

Universidade de Brasília – UnB
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
Mestrado em Ciências da Saúde

***PROGRAMA PESQUISA PARA O SUS: GESTÃO
COMPARTILHADA EM SAÚDE – PPSUS.***
**Construção do Modelo Lógico e da Matriz de
Medidas Avaliativas**

MARGARETE MARTINS DE OLIVEIRA

**Brasília – DF
Abril de 2008**

Universidade de Brasília – UnB
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

***Programa Pesquisa para o SUS: gestão
compartilhada em saúde – PPSUS.***
**Construção do Modelo Lógico e da Matriz de
Medidas Avaliativas**

Margarete Martins de Oliveira

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Dirce Guilhem
Co-orientador Prof. Dr. Luis Eugenio P. F. de Souza

Brasília - DF
Abril de 2008

FOLHA DE APROVAÇÃO

OLIVEIRA, Margarete Martins de. ***Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS. Construção do Modelo Lógico e da Matriz de Medidas Avaliativas.*** UnB. Faculdade de Ciências da Saúde. Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde. 2008.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Dirce Guilhem
(Faculdade de Ciências da Saúde – FS/UnB)
(Presidente)

Prof. Dr. Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza
(Instituto de Saúde Coletiva – ISC/UFBA)
(Membro efetivo)

Prof^ª. Dr^ª. Débora Diniz
(Instituto de Ciências Humanas – IH/UnB)
(Membro efetivo)

Prof. Dr. Elioenai Dornelles Alves
(Faculdade de Ciências da Saúde – FS/UnB)
(Membro Suplente)

Defendida a Dissertação: Aprovada

Em: 04/04/2008

Dedico este trabalho à equipe técnica de consultores da Coordenação de Fomento à Pesquisa do Decit, que, apesar dos contratos precários de trabalho, com total apoio e adesão dos gestores e técnicos do CNPq, das SES e FAPs, fazem do PPSUS uma realidade nacional e contribuem com a *construção do SUS que queremos*.

Agradecimentos

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Dirce Guilhem, pela especial acolhida, competência e seriedade com que conduziu este estudo.

Ao meu co-orientador, Prof. Dr. Luis Eugênio, pela generosidade em aceitar meu convite, por partilhar comigo seu conhecimento e atender minhas incessantes solicitações.

À Prof^a. Dr^a. Débora Diniz, pelo carinho e gentileza em aceitar discutir esta pesquisa e compor a banca de avaliação.

Ao Prof. Dr. Elioenai, pela gentileza em se dispor a compor a banca.

Ao Prof. Dr. Reinaldo Guimarães, Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, por ter me inspirado com seu conhecimento e, por isso, intensificar minha paixão pelo tema *ciência e tecnologia em saúde*.

À Prof^a. Dr^a. Suzanne Serruya, Diretora do Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit), diretora e amiga, que entendeu a importância deste trabalho e, com seu carinho e visão educadora, permitiu que eu frequentasse o curso.

À Dr^a. Márcia Motta, Coordenadora Geral de Fomento à Pesquisa em Saúde, chefe amiga que, por sua competência, compreensão e demonstração de afeto, incrementou meu desejo de escrever sobre o PPSUS.

À Flávia Elias, Coordenadora da Área de Avaliação de Tecnologias em Saúde do Decit, amiga e companheira de muitas jornadas, agradeço por ter aceitado ser leitora desta dissertação e pelas contribuições que agregou na construção do Modelo Lógico e da Matriz de Medidas Avaliativas.

A toda a equipe do PPSUS, desde Regina Lucena, que fez com que eu me apaixonasse pelo Programa em 2003, e Cristianne Haraki, colega atenta às questões especiais da Amazônia, as quais já não atuam junto ao PPSUS, aos que hoje compõem a equipe: Alexandre Ferreira, Celine Prado, Isa Paula, Ludmila Lafetá, Thenille Carmo, por terem me ajudado a construir este trabalho demonstrando apoio incondicional, contribuindo nas discussões e com sugestões.

Ao Márcio Alex, meu colega e apoio administrativo no PPSUS, pelo estímulo e solidariedade nos momentos de cansaço.

Aos demais amigos do Decit, em especial: Antonia Angulo, Cristina Lobo, Jacqueline Gagliardi, Juliana Pinheiro, Cristina Hoffmann, Emerson Vasconcelos, David Abreu e Marcus Tolentino, que se disponibilizaram a participar desta construção e dividiram comigo seus conhecimentos e competências.

Aos representantes das Fundações de Amparo à Pesquisa, Secretarias de Saúde e CNPq, que aceitaram anonimamente contribuir com este estudo, participando do processo de construção do consenso, e, com suas críticas e sugestões, validaram os instrumentos que ora representam o produto coletivo do nosso trabalho.

Aos demais amigos e amigas, com quem partilho as alegrias e as tristezas, peço desculpas pelos momentos que não poderemos recuperar, porém, em função deles, de forma resiliente, construiremos outros.

A Alexandre, meu marido, por me amar e não medir esforços para que eu realize meus sonhos e desejos, incentivando para que eu seja o que eu sou, e, com isso, faz de mim uma pessoa melhor.

Ao meu sogro Cláudio e minha sogra Helga, pais herdados com o casamento, pela alegria, apoio e incentivos constantes.

Finalmente, não menos importante, à minha mãe Vilma, pelo amor e por muito cedo ter me ensinado que nada na vida viria para nós sem muito trabalho e perseverança.

*A desigualdade é o calcanhar-de-aquiles da civilização
brasileira.*

Reinaldo Guimarães

Resumo

Com o intuito de contribuir para a solução dos problemas de saúde da população brasileira e da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde (MS) tem promovido o fomento à pesquisa em saúde no Brasil. Essa ação está fundamentada no fato de que a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCT&I/S) é um componente da Política Nacional de Saúde. A PNCT&I/S traz, em seu construto, estratégias que devem ser observadas; uma delas é a de *contribuir com a diminuição das desigualdades regionais*. Para seu cumprimento, o Decit/MS concebeu o Programa de Pesquisa para o SUS: *gestão compartilhada em saúde* – PPSUS. Diante da constatação do grande número de pesquisas em desenvolvimento e do crescente aporte financeiro investido pelo Ministério da Saúde e pelos parceiros estaduais, baseando-se no princípio da responsabilidade que rege a administração pública, percebe-se que o PPSUS está maduro para ser avaliado. Porém, para que isso seja possível, alguns pré-requisitos precisam ser atendidos, tais como: construir a teoria do Programa, seu Modelo Lógico e uma Matriz de Medidas Avaliativas que atenda ao modelo. Estes três pré-requisitos são os objetivos específicos deste trabalho, os quais nos propomos a apresentar como resultado do estudo realizado. A estratégia adotada para validá-los foi a realização da Conferência de Consenso. A validação desses instrumentos se deu com a colaboração de gestores do PPSUS e técnicos especializados em saúde e em ciência e tecnologia. Dos 107 Critérios/Indicadores inicialmente propostos, estabeleceu-se por consenso que nove seriam descartados. Dos 98 restantes, 11 foram reformulados, buscando-se dar mais clareza ao que se desejava expressar em medida, e dois novos critérios foram criados. Desse modo, 87 critérios, com suas respectivas medidas avaliativas, representam o produto do consenso estabelecido entre os especialistas participantes. Este estudo se traduz como um conjunto de instrumentos que poderá ser referência para estudantes, gestores e técnicos de saúde e de ciência e tecnologia, os quais poderão, pelo exercício do uso, adaptá-los e, com a prática, torná-los mais qualificados. Como todo critério ou indicador, deve ser constantemente avaliado à luz da complexidade exigida e da conjuntura onde se aplica.

PALAVRAS-CHAVE: Política de pesquisa em saúde. Programas governamentais. Fontes de financiamento de pesquisa. Modelos Lógicos. Indicadores de Avaliação. Sistema Único de Saúde (SUS, Br). Brasil.

Abstract

Aiming to contribute with the solution of the Brazilian population health problems and with the Unified Health System administration, the Health Ministry has promoted health researches in Brazil by financial support. This action is based on the principle that the Science, Technology and Innovation in Health Politics (PNCT&I/S) is a component of the National Health Politic. The PNCT&I/S has in its basis, strategies that must be observed; one of them is the contribution for the regional inequity decrease. In order to attend this strategy, the Department of Science and Technology at the Health Ministry created the Research Program for the Unified System – PPSUS. Considering its magnitude and progress, the Program is ready to be evaluated. However, to achieve this evaluation some requisites must be attended, such as: the construction of the Program theory, of the Logical Pattern and of the evaluative matrix, which are the objectives of this work. The adopted strategy to validate these instruments was the Consensus Conference with the collaboration of PPSUS technicians, and health and science and technology specialized technicians. From the first 107 proposed criterions, nine were discarded by consensus. From the 98 remainders, 11 were rebuilt, to become clear according to the subject to be measured, and two other criterions were created. By this, there are 87 criterions with their respective evaluative patterns that represent the product from the specialists' consensus at the conference. This work can be seen as a group of instruments that may be reference for students, technicians and manager of health, science and technology that, by the use, will be able to adapt and give it more quality. As any other criterion or indicative, this group of criterions must be constantly evaluated considering the complexity and the circumstances that they may be used.

KEYWORDS: Health research policy. Government programs. Support of research. Logical models. Evaluation indicators. Unified Health System (SUS, Br). Brazil.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma do <i>Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde</i> – PPSUS	64
Figura 2 - Contexto macro organizacional e operacional do <i>Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde</i> – PPSUS	67
Figura 3 - Modelo Lógico do PPSUS.....	73

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Critérios/Indicadores de análise excluídos pela ausência de consenso..	82
Quadro 2 - Critérios/Indicadores de análise excluídos pelo grupo de consenso em função de formulação de nova redação ou por ter sido identificado como contemplado em outra dimensão	84
Quadro 3 - Novos Critérios/Indicadores, incluídos pelo grupo de consenso	86
Quadro 4 - Matriz Consensual de Critérios/Indicadores do Modelo Lógico do PPSUS, por eixo de análise, com os respectivos parâmetros de medidas e fonte de coleta.....	87

LISTA DE PLANILHAS

Planilha 1 - Evolução histórica do PPSUS de 2003 a 2007	35
Planilha 2 - Evolução histórica do PPSUS de 2003 a 2007 (continuação).....	36

SUMÁRIO

Prólogo	11
Introdução	14
Capítulo 1 – <i>Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde</i> – Contextos, marcos legal e institucional, antecedentes e conformação atual	18
1.1 Contexto legal e institucional de inserção do PPSUS	19
1.2 Contexto regional para o desenvolvimento de CT&I em saúde	24
1.3 A proposta inicial: <i>Projeto Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia em Saúde</i>	28
1.4 A proposta atual: <i>Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS</i>	30
Capítulo 2 – Elementos teóricos	38
2.1 Avaliação, conceitos e tipologias	38
2.2 Teoria e abordagens avaliativas	41
2.3 Modelo Lógico	44
2.4 Matriz de medidas/indicadores	45
Capítulo 3 – Metodologia	47
3.1 O desenho e a estratégia do estudo	47
3.2 Revisão da literatura	47
3.3 Análise documental	48
3.4 O processo de construção do Modelo Lógico do PPSUS	49
3.5 O Modelo Lógico do PPSUS	50
3.6 Matriz de Medidas Avaliativas do PPSUS	52
3.7 A construção da Conferência de Consenso	54
3.8 Aspectos éticos	59
Capítulo 4 – Resultados e discussão	62
4.1 Fluxograma do <i>Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS</i>	63
4.2 Fluxo macro-organizacional e operacional do PPSUS	65
4.3 Modelo Lógico do PPSUS	68
4.4 Matriz de Medidas Avaliativas do PPSUS	74
Conclusões e recomendações	101
Referências	106
Anexo I	112
Anexo II	113
Anexo III	126

PRÓLOGO

Durante os últimos cinco anos, tenho tido a oportunidade de trabalhar, como assessora técnica, no Departamento de Ciência e Tecnologia – Decit, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE, do Ministério da Saúde – MS. Em 2003, incorporei-me ao Decit, vinda da Área Técnica de Saúde do Adolescente – ASAJ/MS, para integrar a equipe da Assessoria de Políticas do Decit. Essa área tinha dois objetivos principais: o primeiro, organizar um seminário nacional para definir subagendas e temas prioritários de pesquisa em saúde e sistematizar o produto desse seminário; e o segundo, organizar a II Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde – II CNCT&I/S.

O trabalho de elaboração da Agenda foi exaustivo, pois tivemos que identificar pesquisadores e gestores da área da saúde, de forma a garantirmos representatividade estadual e contemplarmos a maior diversidade possível de grupos de pesquisa, levando em conta a questão de gênero e a vocação regional de fomento à pesquisa. Para isso, foi preciso efetuar revisão nos bancos de dados para reconhecimento da capacidade instalada de pesquisa em saúde no Brasil.

O seminário ocorreu no final do ano de 2003 e conformou uma Agenda composta por 24 subagendas. A partir da contribuição de 510 pesquisadores e gestores de saúde¹, cada uma das subagendas foi recheada com propostas de temas prioritários de pesquisa. Após passar por procedimento de sistematização, a Agenda foi levada à consulta pública, e, conseqüentemente, encaminhada para avaliação e aprovação na II CNCT&I/S.

A Agenda se transformou num instrumento valioso não só para o MS, mas também para todos os estados que nela reconheceram a pertinência dos temas e nela têm se baseado ao contratar estudos e pesquisas. Esse processo permitiu que o Brasil produzisse, pela primeira vez, uma ANPPS em consonância com as

¹ São os responsáveis pelo SUS em cada esfera do governo: sistemas municipais, estaduais, do Distrito Federal e nacional de saúde (BRASIL, 2005).

necessidades de saúde e os problemas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

A segunda experiência, a construção da II CNCT&I/S, veio como desdobramento natural do processo iniciado pelo Decit para formular e implantar uma PNCT&I/S. Nesse período, estive incumbida de coordenar a Comissão de Infra-Estrutura da Conferência. Paralelamente a essa atividade, precisávamos viajar aos estados, apresentar, nas conferências estaduais, o texto base da Conferência e discutir suas estratégias e diretrizes. Foi necessário estudar seus pressupostos e participar dos grupos de trabalho locais, colaborando com a sistematização dos documentos produzidos, inserindo-os como proposta ao documento-base, que seria remetido pelo estado e apreciado na Conferência Nacional.

Apesar do volume de trabalho, esses foram momentos importantes para que eu pudesse compreender melhor o comportamento de muitas doenças e as dificuldades existentes para o desenvolvimento de pesquisas sobre aquelas que predominam no Brasil. A produção de conhecimento voltado para a resolução dos problemas de saúde decorrentes dessas doenças era e continua sendo fundamental. Outro passo decisivo foi a compreensão sobre a importância de se promover a aproximação entre a academia e os serviços de saúde.

A partir dessas vivências, minha paixão por esse tema sedimentou-se e aprofundou meu vínculo com esse campo de discussão.

Após a realização da Conferência, em 2004, passei a compor a equipe da Coordenação Geral de Desenvolvimento Institucional – CGDI/Decit, cuja principal atividade estava voltada para o acompanhamento das ações de fomento à pesquisa financiadas no âmbito do *Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde*.

Em 2007, O Decit passou a ter uma única área de fomento, agregando as ações do PPSUS aos demais financiamentos promovidos pelo Departamento. Nessa ocasião, passei a ocupar a função de coordenadora adjunta de fomento, tornando-me responsável por coordenar a equipe técnica do PPSUS desde então.

Uma das inquietações que emergiram nesse processo relacionava-se à complexidade do PPSUS. Esse é um programa de pesquisa desenvolvido na

modalidade de gestão compartilhada, integra atores institucionais em nível local (estadual) e central que operam com lógicas muito distintas e que se inserem hoje no cenário brasileiro de pesquisa em saúde, com significativo aporte financeiro. No entanto, nesses seus cinco anos de existência, ainda não foi objeto de avaliação, o que me trouxe a preocupação não apenas sobre a sustentabilidade do Programa, mas também sobre seu processo de qualificação.

Conhecedora de muitos dos seus pontos fortes e frágeis, porém sem evidência científica para comprová-los, considerei de fundamental importância realizar uma pesquisa avaliativa sobre o PPSUS.

Porém, para que uma pesquisa avaliativa possa atingir esses objetivos, é fundamental que, a priori, se conheça a teoria do Programa, seu Modelo Lógico e identificados os Critérios/Indicadores que possam mensurar seus resultados.

Constatada a inexistência do Modelo Lógico do PPSUS, deparei-me com uma oportunidade singular, que é a de trabalhar na construção desse modelo e de apresentar Critérios/Indicadores apropriados para mensurar a pertinência e o grau da implantação e compreender em que medida seus objetivos estão sendo cumpridos e quais são os resultados alcançados.

Esse é o desafio ao qual me proponho a responder a partir de agora, levando em conta que os resultados deste estudo poderão se transformar em um caminho sólido para a realização da avaliação desse e de outros programas de ciência, tecnologia e inovação em saúde, seja em nível local ou central.

INTRODUÇÃO

O tema da pesquisa em saúde foi objeto de crescentes e significativas discussões a partir da década de 1990. Esse debate iniciado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou desdobramentos não apenas nos países desenvolvidos, mas, principalmente, nos países em desenvolvimento. A constatação da existência do desequilíbrio 10/90 (GAP 10/90), que representa a utilização de 10% dos recursos aplicados à pesquisa em saúde, está direcionada para a resolução de 90% dos problemas mundiais de saúde, e reforçou a necessidade de se introduzirem iniciativas que pudessem modificar esse panorama de iniquidade e desigualdade (GLOBAL FORUM, 1999).

Em consonância com o movimento internacional, o movimento sanitário brasileiro se articulava para pleitear a formulação de uma política nacional de ciência e tecnologia em saúde. Percebia-se que a inserção dessa política no contexto da Política Nacional de Saúde poderia contribuir para diminuir as desigualdades em ciência e tecnologia em saúde entre as regiões brasileiras. Notava-se, também, que as pesquisas financiadas poderiam responder às necessidades de saúde da população e aos problemas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Essas constatações alavancaram as estratégias para que essa idéia se concretizasse.

Algumas estratégias foram de fundamental importância para que esse processo se consolidasse. A primeira delas estava vinculada ao Ministério da Saúde (MS): a criação da Coordenação Geral de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CGDCT), vinculada à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (MS), que organizou a I Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde (ICNCTS). Realizada no período de 24 a 28 de outubro de 1994, essa Conferência foi fruto do debate e da organização da comunidade científica brasileira (BRASIL, 1994) e se configura como pedra angular para a formulação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde.

Após esse primeiro momento, foi criada, no âmbito do MS, a estrutura administrativa que poderia subsidiar o desenvolvimento das metas pontuadas pelo relatório da Conferência: Secretaria de Ciência Tecnologia e Inovação em

Saúde (SCTIE), que ocorreu no ano de 2003. Um dos departamentos da nova secretaria, o Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) tem como objetivos primordiais: formular, implementar e avaliar a Política de Ciência e Tecnologia em Saúde, com base nas demandas da Política Nacional de Saúde e na observância aos princípios e diretrizes do SUS.

Um dos programas principais desse departamento é o *Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde* (PPSUS). É um programa de fomento à pesquisa em saúde, que se caracteriza por financiar pesquisas que estejam em consonância com as agendas estaduais e nacional de prioridades de pesquisa em saúde. Nelas, os temas de pesquisa serão selecionados em comum acordo com os gestores e técnicos de saúde e a comunidade científica local, e somente concorrem aos editais membros da comunidade científica onde o edital é originalmente publicado.

É neste cenário que, desde o ano de 2001, o Ministério da Saúde, por meio do Decit, tem se dedicado ao fomento descentralizado da pesquisa em saúde, a partir de critérios seletivos pactuados com os estados. Os investimentos financeiros no fomento à pesquisa vêm ocorrendo de forma crescente e sistemática, com claro propósito de contribuir para a diminuição das desigualdades regionais e financiar a produção de conhecimento científico para a saúde – baseando-se nas necessidades locais (BRASIL, 2002).

No entanto, não se conhece em que medida o PPSUS foi implantado em sua completude; se as ações e os recursos aplicados têm contribuído para diminuir as desigualdades em ciência e tecnologia em saúde; se as pesquisas financiadas respondem às necessidades de saúde da população e aos problemas de gestão do SUS; qual o grau de institucionalização do Programa nos estados; se os parceiros executam as ações pactuadas, ou, ainda, em que medida está sendo construída a sustentabilidade do Programa.

Buscando compreender os aspectos acima mencionados é que este trabalho foi delineado e desenvolvido. Tem como objetivo geral: elaborar instrumentos de avaliação para o *Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde* – PPSUS. Já os objetivos específicos podem ser assim formulados: 1) descrever o funcionamento do PPSUS e identificar seus principais

componentes; 2) construir o Modelo Lógico representativo do programa e 3) construir a Matriz de Medidas Avaliativas do Modelo Lógico, identificando, selecionando e/ou elaborando critérios e indicadores de avaliação capazes de mensurar as componentes do Modelo Lógico e as dimensões da Matriz Avaliativa, considerando o contexto organizacional (nacional e estadual) e a sustentabilidade do Programa em base local.

Para responder os objetivos propostos, esta dissertação foi estruturada em quatro capítulos e uma parte dirigida às recomendações e sugestões. Nos textos a eles correspondentes, estão apresentadas as questões relacionadas aos marcos legais e institucionais em que se insere o Programa e o processo de construção de sua teoria, o Modelo Lógico e a Matriz de Medidas Avaliativas.

O primeiro Capítulo descreve o contexto onde o Programa se insere, seus marcos legal e institucional, os primeiros antecedentes do PPSUS e o modelo atual. São apontados aspectos relacionados à desigualdade socioeconômica existente no Brasil e como isso se reproduz no campo da ciência, tecnologia e da inovação, com especial enfoque para o desenvolvimento da pesquisa e da produção científica em saúde no Brasil. Procurou-se resgatar a história do Programa e as diferentes nuances de sua elaboração, tais como: construção e metodologia adotada pelo *Projeto Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia em Saúde*, projeto piloto que antecedeu o PPSUS, os resultados e principais aspectos positivos e negativos identificados nesta experiência. Finalmente, apresenta-se o Programa, em sua versão atual, descrevendo-se seus objetivos, alguns resultados que encontram-se sistematizados na bases de dados do Decit, entre os anos de 2003 e 2007, tais como: o número global de pesquisas financiadas, o investimento financeiro aplicado e o número de instituições de ensino e pesquisa contempladas no Brasil.

