista qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo serem publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Juliana Patrícia Ferraz de Sousa, na UnB no telefone (61) 3107-1701 ou (61) 8112-1872 inclusive para ligação a cobrar ou pelo e-mail [juferraz.guedes@gmail.com](mailto:juferraz.guedes@gmail.com)

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail [cepfs@unb.br](mailto:cepfs@unb.br) ou [cepfsunb@gmail.com](mailto:cepfsunb@gmail.com) no horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

\_\_\_\_\_  
Nome / assinatura

\_\_\_\_\_  
Pesquisador Responsável

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## APÊNDICE C – Termo de Concordância

## APÊNDICE D - Termo de Responsabilidade e Compromisso dos Pesquisadores Responsáveis