No segundo capítulo estão apresentados os elementos teóricos utilizados para subsidiar a realização da pesquisa. São explicitados os principais conceitos e tipologias identificados sobre o tema da avaliação e das teorias e abordagens avaliativas encontradas por meio da revisão da literatura, com o objetivo de responder os questionamentos apontados por este estudo. Descreve-se, conceitualmente, a importância e o caminho a percorrer para a construção de um Modelo Lógico e de uma matriz de medidas/indicadores para avaliação.

No terceiro capítulo são apresentados os materiais e métodos utilizados nesta pesquisa, apresentando-se o desenho e a estratégia do estudo, o processo de análise documental e a revisão da literatura, a construção do Modelo Lógico e da Matriz de Medidas Avaliativas do modelo e a estratégia da construção da conferência de consenso para obter um produto final consensuado. Isso tanto no que diz respeito ao Modelo Lógico quanto à Matriz de Medidas Avaliativas. Procurou-se detalhar a trajetória percorrida e justificar as escolhas efetuadas no decorrer do estudo. O capítulo descreve minuciosamente o delineamento do trabalho a partir da literatura selecionada.

No quarto capítulo, estão descritos os resultados alcançados e a discussão detalhada deles, incluindo-se o processo de elaboração dos instrumentos propostos, buscando-se responder aos objetivos inicialmente formulados.

Finalmente, na parte destinada às conclusões e recomendações, apresentam-se as conclusões sobre como ocorreu a construção da teoria, do Modelo Lógico e da Matriz de Medidas Avaliativas do PPSUS e a importância da qual se reveste uma iniciativa como essa. Ficou evidenciada a possibilidade de se utilizar o modelo apresentado em diferentes contextos e adequá-lo para a avaliação de outros programas. São enfocados, ainda, os possíveis desdobramentos deste trabalho e o potencial que ele demarca para contribuir com o fortalecimento do sistema nacional de pesquisa em saúde.

CAPÍTULO 1 – PROGRAMA PESQUISA PARA O SUS: GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE – CONTEXTOS, MARCOS LEGAL E INSTITUCIONAL, ANTECEDENTES E CONFORMAÇÃO ATUAL

O *Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde* (PPSUS) é um programa de fomento à pesquisa em saúde², concebido num formato sem precedentes no país. Está inserido no contexto da Política Nacional de Saúde (PNS) e adota como pressupostos básicos os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)³, quais sejam: universalidade⁴, equidade⁵, integralidade⁶ e participação social. Essa proposta inédita, fruto da iniciativa das autoridades sanitárias brasileiras no âmbito do Ministério da Saúde, foi construída visando promover e financiar pesquisas cujos resultados possam ser incorporados às políticas públicas de saúde e contribuam para a melhoria da qualidade de vida da população brasileira.

No contexto internacional e nacional, existe a crescente percepção de que informações provenientes das pesquisas em saúde podem colaborar com a formulação de políticas de saúde (WHO, 1996; COHRED, 2000).

Essa posição é fortalecida por Souza & Contandriopoulos (2004), quando se referem ao fato de que a promoção da aproximação entre os formuladores de

² Adotou-se o conceito de fomento formulado pela Abrasco (2002), que considera fomento à pesquisa um conjunto de ações que busca fortalecer a pesquisa em saúde, tanto em termos de recursos humanos e materiais como de qualidade da gestão.

³ O Sistema Único de Saúde é composto pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados pelos órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (BRASIL, 2004).

⁴ A universalidade é um dos princípios constitutivos do SUS e prevê a atenção à saúde para todas as pessoas, sem qualquer custo, distinções ou restrições (BRASIL, 2005b).

⁵ O Glossário do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) conceitua equidade como “igualdade na assistência, com ações e serviços priorizados em função de situações de risco, das condições de vida e da saúde de determinados indivíduos e grupos de população”. Grande debate se estabelece em torno do termo, e tem-se associado o conceito de equidade à distribuição de recursos através de uma discriminação positiva em favor dos mais desfavorecidos, reconhecendo que a promoção da equidade vai além do acesso a ações e serviços de saúde. Porto (1994) chama a atenção para o fato de que o consenso existente sobre os princípios equitativos permanece restrito exclusivamente à definição formal de um direito, sem que na realidade seja assegurado seu efetivo exercício.

⁶ Princípio constitucional do SUS, que garante ao cidadão o direito de ser atendido desde a prevenção de doenças até aos tratamentos das patologias mais raras, contemplando todas as doenças (BRASIL, 2005).

políticas públicas e os pesquisadores facilita o uso de pesquisa, e a seleção de temas de pesquisa deve levar em conta a singularidade e a existência de diversas linguagens e interesses por parte desses atores.

1.1 CONTEXTO LEGAL E INSTITUCIONAL DE INSERÇÃO DO PPSUS

A Constituição Federal – CF, no Capítulo da Saúde, estabelece no Artigo 200, Inciso V, as competências do Sistema Único de Saúde – SUS. Entre elas, incluem-se o fomento e o desenvolvimento científico e tecnológico em sua área de atuação (BRASIL, 1988).

Os Artigos 218 e 219 apontam como competência do Estado os seguintes aspectos: capacitação de recursos humanos nesse campo, incorporação da agenda governamental no desenvolvimento de pesquisa em saúde, buscando promover o bem público e o interesse do progresso da ciência, e, ainda, define a importância da investigação tecnológica visando solucionar e desenvolver o sistema produtivo nacional e regional. O texto constitucional deixa claro que o Estado Brasileiro deve se preocupar com a promoção da autonomia tecnológica do Brasil, atuando em nome da soberania nacional (BRASIL, 1988).

A Lei 8.080 – Lei Orgânica da Saúde – de 1990, que regulamenta as ações a serem implementadas pela Política Nacional de Saúde, dispõe sobre a responsabilidade do Estado em garantir as condições necessárias para promoção, proteção e recuperação da saúde da população, bem como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 1990). Contempla, ainda, em seu Inciso V, que a área de ciência e tecnologia é um tema prioritário a ser observado. Já o Artigo 46 dispõe que o SUS deverá estabelecer mecanismos de incentivo à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia. Essa parceria atuará como instrumento para estimular a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos estados, Distrito Federal e municípios e às empresas nacionais.

Dessa forma, uma Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde deve vir ao encontro do cumprimento dos aspectos legais e normativos acima estabelecidos. Nessa linha de pensamento, a I Conferência de Ciência e

Tecnologia e a II Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde deliberaram sobre a necessidade de se instituir uma política de ciência, tecnologia e inovação em saúde, e que essa iniciativa deveria ser incorporada ao repertório da Reforma Sanitária Brasileira e ao rol das tarefas importantes assumidas pelo SUS (BRASIL, 1994; 2004).

Como argumenta Guimarães (BRASIL, 2004, p. 21), o processo de aproximação entre as políticas de pesquisa em saúde e as políticas de saúde propriamente ditas vêm sendo definido por pelo menos três fatores: 1. a competição econômica pela produção e comercialização de novos medicamentos, vacinas, equipamentos e kits diagnósticos, no âmbito do Complexo Produtivo ⁷ da Saúde; 2. a emergência de novas doenças e a reemergência de outras que se imaginavam extintas; e 3. o aumento da velocidade de transformação do conhecimento novo e sua aplicabilidade ao crescimento da pesquisa estratégica e translacional⁸.

Desde o início da década de 1990, o Ministério da Saúde (MS) buscou, de forma intermitente, estruturar uma área de ciência e tecnologia em saúde e promover a aproximação entre essas duas políticas. A primeira iniciativa foi a criação da Coordenação Geral de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CGDCT), vinculada à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (MS), que organizou a I Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde (ICNCTS), realizada no período de 24 a 28 de outubro de 1994 (BRASIL, 1994). Essa Conferência se traduz como a pedra angular que permitiu a formulação dos primeiros marcos teórico e institucional para construção da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCT&I/S), em 2004.

Esse percurso entre a primeira e a segunda conferência foi marcado pela interação entre o pensamento de atores envolvidos na Reforma Sanitária brasileira – pesquisadores, acadêmicos, gestores, dentre outros – e a divulgação

⁷ Adotou-se o conceito formulado por Gadelha (2005, p. 174) para a expressão “complexo produtivo da saúde” como o lugar onde se concebe, desenvolve, e produz-se inovação em saúde, formado pela cadeia de relações institucionais, científicas e tecnológicas.

⁸ É a transferência dos avanços da pesquisa fundamental em áreas de aplicação. É o que Nathan et al (2001) definiram como sendo o objetivo último da pesquisa em saúde levar a pesquisa “da bancada ao leito, do conceito à aplicação clínica, da descoberta à disseminação, a tradução da descoberta científica em novas formas de prevenção, de diagnóstico e de tratamento”.

de documentos internacionais que influenciaram, de forma decisiva, a construção dessa Política.

Um dos documentos mais importantes nesse contexto foi o relatório intitulado *Health research: essential link to equity in development*, aprovado pela Comissão de Pesquisa em Saúde para o Desenvolvimento (Commission on Health Research for Development), em reunião realizada na cidade de Nova Iorque, no ano de 1990 (COMMISSION on HEALTH, 1990).

Essa Comissão recomendou que países em desenvolvimento estruturassem seus respectivos Sistemas Nacionais de Pesquisa em Saúde e que formulassem uma política pública voltada para esse campo. A política deveria subsidiar a construção de uma Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde⁹. Essa iniciativa serviria para consolidar as bases estratégicas divulgadas pela comissão *Essential National Health Research* (1990).

Como consequência do debate iniciado pela Comissão e por outros atores internacionais, fundou-se em 1998 o *Global Forum for Health Research*, uma organização não-governamental internacional que tem como objetivo precípua reduzir o desequilíbrio 10/90 – GAP 10/90 (GLOBAL FORUM, 1999). A expressão GAP 10/90¹⁰ aponta para a iniquidade existente no desenvolvimento de pesquisas em saúde, em que menos de 10% do investimento global destinado à pesquisa nesse campo estão direcionados para 90% dos problemas de saúde da população mundial. O Global Fórum (2005) enfatiza que as atividades de pesquisa em saúde precisam basear-se nos problemas sanitários de populações específicas de cada país e nas deficiências existentes no setor saúde¹¹, com foco na proposição de ações que possam respondê-los.

Essa constatação ratifica a posição da Comissão de que os governos nacionais devem trabalhar internamente para favorecer a elaboração de agendas

⁹ Adotou-se o conceito de Pesquisa em saúde, adaptado por Elias e Souza (2006), como processo sistemático e metodologicamente definido de geração de conhecimento, que busca respostas para subsidiar a resolução de problemas de saúde ou de serviços de saúde. Caracteriza um setor de aplicação, e não uma área de conhecimento.

¹⁰ A expressão GAP 10/90 foi cunhada pela *Commission on Health*, em 1990, diante da constatação da existência de forte iniquidade no campo da Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde.

¹¹ Adotou-se o conceito de setor saúde como setor econômico cujas atividades são aplicadas em saúde humana, educação e previdência; representa os principais componentes da esfera das políticas sociais (FAPESP, 2005).

próprias para pesquisa. Isso contribuirá para a solução de problemas de saúde decorrentes de enfermidades prevalentes na população em geral.

Paralelamente às iniciativas internacionais, a I CNCTS estabeleceu como meta a formulação da Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde (PNCTS). O documento apontou e sistematizou possíveis caminhos a serem seguidos para que as áreas de ciência e tecnologia em saúde pudessem contribuir para melhorar o quadro sanitário brasileiro e a qualidade de vida das pessoas (I CNCTS, 1994).

No relatório aprovado pelo plenário da Conferência, a partir do documento-base elaborado por Carlos Morel *et al.* (BRASIL, 1994), ficou definido que o Ministério da Saúde deveria criar em sua estrutura administrativa uma Secretaria de Ciência e Tecnologia (BRASIL, 1994). A criação da Secretaria de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde (SCTIE) ocorreu no ano de 2003, através de Decreto Nº. 4.726¹², nove anos após a aprovação da recomendação (BRASIL, 2003).

O primeiro artigo do Decreto apresenta os objetivos do Decit, que são os de formular, implementar e avaliar a Política de Ciência e Tecnologia em Saúde, tendo como pressupostos as necessidades demandadas pela Política Nacional de Saúde e a observância aos princípios e diretrizes do SUS.

Essa iniciativa possibilitou que em julho de 2004, dez anos após a realização da I CNCTS, se realizasse a II Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (II CNCT&I/S). Nesse contexto, foram aprovadas a primeira Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde – ANPPS – e a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde

¹² O Decreto Nº. 4726 foi revogado pelo Decreto 5974, de 2006, que reafirmou as competências estabelecidas para a SCTIE, e estabeleceu no Artigo 24, as competências específicas do Decit. Entre elas podem ser citadas: participar da formulação, implementação e avaliação da Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, tendo como pressupostos as necessidades demandadas pela Política Nacional de Saúde e a observância aos princípios e diretrizes do SUS; promover a articulação intersetorial no âmbito do Sistema Nacional de Ciência e Tecnologia; implantar mecanismos de cooperação para o desenvolvimento das instituições de ciência e tecnologia que atuam na área de saúde e propor acordos e convênios com os estados, o Distrito Federal e os Municípios para a execução descentralizada de programas e projetos especiais no âmbito do SUS (BRASIL, 2006).

(PNCTI/S), documentos resultantes de debates estaduais e nacional¹³, que contaram com a participação da sociedade brasileira (GUIMARÃES *et al.*, 2006).

A PNCT&I/S apresenta princípios, eixos condutores e estratégias que norteiam as ações do MS e da ANPPS, composta por 24 subagendas de pesquisa. A Agenda abarca as grandes áreas do conhecimento em saúde que servem como elementos norteadores para o processo de seleção de projetos de pesquisa que se submeterão ao edital. A Política e a Agenda caracterizam-se como instrumentos de gestão para a SCTIE e servem como instrumentos para balizar as ações realizadas pelo MS de fomento à pesquisa em saúde.

Cabe, portanto, ao MS assumir posição central na implementação da política de pesquisa em saúde no Brasil e aproximar as agendas da pesquisa da política pública de saúde. Torna-se necessário contemplar os diversos elos da cadeia de conhecimento na pesquisa em saúde e promover a aproximação entre os setores de ciência e tecnologia e o de atenção à saúde, tanto na esfera local quanto na esfera central.

O SUS conta hoje com uma PNCT&I/S, que contempla todos os princípios estabelecidos para o Sistema e “*devem corresponder ao compromisso político e ético com a produção e apropriação de conhecimentos e tecnologias que contribuam para a redução das desigualdades, em consonância com o controle social*” (BRASIL, 2004).

Para implementar uma das competências estabelecidas pelo Decreto 5.974 – Artigo 24, Incisos IX e X – e operacionalizar uma das estratégias da PNCT&I/S, que é a de contribuir para a superação das desigualdades regionais em ciência, tecnologia e inovação em saúde, o Decit promove o fomento à pesquisa em saúde em todo o território nacional. Para isso, adota alguns pressupostos fundamentais, tais como: 1. publicar editais de seleção de projetos por unidade federada, onde somente a comunidade científica que possui vínculo com a unidade de origem do edital pode concorrer; e 2. selecionar temas de pesquisa para o edital que considerem as necessidades sócio-sanitárias de saúde do estado, a capacidade local instalada e a vocação regional de pesquisa.

¹³ Esse debate mobilizou aproximadamente 15000 pessoas, distribuídas nas plenárias das 284 conferências municipais, 106 regionais e 24 estaduais realizadas, que cancelaram a proposta da PNCTI/S (GUIMARÃES *et al.*, 2006).

Isso se tornou necessário para promover o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde em todo o território nacional, incluindo-se no processo os estados economicamente mais pobres.

Essa estratégia é uma das alternativas para romper o círculo vicioso entre pobreza e desenvolvimento científico, onde o estado pobre não desenvolve pesquisa porque não tem competência científica. O que alimenta a máxima de que o estado pobre não tem competência científica, por isso não desenvolve pesquisa, e vice-versa.

1.2 CONTEXTO REGIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DE CT&I EM SAÚDE

O Brasil é um país que se caracteriza por intensa desigualdade econômica, política e sócio-cultural, que se reproduz em ampla iniquidade regional no campo da saúde. Essa situação se expressa pela distribuição desigual, no território nacional, de instituições de saúde, de pessoal qualificado para dispensar atenção às pessoas; dificuldade de acesso a serviços especializados; rede de saneamento básico insuficiente e falta de informação para adoção de hábitos saudáveis de vida.

Esse cenário tem reflexo inequívoco no campo da ciência, tecnologia e da inovação em saúde e tem repercussão direta na produção de pesquisa pelos estados brasileiros. Segundo dados do Ministério da Ciência e Tecnologia – MCT, o país conta atualmente com mais de 60 mil doutores, distribuídos em todas as áreas do conhecimento. Dispõe de investimento em ciência e tecnologia da ordem de 1,02% do Produto Interno Bruto Brasileiro (PIB) por ano (BRASIL. MCT, 2006).

No entanto, o percentual aplicado é insuficiente quando comparado com o investimento de países centrais na produção de conhecimento, que é da ordem de 3%. Para alcançar o mesmo patamar de produtividade e competitividade desses países, a meta a ser atingida é alcançar a marca de aproximadamente 500 mil doutores, o que implica no aumento significativo de investimento no setor (BRASIL, 2006).

Parte significativa desse investimento, cerca de 80%, destina-se às atividades de pesquisa desenvolvidas pelos estados das Regiões Sudeste e Sul, revelando intensa concentração dessas atividades em algumas unidades da federação (BRASIL. MCT, 2006). Essa disparidade regional na produção científica e tecnológica decorre de diversos fatores, tais como: a fixação desigual de mestres, doutores e grupos de pesquisa nos estados, a distribuição irregular de recursos financeiros e de infra-estrutura nas regiões mais e menos desenvolvidas e a ausência ou insuficiência de políticas locais para promoção do desenvolvimento científico e tecnológico (BRASIL. MCT, 2004; CNPq, 2006).

O setor saúde¹⁴ vem respondendo por pouco mais de 1/3 do financiamento científico no Brasil (BRASIL. MCT, 2007). Esses investimentos, porém, são ainda insuficientes e se distribuem de forma desigual em densidade e qualidade pelo território nacional (DINIZ, 2004), o que desvela a existência de iniquidades regionais inter e intra-estaduais no que se refere à pesquisa em saúde.

Observa-se grande concentração de atividades de pesquisa científica e tecnológica em saúde nas Regiões Sudeste e Sul, reproduzindo o mesmo que ocorre em outros campos do conhecimento. Verificou-se que 63% dos grupos de pesquisa estão fixados na região Sudeste e 17% na região Sul, perfazendo um total de 80%. O percentual restante está assim distribuído: região Nordeste, 13%; Centro-Oeste, 5%; e Norte, 2% (GUIMARÃES, 2006).

A produção científica e tecnológica em saúde nessas regiões representa 80% da produção nacional, o que acompanha o investimento econômico realizado. Esse quadro é resultante da capacidade instalada no que se refere à C&T, representada principalmente pelo número de mestres, doutores e instituições de ensino e de pesquisa e, ainda, pelo volume de recursos financeiros disponível. Paralelamente a isso, a existência de políticas locais de fomento à pesquisa em saúde contribui, de forma significativa, para os resultados alcançados.

¹⁴ Aqui compreendido como o conjunto de instituições responsáveis pela condução da Política Nacional de Saúde

Distorções podem, também, ser verificadas entre estados de uma mesma região geográfica. O exemplo clássico é o evidente vigor da produção científica desenvolvida nos estados de São Paulo e do Rio de Janeiro quando comparada com o estado do Espírito Santo.

Esse cenário de iniquidades exige a elaboração e a adoção de políticas públicas eficazes, que sejam capazes de contribuir para a redução das desigualdades regionais nesse campo. Diante disso, emergem questionamentos sobre o porquê e de onde derivam essas assimetrias.

Uma possível resposta pode ser encontrada na teoria do economista Gunnar Myrdal (1960), influente crítico e pensador que, nas décadas de 1950 e 60, efetuou reflexões sobre as desigualdades econômicas e sociais existentes entre países pobres e ricos. Em 1956, ao publicar a obra *Teoria econômica e regiões subdesenvolvidas*, sustentou a teoria de que havia um princípio de interdependência circular – ou princípio do círculo vicioso – que foi denominado de “causação circular e acumulativa”. Isso implica que a existência de um fator negativo é, paralelamente, causa e efeito de outros fatores negativos. Afirmou, ainda, que esta deveria ser a principal hipótese a ser considerada quando da realização de estudos sobre desenvolvimento e subdesenvolvimento econômico, seja entre países ou dentro de um mesmo país. O autor chamou atenção para o fato de que, sob a livre força de mercado, as regiões mais desenvolvidas atraem e concentram a produção, o comércio, os capitais, a mão-de-obra, a cultura e, sobretudo, a ciência.

Apoiados na teoria de Myrdal, autores brasileiros refletiram sobre como esse processo de causação circular e cumulativa impede que alguns estados ou regiões mais pobres ou menos desenvolvidos sócio-economicamente superem essa situação de clara iniquidade. Fagundes, Cavalcante e Ramacciotti (2005), a partir de pesquisa realizada, demonstram que o problema das desigualdades interestaduais existentes na produção de ciência, tecnologia e inovação no Brasil decorre, principalmente, da existência de um mecanismo de auto-reforço que se retroalimenta a partir de condições apropriadas para o desenvolvimento de pesquisa. A concentração de infra-estrutura e de recursos humanos qualificados influencia o fluxo de recursos que, por sua vez, incorpora-se à infra-estrutura já

existente, o que amplia diferenciais de competitividade entre os estados, no que concerne à captação de novos recursos.

A desigualdade é reforçada pelo modelo da política de financiamento adotado pelas agências de fomento à pesquisa. Apesar de ser possível constatar os avanços obtidos nos últimos anos, esses não foram suficientes para promover a desconcentração de recursos entre regiões, nem tampouco para promover suficiente desenvolvimento científico e tecnológico nas regiões mais empobrecidas com menor capacidade de pesquisa instalada.

As pesquisas financiadas são selecionadas a partir de critérios estabelecidos internacionalmente, entre os quais o de competitividade e do mérito-técnico científico (OPAS, 2003). A competitividade se dá intrapares, sendo sempre mais competitivo o pesquisador ou grupo de pesquisa que desenvolve suas atividades de pesquisa em lugares possuidores de base científica e tecnológica consolidada. Isso os coloca em situação favorável diante dos demais, pois lhes permite publicar mais artigos científicos regularmente em revistas indexadas e outros periódicos científicos, o que é critério de medida para aferir a produtividade de pesquisa.

É evidente a necessidade do reconhecimento do mérito científico baseado em critérios de qualidade e produtividade. No entanto, existe a necessidade de se avançar nessa discussão para que o mérito em si não atue como fator protetor de paradigmas hegemônicos, delimitando preferências por pesquisas biomédicas¹⁵, em detrimento daquelas realizadas em outras modalidades (CAMPOS, 2004), e que não seja fator de exclusão para os pesquisadores localizados nos espaços de menor desenvolvimento científico e tecnológico.

Tanto a competitividade entre pares quanto o mérito técnico-científico conferem um aspecto democrático à seleção, mas garantem, também, a constante captação de novos recursos para os mesmos grupos de pesquisa. Esse processo contribui para manter a concentração produtiva de pesquisas em alguns estados ou regiões.

¹⁵ Pesquisa direcionada a fenômenos naturais e compreende a pesquisa em biologia, botânica, física etc., aplicada ao campo da saúde com propósito médico para fins que incluem diagnóstico, terapêutica e reabilitação.

O vínculo entre desenvolvimento econômico e social e os níveis de desenvolvimento científico e tecnológico é inequívoco e tem sido objeto de discussão por muitos autores (DINIZ, 2004; PELLEGRINI e MOREL, 2004; FAGUNDES, CAVALCANTE E RAMACCIOTTI; 2005).

Fagundes, Cavalcante e Ramacciotti (2005) argumentam que quanto mais desenvolvido economicamente é um estado, maior é o investimento público e privado em ciência e tecnologia. Essa postura praticamente exclui aqueles estados que apresentam menor desenvolvimento econômico de fazerem parte do conjunto de estados que figuram entre os mais produtivos cientificamente. Persiste o pensamento de que nos estados onde as capacidades técnica e de infra-estrutura são menores, a qualidade dos produtos de pesquisa não alcançaria o padrão desejado. Em função disso, os autores sugerem que os gestores façam investimentos em duas vertentes: na organização de sistemas locais de ciência e tecnologia e na formulação e implementação de políticas capazes de superar essas desigualdades, utilizando estratégias específicas para a singularidade das situações existentes. Como afirma Guimarães (2004, p. 5), “a desigualdade é o calcanhar-de-aquiles da civilização brasileira”, tornando-se necessário buscar minimizá-la e promover no SUS a eqüidade, um dos princípios caros pelo qual se deve lutar.

1.3 A PROPOSTA INICIAL: *PROJETO GESTÃO COMPARTILHADA EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE*

A partir de 2001, o Ministério da Saúde vem se dedicando ao fomento descentralizado da pesquisa em saúde, com base em critérios seletivos pactuados com os estados. Essa ação tem como objetivo contribuir para a diminuição das desigualdades regionais e financiar a produção de conhecimento científico para a saúde, em consonância com as necessidades locais de saúde (BRASIL, 2002).

A primeira iniciativa foi desenvolver ações de fomento à pesquisa em saúde nos estados, intitulada *Projeto Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia em Saúde*. Esse projeto baseou-se nas propostas elaboradas durante os fóruns regionais de desenvolvimento institucional (DI), realizados no período

de junho de 2001 a novembro de 2002, pelo Decit/MS. Na construção desse processo participaram gestores e técnicos de saúde, de ciência e tecnologia e pesquisadores das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (BRASIL, 2002b).

Os problemas identificados como prioritários na gestão de C&T em saúde apontaram para a necessidade de aproximação entre os setores de saúde e de C&T, particularmente na esfera estadual. Além disso, as desigualdades existentes na distribuição de recursos em C&T entre as grandes regiões do país apontaram para a necessidade de priorizar, em um primeiro momento, regiões tradicionalmente excluídas, como as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste¹⁶.

Esse projeto visava a fortalecer a gestão da C&T em saúde na esfera estadual, por meio do fomento à pesquisa em saúde; realizar ações de desenvolvimento institucional em C&T; financiar aquisição de equipamentos que permitissem a instalação de área específica de ciência e tecnologia em saúde no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde – SES; e realizar cursos de capacitação para gestores e técnicos que atuavam na área de Ciência e Tecnologia das SES e das Fundações de Amparo à Pesquisa – FAP (BRASIL, 2003).

A definição pelos gestores do Projeto dos estados participantes foi orientada pela área técnica do Decit, a qual identificou um conjunto de requisitos fundamentais que as instituições parceiras (FAP e SES) deveriam possuir. As FAPs deveriam cumprir as seguintes condições: 1. contemplar a área de saúde em suas agendas de prioridades; 2. possuir estrutura organizacional definida; 3. desenvolver projetos na área da saúde em carteira¹⁷; 4. ter estabelecido o processo decisório para aprovação dos projetos; 5. possuir experiência anterior de gestão compartilhada com instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS); e 6. comprovar a existência de instância na estrutura organizacional relacionada, direta ou indiretamente, à gestão de C&T nas SES.

¹⁶ Os estados da Região Norte não estavam enquadrados nos critérios de participação do Projeto, no que se refere aos sistemas estaduais de saúde e de C&T. Dessa forma, nenhum estado dessa Região foi contemplado nas duas etapas iniciais.

¹⁷ São considerados projetos em carteira aqueles que as Fundações de Amparo à Pesquisa recebem em suas instituições, advindos espontaneamente da comunidade científica. Mas, por ausência de recursos ou programa específico que os sustentem, passam a constar de seus arquivos como projetos com potencial de financiamento, mas que aguardam momento oportuno para seu financiamento.

A operacionalização do projeto ocorreu por meio de convênios/contratos estabelecidos entre os estados selecionados e o MS, em duas etapas distintas. Em dezembro de 2001, foram estabelecidos convênios entre o Fundo Nacional de Saúde (FNS) e as FAPs de Alagoas, Ceará, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Pernambuco, Piauí e Sergipe. Posteriormente, em maio de 2003, foram firmados contratos com os estados da Bahia, Minas Gerais e Santa Catarina, através da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), ambos com recursos provenientes exclusivamente do Decit/MS. O investimento total alcançou R\$ 4.110.000,00, sendo que 77% (R\$ 3.170.000,00) foram direcionados para fomento à pesquisa e 23% (R\$ 940.000,00) para atividades de Desenvolvimento Institucional – DI.

Como resultados positivos do projeto, identificaram-se os seguintes aspectos: atendimento a 52 instituições de ensino e pesquisa; financiamento de 148 projetos de pesquisa; capacitação de 627 profissionais e a implantação de nove Núcleos de C&T em saúde, em nove das dez SES, o que significou um grande avanço para a discussão nesse campo (BRASIL, 2003).

No entanto, a estratégia de fomento por intermédio do Fundo Nacional de Saúde (FNS) ou por organismo internacional mostrou-se inadequada. Isso ocorreu porque as expectativas estabelecidas na operacionalização do projeto não puderam ser cumpridas por dois motivos: morosidade da execução administrativa e financeira desses parceiros junto às FAP ou não-cumprimento dos projetos pelos pesquisadores diretamente contratados.

Além disso, a descontinuidade na liberação de recursos destinados à implementação das ações de DI, direcionados à aquisição de infra-estrutura básica, realização de cursos e instalação de núcleos de ciência e tecnologia em saúde ocasionou a paralisação por parte dos estados em estabelecer outros núcleos de ciência e tecnologia nas SES.

1.4 A PROPOSTA ATUAL: *PROGRAMA PESQUISA PARA O SUS: GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE – PPSUS.*

A criação da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE, em 2003, representou um marco decisivo para a promoção da pesquisa

em saúde no Brasil. Baseando-se na experiência de fomento praticada nos últimos três anos (2001, 2002 e primeiro semestre de 2003), a SCTIE deliberou pela adoção de novos mecanismos para financiamento de pesquisas em saúde e construiu instrumentos norteadores para o desenvolvimento de suas ações.

Nesse mesmo ano, foi iniciado o processo de negociação com o Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT) para definição das cláusulas que comporiam um Termo de Cooperação Técnica a ser firmado entre os dois ministérios, o que ocorreu em julho de 2004. Esse documento permitiu que o Decit passasse a operar por meio de canais consolidados de fomento e se beneficiasse da credibilidade adquirida pelas agências do MCT, entre elas o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e a Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP), junto à comunidade científica brasileira.

A parceria com o MCT e o significativo aumento de recursos financeiros destinados ao Programa possibilitaram a ampliação do PPSUS para as 27 unidades da federação. O que era um projeto que atendia a dez estados passou a cobrir todo o território nacional e, com seu novo escopo, foi renomeado e assumiu a designação de *Programa de Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS*.

Para os cinco estados da região Amazônica (Acre, Amapá, Rondônia, Roraima e Tocantins), que não dispunham de instância formal de fomento à pesquisa, adotou-se uma estratégia diferenciada. Nesses estados, o próprio Decit assumiu a responsabilidade pelo lançamento do edital de concorrência pública de projetos de pesquisa, delimitando temas definidos localmente e, também, por todas as etapas do processo de julgamento dos projetos. A essa ação denominou-se *PPSUS/Saúde Amazônia*, compreendido como um dos componentes do PPSUS.

No ano de 2006, quatro dos cinco estados que integravam o *PPSUS/Saúde Amazônia* assumiram a responsabilidade de desenvolver seus próprios processos de fomento, o que acarretou a extinção desse componente do Programa. Hoje, o Decit continua a operar como a agência de fomento do PPSUS

apenas para o estado de Rondônia, responsabilizando-se pelo lançamento do edital e da seleção das pesquisas a serem desenvolvidas no Estado.

O Programa foi idealizado com o propósito de contribuir para a redução de desigualdades regionais no campo CT&I em saúde. Esse fato justifica a prerrogativa de que podem concorrer ao edital público para seleção de projetos apenas pesquisadores vinculados a instituições com sede no estado responsável pelo lançamento do edital.

Os principais objetivos do PPSUS estão definidos no *Documento de Diretrizes Técnicas do Programa*¹⁸ (DDTP, 2006), e são os seguintes: 1. contribuir para a diminuição das desigualdades regionais na produção de ciência, tecnologia e inovação em saúde (CT&I/S), por meio de uma política de desconcentração de recursos, de modo a favorecer a democratização do conhecimento e das atividades de pesquisa em saúde em todas as unidades federadas; e 2. promover pesquisas em temas prioritários de saúde, capazes de dar resposta aos principais problemas de saúde da população brasileira que necessitam do conhecimento científico para sua resolução (BRASIL, 2006). Para atingir esses objetivos, a estratégia principal é a pactuação de responsabilidades entre os atores estaduais dos Sistemas de Saúde e de Ciência e Tecnologia.

Através da implementação desse programa, o Ministério da Saúde – MS assume a prerrogativa de intervir diretamente na melhoria das condições de saúde da população e da gestão dos sistemas locais de saúde. O acesso aos resultados e produtos resultantes das pesquisas financiadas fornece aos gestores de saúde evidências científicas para responderem às lacunas de conhecimento existentes, o que tem impacto direto no processo de formulação e reordenamento das políticas públicas de saúde.

O desenvolvimento do Programa envolve onze etapas distintas, mencionadas a seguir: 1. definição de prioridades de pesquisa; 3. elaboração e publicação do edital; 4. submissão das propostas; 2. enquadramento das propostas¹⁹; 5. distribuição dos projetos para consultores *ad hoc*; 6. análise das

¹⁸ O *Documento de Diretrizes Técnicas do PPSUS* encontra-se disponível no seguinte endereço eletrônico: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizesfinal.pdf>.

¹⁹ O enquadramento das propostas ocorre a partir da observação do edital publicado, ou seja, verifica-se se a proposta apresentada está de acordo com cada um dos itens exigidos no edital.

propostas pelos consultores *ad hoc*; 7. análise das propostas e pareceres pela comissão de especialistas; 8. aprovação final pelo Comitê Gestor; 9. divulgação dos resultados do julgamento; 10. assinatura dos contratos entre os coordenadores de pesquisa e as FAPs – outorga; e 11. acompanhamento e avaliação (A&A) das pesquisas financiadas, realizadas por meio de relatórios parcial e final e seminários.

Os parceiros institucionais do Programa – em nível federal ou estadual – têm competências claramente definidas no Documento de Diretrizes Técnicas do Programa – DDTP. O Ministério da Saúde, por meio do Decit, assume a coordenação nacional do Programa e o CNPq representa a instituição responsável pelo gerenciamento administrativo-financeiro do PPSUS em nível nacional²⁰. Na esfera estadual, estão envolvidas as FAPs e as SES.

O Programa é editado bienalmente, de modo a permitir que as pesquisas tenham até 24 meses para sua conclusão. Em anos alternados, ou seja, no ano em que não é publicado edital de seleção, as pesquisas são acompanhadas através de seminários de A&A, que podem ser parciais, quando as pesquisas têm em torno de 10 meses de execução, ou finais, quando as pesquisas já foram concluídas.

Para melhor visualização de como o Programa funciona, no capítulo dos resultados, constam figuras esquemáticas (Figuras 1 e 2), que demonstram o fluxo das etapas realizadas no percurso entre a pactuação do Termo de Cooperação, *guarda-chuva* do Programa, até a etapa de seleção, acompanhamento dos projetos e avaliação das pesquisas contratadas. A segunda figura é representativa do contexto macro-organizacional e operacional do Programa, composto por um conjunto de gestores que integram os Comitês Gestores do Programa. Ela expressa, de forma resumida, as obrigações e as competências de cada uma das instituições parceiras, as quais poderão ser visualizadas na totalidade no *Documento Diretrizes Técnicas do PPSUS*.

A experiência tem demonstrado que a equipe técnica do Decit contribuiu significativamente para boa parte da execução das atividades que seriam de

²⁰ O CNPq não investe recursos financeiros no Programa, mas é a instituição encarregada de repassar às FAPs o recurso que recebe do Decit, via Fundo Nacional de Saúde – FNS.

competência das SES e/ou das FAPs²¹. Essa constatação poderia ser um indicativo de que existe baixa institucionalização do Programa nos estados, o que o deixa muito dependente do nível de comprometimento pessoal do técnico ou do gestor que responde localmente.

A planilha 1, na seqüência, permite a visualização da evolução histórica do Programa, desde 2003, quando o Programa se limitava a 10 estados, até dezembro de 2007. São apresentados os recursos financeiros disponibilizados, tanto pelo Decit/MS quanto pelos estados (FAP e/ou SES), o número de pesquisas financiadas e as instituições beneficiadas.

²¹ Alguns exemplos que podem ser mencionados são: identificação de pareceristas *ad hoc*, distribuição dos projetos por meio do sistema informatizado – SISPPSUS; enquadramento dos projetos nas linhas do edital e organização dos seminários de julgamento e avaliação.

Planilha 1 - Evolução histórica do PPSUS de 2003 a 2007

UF	Ano	Número de Projetos	Instituições Beneficiadas	Valor_Decit	Valor_Estado	Total de Recursos
AC	2003	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
	2004/2005	4	1	R\$ 250.000,00	R\$ 0,00	R\$ 250.000,00
	2006/2007	7	3	R\$ 200.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 240.000,00
	Total	11		R\$ 450.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 490.000,00
AL	2003	8	2	R\$ 250.000,00	R\$ 0,00	R\$ 250.000,00
	2004/2005	18	4	R\$ 200.000,00	R\$ 150.000,00	R\$ 350.000,00
	2006/2007	23	5	R\$ 400.000,00	R\$ 150.000,00	R\$ 550.000,00
	Total	49		R\$ 850.000,00	R\$ 300.000,00	R\$ 1.150.000,00
AM	2003	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
	2004/2005	13	8	R\$ 1.000.000,00	R\$ 0,00	R\$ 1.000.000,00
	2006/2007	18	8	R\$ 1.000.000,00	R\$ 1.000.000,00	R\$ 2.000.000,00
	Total	31		R\$ 2.000.000,00	R\$ 1.000.000,00	R\$ 3.000.000,00
AP	2003	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
	2004/2005	4	2	R\$ 150.000,00	R\$ 0,00	R\$ 150.000,00
	2006/2007	4	3	R\$ 200.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 240.000,00
	Total	8		R\$ 350.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 390.000,00
BA	2003	14	4	R\$ 400.000,00	R\$ 0,00	R\$ 400.000,00
	2004/2005	17	5	R\$ 500.000,00	R\$ 250.000,00	R\$ 750.000,00
	2006/2007	37	7	R\$ 2.000.000,00	R\$ 1.000.000,00	R\$ 3.000.000,00
	Total	68		R\$ 2.900.000,00	R\$ 1.250.000,00	R\$ 4.150.000,00
CE	2003	26	6	R\$ 400.000,00	R\$ 0,00	R\$ 400.000,00
	2004/2005	29	6	R\$ 500.000,00	R\$ 50.000,00	R\$ 550.000,00
	2006/2007	28	9	R\$ 1.000.000,00	R\$ 500.000,00	R\$ 1.500.000,00
	Total	83		R\$ 1.900.000,00	R\$ 550.000,00	R\$ 2.450.000,00
DF	2003	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
	2004/2005	19	5	R\$ 400.000,00	R\$ 400.000,00	R\$ 800.000,00
	2006/2007	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
	Total	19		R\$ 400.000,00	R\$ 400.000,00	R\$ 800.000,00
ES	2003	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
	2004/2005	19	6	R\$ 300.000,00	R\$ 150.000,00	R\$ 450.000,00
	2006/2007	19	3	R\$ 400.000,00	R\$ 200.000,00	R\$ 600.000,00
	Total	38		R\$ 700.000,00	R\$ 350.000,00	R\$ 1.050.000,00
GO	2003	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
	2004/2005	14	8	R\$ 300.000,00	R\$ 150.000,00	R\$ 450.000,00
	2006/2007	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
	Total	14	0	R\$ 300.000,00	R\$ 150.000,00	R\$ 450.000,00
MA	2003	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
	2004/2005	11	2	R\$ 200.000,00	R\$ 100.000,00	R\$ 300.000,00
	2006/2007	13	1	R\$ 300.000,00	R\$ 300.000,00	R\$ 600.000,00
	Total			R\$ 500.000,00	R\$ 400.000,00	R\$ 900.000,00
MG	2003	12	9	R\$ 350.000,00	R\$ 0,00	R\$ 350.000,00
	2004/2005	25	12	R\$ 500.000,00	R\$ 500.000,00	R\$ 1.000.000,00
	2006/2007	79	21	R\$ 4.000.000,00	R\$ 6.000.000,00	R\$ 10.000.000,00
	Total	116		R\$ 4.850.000,00	R\$ 6.500.000,00	R\$ 11.350.000,00
MS	2003	15	6	R\$ 350.000,00	R\$ 0,00	R\$ 350.000,00
	2004/2005	12	5	R\$ 200.000,00	R\$ 100.000,00	R\$ 300.000,00
	2006/2007	19	5	R\$ 300.000,00	R\$ 300.000,00	R\$ 600.000,00
	Total	46		R\$ 850.000,00	R\$ 400.000,00	R\$ 1.250.000,00
MT	2003	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
	2004/2005	9	5	R\$ 200.000,00	R\$ 100.000,00	R\$ 300.000,00
	2006/2007	23	7	R\$ 665.000,00	R\$ 335.000,00	R\$ 1.000.000,00
	Total	32		R\$ 865.000,00	R\$ 435.000,00	R\$ 1.300.000,00

Planilha 2 - Evolução histórica do PPSUS de 2003 a 2007 (continuação)

UF	Ano	Número de Projetos	Instituições Beneficiadas	Valor_Decit	Valor_Estado	Total de Recursos
PA	2003	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
	2004/2005	22	6	R\$ 750.000,00	R\$ 0,00	R\$ 750.000,00
	2006/2007	32	7	R\$ 1.000.000,00	R\$ 400.000,00	R\$ 1.400.000,00
	Total	54		R\$ 1.750.000,00	R\$ 400.000,00	R\$ 2.150.000,00
PB	2003	21	6	R\$ 300.000,00	R\$ 0,00	R\$ 300.000,00
	2004/2005	24	4	R\$ 400.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 440.000,00
	2006/2007	11	2	R\$ 400.000,00	R\$ 150.000,00	R\$ 550.000,00
	Total	56		R\$ 1.100.000,00	R\$ 190.000,00	R\$ 1.290.000,00
PE	2003	17	6	R\$ 450.000,00	R\$ 0,00	R\$ 450.000,00
	2004/2005	24	8	R\$ 500.000,00	R\$ 50.000,00	R\$ 550.000,00
	2006/2007	21	6	R\$ 500.000,00	R\$ 200.000,00	R\$ 700.000,00
	Total	62		R\$ 1.450.000,00	R\$ 250.000,00	R\$ 1.700.000,00
PI	2003	5	1	R\$ 200.000,00	R\$ 0,00	R\$ 200.000,00
	2004/2005	13	4	R\$ 200.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 220.000,00
	2006/2007	6	1	R\$ 100.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 120.000,00
	Total	24		R\$ 500.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 540.000,00
PR	2003	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
	2004/2005	45	9	R\$ 500.000,00	R\$ 250.000,00	R\$ 750.000,00
	2006/2007	23	7	R\$ 600.000,00	R\$ 300.000,00	R\$ 900.000,00
	Total	68		R\$ 1.100.000,00	R\$ 550.000,00	R\$ 1.650.000,00
RJ	2003	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
	2004/2005	46	13	R\$ 1.500.000,00	R\$ 1.500.000,00	R\$ 3.000.000,00
	2006/2007	40	12	R\$ 3.000.000,00	R\$ 3.000.000,00	R\$ 6.000.000,00
	Total	86		R\$ 4.500.000,00	R\$ 4.500.000,00	R\$ 9.000.000,00
RN	2003	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
	2004/2005	20	4	R\$ 300.000,00	R\$ 150.000,00	R\$ 450.000,00
	2006/2007	16	3	R\$ 300.000,00	R\$ 150.000,00	R\$ 450.000,00
	Total	36		R\$ 600.000,00	R\$ 300.000,00	R\$ 900.000,00
RO	2003	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
	2004/2005	8	5	R\$ 520.000,00	R\$ 0,00	R\$ 520.000,00
	2006/2007	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
	Total	8		R\$ 520.000,00	R\$ 0,00	R\$ 520.000,00
RR	2003	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
	2004/2005	5	1	R\$ 250.000,00	R\$ 0,00	R\$ 250.000,00
	2006/2007	6	1	R\$ 200.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 240.000,00
	Total	11		R\$ 450.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 490.000,00
RS	2003	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
	2004/2005	34	12	R\$ 500.000,00	R\$ 500.000,00	R\$ 1.000.000,00
	2006/2007	29	9	R\$ 1.000.000,00	R\$ 300.000,00	R\$ 1.300.000,00
	Total	63		R\$ 1.500.000,00	R\$ 800.000,00	R\$ 2.300.000,00
SC	2003	21	8	R\$ 900.000,00	R\$ 0,00	R\$ 900.000,00
	2004/2005	37	14	R\$ 1.000.000,00	R\$ 500.000,00	R\$ 1.500.000,00
	2006/2007	30	11	R\$ 1.500.000,00	R\$ 1.000.000,00	R\$ 2.500.000,00
	Total	88		R\$ 3.400.000,00	R\$ 1.500.000,00	R\$ 4.900.000,00
SE	2003	9	1	R\$ 300.000,00	R\$ 0,00	R\$ 300.000,00
	2004/2005	14	2	R\$ 200.000,00	R\$ 150.000,00	R\$ 350.000,00
	2006/2007	11	2	R\$ 300.000,00	R\$ 150.000,00	R\$ 450.000,00
	Total	34		R\$ 800.000,00	R\$ 300.000,00	R\$ 1.100.000,00
SP	2003	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
	2004/2005	10	6	R\$ 3.000.000,00	R\$ 3.000.000,00	R\$ 6.000.000,00
	2006/2007	45	31	R\$ 3.000.000,00	R\$ 3.000.000,00	R\$ 6.000.000,00
	Total	55		R\$ 6.000.000,00	R\$ 6.000.000,00	R\$ 12.000.000,00
TO	2003	0	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
	2004/2005	9	3	R\$ 430.000,00	R\$ 0,00	R\$ 430.000,00
	2006/2007	10	6	R\$ 200.000,00	R\$ 50.000,00	R\$ 250.000,00
	Total	19		R\$ 630.000,00	R\$ 50.000,00	R\$ 680.000,00

Os dados apresentados demonstram a magnitude do Programa, sua capilaridade e a adesão dos parceiros estaduais, inclusive com aporte crescente de recursos financeiros provenientes dos estados, FAP e/ou SES.

Contudo se desconhece em que medida o PPSUS foi implantado em sua completude. Não se sabe se as ações e os recursos aplicados têm contribuído para diminuir as desigualdades em ciência e tecnologia em saúde; se as pesquisas financiadas respondem às necessidades de saúde da população e aos problemas de gestão do SUS; qual o grau de institucionalização do Programa nos estados; se os parceiros executam as ações pactuadas, ou mesmo em que medida a sustentabilidade do Programa vem sendo construída.

Considerando essas questões, este estudo constrói a teoria do Programa, propõe o Modelo Lógico do PPSUS e uma matriz avaliativa do modelo, contendo critérios e indicadores que possam subsidiar a realização de uma pesquisa avaliativa do PPSUS.

A importância de se construir a teoria do Programa, descrever o Modelo Lógico do PPSUS e propor a matriz de critérios e indicadores de avaliação deve-se ao fato de que esses instrumentos são pré-requisitos essenciais para a realização de uma avaliação em profundidade, para identificar os desafios e as oportunidades na implantação do Programa, e ainda não foram elaborados.

O PPSUS foi concebido para responder a algumas das estratégias e diretrizes das PNCT&I/S e da PNS, como citado anteriormente no “contexto legal e institucional de inserção do PPSUS”. Ele envolve importantes recursos técnicos e financeiros públicos, o que justifica a necessidade de se planejar a realização de sua avaliação. Espera-se que, a partir disso, de posse de evidências, torne-se possível aos gestores do Programa promover as adequações necessárias para que o PPSUS se consolide como um programa de governo essencial para o desenvolvimento regional e promotor de equidade no setor.

CAPÍTULO 2 – ELEMENTOS TEÓRICOS

O tema da avaliação em saúde se insere como objeto de preocupação entre gestores e técnicos de instituições públicas responsáveis pela gestão das políticas públicas de saúde frente ao desafio da necessidade constante de se avaliarem as intervenções realizadas. Vieira-da-Silva (2005) aponta que o interesse crescente por parte desses atores é decorrente não apenas das exigências estabelecidas por instituições financiadoras externas ao governo, mas também pelo senso de responsabilidade e interesse que vem permeando a gestão pública nesse campo.

Considera-se que a avaliação de programas e políticas de saúde deve estar contemplada nas atividades estabelecidas em planejamento prévio à execução de uma intervenção e ser incorporada à prática da gestão. Os resultados obtidos necessitam ser incorporados ao processo de tomada de decisão com foco na busca por maior eficiência e eficácia dos serviços e programas (TANAKA & MELO, 2004). No Brasil, existe a iniciativa de se institucionalizar a avaliação em saúde, integrando-a ao campo de investigação para melhor compreender seus conceitos e tipologias, de forma que se possa aplicá-la para qualificar a gestão em saúde no SUS.

2.1 AVALIAÇÃO, CONCEITOS E TIPOLOGIAS

A partir da década de 1970 foram identificadas diversas formas de abordagens avaliativas. Os primeiros estudos nesse campo foram marcados pela prioridade direcionada ao desenho e ao método (VIEIRA-DA-SILVA, 2005). O tempo demonstrou que esses estudos tinham algumas limitações, como, por exemplo, o alto custo para se desenvolvê-los e a complexidade característica do campo. Por isso, outras metodologias entraram em evidência, como, por exemplo, os estudos qualitativos e as abordagens baseadas na “teoria do programa” (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Segundo Weiss (1972, p. 1), o objeto da avaliação pode ser uma pessoa, uma coisa, uma idéia, uma ação isolada qualquer, uma intervenção organizada.

Isso implica dizer que a avaliação permeia o universo humano e se aplica em todos os campos e situações.

Weilenmann (1980) argumenta que, no campo dos fenômenos sociais, o objeto primordial da avaliação, colocado de maneira ampla, é a ação humana intencional e organizada visando uma mudança social. Ou seja, as intervenções podem estar dirigidas a um projeto, um programa ou a diferentes tipos de práticas sociais.

Nesse sentido, Vergara (1980, p. 16) salienta que não se avalia “somente por um exercício intelectual para descobrir uma verdade oculta”, senão porque se espera que a avaliação possa contribuir para melhorar um projeto que está em desenvolvimento ou, até mesmo, sugerir sua extinção.

As conclusões que emergem a partir do processo de avaliação devem ser capazes de gerar medidas que influenciem o andamento do projeto. O autor aponta que a avaliação é “parte” constitutiva do processo racional de tomada de decisões. Já para Motta (1989, p. 1),

a avaliação é um processo de produzir informações sobre os valores dos resultados da implementação de políticas e programas públicos. Consiste em um exame crítico dos valores explícitos de uma política, para saber se continuam congruentes com os objetivos previstos.

Esse processo avaliativo permite um monitoramento da intervenção em execução, propiciando, mediante os resultados alcançados, a constante verificação do cumprimento dos objetivos inicialmente propostos. E em caso do desvio da intervenção do seu foco, o ajuste necessário poderá ser efetuado a tempo.

Essa idéia foi retomada por Contandriopoulos e colaboradores (1997, p. 31), que afirmam que “avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”.

Identifica-se, entre esses autores, concordância no que diz respeito ao que é e a que se aplica a avaliação em saúde.

A avaliação em saúde está inserida no contexto das Ciências Sociais, que, por sua vez, representa o espaço de produção do conhecimento sobre os fenômenos sociais, onde se incluem também as políticas e os programas de saúde. Os estudos sobre esses fenômenos sofrem da mesma problemática, de ordem epistemológica, constituída por três questões fundamentais no delineamento de uma pesquisa e que geram fervorosos debates. Esses pontos dizem respeito aos conceitos de subjetividade *versus* objetividade, abordagens qualitativas *versus* quantitativas e, ainda, sobre a validade do conhecimento produzido, principalmente quando a escolha eleita para a análise dos dados é a análise qualitativa.

Outro aspecto relevante é a definição das tipologias de avaliação, uma vez que existem muitas. Neste estudo, o predomínio recai sobre duas tipologias de avaliação: a normativa e a pesquisa avaliativa (HARTZ & CONTANDRIOPOULOS, 1999).

Adotou-se a sistematização apresentada por Vieira-da-Silva, que, de forma bastante perspicaz e a partir do reconhecimento da diversidade de tipologias existentes e das muitas formas de expressá-las, assinala que “a diversidade de possibilidades existentes pode ser expressa como pontos de um espectro, onde à esquerda pode ser representado pelas avaliações presentes na vida cotidiana e no outro extremo pela investigação avaliativa” (VIEIRA-DA-SILVA, 2005, p. 17).

A autora aponta que, em relação ao primeiro aspecto, as avaliações se constroem a partir do “senso comum”, sem técnicas sistematizadas de observação, onde a análise e a formulação de juízo de valor são dicotômicas e simplificadas. No que diz respeito ao segundo aspecto, a pesquisa avaliativa deve preencher uma lacuna no conhecimento sobre a situação a ser investigada.

Este trabalho não persegue a expectativa de esgotar os conceitos e tipologias existentes sobre avaliação, mas sim apresentar breve relato de sua história e inserção no campo da saúde, resgatando os principais marcos teóricos que possibilitaram sua realização. Tomou-se como premissa que

a importância de avaliar a implantação revela-se indispensável para se chegar a conhecer a totalidade das intervenções, no que se relaciona à validade de seu conteúdo (intensidade com a qual as atividades são realizadas e sua adequação em relação às normas existentes), e aos fatores explicativos das defasagens observadas entre a planificação e a execução das ações. Ela obriga a construir, a priori, a teoria do programa, especificando sua “natureza” (componentes, práticas) e o contexto requerido como etapas prévias aos resultados esperados (HARTZ et al., 1997, p. 96).

Trilhando os passos propostos por Hartz, para que o objetivo geral deste estudo seja alcançado, antes de se tratar especificamente do caso em questão, apresenta-se abaixo a importância epistemológica da construção da teoria de um programa que encerra um Modelo Lógico, ao que se aplica sua construção e qual é o procedimento recomendado para se avaliá-lo.

2.2 TEORIA E ABORDAGENS AVALIATIVAS

Determinar a teoria subjacente a um programa não é tarefa fácil, porém torna-se necessário na medida em que o campo da avaliação se afasta da descomprometida emissão de opinião e se aproxima do espaço da investigação científica na busca do conhecimento. A discussão sobre o lugar que a avaliação deve ocupar e onde se aplica essa prática tem sido alvo de reflexão de muitos autores.

A maior vantagem em realizar uma avaliação orientada pela teoria (*theory-driven evaluation*) é a contribuição que ela pode trazer para a validade externa das intervenções governamentais. Essas normalmente ocorrem em escalas ampliadas, abarcam grandes grupos populacionais, são implantadas em distintos níveis e possuem dinâmicas próprias e diferentes complexidades (HARTZ, 1999).

Chen (1990) discorre sobre a teoria como um conhecimento que tem a função de atribuir qualidade ao objeto investigado. Medina e colaboradores (2005) chamam atenção para o fato de que o conhecimento científico é produto da investigação científica, que, por sua vez, resulta da *práxis* entre a teoria e a empiria, que leva em consideração os aspectos normativos e os observáveis, pontos fundamentais e inseparáveis na construção de qualquer conhecimento.

Citando Samaja (1996), observa-se que o objeto da ciência não está dado, e sim é construído pela mescla de componentes empíricos e de componentes teóricos, inteligíveis e, portanto, passíveis de investigação. Isso permite que os componentes sejam descritos e re-elaborados, usando-se, para isso, a razão que lhe é inerente.

Chen (1990) indica que a construção da teoria de um programa é uma atividade imbuída de valor, e deve incorporar tanto saberes científicos como saberes práticos dos distintos grupos implicados na avaliação. No entanto, o autor introduz alguns aspectos interessantes quando indica que a natureza da teoria de um programa permite a seguinte compreensão: que a teoria seja construída a partir de duas esferas distintas, que abarcam pressupostos prescritivos e descritivos. A primeira delas refere-se à estrutura que o programa deveria ter, o que compreende tratamento, produtos e processos de implementação. A segunda diz respeito aos mecanismos causais que estabelecem relação entre o tratamento aplicado no programa, seu processo de implementação e os produtos resultantes (MEDINA *et al.*, 2005).

Medina e colaboradores esclarecem ainda que a construção da teoria do programa permite especificar a complexidade das ações que deveriam ser implementadas para se alcançar os objetivos propostos. Esses compreendem os resultados obtidos, os impactos desejados e a forma como são produzidos, considerando-se seu contexto de aplicação.

O desenvolvimento teórico de um programa representa, portanto, uma estratégia metodológica para a avaliação de programas e remete à necessidade de elaboração de modelos lógicos ou teóricos (CONTANDRIOPOULOS; CHAMPAGNE *et al.*, 2000).

Chen (1990) propôs que a abordagem avaliativa fosse centrada na “teoria do programa” (*theory-driven evaluation*), pois, em sua concepção, essa abordagem admite que seja transposta a análise do conteúdo da “caixa-preta”²², ao permitir a visualização de fatores e de processos que produzem os efeitos

²² Essa abordagem apóia-se em métodos quantitativos para analisar os efeitos de um programa. Este modelo pode determinar se o programa funciona, mas não é capaz de identificar os mecanismos causais que geram os efeitos da intervenção. Não apresenta alternativas que permitam a correção das deficiências detectadas e não leva em conta a conjuntura e contextos políticos onde a intervenção se insere.

observados numa dada intervenção, considerando-se o contexto no qual está inserida. Essa teoria possibilita a seleção de meios que viabilizam a coleta e a análise de dados, a partir da própria definição de como funciona o programa, o que é explicitado através do Modelo Lógico.

Nesse sentido, a elaboração de um modelo permite que sejam elencados os componentes teóricos de um programa, criando-se, assim, um desenho esquemático idealizado. Esse desenho é denominado de objeto-modelo, designado por Bunge (1974) de “objeto-modelo ou modelo conceitual de uma coisa ou um fato”.

O objeto modelo, como desenho esquemático idealizado, é produto da intuição, e transforma-se em um primeiro passo para se conquistar conceitualmente uma dada realidade. No entanto, para que se possa superar uma teoria intuitiva *a priori*, existe a necessidade de se agregar a ela uma segunda condição, denominada por Bunge (1974) de “razão” (MEDINA *et al.*, 2005, p. 43). Constata-se que o objeto modelo necessita de uma teoria que lhe dê suporte, o que é concretizado pela construção da teoria do objeto modelo, ou seja, pela elaboração de um modelo teórico.

Medina e colaboradores (2005, p. 44), a partir da concepção de Bunge (1974), ratificam que os “objetos-modelo fazem parte das teorias científicas e que os modelos teóricos encerram objetos-modelo e que no campo da avaliação, a idéia que operacionaliza o objeto-modelo é o ‘Modelo Lógico’”.

Para Hartz (1997), deve-se considerar a microteoria e a macroteoria de um programa. Para a autora, o Modelo Lógico se relaciona à microteoria pelos aspectos que determinam sua implementação e à macroteoria pela análise do contexto, sendo que estes dois aspectos são elementos constitutivos do modelo. Considera, ainda, que modelos teóricos e modelos lógicos são equivalentes e se constituem como um primeiro passo na busca por implementar uma avaliação de programa (HATZ, 1999a).

Tomando-se como referência autores como Bunge, Chen, Contandriopoulos, Champagne, Hartz, Medina e colaboradres, Samaja e Vieira-da-Silva, foi construída a teoria do PPSUS. Na teoria, explicitam-se seus

componentes, práticas, contexto organizacional e operacional que encerram o Modelo Lógico.

2.3 MODELO LÓGICO

O desenho do Modelo Lógico de um programa possibilita a compreensão sobre como este deveria operar, o que representa o ponto de partida para a efetivação do processo avaliativo. Portanto, construir o Modelo Lógico significa ter que “esquadrinhá-lo em termos da constituição de seus componentes e da sua forma de operacionalização, discriminando todas as etapas necessárias à transformação de seus objetivos em metas, abstraindo-se aqui suas determinações contextuais” (MEDINA *et al.*, 2005, p. 48).

De acordo com essa afirmativa, o Modelo Lógico busca identificar os elos causais hipotéticos entre o que é feito pelo programa e seus objetivos e descreve a seqüência de eventos, por meio de uma síntese dos principais componentes inseridos em uma matriz, para demonstrar como o programa teoricamente funciona (COSENDEY, 2000). O modelo permite, ainda, visualizar os elos existentes entre o processo e os resultados, através de uma seqüência de passos, considerando a interação dos efeitos de seus componentes com o impacto do programa (CDC, 1999).

Os elementos que compõem um Modelo Lógico podem variar. Entretanto, geralmente incluem os insumos (*inputs*), as atividades, os produtos e processos (*outputs*) e os efeitos imediatos, de médio e longo prazo (*outcomes*) (CDC, 1999; HARTZ *et al.*, 1997).

O processo de construção do modelo tem como produto final o diagrama do Modelo Lógico, contendo os elementos essenciais do programa, porém é necessário que se descrevam os elementos do diagrama e, conseqüentemente, que se construa um plano de medidas contendo as respectivas medidas avaliativas (MEDINA *et al.*, 2005).

O Modelo Lógico serve, portanto, como fonte orientadora para definir um conjunto de indicadores/critérios de avaliação que possam validar os elementos e atividades do programa e os efeitos esperados a partir de sua implementação.

Além disso, o monitoramento das atividades desenvolvidas pode detectar mudanças no desempenho do programa.

2.4 MATRIZ DE MEDIDAS/INDICADORES

Para se implementar uma avaliação de um programa, necessita-se desenhar uma matriz que apresente os Critérios/Indicadores e parâmetros que serão utilizados, com as respectivas fontes de informação a serem consideradas (MEDINA *et al.*, 2005).

Donabedian (1986) define critério como um componente ou aspecto de uma estrutura de um serviço de saúde. Já os parâmetros expressam quantitativamente a qualidade do que se quer medir, e a fonte de informação aponta onde a informação poderá ser acessada.

Os Critérios/Indicadores são medidas avaliativas e definem atributos relativos às questões da avaliação, uma vez que objetivam traduzir os conceitos, o contexto e os efeitos esperados da intervenção (Programa). São elaborados a fim de servir como referência para a coleta de evidências que serão válidas e confiáveis para os usos propostos na avaliação. Caracterizam-se como medidas-síntese que contêm informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões do desempenho das atividades do programa (CDC, 1999).

A construção de um indicador é um processo complexo. Podem ser utilizados tanto indicadores quantitativos quanto qualitativos, a depender do objetivo do estudo e do que se deseja mensurar. Podem ser aplicados de forma ampla, abrangendo desde a contagem de casos de determinada doença, o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices, como expressão de indicadores quantitativos. Ou podem incluir aspectos mais subjetivos, que demandam uso de medidas que comporte técnicas distintas para se aferir determinado valor sobre um fenômeno ou intervenção. Por exemplo, podem ser formulados através de perguntas que admitem respostas do tipo “sim ou não”, relacionadas à política, aos processos administrativos e à caracterização dos sistemas estaduais de saúde e de ciência e tecnologia (COSENDEY, 2000).

A qualidade e a comparabilidade de um conjunto de critérios e indicadores podem ser asseguradas pela aplicação sistemática de definições

operacionais e de procedimentos padronizados, buscando-se preservar a consistência dos atributos de qualidade e comparabilidade (CDC, 1999).

Este estudo adotou como definição de indicador o conceito adaptado por Elias e Souza (2006, p. 3), a partir de referências pontuadas por Pereira (1995) e por Mota (1999), que compreende “indicador como unidade de análise, quantitativa ou qualitativa, utilizada para representar ou medir um problema, condição, tema ou evento que necessita ser observado em uma situação real”.

Para abarcar os diferentes aspectos de um fenômeno ou intervenção, faz-se necessário identificar ou desenvolver critérios e indicadores que se constituam como atributos para uma avaliação. Para atender as especificidades deste estudo, adotaram-se alguns dos atributos que devem estar contidos nos critérios e indicadores, estabelecidos pela Rede interargencial de Informação em Saúde - RIPSa (RIPSa, 2002, pp. 11-2), a saber:

- Relevância – responder aos componentes e dimensões para avaliação da implantação²³ do PPSUS.
- Validade – capacidade para medir o que se pretende.
- Confiabilidade – capacidade de reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em condições em que o indicador permite a avaliação no decorrer do tempo e entre diferentes observadores.
- Mensurabilidade – baseia-se em dados disponíveis e de fácil obtenção.

²³ Estudos sobre a análise da implantação de programas tiveram sua origem no modelo da avaliação orientada por teoria (*theory-driven-evaluation*) proposta por Chen (1990). Denis e Champagne (1997) reforçaram a importância desse tipo de análise por entenderem a pertinência de se identificarem os mecanismos que levam à produção e inibição dos efeitos de um programa (COSENDEY, 2000).

CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA

3.1 O DESENHO E A ESTRATÉGIA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo²⁴, do tipo descritivo e exploratório sobre análise de implantação, que define o *construto* e os instrumentos de avaliação de um programa de fomento descentralizado de pesquisa em saúde, cuja unidade de análise é o *Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde* (PPSUS). Esse Programa será utilizado como estudo de caso²⁵, pois as variáveis de interesse são múltiplas e estão fortemente associadas aos contextos locais de execução.

3.2 REVISÃO DA LITERATURA

Para efetuar a revisão da literatura, com o objetivo de identificar conceitos, tipologias e elementos comuns à construção de modelos lógicos e Critérios/Indicadores de avaliação, foi realizada uma busca por trabalhos e tivessem sido publicados entre os anos de 1980 e 2006.

Utilizou-se como fontes as bases de dados MedLine, PubMed e SciELO. Foram definidas as seguintes palavras-chave: metodologias de avaliação; avaliação de programa; avaliação de programa de saúde; avaliação de programa de fomento a pesquisa, fomento, Modelo Lógico, modelo teórico e construção de modelos lógicos, nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola.

Foi realizada uma busca de artigos publicados em revistas e periódicos especializados, tais como *Cadernos de Saúde Pública*, *Revista Brasileira de*

²⁴ Aplicou-se o conceito formulado por Minayo que define as metodologias qualitativas como "aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais". Para ela, mesmo as estruturas sociais devem ser entendidas como "construções humanas significativas" (MINAYO, 1992, p. 10).

²⁵ O estudo de caso é a estratégia de pesquisa preferida quando as questões que estão sendo colocadas são como ou por que, quando o investigador tem pouco controle sobre os eventos e quando o foco é um fenômeno contemporâneo, inserido em um contexto da vida real. Ele é ainda indicado quando o número de variáveis de interesse excede o de unidades de observação (YIN, 1994). Hartz (1997), citando Yin (1993), o define como a investigação empírica de um fenômeno que dificilmente pode ser isolado ou dissociado do seu contexto (COSENDEY, 2000).

Epidemiologia, Revista de Saúde Pública, Ciência & Saúde Coletiva, Canadian Journal of Evaluation e American Evaluation.

3.3 ANÁLISE DOCUMENTAL

Foi realizada pesquisa documental na Coordenação Geral de Fomento à Pesquisa do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde, por meio do acervo oficial construído pela equipe que coordena, em nível nacional, o PPSUS. Também foram feitas buscas sistemáticas nos bancos de dados do Decit. Esses foram os materiais principais usados neste estudo.

Os documentos institucionais de referência para este estudo foram: o *Documento de Diretrizes Técnicas do PPSUS – DDTP*; os convênios estabelecidos entre as esferas federal e estaduais; os editais de seleção de pesquisa; as atas de reuniões dos Comitês Gestores do Programa; os relatórios de gestão do Decit; os bancos de dados do PPSUS contidos no SISPPSUS; e o banco de dados que contém as informações acumuladas pelas duas modalidades de fomento praticados pelo Decit (PPSUS e Editais Temáticos Nacionais), correspondente ao período de janeiro de 2002 a dezembro de 2007.

As atas e os convênios mencionados não estão disponíveis para consulta pública, pois se tratam de documentos internos do Decit. Os bancos de dados também não estão disponíveis para consulta externa ao Ministério da Saúde, mas o Decit tem publicado essas informações por meio de Relatórios de Gestão e em várias outras publicações realizadas pelas áreas técnicas. No entanto, após autorização concedida pela Diretoria do Decit, foi possível acessar os referidos dados e documentos, para fins desta pesquisa (Anexo II).

Os demais documentos – Documento de Diretrizes Técnicas, editais de seleção e Relatórios de Gestão – encontram-se disponíveis no endereço eletrônico do Ministério da Saúde – www.saude.gov.br, no link da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos.

3.4 O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO MODELO LÓGICO DO PPSUS

O Modelo Lógico, para sua construção, necessitou o cumprimento de algumas etapas prévias. A primeira delas foi a revisão dos documentos oficiais do Decit, tais como: o Termo de Cooperação estabelecido entre os Ministérios da Saúde e da Ciência e Tecnologia; o *Documento de Diretrizes Técnicas do PPSUS – DDTP*; os convênios estabelecidos entre as esferas federal e estaduais; os editais de seleção de pesquisa; e as atas de reuniões dos Comitês Gestores do Programa.

Esses documentos possibilitaram um entendimento sobre o processo de repasse de recursos financeiros para operacionalização do Programa, seu funcionamento, e as respectivas atividades e etapas estabelecidas no seu funcionamento, e as competências definidas para cada um dos atores institucionais.

Realizada exaustiva revisão documental e após várias leituras dos documentos, foi elaborado o fluxograma executivo do Programa (Figura 1), que representa, de forma pragmática, os acordos institucionais e operacionais que permitem a visualização de como essas instituições operam no modelo compartilhado de gestão, ou seja, demonstra de que modo as instituições se aproximam para realizarem as atividades ou etapas previstas no Programa.

Em uma segunda etapa, a partir dos documentos acima mencionados e do fluxograma executivo, optou-se pela construção de uma figura que dispusesse sobre o contexto macro-operacional e organizacional do PPSUS (Figura 2). Essa figura retrata, de forma mais abrangente e contextualizada, o que compete a cada uma das instituições parceiras gestoras do Programa, para cumprimento das principais atribuições e competências que lhes cabe e representam a pactuação ocorrida entre esses atores, descritas literalmente no DDTP.

O objetivo desse esquema é oferecer um instrumento de rápida leitura e que expresse claramente como o Programa opera e o que cada um dos atores envolvidos executa no programa.

O desenho organizacional e operacional do PPSUS permitiu levantar uma série de componentes e elementos constitutivos do Programa, de modo a

deixar claro o caminho que deveria ser percorrido para descrever os elementos e componentes que constituem o PPSUS e, a partir da sua descrição, representá-lo graficamente.

3.5 O MODELO LÓGICO DO PPSUS

Geralmente os modelos lógicos se classificam em dois grupos. O primeiro parte dos efeitos que se esperam alcançar com a intervenção. O segundo se inicia a partir da seleção dos componentes do Programa e leva em consideração o percurso que a lógica dos elementos deve permitir, até se alcançarem os objetivos e resultados/efeitos esperados (MEDINA *et al.*, 2005). Neste estudo, de modo adaptado, optou-se por tomar como referência o segundo grupo, por avaliando-se que a identificação primeiramente dos componentes e elementos que constituem o PPSUS seria mais adequado, pois traria subsídios para a construção da teoria.

Considera-se que o Modelo Lógico de operacionalização do PPSUS deverá contemplar elementos amplos e interligados que possam permitir a identificação, ou criação, de critérios e indicadores de avaliação. Tais critérios e indicadores devem possibilitar medir seu grau de implantação e verificar se os resultados alcançados atendem aos objetivos propostos pelo modelo.

Esse processo de construção considerou o acúmulo de conhecimento produzido pelas experiências dos coordenadores do Programa e que estão documentadas nas atas de reunião dos comitês gestores e de outros documentos do Decit já anteriormente mencionados. Considerou, também, as inquietações que essa revisão documental proporcionou, o que permitiu formular questões para compreender melhor o funcionamento do Programa e seu processo de institucionalização. Estas questões representam os pressupostos norteadores deste estudo:

- a) a implantação do PPSUS tem contribuído para diminuir as desigualdades regionais no campo da produção de ciência e tecnologia em saúde, como proposto nos objetivos do Programa?

- b) o Programa tem financiado pesquisas que podem dar resposta às necessidades de saúde da população brasileira e aos problemas de gestão do SUS?
- c) os parceiros institucionais, gestores do Programa, executam seus cronogramas de seleção de projetos e acompanhamento das pesquisas conforme estabelecido?
- d) o Programa contribui para a desconcentração regional de recursos financeiros para desenvolvimento de pesquisa em saúde?
- e) os parceiros primam pela governabilidade e sustentabilidade do Programa?

Considerando-se as questões acima e embasando-se na literatura e na revisão documental, foram adotados como elementos constitutivos do Modelo Lógico:

- a) os componentes – considerados aspectos essenciais para a operacionalização do PPSUS;
- b) os objetivos – de cada um dos componentes;
- c) os processos – esperados para cada objetivo;
- d) os resultados intermediários – em função dos respectivos objetivos e produtos estabelecidos, que, se atingidos, gerarão o resultado esperado pelo programa;
- e) o resultado final que, se comprovado, demonstrarão que o Programa cumpre os objetivos que motivaram sua implantação, e atendem ao conjunto dos componentes elencados.

Os componentes selecionados, com seus respectivos detalhamentos, caracterizam-se como o que há de mais relevante e significativo para o funcionamento do PPSUS, constituindo-se como expressão do seu modelo de funcionamento.

A literatura consultada sugere a existência de um processo do Modelo Lógico, onde os produtos finais representam o diagrama do Modelo Lógico e contém o que lhe é essencial em termos de componentes e elementos. Além disso, é necessário apresentar o contexto de inserção que permita descrever o diagrama e justificar as escolhas e o Plano de medidas avaliativas.

3.6 MATRIZ DE MEDIDAS AVALIATIVAS DO PPSUS

A partir da construção da teoria e do Modelo Lógico do PPSUS, para cada componente do modelo desenvolveram-se ou identificaram-se Critérios/Indicadores de avaliação, qualitativos e quantitativos, que passaram a compor a Matriz Avaliativa do Programa.

A identificação dos critérios e indicadores foi efetuada baseando-se na literatura, conforme descrito nos Elementos Teóricos. Porém, dois trabalhos foram fundamentais para a orientação deste estudo, principalmente no que diz respeito aos indicadores quantitativos. O primeiro deles foi o estudo de Elias e Souza (2006), e o segundo foi a construção de uma proposta de matriz de indicadores, organizada pela Coordenação Geral de Gestão do Conhecimento desse Departamento.

As bases da sua construção foram as estratégias estabelecidas na PNCT&I/S, agrupando-as pelos componentes de fomento definidos: indução, análise e seleção dos projetos, contratação e financiamento, características gerais dos projetos, acompanhamento e resultados das pesquisas. Essa construção contou com a participação de toda a equipe do Decit e a colaboração técnica da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), tendo sido aperfeiçoada em reuniões com especialistas em comunicação e informação em ciência e tecnologia em saúde e em saúde coletiva.

A construção da Matriz contou ainda com as fases de consulta bibliográfica às bases de dados de outros sistemas de informação para definição das variáveis; análise de uma amostra de projetos financiados pelo Decit em parceria com CNPq, Finep, Fundações de Amparo a Pesquisa dos estados; elaboração do formulário para coleta de dados. Após a realização dessas etapas, os indicadores selecionados passaram por um processo de qualificação, onde se aplicaram os critérios estabelecidos pela RIPSAs, que são: conceituação, uso, limitação, fonte e método de cálculo. Essa matriz, ainda no prelo, foi apresentada no Congresso de Saúde Coletiva da ABRASCO e consta dos seus anais (ABRASCO, 2006).

Portanto, a realização prévia deste trabalho permitiu a identificação de um conjunto de indicadores quantitativos, que adaptados, se adequaram perfeitamente aos objetivos deste estudo.

Pela complexidade do sistema de saúde, sua diversidade de ações e atores envolvidos, a diversidade de profissionais que nele atuam e dos usuários do sistema, sabe-se que medidas quantitativas podem não dar conta das questões que transcendem o que é aferível quantitativamente.

Para compreender os aspectos contextuais e conjunturais que incidem sobre a implantação e resultados do Programa, buscou-se referência na literatura para construção dos critérios que fossem adequados e pudessem responder às questões qualitativas. Nesse campo, não se identificaram estudos que permitissem sua utilização como referência e, portanto, os indicadores tiveram que ser elaborados.

Uma referência importante foi o material produzido pelo Projeto: *Efetividade do Desenvolvimento em Saúde: experiências exitosas na América Latina e Caribe*²⁶, que desenvolveu indicadores quantitativos e qualitativos para avaliar as experiências exitosas dos programas e projetos na área de saúde na América Latina e Caribe. Ainda que se trate de avaliação de programas de saúde, com enfoque em estudos epidemiológicos, os critérios qualitativos apontados serviram de inspiração para a construção dos critérios e indicadores que compuseram a matriz inicialmente proposta (Anexo II).

Para situações onde os parâmetros estabelecidos para o processo de avaliação não são quantitativos, o modo de mensurá-los pode variar, permitindo que muitas vezes seja necessário lançar mão de outras estratégias a fim de se obtê-los. A literatura recomenda a construção de consenso com grupo de especialistas expertos no assunto, tanto para construir critérios como para encontrar forma mais apropriada de avaliá-lo (MEDINA *et al.*, 2005).

²⁶ O projeto *Efetividade do Desenvolvimento na Saúde: experiências exitosas na América Latina e no Caribe* tem como principal objetivo contribuir para a ampliação da efetividade das políticas de saúde na América Latina e Caribe. É desenvolvido pelo NEPP/UNICAMP, com base em cooperação técnica firmada com o Banco Interamericano de Desenvolvimento. Trata-se de uma iniciativa do grupo Saludnova, ver endereço eletrônico: <http://www.saludnova.com.br/projeto.htm>

Nesse sentido, para que os resultados deste estudo possam realmente subsidiar a realização de uma pesquisa avaliativa, houve o entendimento de que o material produzido deveria ser apreciado e validado por um conjunto de gestores do Programa. Isso ocorreu a partir da compreensão de sua complexidade, dos atores institucionais que o executam e dos aspectos políticos e técnicos que lhe são inerentes. Consideraram-se, ainda, os diversos contextos em que o PPSUS se insere.

Essa decisão exigiu a busca de uma técnica que fosse adequada ao desafio proposto, de modo que possibilitasse a interlocução entre esses atores como requisito primordial para obtenção de resultado mais qualificado. Nesse sentido, optou-se pela utilização da técnica de consenso para sua obtenção.

3.7 A CONSTRUÇÃO DA CONFERÊNCIA DE CONSENSO

Segundo Souza, Vieira-da-Silva e Hartz (2005), a estratégia para obtenção de consenso entre especialistas vem sendo aplicada em vários campos do saber, inclusive no campo da saúde. O processo de construção de consenso, além de ampliar a possibilidade da validação dos Critérios/Indicadores, também proporciona maior legitimidade aos processos avaliativos (MEDINA *et al.*, 2005).

É um processo que transcende os muros da burocracia e que não se traduz como um processo meramente técnico, mas se caracteriza como um momento de pactuação política entre gestores, técnicos e especialistas da área em discussão. Essas pessoas representam as partes mais interessadas nos frutos deste trabalho, o que os transforma em atores privilegiados para acompanhar a própria execução da avaliação.

Compreende-se que essa seja uma estratégia adequada para a validação dos instrumentos que se configuram como um dos resultados deste estudo. Isso se deve ao fato de que existe similaridade contextual no desenvolvimento do PPSUS, entendido como Programa de fomento descentralizado à pesquisa em saúde e pela sua existência dentro do cenário do SUS.

Entre as distintas técnicas que podem ser indicadas para a obtenção de consenso, destacam-se aquelas denominadas *comitê tradicional*, *método Delfos*, *grupo nominal* e o *júri simulado* (SOUZA; VIEIRA-DA-SILVA & HARTZ, 2005, p.

67). A partir de revisão da literatura, esse grupo de autores trabalhou em uma outra proposta e desenvolveu uma técnica mista que, em momentos especiais, possibilita a discussão aberta – presencial, e, em outros, preserva o anonimato dos participantes, a qual denominou de Conferência de Consenso.

A proposta é desenvolvida em três etapas seqüenciais: 1. o preenchimento individual de uma matriz previamente preparada, enviada aos especialistas convidados e que será alvo de análise prévia por parte dos pesquisadores; 2. discussão aberta entre os participantes a partir dos resultados encontrados na primeira etapa; e 3. uma nova resposta individual às questões elencadas na matriz (SOUZA, VIEIRA-DA-SILVA & HARTZ, 2005, p. 69). A primeira e a terceira etapas ocorrem de modo que os participantes tenham seu anonimato preservado, sendo que a segunda etapa se dá de forma presencial.

Para fins deste estudo, utilizou-se como referência uma modalidade adaptada dessa técnica. Em função do tempo disponível, decidiu-se por buscar na reunião presencial a construção do consenso entre os participantes, o que permitiu não realizar a terceira etapa de consulta.

3.7.1 Seleção dos especialistas

A escolha dos especialistas foi definida de forma que pudessem ser contemplados diferentes atores vinculados ao Programa: gestores e pesquisadores incluídos nos editais, em nível nacional e estadual. Essa estratégia foi decorrente do entendimento de que essas pessoas eram aquelas que melhor compreendiam o funcionamento do Programa e estavam habilitadas a identificar suas fortalezas e fragilidades.

Na impossibilidade de convidar todos os gestores do PPSUS, o que implicaria em trazer representantes de todos os estados da federação para a reunião presencial, seria excessivamente dispendioso e transcenderia as limitações temporais de uma dissertação de mestrado, optou-se por convidar, no nível federal, todos os gestores do PPSUS lotados no Ministério da Saúde. Essa equipe foi constituída por oito especialistas em saúde pública e que detinham reconhecida *expertise* em gestão de ciência e tecnologia em saúde.

Além dessas pessoas, foram convidados especialistas do Decit, entre eles a Coordenadora Geral de Fomento à Pesquisa em Saúde, área onde se

insere o PPSUS; a Coordenadora de Gestão do Conhecimento, que participou por meio da representação de duas técnicas que têm acompanhado a discussão sobre a construção de indicadores no âmbito do Decit²⁷; e a Coordenadora da Avaliação Tecnológica em Saúde.

Outra importante instituição gestora do Programa no nível central é a Coordenação de Ciências da Vida do CNPq. É a partir desse âmbito que se estabelecem os convênios com as FAP e se operacionaliza a prestação de contas tanto junto às FAPs, quanto ao FNS. Participaram como seus representantes a coordenadora da área e um dos seus assessores técnicos que acompanha a administração do Programa, em especial dos convênios e dos editais do Programa.

Compreendendo-se a importância do olhar dos gestores estaduais do PPSUS, buscou-se ter a colaboração de alguns deles. Optou-se por convidar gestores representantes de quatro estados da federação, dois de cada um deles, sendo um da SES e um da FAP. Utilizou-se como critério para elegibilidade a representatividade regional associada à experiência acumulada por esses estados. Eram aqueles que tinham estabelecido melhor aproximação entre as duas instituições locais e operavam de forma compartilhada na execução das atividades preconizadas pelo Programa.

Outro fato importante é que três desses estados compõem a gestão do Programa desde 2002, o Projeto Gestão Compartilhada, considerado o projeto piloto do PPSUS.

3.7.2 Etapas da Conferência de Consenso

Para viabilizar a realização da primeira etapa, foi criado um endereço eletrônico alternativo, gerenciado por uma das gestoras do Programa, que não estava vinculada à pesquisa. A partir desse endereço, foram enviados o Modelo Lógico e a matriz contendo critérios e indicadores de avaliação. Foi estabelecido um prazo de cinco dias para resposta, a fim de que cada um dos participantes devolvesse o instrumento devidamente preenchido, o que deveria ser feito para o mesmo endereço eletrônico. Após a finalização do prazo para a devolução dos

²⁷ Esses técnicos têm contribuído para compor o Sistema de Informações do Decit, que se encontra em processo de construção.

instrumentos, foi realizado o processo de desvinculação dos endereços eletrônicos dos respondentes do material recebido, como forma de conferir o anonimato previsto para essa etapa.

Os gestores e os especialistas convidados foram instruídos a manifestar individualmente sua concordância ou discordância com a proposta.

Com relação à proposta do Modelo Lógico que foi enviada aos especialistas convidados, juntamente com a matriz de critérios e indicadores, nenhuma recomendação ou sugestão foi recebida quando do retorno das respostas cegas da matriz.

Cada um dos participantes deveria atribuir, numa escala de um a dez pontos, a importância de cada um dos Critérios/Indicadores de avaliação elencados na matriz.

Adotou-se o critério de inclusão-exclusão proposto por Souza, Vieira-da-Silva e Hartz, (2005, p. 72), que compreende o cálculo da média aritmética e o desvio-padrão para todos os critérios avaliados. Nessa proposta, quanto maior a média, maior a importância do critério ou indicador. O cálculo do desvio-padrão permitiu estimar o grau de consenso. Quanto menor o desvio-padrão, maior o grau de consenso, independentemente da importância conferida ao critério. Desse modo, estabeleceu-se o seguinte padrão para pontos de corte:

1. Todo critério com média igual ou superior a sete é considerado como importante. Abaixo disso, seria pouco importante, não devendo compor a matriz avaliativa.
2. Todo critério com desvio-padrão inferior a três foi considerado consensual. Caso fosse também importante, o critério deveria ser contemplado na matriz.
3. Todo critério com média igual ou superior a sete e desvio-padrão superior ou igual a três, apesar de importante, não deveria compor a matriz avaliativa final.

Foi explicitado que sugestões de inclusões, exclusões ou modificações, diante dos componentes, dimensões e Critérios/Indicadores de avaliação seriam acolhidas e processadas.

Na segunda etapa, realizou-se a reunião presencial, da qual participaram todos os especialistas convidados e que haviam opinado na etapa anterior. Dos dezesseis formulários enviados, quatorze deles foram devolvidos devidamente preenchidos, fora a equipe técnica do PPSUS, que preencheu individualmente o formulário, os representantes das demais instituições convidadas, preencheram somente um formulário por instituição (SES e FAP).

A reunião contou com a presença de vinte e um especialistas, entre as quais duas convidadas que participaram na condição de observadoras (uma trata-se da professora orientadora deste estudo e a outra, uma aluna do curso de doutorado da Universidade de Brasília, que pretende usar a mesma técnica na sua pesquisa) e mais três técnicos que vieram acompanhando outras três gestoras do Programa. Esses cinco especialistas não participaram da primeira fase da conferência e nem compõem o grupo que recebeu os formulários para preenchimento.

Nessa oportunidade, foi realizada uma breve apresentação explicitando-se o objetivo do encontro e a metodologia que seria aplicada naquele momento. Foi enfatizado que o Modelo Lógico e a matriz em questão eram produtos desta pesquisa de mestrado e que, ainda que seja um produto pessoal, o estudo teve o apoio do Decit/MS para seu desenvolvimento, justificado pela possível aplicabilidade dos seus resultados.

Foi apresentado o resultado da compilação das matrizes recebidas e em seguida abriu-se espaço para o debate, na tentativa de se criar consenso sobre as questões discordantes. O debate foi organizado em blocos, ou seja, para cada componente da matriz formou-se um bloco de discussão, compreendendo as dimensões e os Critérios/Indicadores de avaliação, objetivando com isso, ao final do dia, elaborar uma nova matriz, produto do consenso do grupo.

Como houve consenso na assembléia, não houve necessidade de realização da terceira fase da técnica, como proposto inicialmente. Porém, para obtenção de certeza sobre o processo de validação, houve comprometimento de que o produto da assembléia de consenso, ou seja, a matriz reformulada com base nas inserções e supressões consensuadas, seria remetida para todos os

participantes, via correio eletrônico. Isso para que pudessem visualizar o trabalho final e o processo pudesse ser homologado.

Os participantes foram informados de que poderiam enviar informações para complementarem o texto, já que poderia haver a possibilidade de perda de alguma informação ou mesmo de ter sido mal interpretada pela relatora da assembléia. Foram alertados para o fato de que, nesse momento, nenhum novo item poderia ser inserido na matriz, o que não os impediria de os remeterem a *posteriori*. Isso se deve ao fato de que tanto o Modelo Lógico como a matriz de critérios e indicadores poderão ser revistos posteriormente, visando sua qualificação e adequação ao contexto e conjuntura. Findada a data proposta para devolução da matriz consensuada, nenhuma recomendação ou revisão foi recebida.

Durante a reunião presencial da assembléia de consenso, no momento da apresentação inicial, reapresentou-se a proposta do modelo. As manifestações dos participantes foram no sentido de validarem o modelo e concordaram com os elementos e componentes selecionados. Apenas uma consideração foi feita no que se referia ao componente “aproximação dos sistemas locais de saúde e de ciência e tecnologia”, sendo solicitada a reformulação do texto para “aproximação dos sistemas de saúde e de ciência e tecnologia estaduais”. Isso ocorreu porque houve o entendimento de que a palavra “local”, da forma como colocada, poderia remeter à idéia de Sistema Local de Saúde (SILOS), distorcendo um jargão da saúde e não abrangendo os dois sistemas ora em referência.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

O desenvolvimento desta pesquisa foi realizado em dois momentos distintos: o primeiro deles compreendeu a análise de documentos relativos ao PPSUS. A maioria deles estava disponível ao grande público, outros eram de uso restrito da gestão e coordenação do Programa, ainda que as informações que continham houvessem sido divulgadas por meio de relatórios disponibilizados publicamente. Sua análise demonstrou ser de fundamental importância para a construção do Fluxograma do Programa, do Fluxo macro-organizacional e operacional do PPSUS, a identificação dos componentes e elementos que

compõem o Modelo Lógico do PPSUS e para o delineamento dos critérios e indicadores que compõem a Matriz de Medidas Avaliativas do Programa.

O acesso aos documentos restritos foi solicitado à Diretora do Decit que autorizou sua utilização (Anexo I). A autora da pesquisa comprometeu-se a manter sigilo sobre nomes e instituições incluídos nos documentos, no sentido de preservar a confidencialidade relativa a dados de fontes restritas. Esse procedimento está em acordo com os critérios éticos preconizados para a utilização de dados secundários e documentos de uso restrito.

Em um segundo momento, para a construção do consenso e para validação do Modelo Lógico e da Matriz avaliativa propostas, foram identificados e convidados gestores e técnicos, vinculados às esferas estaduais e federal, reconhecidos por possuírem expertise acumulada na área de saúde e de ciência e tecnologia e pelo modo como atuam junto ao Programa nos últimos anos, cumprindo-se os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos.

Cada um dos convidados aderiu de forma espontânea e voluntária às atividades propostas. Na primeira etapa, os especialistas emitiram sua opinião sobre os indicadores, designando uma nota a cada um deles. No entanto, as informações por eles fornecidas foram totalmente desvinculadas de suas características demográficas como forma de manter o sigilo sobre a origem dos dados e garantir a fidedignidade das respostas.

Durante a reunião presencial, segunda fase do processo de realização da Conferência de Consenso, os especialistas estiveram reunidos para definir os indicadores que deveriam ser mantidos, modificados ou excluídos. Os participantes puderam expor sua opinião em um contexto democrático e livre de qualquer forma de coerção. As sugestões foram inicialmente sistematizadas por um grupo de colaboradores e depois comparadas com respostas fornecidas na primeira etapa do processo. Os resultados foram validados dando origem à Matriz final apresentada neste trabalho (Quadro 4).

Seja no processo de análise documental ou de obtenção de informações e sugestões fornecidas pelos especialistas para validação dos indicadores da Matriz Avaliativa, foram considerados e seguidos os requisitos éticos para este tipo de pesquisa e que estão em acordo com a Resolução CSN 196/96. O projeto

não foi submetido à avaliação prévia de um comitê de ética em pesquisa por não incluir intervenção ou utilização de informações relacionadas a pessoas ou grupos de participantes, conforme determina a citada Resolução.

CAPÍTULO 4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como gestora do PPSUS, falo de um espaço privilegiado, uma vez que participo da concepção e elaboração dos documentos que o norteiam e, também, participo dos comitês gestores que acompanham seu desenvolvimento nos estados. Por isso, reconheço que o que se expressa neste trabalho tem a limitação circunstancial deste tipo de estudo e da minha proximidade com o objeto proposto para estudo.

Frente à magnitude do PPSUS, não foi objeto de preocupação esgotar todos os aspectos significativos constitutivos do Programa e relatar todas as situações que nele se insere. Este estudo deverá sofrer releituras, a partir da conjuntura e do lugar que outro autor o analise, porém, o objetivo é, dentro das limitações existentes, realizar um registro ainda inédito do PPSUS e colocar luz em algumas questões que parecem centrais.

Algumas constatações são possíveis de serem antecipadas, a partir do que foi descrito neste estudo até o momento. O *Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde* mostra-se bastante maduro para ser avaliado, considerando-se que sua implantação ocorreu em 2004, após dois anos da implementação do projeto piloto – *Projeto Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia*.

O PPSUS parte de uma ação governamental, tem objetivos claros, parceiros e recursos financeiros definidos, documento técnico que estabelece competências e obrigações dos parceiros, dentre outras características que o definem. Essas questões apontadas na literatura especializada como fundamentais para se realizar uma pesquisa avaliativa de sua implantação (THCU, 2004)

Na seqüência, apresentam-se os instrumentos produzidos. O fluxograma e o diagrama do fluxo macro-organizacional e operacional referem-se ao primeiro objetivo específico deste estudo. O Modelo Lógico, ao segundo, e a Matriz de Medidas Avaliativas está relacionada ao terceiro objetivo.

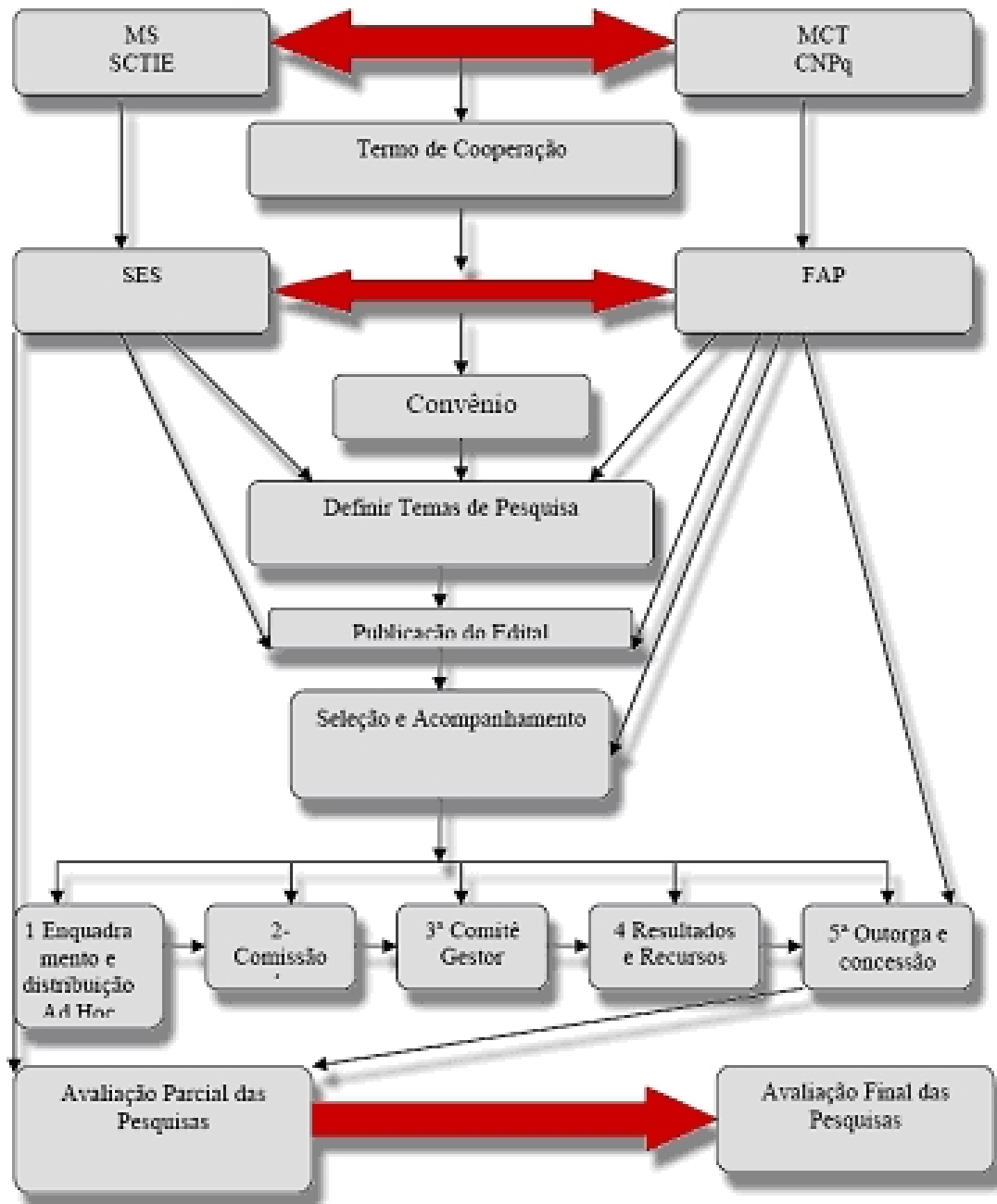
4.1 FLUXOGRAMA DO PROGRAMA PESQUISA PARA O SUS: GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE – PPSUS

O fluxograma foi elaborado para permitir a visualização do processo de operacionalização do Programa e demonstrar a necessária cadência integrativa entre atores e instituições para sua execução.

A figura 1 buscou demonstrar, de forma sintética, o fluxograma do programa, desde a assinatura do Termo de Cooperação entre os Ministérios da Saúde e da Ciência e Tecnologia, passando pelo estabelecimento do convênio entre as esferas federal e estaduais, até o processo final de cada convênio, que é o acompanhamento e a avaliação das pesquisas, seguidos da devida prestação de contas.

Pretendeu-se, com esse desenho esquemático, oferecer uma visão rápida do fluxo operacional do Programa e, com isso, favorecer uma primeira aproximação com a teoria do PPSUS, o que permitiria acessar informações complementares que auxiliaram na construção do Modelo Lógico.

Figura 1 - Fluxograma do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS



4.2 FLUXO MACRO-ORGANIZACIONAL E OPERACIONAL DO PPSUS

O diagrama abaixo (Figura 2) é produto de várias leituras do *Documento de Diretrizes Técnicas do PPSUS* (DDTP). Identificaram-se, a partir desse documento-base, todas as informações importantes que permitem a visualizar e delimitar a atuação de cada um dos atores parceiros do Programa.

Além de demonstrar as competências de cada uma das instituições envolvidas no Programa e as ações que cada uma das partes desenvolve, o objetivo de sua elaboração foi o de identificar os subsídios que permitissem a construção da teoria subjacente ao PPSUS. Objetivo que pode ser considerado alcançado.

Observa-se, no fluxograma organizacional e operacional do PPSUS, que as atividades desenvolvidas pelos gestores do Programa são encadeadas e interdependentes. Portanto, esses os atores devem participar de todas as etapas previstas, que compreendem desde a definição de prioridades de pesquisa em saúde até a promoção da incorporação dos resultados. Esse processo contempla toda a cadeia de etapas de seleção de projetos e de acompanhamento e avaliação das pesquisas.

Sua elaboração e análise permitiram a identificação dos componentes essenciais do Programa, tanto para descrever o contexto organizacional quanto o operacional. Após sua conclusão, a partir de análise crítica, tornou-se possível definir alguns pontos considerados importantes, sejam os aspectos mais positivos, sejam os aspectos negativos.

Como pontos positivos, registram-se a existência de minuciosa descrição sobre como as etapas do Programa devem ser realizadas e o que compete a cada uma das instituições parceiras gestoras do Programa executar.

Um segundo aspecto a ser mencionado diz respeito ao fato de que constam como anexos ao *Documento de Diretrizes Técnicas do PPSUS* os seguintes documentos: 1. modelo de edital padrão para seleção de projetos de pesquisa nos estados; e 2. instrumentos para avaliação dos projetos de pesquisa em fase de seleção para consultores *ad hoc*, tanto para serem aplicados no

momento da seleção de projetos quanto no momento da avaliação das pesquisas contratadas.

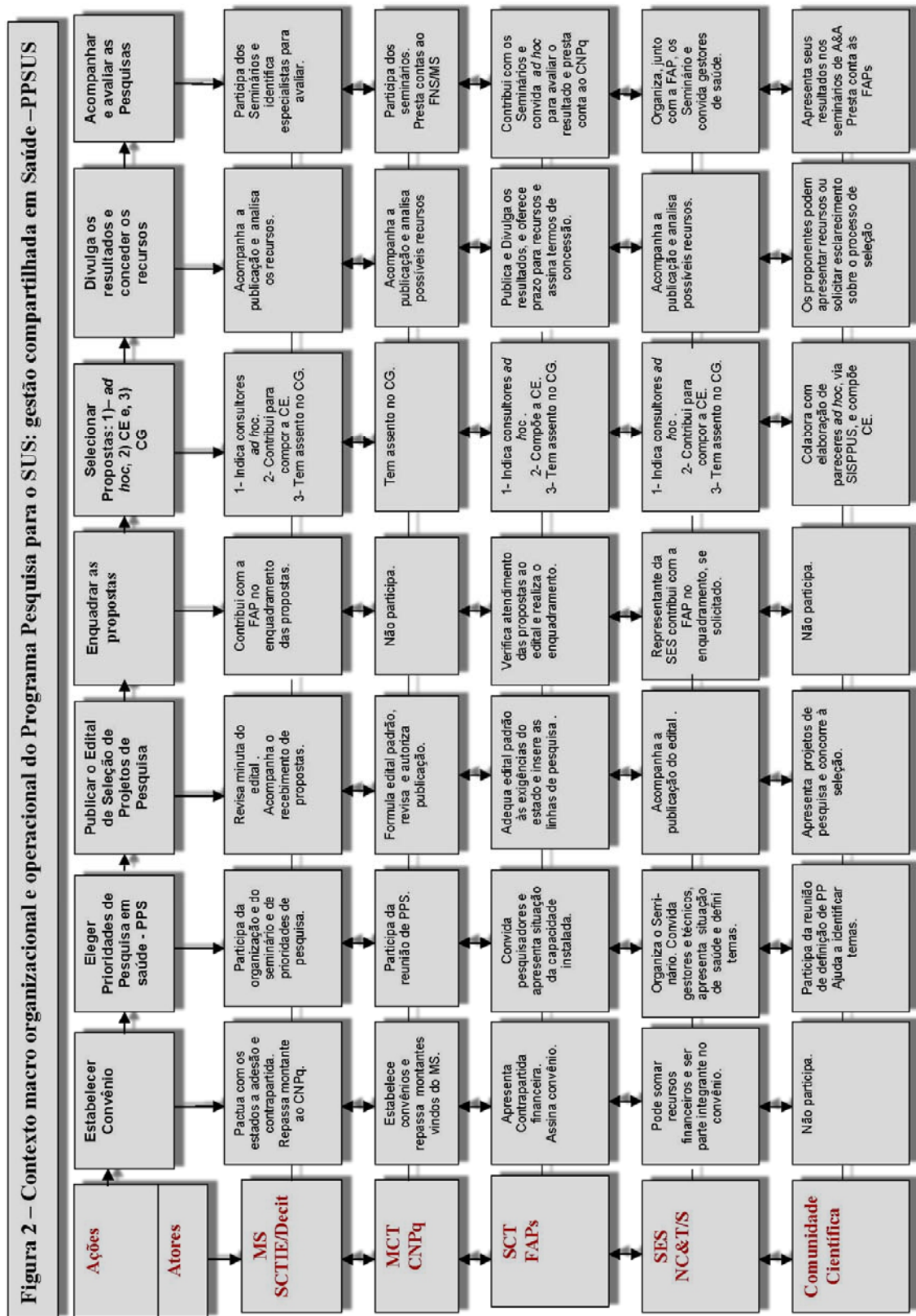
Ele demonstra a existência de comitês gestores estaduais, o que permite o compartilhamento de ações e de decisões, e, ainda, de repartir responsabilidades da gestão entre as esferas estaduais e federal. Esses fatores permitem supor que o Programa atua na forma compartilhada de gestão, não apenas no que se refere à divisão de tarefas, mas também no processo de tomada de decisão político-administrativa. Porém, não está claro em que medida cada estado responde a essas questões.

Quanto aos aspectos negativos, foi possível perceber que o documento de referência não explicita mecanismos sobre como monitorar a execução das etapas previstas para a operacionalização do Programa por parte das instituições parceiras. Não apresenta, também, mecanismos para dirimir os impactos negativos decorrentes do não cumprimento das etapas no período de tempo previsto. Pôde-se observar que os instrumentos de avaliação propostos são os mesmos para todas as etapas de seleção e de avaliação e não expressam adequadamente as questões contidas no formulário de submissão de projetos. Essa situação poderia prejudicar os avaliadores no processo do preenchimento dos formulários de avaliação.

Outro aspecto importante relaciona-se ao fato de que o documento-padrão não apresenta distinção operacional para os estados. Isso permite pressupor que todos os estados brasileiros teriam as mesmas condições de execução de atividades, o que provavelmente não ocorreria com facilidade se fossem consideradas as distintas realidades e contextos onde o PPSUS se insere.

O exercício de descrever o contexto macro-organizacional e operacional do PPSUS em um fluxograma permitiu visualizar, por meio das atividades previstas e das competências dos atores envolvidos, alguns dos elementos que, naturalmente, podem ser caracterizados como componentes fundamentais para o Modelo Lógico.

Figura 2 - Contexto macro organizacional e operacional do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS



4.3 MODELO LÓGICO DO PPSUS

O Modelo Lógico ora apresentado, visualizado na Figura 3, não sofreu alteração importante no percurso entre o envio aos especialistas convidados para a construção do consenso e a fase posterior à realização da assembléia.

A proposta do Modelo Lógico expressa a teoria subjacente ao PPSUS e propiciou à construção da sua Matriz de Medidas Avaliativas e encontra-se conformado da seguinte maneira:

Na primeira linha do modelo encontram-se identificados seus componentes, os quais representam os pilares para a implantação do PPSUS. São eles: 1. *gestão compartilhada*; 2. *aproximação entre os sistemas de saúde e de ciência e tecnologia*; 3. *financiamento e sustentabilidade do Programa*; 4. *prioridades de pesquisa e seleção de projetos*; 5. *acompanhamento e avaliação das pesquisas*; e 6. *desenvolvimento da capacidade regional de pesquisa*, que se encontra referida na primeira linha do diagrama do Modelo Lógico (Figura 3).

As linhas segunda, terceira, quarta e quinta do modelo representam os elementos do Programa, compostos por suas respectivas atividades. Esse conjunto de componentes, elementos e atividades representam a teoria do PPSUS expressa no Modelo Lógico.

Em relação aos componentes, a relevância da *Gestão Compartilhada* é precípua por se tratar de pactuação de responsabilidades entre os principais agentes do Programa. Esse modo de atuar foi proposto pela coordenação nacional do Programa (Decit) no momento de sua concepção, e foi pactuado com os demais parceiros institucionais. Tem como objetivo operar no modelo de compartilhamento das ações, de forma descentralizada e regionalizada, desenvolvendo ações integradas entre os dois sistemas em que o Programa se insere. Foi definido na expectativa de contribuir para a efetividade e eficiência do Programa.

No componente *Aproximação dos Sistemas de Saúde e de Ciência e Tecnologia Estaduais*, o objetivo é promover a aproximação entre esses distintos sistemas com vistas à produção de conhecimento direcionado às necessidades

apresentadas pelo SUS. Essas estão direcionadas às questões sócio-sanitárias da população e aos problemas de gestão do sistema de saúde. Esta aproximação subsidia a construção de prioridades de pesquisa pelos gestores e pesquisadores estaduais, considerando-se a capacidade instalada e a vocação regional de pesquisa, o que contribui para otimizar esforços, recursos financeiros e humanos existentes nos dois sistemas e ainda contribui para a não sobreposição de ações e financiamentos.

Esta construção possibilita a aproximação entre a academia e os serviços de saúde e contribui para a expansão do desenvolvimento científico e tecnológico em saúde nos estados, ampliando-se a visão sobre a importância do processo de seleção de temas de pesquisa. Essa aproximação permite ainda maior compreensão por parte dos grupos de pesquisa/pesquisadores e de gestores de saúde sobre o que é necessário pesquisar para responder às lacunas de conhecimento existentes que necessitam ser investigadas. Dessa forma, é possível produzir resultados que causem impacto sobre a saúde do maior número possível de pessoas e de financiar pesquisas que venham ao encontro das necessidades estaduais e locais.

No componente *Financiamento e Sustentabilidade do Programa*, o objetivo é induzir e expandir o financiamento de pesquisas em saúde para todo o território brasileiro, alavancando outras fontes de recurso financeiro. Com isso, torna-se possível contribuir para institucionalizar o Programa nas duas esferas de governo, inserindo-o nas agenda política das autoridades sanitárias nacional e estaduais.

A parceria no financiamento amplia o comprometimento político e administrativo dos gestores e o incremento financeiro do Programa, agrega a adesão qualificada às etapas estabelecidas no Programa e o aprimora às diretrizes pactuadas.

O processo de pactuação revisitado pelo compromisso assumido gera a necessidade de realizar as etapas propostas para contratação de pesquisa de forma rápida e eficaz. Esse compromisso favorece e fortalece a etapa de seleção e contratação de projetos.

O componente *Prioridade de Pesquisa e Seleção de Projetos* compreende onze etapas distintas, conforme foi anteriormente descrito na Introdução, sendo que todas elas são igualmente importantes. Destacam-se, porém, três delas que foram identificadas como as mais relevantes e estruturantes para as demais.

A primeira diz respeito à eleição de temas prioritários de pesquisa; a segunda, à contratação das pesquisas e à concessão dos recursos ao coordenador proponente; e a terceira, ao acompanhamento e à avaliação das pesquisas.

A eleição de temas prioritários de pesquisa tem demonstrado ser um dos momentos mais importantes do processo de contratação de pesquisas. É pertinente porque visa selecionar projetos de pesquisas em saúde em todas as unidades federadas, baseando-se em critérios de seleção estabelecidos nos fóruns nacionais e nas recomendações internacionais. Esse aconselhamento ocorre como forma de subsidiar os governos nacionais a selecionarem temas com alto potencial de contribuição para os problemas de saúde que afetam a maior parte da população e que não dispõem de conhecimento para sua solução. Estimula-se que os sistemas locais se organizem para investir em temas de pesquisa que são característicos dos países mais pobres e não estão na pauta de investigação dos países desenvolvidos.

A segunda é a contratação das pesquisas e a concessão de recursos ao coordenador do projeto. Espera-se que os recursos sejam repassados, de forma ágil, tanto do nível federal para o estadual quanto do estado para os pesquisadores, respeitando-se o prazo estabelecido nos editais. Vale lembrar que tão importante quanto selecionar as pesquisas com critérios previamente estabelecidos é contratar e repassar os recursos com agilidade. Realizar de forma coerente o que foi proposto e publicado no cronograma do edital coloca o Programa em situação favorável diante do desafio que é o processo de acompanhamento e avaliação das pesquisas. Trata-se de um procedimento que exige muita disciplina e firmeza, pois o gestor deve ser um facilitador da realização da pesquisa como passo inicial para acompanhar e avaliar os projetos aprovados, buscando-se o resultado que se espera em forma de produto de pesquisa.

No componente *Acompanhamento e Avaliação das Pesquisas*, o foco da análise ocorre em duas etapas, parcial e final. Na análise parcial, pretende-se contribuir para o cumprimento dos objetivos propostos na pesquisa e promover a aproximação entre serviços, gestores de saúde e pesquisadores. Visa ainda estabelecer parcerias interinstitucionais e promover o acesso ao contexto real do objeto de pesquisa realizada pelas instituições. Na avaliação final, o resultado da pesquisa torna-se o objeto de análise com vistas à sua incorporação no SUS. Nesse aspecto, faz-se necessária a implementação do monitoramento constante das atividades para que os objetivos do programa possam ser alcançados.

A emergência de se incorporar a cultura da avaliação e sua importância como instrumento de gestão qualificado para o desempenho da administração pública amplia o interesse dos gestores de saúde sobre os resultados de pesquisas.

A aplicação dos resultados encontrados para promover a qualificação da gestão do SUS é uma das alternativas para responder e superar o impacto que algumas doenças e agravos causam ao Sistema e à saúde das pessoas. Portanto, acompanhar e avaliar o processo são estratégias fundamentais para promover a incorporação dos resultados dos estudos ao Sistema, sempre que isso for indicado.

No processo de avaliação, um dos aspectos apontados para a consolidação do PPSUS consiste em mensurar sua contribuição para diminuir as desigualdades regionais no campo da ciência, tecnologia e inovação em saúde.

No componente *Desenvolvimento da Capacidade Regional de Pesquisa*, o objetivo é contribuir com o aprimoramento da base científica e tecnológica. Essa estratégia visa à promoção da desconcentração regional de recursos financeiros e ao aumento da capacidade produtiva, científica e tecnológica local.

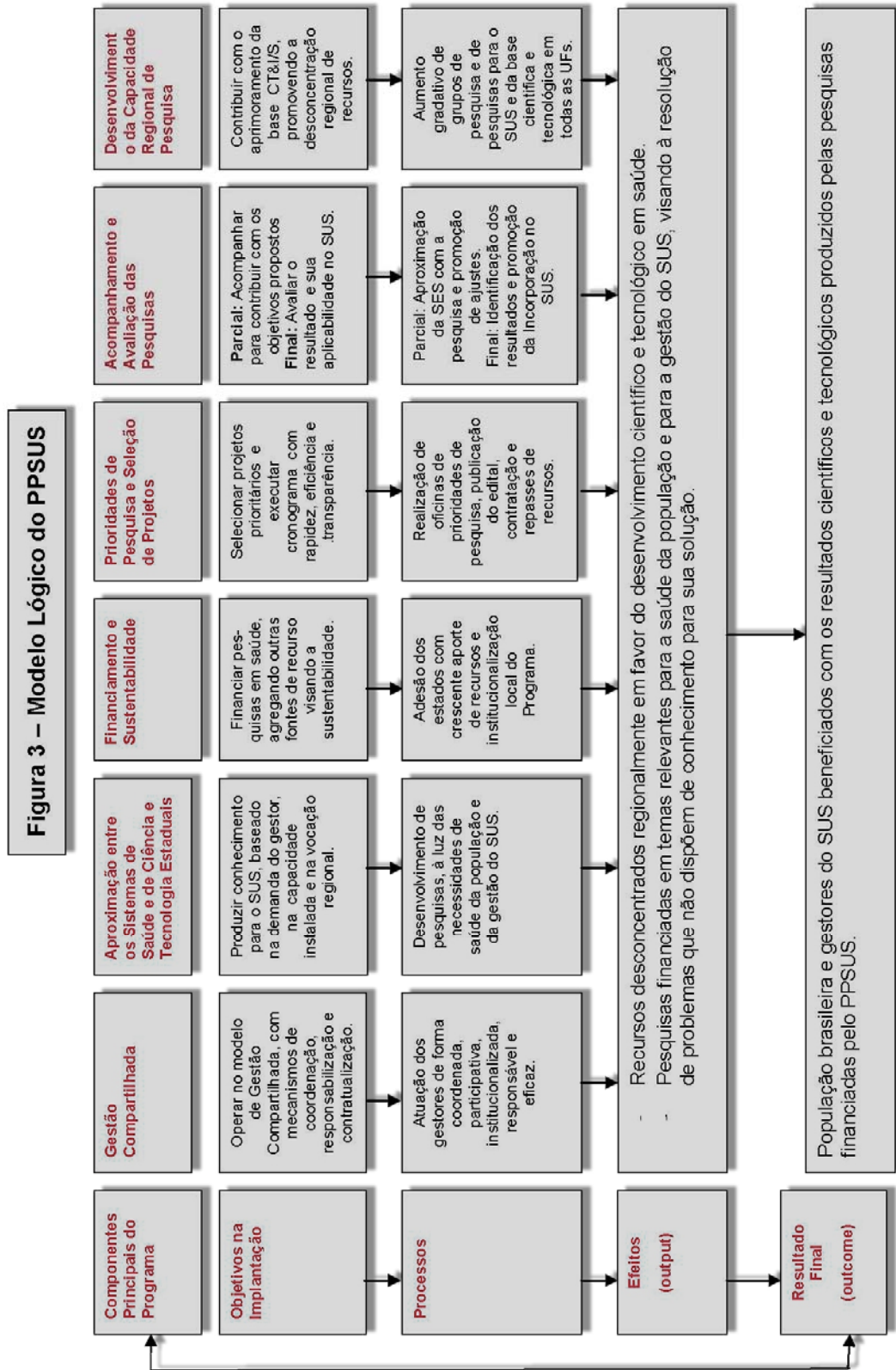
No Brasil, esse componente justifica-se em virtude da desigualdade social e econômica entre os estados mais ricos e os mais pobres, o que acaba se refletindo no campo da produção científica, no número de mestres e doutores e de publicações científicas, por exemplo. Paralelamente a isso, existe ainda a problemática de que no Brasil, face às suas dimensões territoriais, as doenças e os agravos predominantes numa determinada região não se repetem

necessariamente nas outras. Isso traz certo desinteresse, por parte de alguns pesquisadores de grandes centros de pesquisa, em produzirem conhecimento voltado para regiões e populações especiais.

A ausência do setor privado no campo da pesquisa em saúde também não é novidade, uma vez que o governo é o maior financiador no campo. Esses fatos justificam que as autoridades sanitárias coloquem na agenda pública o tema da ciência, tecnologia e inovação em saúde e busquem, por meio de fomentos, induzir e financiar a produção científica brasileira nos níveis regionais.

Em resumo, os componentes do Modelo Lógico se conectam e dialogam entre si e com os demais elementos que o compõem. A gestão compartilhada originará a aproximação entre os sistemas de ciência e tecnologia e de saúde, que, por sua vez, impulsionam o financiamento de pesquisas e constroem elementos para promover sua sustentabilidade. O incremento financeiro contribui com a consolidação do Programa, com o aumento do número de grupos e de pesquisa em saúde, o que ratifica a necessidade de acompanhamento e avaliação do fomento. Esse conjunto de componentes fortalece o desenvolvimento da capacidade regional em ciência e tecnologia, e possibilita que os resultados produzidos confluem para as necessidades locais de saúde.

Figura 3 – Modelo Lógico do PPSUS



4.4 MATRIZ DE MEDIDAS AVALIATIVAS DO PPSUS

Com base na revisão da literatura especializada, na Matriz de Indicadores produzida pelo Decit, no desenho do fluxo do contexto macro-organizacional e operacional e no Modelo Lógico utilizado como marco norteador, foi elaborada a matriz referência de medidas avaliativas (Anexo II), contendo os Critérios/Indicadores de avaliação do Programa. Essa matriz, assim como o Modelo Lógico, foi objeto da Conferência de Consenso realizada em 26 de fevereiro de 2008, em Brasília-DF. Participaram desse evento 21 pessoas, representantes de Fundações de Amparo à Pesquisa e Secretarias de Saúde dos estados, do Ministério da Saúde e do CNPq.

Conforme descrito na metodologia, os indicadores contidos nas dimensões receberam nota de zero a dez, para que fosse medida a importância de cada critério. Para todos, foram calculados a média aritmética e, em seguida, o desvio-padrão. A intenção dessa modelagem foi observar a concentração e a dispersão dos indicadores e poder visualizar, de forma rápida, como os indicadores se comportavam estatisticamente (Anexo III). A estruturação desse instrumento compreendeu os eixos de análise *Estrutura, Processo e Resultados*²⁸, de modo que cada um desses eixos fosse composto por um conjunto de dimensões que, sinergicamente, respondem aos componentes do Modelo Lógico, base de sua construção. Essa coesão interna, entre os instrumentos, permitiu a identificação, definição e descrição de critérios e de indicadores, adaptados das fontes já assumidas na metodologia, e encontram-se sistematizados nos quadros dispostos na seqüência.

Os eixos *Estrutura, Processo e Efeitos/Resultados* contemplam, de forma sistêmica, os aspectos referentes ao desenvolvimento do Programa. Também buscam identificar, no processo de implantação da intervenção, quais são as

²⁸ Optou-se por essa estruturação de classificação desenvolvida por Donabedian, que concebeu a tríade "estrutura-processo-resultados", a partir do referencial teórico sistêmico. O autor propôs inicialmente esta tríade, preocupado em avaliar a qualidade do cuidado médico em saúde. Para ele, o eixo "estrutura" corresponderia às características relativamente estáveis dos seus provedores, aos instrumentos e recursos, bem como às condições físicas e organizacionais; o "processo" corresponderia ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes; e os "resultados" seriam as mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes que pudessem ser atribuídas a um cuidado prévio, as mudanças relacionadas com conhecimentos e comportamentos e a satisfação do usuário decorrente do cuidado prestado (DONABEDIAN, 1980b; VIEIRA-DA-SILVA, 1992).

variáveis que interferem no seu desenvolvimento operacional e político e que influenciam no alcance dos objetivos propostos pelo PPSUS.

Busca-se verificar, dentro de cada eixo, as seguintes dimensões: Condição para Implementação, Capacidade Instalada no País, Investimento Financeiro, Dinâmica Gerencial, Adequação dos Instrumentos e Tecnologias, Execução dos Convênios e Editais, Desempenho Institucional, Governança, Participação Social, Indução, Caracterização do Financiamento, Perfil do Coordenador da Pesquisa, Perfil da Pesquisa, Perfil das Instituições, Desenvolvimento da Capacidade de Pesquisa Instalada, Inovação Tecnológica e Produção de Insumos e Regularidade com que os Recursos são Repassados aos Estados.

Cada uma dessas dimensões e Critérios/Indicadores foi desenvolvida orientada pelo Modelo Lógico. Todos estão, portanto, intrinsecamente interligados aos componentes desse modelo, o que expressa a coerência e a consistência dos instrumentos construídos. Para cada dimensão, dentro de cada um dos eixos de análise, apresentam-se comentários sobre sua relevância e mensurabilidade, demonstrando sua pertinência para medir a implantação do Programa, seus resultados e o alcance dos objetivos propostos.

O Eixo *Estrutura* está composto pelas seguintes dimensões: Condição para Implementação, Capacidade Instalada no País e Investimento Financeiro, que atendem à dimensão Gestão Compartilhada.

A *Condição para Implementação* justifica-se em função da necessidade de existência de condições favoráveis para implementação do Programa. Pelo modelo construído, essa dimensão pressupõe que os atores institucionais que o gerenciam atuarão de forma cooperativa e compartilharão todas as etapas necessárias para sua efetivação. O primeiro passo para isso é a pactuação formal entre todas as instituições que o gerenciam, o que se dá pela adesão aos convênios e publicações de editais. Faz-se necessário que os estados tenham instância formal de ciência e tecnologia e grupos de pesquisa atuantes; que sejam garantidos, pela Secretaria de Ciência e Tecnologia ou Fundação de Amparo à Pesquisa, recursos financeiros que figurem como contrapartida estadual. Outro aspecto importante é a existência, na Secretaria Estadual de

Saúde (SES), de um núcleo de ciência e tecnologia ou área similar, que possa representá-la no Comitê Gestor. O resultado dessa aproximação potencializa o estabelecimento de ambiente favorável ao desenvolvimento do Programa.

A dimensão *Capacidade Instalada de Pesquisa no Brasil* é fundamental para que possam ser obtidas informações sobre os grupos de pesquisa que estão atuando junto ao setor saúde, o percentual existente de pesquisadores com titulação de mestre ou doutor no conjunto dos grupos identificados, o número de instituições de ensino e pesquisa em saúde e a base tecnológica existente no nível local. Essas informações permitem melhorar a adequação do processo de seleção de projetos e de contratação de pesquisas, pois se consideram os problemas de saúde identificados nos estados que necessitam produzir conhecimento que contribua para a solução dos problemas locais de saúde.

Na dimensão *Investimento Financeiro*, os critérios de análise deverão responder às questões sobre a existência de dotação orçamentária para desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, por parte da SES ou de instituição a ela vinculada. Em caso positivo, como se tem dado a execução dos recursos financeiros frente ao orçamento programado. Em função do modelo de funcionamento, faz-se necessário identificar o percentual investido por cada fonte financiadora, em uma escala temporal, para que seja possível avaliar o progresso do Programa desde a etapa de sua implantação e como está o nível de adesão dos parceiros.

No Eixo *Processo*, busca-se compreender em que medida o Programa está adequado às normas estabelecidas para atingir os resultados esperados, verificar a situação das relações intersetoriais, interinstitucionais, interpessoais e organizacionais. Nele estão contidas as dimensões: Dinâmica Gerencial, Adequação dos Instrumentos e Tecnologias, Execução dos Convênios e Editais, Desempenho Institucional, Governança, Participação Social e Político-institucional.

A evolução de um Programa está diretamente ligada ao fato de que o gestor deve ser pró-ativo e estar atento às normas estabelecidas no sentido de executá-las em tempo hábil e com competência. O *Desempenho Institucional* e a *Dinâmica Gerencial* contribuem para agregar parceiros e alavancar recursos,

construindo condições que contribuam para a sustentabilidade do Programa e o estabelecimento de qualidade da gestão administrativa. Um fator determinante está direcionado para aferir em que período as instituições gestoras demonstram maior ou menor atenção à execução dos prazos estabelecidos nos editais. Isso inclui o tempo em que conseguem homologar as etapas de seleção e conceder recursos para execução dos projetos aprovados. Obter essas medidas possibilita conhecer se os tempos estabelecidos estão adequados e a não-execução desvelará os entraves institucionais que atrapalham o desempenho dessas instituições. Apontam, inclusive, os motivos que levaram a lentos repasses financeiros e como estão sendo cumpridos os cronogramas estabelecidos.

A dimensão *Adequação dos Instrumentos e Tecnologias* representa condição fundamental para o processo de desenvolvimento do PPSUS, pois os instrumentos adequados permitem a realização de seleção e contratação de pesquisas apropriadas para atender ao SUS. Permitem, ainda, que sejam identificados problemas de rota, ou seja, problemas que aparecem no decorrer do desenvolvimento seja do programa, no que diz respeito aos seus aspectos operacionais e administrativos, ou das pesquisas em desenvolvimento, no que diz respeito a ajustes metodológicos para potencializar o alcance do resultado proposto. Outros instrumentos constituídos por perguntas pertinentes favorecem a contratação de pesquisas prioritárias para o SUS, pois permitirá aos *ad hoc* julgarem com maior propriedade os projetos submetidos e possibilitaria ao gestor opinar sobre a aplicabilidade de uma pesquisa no contexto SUS. Outro instrumento importante é a existência e utilização de sistemas informatizados, a identificação de sua existência, o que pode contribuir para a análise sobre o cumprimento dos prazos, tempo decorrido para avaliação dos protocolos e a concessão dos recursos.

A *Execução dos Convênios e Editais* é de responsabilidade das instituições gestoras, que os realiza em espaços muito variados de tempo. O monitoramento de sua execução permitirá a visualização das dificuldades existentes e poderá apontar soluções para superá-las. Outra questão importante e passível de mensuração é constatar ou não a existência da prática de elaboração de relatórios parciais e finais relacionados ao desenvolvimento dos convênios e dos editais. Isso permitiria, ou não, um monitoramento mais

constante das ações desenvolvidas e, além disso, sua análise favoreceria a possibilidade de encontrar os gargalos existentes no processo de contratação e acompanhamento do Programa e buscar alternativas para vencê-las.

A análise da dimensão *Governança* permitiria demonstrar a qualidade da implementação do PPSUS, considerando a capacidade que os parceiros têm de coordenar e implementar políticas públicas de forma compartilhada. Dessa forma, seria possível inserir todos os atores no processo de tomada de decisão, atuando com responsabilidade social para buscar a disseminação do conhecimento gerado e a sua aplicabilidade no SUS. A *Governança* está intrinsecamente ligada à autonomia das instituições e ao estabelecimento de pactos contratuais que dependem de articulação intergovernamental.

No que se refere ao SUS, sua histórica construção e a forma descentralizada de funcionamento, as dimensões *Político-institucional* e *Participação Social* devem ser averiguadas com o objetivo de perceber a forma como um programa, no caso o PPSUS, se insere na pauta dos conselhos estaduais e municipais de saúde. Verifica-se, ainda, como se dá a discussão relacionada ao programa na câmara técnica de ciência e tecnologia do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS.

Outro fato concorrente é a necessidade de se verificar se a comunidade científica e o controle social estão inseridos nas reuniões realizadas para efetuar a priorização dos temas que serão objeto dos editais, de que forma essa inserção ocorre e ainda como são incorporadas as demandas provenientes desses segmentos. Sua relevância é justificada porque a identificação da existência dessa articulação representa maior capilaridade do Programa nas secretarias estaduais e municipais de saúde. Outro aspecto importante é medir a existência ou não da participação social no processo de consolidação do Programa. Por motivos diferentes, tanto os usuários do SUS como a comunidade científica deveriam estar muito próximos do Programa. Os primeiros porque são usuários em potencial dos produtos das pesquisas realizadas e conhecem boa parte dos problemas de saúde que os acometem. Os outros são potenciais executores de pesquisa sobre temas relevantes para o estado.

No Eixo *Efeitos e Resultados*, busca-se verificar se os resultados identificados correspondem aos inicialmente esperados. Isto é, é preciso checar se os objetivos propostos pelo Programa estão sendo atingidos. Nesse eixo se inserem as dimensões: Indução, Caracterização do Financiamento, Perfil do Coordenador da Pesquisa, Perfil das Pesquisas, Perfil das Instituições, Desenvolvimento da Capacidade de Pesquisa Instalada, Inovação tecnológica e Regularidade com que os Recursos são Repassados ao Programa e Cobertura.

O potencial de indução do governo federal, através de compra e fornecimento de insumos e serviços, é reconhecido. Porém, no âmbito do Programa, não se conhece de que forma isso ocorre. O PPSUS financia projetos de pesquisa em saúde visando atender as necessidades de pesquisa locais, porém não deve fazê-lo de forma dissociada do que preconiza a política de C&T e da ANPPS. Mensurar essa dimensão significa aferir em que medida os temas da ANPPS vêm sendo atendidos e permite verificar se a demanda bruta²⁹ de projetos frente à demanda qualificada³⁰ responde as prioridades estabelecidas nos editais.

A dimensão *Caracterização do Financiamento* representa um desafio que precisa ser respondido: verificar os projetos financiados por elemento de despesa, por fonte de financiamento e por fonte de edital. Tem como implicação que é possível reconhecer os efeitos transversais que o programa pode estar trazendo, pois a existência de financiamento para bolsas reflete-se no aumento de mestres e doutores nos estados.

O reconhecimento do *Perfil do Coordenador da Pesquisa*, do *Perfil das Pesquisas* e das *Instituições* que vêm sendo atendidas pelo Programa permite refletir sobre os novos investimentos que serão alocados. Isso torna possível a identificação da capacidade instalada de pesquisa e contribui para a construção das oficinas de prioridades de pesquisa e para melhorar a identificação de temas que podem ser financiados no estado.

²⁹ Por demanda bruta compreende-se o conjunto de projetos de pesquisa submetidos ao edital publicado que ainda não passaram por nenhum processo de avaliação para verificar se atendem aos pré-requisitos estabelecidos no edital.

³⁰ Por demanda qualificada compreende-se o conjunto de projetos de pesquisa submetidos ao edital publicado que atenderam aos pré-requisitos estabelecidos, passaram pela fase de análise e alcançaram o teto orçamentário previsto para aplicação no edital.

A mensuração do componente *Desenvolvimento da Capacidade de Pesquisa Instalada* significa reconhecer em que medida o Programa está contribuindo para o desenvolvimento regional na área de ciência e tecnologia. Isso se torna possível através da identificação do número de mestre e doutores, de artigos científicos em saúde publicados, se houve mudança na deserção do número de doutores e mestres nos estados ou por região, e a existência de patentes registradas, através de financiamento obtido junto ao PPSUS.

É preciso que se identifique se o Programa está gerando inovação tecnológica, pois, a partir disso, a intervenção do governo deverá ocorrer, enfocando a disseminação desse conhecimento e a promoção da incorporação do mesmo ao SUS. Esses resultados são importantes, pois foram produzidos por meio da aplicação de dinheiro público e devem ser devolvidos à sociedade.

A Dimensão *Cobertura* visa verificar como o Programa se distribui geograficamente, ou seja, em quantos e quais estados ele se inseriu, quais e quantas são as instituições beneficiadas por região.

4.4.1. Os pontos de dissenso e de consenso

Apresentadas as dimensões e justificadas as respectivas pertinências, fatos que fizeram com que se compusesse a matriz de critérios e indicadores para avaliar o PPSUS, o passo seguinte foi realizar a modelagem estatística da matriz que continha as contribuições dos especialistas convidados para participarem do processo de validação do instrumento.

Todas as dimensões propostas e submetidas aos participantes da Conferência de Consenso foram aceitas. Apenas uma modificação foi realizada na matriz, no que diz respeito às dimensões. A dimensão *Produção de Insumos* foi excluída face ao fato de que ela era composta por apenas um indicador, *Produção de novas tecnologias pelas pesquisas financiadas pelo Programa*, que foi contemplado dentro da dimensão *Inovação Tecnológica*.

Como a metodologia previa na primeira fase da construção do consenso, os especialistas preencheram a matriz considerando que a linha de corte para

exclusão do critério/indicador seria média igual ou inferior a sete, e o consenso seria identificado pelo desvio-padrão igual ou inferior a três.

As médias aritméticas e os desvios-padrão mostraram o grau de concentração e a baixa dispersão dos critérios e indicadores. De um total de 107 critérios e indicadores propostos, 12 se caracterizaram como de baixo grau de importância, pois estavam abaixo da média. São eles: 7.7, 10.6, 11.1, 11.2, 11.4, 11.5, 12.1, 13.9, 14.3, 15.3, 18.1, 19.3 (vide Anexo III).

Se considerássemos o corte para o desvio-padrão igual ou maior a três, nenhum critério seria excluído por ausência de consenso, porém a assembléia propôs que se avaliasse o corte para desvio-padrão menor ou igual a dois. A idéia era que com desvio igual ou menor a dois, poderia haver uma maior concentração dos dados, o que diminuiria o intervalo e daria mais consistência ao consenso.

Com essa nova modelagem, observou-se que quatro critérios e indicadores que haviam sido identificados como de baixa importância, também se enquadravam como não consensuais. São eles: 7.7, 11.1, 12.1 e 15.3. Outros critérios e indicadores apresentaram desvio-padrão maior que dois e menor que três. São eles: 1.6, 3.3, 4.6, 5.6, 5.7, 5.10, 5.11, 5.12, 7.3, 14.4, 14.5, 14.7, 15.3 e 18.3 (vide Anexo III).

Somando-se esses critérios, teríamos um total de 26 que, seja por baixa importância ou baixo grau de consenso, estariam fora da discussão. Seria a reunião presencial com os especialistas que ratificaria ou não a exclusão definitiva desses critérios.

A metodologia proposta para o trabalho de grupo presencial estabeleceu que a discussão se desse por eixo temático (*Estrutura, Processo, Resultado*), compreendendo os critérios e indicadores propostos para cada dimensão.

Na assembléia de consenso ocorreu que, após a apresentação do que foi sistematizado como produto da primeira fase da conferência, o grupo constatou que a maioria dos critérios e indicadores excluídos se deu pelo desentendimento do que se pretendia medir e não pela importância do conteúdo, o que se caracterizou como se o texto estivesse pouco claro. Diante disso, os critérios que poderiam já estar excluídos foram incluídos na pauta de discussão.

Dos 107 Critérios/Indicadores inicialmente propostos, após discussão realizada ao longo do dia, estabeleceu-se por consenso que nove seriam descartados (Quadro 1), e optamos por justificar o motivo pelo qual cada um desses foi descartado. Dos 98 restantes, 11 foram reformulados, buscando-se dar mais clareza ao que se deseja medir (Quadro 2); dois novos critérios foram criados para atender a uma nova dimensão – *Participação Social* (descrita no Quadro 3). 87 critérios representam o produto do consenso estabelecido entre os especialistas participantes (Quadro 4), o que se deve entender como que contendo os que foram reformulados.

Na seqüência, estão apresentados os quadros citados, sendo que os três primeiros contêm as respectivas explicações que lhes cabe. No quadro 4, na busca por oferecer um produto mais completo possível, optou-se por completar a matriz de medidas consensuada, e apresentar os parâmetros de medidas que se sugere para uso. Indicam-se, ainda, as respectivas fontes de informação que compreendidas como as mais adequadas para acessar os dados que se quer avaliar.

Quadro 1 - Critérios/Indicadores de análise excluídos pela ausência de consenso

Dimensões, Critérios e Indicadores para análise do Eixo <i>Processo</i>
<p>5 – Adequação dos instrumentos e tecnologias</p> <p>5.12 – Existência de mecanismos/cláusulas contratuais que prevejam aditivo ao convênio</p> <p>Justificativa: O CNPq garante tais mecanismos/cláusulas no escopo do convênio assinado entre as partes.</p>
<p>6 – Execução dos Convênios e Editais</p> <p>6.1 – Caracterização das dificuldades existente no processo de seleção</p> <p>Justificativa: Num primeiro momento, propôs-se a mudança do texto para “dificuldades identificadas no processo de seleção”. Como o item anterior, foi avaliado também como de pouca relevância, pois uns conjuntos de outros indicadores propostos podem levar à resposta.</p>
<p>7 – Desempenho Institucional</p> <p>7.6 – Satisfação dos parceiros, gestores do Programa</p>

Justificativa: Difícil medida e pode ser aferido nos encontros anuais do Programa.

8 – Governança

8.6 – Avaliação da relevância do papel das instituições parceiras em relação à operacionalização, financiamento e sustentabilidade do Programa

Justificativa: Excluído pelo entendimento de que apesar de não se questionar a importância desse quesito, ele só poderá ser medido pela análise de um conjunto de indicadores, e esses já estão previstos em outros componentes da matriz.

8.8 – Existência e tipo de mecanismos e instrumentos para prestação de contas

Justificativa: Excluído por se tratar de questão já contemplada nas normas do CNPq e são integrantes do convênio assinado entre as partes.

Dimensões, Critérios e Indicadores para análise do Eixo *Efeitos/Resultados*

12 – Perfil do Coordenador da Pesquisa

12.1 – Proporção de projetos financiados por gênero do coordenador

Justificativa: Entendeu-se como não importante para o que se quer medir com a avaliação planejada.

15 – Desenvolvimento da Capacidade de pesquisa instalada

15.3 – Produção regional científica em saúde, distribuídos por idade ou sexo

Justificativa: Idem ao anterior.

18 – Regularidade com que os recursos são repassados ao Programados

18.4 – Critérios de definição dos montantes anuais, referentes à contrapartida estadual, estabelecidos em convênio

Justificativa: O critério não atende a essa dimensão 18.

19 – Cobertura

19.3 – Proporção de instituições contempladas, por UF, frente ao número global registrado como instituição de vínculo do pesquisador coordenador do projeto de pesquisa

Justificativa: Entendeu-se como não importante porque contém diversas variáveis num só texto, o que complexifica a definição de uma medida e também já está contemplado em outros critérios.

O quadro 2 representa o conjunto de critérios que foram excluídos pela conferência, em função de terem sido reformulados, seja porque mais de um critério foi incorporado num outro, ou porque já se encontravam contemplados em outras dimensões.

Desse modo, pode-se afirmar que esses critérios se comportaram de forma coesa com pouca dispersão, respondendo de forma positiva à modelagem estatística e também à discussão de consenso. A supressão desses itens não trouxe nenhum prejuízo ao conjunto proposto, uma vez que esses Critérios/Indicadores que se propunham medir foram preservados em outros Critérios/Indicadores já formulados.

Quadro 2 - Critérios/Indicadores de análise excluídos pelo grupo de consenso em função de formulação de nova redação ou por ter sido identificado como contemplado em outra dimensão

Dimensões, Critérios e Indicadores para análise do Eixo *Estrutura*

5 – Adequação dos instrumentos e tecnologias

5.7 – Adesão ao Documento de Diretrizes Técnicas do Programa pelas instituições gestoras

Justificativa: Reformulado para “*Documento de Diretrizes Técnicas do PPSUS* observado para cumprimento das competências de cada parceiro”.

8 – Governança

8.4 – Articulação das instâncias governamentais envolvidas

8.5 – Participação das instâncias gestoras do PPSUS na articulação e no processo decisório do Programa

Justificativa: Excluídos, pois os dois itens foram contemplados no item 8.3 – “Compartilhamento da gestão na execução das etapas exigidas para o desenvolvimento do PPSUS”.

9 – Participação Social

9.1 – Estratégias de identificação das demandas proveniente da comunidade científica

Justificativa: Contemplada no item “Existência de estratégias participativas para captação de demandas provenientes da comunidade científica, dos gestores de saúde e do controle social”.

Dimensões, Critérios e Indicadores para análise *Eixo Efeitos / Resultados*

11 – Caracterização do Financiamento

11.1 – Proporção de projetos financiados com solicitação de bolsas

11.2 – Proporção de recursos financiados por elemento de despesa (capital, custeio e bolsa)

Justificativa: Suprimidos por terem sido contemplados pelo item 11.7.

16 – Inovação tecnológica

16.3 – Existência de inovações tecnológicas associadas à implantação do Programa

Justificativa: Excluído por estar contemplado no item 16.4 – “Produção de novas tecnologias pelas pesquisas financiadas pelo Programa”.

17 – Produção de insumos

17.1 – Existência de insumos desenvolvidos, ou em desenvolvimento, com financiamento (parcial ou total) do Programa

Justificativa: Excluído por estar contemplado no item 16.4 – “Produção de novas tecnologias pelas pesquisas financiadas pelo Programa”.

19 – Cobertura

19.2 – Distribuição percentual de Instituições contempladas que submeteram projetos de pesquisa para avaliação, por UF

Justificativa: Suprimido por ter sido reformulado para “Número de instituições de ensino e pesquisa financiada por edição do Programa”.

O quadro 3 apresenta uma nova dimensão e as medidas criadas para respondê-la. Justificou-se sua inclusão, considerando-se a importância de uma

aproximação por parte do Programa com a Câmara Técnica de Ciência e Tecnologia com o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde, avaliando que essa aproximação pode contribuir para o aumento da capilaridade do Programa e para a sua consolidação junto aos estados.

Quadro 3 - Novos Critérios/Indicadores, incluídos pelo grupo de consenso

Político-institucional

Consenso de pactuação na tripartite

Existência de câmara técnica de C&TI no CONASS

Justificativa: O coletivo entendeu que pelas particularidades e contexto político onde se inserem as ações, programa e políticas de saúde, um Programa que se quer sustentável deve buscar interlocução contínua com as instâncias citadas.

O produto do consenso expressa a importância dos critérios e indicadores selecionados inicialmente, expresso pelo número dos consensuados frente ao número total sugerido. A busca pelo consenso caracterizou-se como resposta ímpar, revelando-se como técnica apropriada para o nosso propósito.

A modelagem demonstrou que houve uma escolha acertada dos critérios e indicadores elegidos, pois se obteve consenso na maioria dos elementos propostos. Porém, no momento presencial da Conferência de Consenso, a modelagem orientou, mas não determinou a inclusão e exclusão dos Critérios/Indicadores, pois foram retomadas quase por completo a discussão sobre o conjunto de dimensões, critérios e indicadores. Uma das vantagens do grupo selecionado relacionava-se ao fato de ele representar um número de pessoas que acompanham o Programa desde seu surgimento. Isso enriqueceu a discussão, uma vez que esses atores tinham consciência dos progressos e das limitações que o programa abarca.

Assim, em uma discussão caracterizada pelo comprometimento efetivo por parte do coletivo, pode-se afirmar que o quadro 4 representa o que o consenso apontou como necessário ser mensurado na busca por conhecimentos que contribuam para a qualificação, o aprimoramento e a consolidação do PPSUS. Diferentemente dos quadros 1 e 2, onde manteve-se a numeração da

matriz original para cada critério e indicador, no quadro 4, a planilha foi renumerada de modo a deixar clara a leitura e não pairar dúvidas sobre o que foi consensuado.

Quadro 4 - Matriz Consensual de Critérios/Indicadores do Modelo Lógico do PPSUS, por eixo de análise, com os respectivos parâmetros de medidas e fonte de coleta

DIMENSÕES E CRITÉRIOS PARA ANÁLISE DO <u>EIXO ESTRUTURA</u>			
Dimensão	Critério/Indicador	Parâmetros	Fontes
1 - Condição para Implementação	1.1 - Existência de FAP no Estado	Sim / Não	MCT
	1.2 - Existência de núcleos de ciência e tecnologia em saúde, ou área de igual competência, instalados na SES	Sim / Não	SES e Decit
	1.3 - Manifestação formal por parte das FAPs e SES de adesão ao Programa	Sim / Não	Decit e CNPq
	1.4 - Recursos humanos definido para administração do Programa no MS, no CNPq, nas FAP e nas SES	Sim / Não	Decit, CNPq, FAP e SES
	1.5 - Existência de comitê técnico assessor na FAP	Sim / Não	FAP
	1.6 - Percentual de contrapartida financeira, por parceiro.	Percentual contrapartida, parceiro	em por
2 - Capacidade Instalada no País	2.1 - Existência de secretarias de ciência e tecnologia, por UF	Sim / Não	MCT
	2.2 - Existência de fundações estaduais de amparo à pesquisa no país, ou de outra instituição que desenvolva a mesma função	Sim / Não	MCT
	2.3 - Existência de área específica dentro da FAP e da SES para administrar o Programa	Sim / Não	FAP e SES
	2.4 - Distribuição dos grupos de pesquisa em saúde cadastrados na plataforma Lattes, por estado	Identificação dos grupos de pesquisa em saúde, por UF	

	2.5 - Número de Instituições de ensino superior e pesquisa existentes e as que atuam no setor saúde	Nº. absoluto de instituições de ensino superior e de pesquisa _____ (x100) Nº. de instituições de ensino superior e de pesquisa que atuam no setor saúde	CNPq e CAPES
--	---	--	--------------

DIMENSÕES E CRITÉRIOS PARA ANÁLISE DO EIXO <i>ESTRUTURA</i> (continuação)			
Dimensão	Critério/Indicador	Parâmetros	Fonte
2 - Capacidade Instalada no País (continuação)	2.6 - Proporção de pesquisadores com titulação de mestrado e doutorado, por estado, na área de saúde	Nº. global de pesquisadores com titulação de mestre e doutores (x100) Nº. de mestre e doutores na área da saúde	CNPq e CAPES
3 – Investimento Financeiro	3.1 – Existência de dotação orçamentária para desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, por parte da SES ou de instituição a ela vinculada	Sim / Não	SES
	3.2 – Percentual do recurso executado em função do programado para financiamento de pesquisa no PPSUS	Percentual	Decit e FAP
	3.3 – Percentual investido por cada fonte financiadora, por ano de publicação do edital	Percentual	Decit. CNPq, FAP e SES
	3.4 – Valor global aplicado pelo agente federal financiador (MS) por edição do PPSUS no estado	Volume de recursos aplicado pelo MS, por edição	Decit

DIMENSÕES E CRITÉRIOS PARA ANÁLISE DO EIXO PROCESSO			
Dimensão	Critério/Indicador	Parâmetros	Fonte
4 - Dinâmica Gerencial	4.1 – Existência de critério para definição dos valores estabelecidos pelo agente federal financiador para cada uma das unidades federadas	Sim / Não	Decit
	4.2 - Proporção financeira aplicada por cada um dos estados em relação ao aplicado pelo MS/Decit	Volume de recursos financiados por cada estado (x 100) Volume de recursos financiados pelo Decit/MS	Decit, CNPq, FAP e SES
	4.3 - Identificação nos PPAs estaduais da inclusão do Programa, ou de outros dispêndios com pesquisa, no ordenamento financeiro	Sim / Não	FAP e SES
4 - Dinâmica Gerencial (continuação)	4.4 - Repasses pelo agente financiador federal, após assinatura do convênio, no prazo de até 3 meses	Sim / Não	Decit e CNPq
	4.5 - Desembolso pelo administrador estadual (FAP) para o pesquisador, num prazo de até 3 meses após assinatura do contrato	Sim / Não	FAP
	4.6 - Adequação temporal dos repasses e dos desembolsos	Sim / Não	Decit, CNPq, FAP e SES
5- Político-Institucional	5.1- Pactuação de ações para o desenvolvimento do Programa na tripartite	Sim/Não	Decit
	5.2- Existência de câmara técnica de ciência, tecnologia e inovação no CONASS	Sim/Não	Decit

DIMENSÕES E CRITÉRIOS PARA ANÁLISE DO EIXO PROCESSO (continuação)			
Dimensão	Critério/Indicador	Parâmetros	Fonte
6 - Adequação dos Instrumentos e tecnologias	6.1 capacidade de aplicação de instrumentos de monitoramento do Programa	Sim/Não	Decit, CNPq, FAP e SES
	6.2 - Existência e aplicabilidade de instrumentos de avaliação para pareceristas	Sim/Não	Decit, CNPq, FAP e SES
	6.3 - Existência e aplicabilidade de instrumentos de avaliação para os gestores responsáveis pela aplicação dos resultados da pesquisa	Sim/Não	Decit, CNPq, FAP e SES
	6.4 - Existência e aplicabilidade de modelo avaliativo para o Programa	Sim/Não	Decit, CNPq, FAP e SES
	6.5 - Existência de sistema informatizado para receber e tratar os dados de fomento nas FAP e nas instituições financiadoras	Sim/Não	Decit, CNPq, FAP e SES
	6.6 - Incorporação do SISPPSUS nas FAPs para uso no processo de seleção	Sim/Não	Decit e FAP
	6.7 - <i>Documento de Diretrizes Técnicas do PPSUS</i> observado para cumprimento das competências de cada parceiro	Sim/Não	Decit, CNPq, FAP e SES
	6.8 - Adequação do modelo de edital às necessidades legais e/ou administrativas dos estados	Sim/Não	Decit, CNPq, FAP e SES
6 - Adequação dos Instrumentos e Tecnologias (continuação)	6.9 - Coerência entre os instrumentos adotados no processo de seleção e julgamento dos pareceres <i>ad hoc</i> , da Comissão de Especialistas e do Comitê Gestor do PPSUS	Sim/Não	Decit, CNPq, FAP, SES e comunidade científica
	6.10 - Resolutividade do Sistema Informatizado para recebimento dos projetos de pesquisa e coerência interna no instrumento	Sim/Não	Decit, CNPq, FAP e SES comunidade científica
	6.11 - Facilidade de acesso e manuseio do Sistema Informatizado para submissão das propostas de projetos de pesquisa	Sim/Não	Decit, CNPq, FAP, SES e comunidade científica

DIMENSÕES E CRITÉRIOS PARA ANÁLISE DO EIXO PROCESSO (continuação)			
Dimensão	Critério/Indicador	Parâmetros	Fonte
7 - Execução dos Convênios e Editais	7.1 - Cumprimento do cronograma publicado no edital para seleção e contratação das pesquisas	Sim / Não	FAP, Decit, SES e comunidade científica
	7.2 - Existência de relatórios técnicos e financeiros parciais aprovados sobre a execução dos projetos aprovados no edital (FAP/Coordenador de projeto)	Sim / Não	Decit, CNPq, FAP e SES
	7.3 - Existência de relatórios técnicos e financeiros parciais aprovados sobre a execução dos convênios assinados (MS/FAP)	Sim / Não	Decit e CNPq
8 - Desempenho Institucional	8.1 - Proporção de FAPs que cumprem o cronograma publicado nos editais	Número de FAP que cumprem o cronograma do edital/ total de Faps, com editais no período	Decit, CNPq, FAP e SES
	8.2 - Períodos decorridos no cumprimento do conjunto das etapas publicadas no edital de seleção, no prazo de até 5 meses	Sim / Não	Decit, CNPq, FAP e SES
	8.3 - Projetos outorgados com concessão de recursos aos proponentes num período de até 3 meses após a realização do Comitê Gestor	Sim / Não	FAP
9 - Governança	9.1 - Documento de Diretrizes Técnicas adequado para gerenciar a operacionalização dos objetivos definidos	Sim / Não	Decit, CNPq, FAP e SES
	9.2 - Autonomia financeira, administrativa e política das instituições parceiras do Programa	Sim / Não	Decit, CNPq, FAP e SES

DIMENSÕES E CRITÉRIOS PARA ANÁLISE DO EIXO PROCESSO (continuação)			
Dimensão	Critério/Indicador	Parâmetros	Fonte
9 – Governança (continuação)	9.3 - Compartilhamento das ações para execução das etapas exigidas para o desenvolvimento do PPSUS	Sim / Não	Decit, CNPq, FAP e SES
	9.4 - Promoção e disseminação dos resultados finais das pesquisas, visando à incorporação	Sim / Não	Decit, FAP, SES e CNPq
10 - Participação Social	10.1 - Existência de estratégias participativas para captação de demandas provenientes da comunidade científica, dos gestores de saúde e controle social	Sim / Não	FAP e SES
	10.2 - Existência de estratégias participativas para priorização de demandas provenientes da comunidade científica, dos gestores de saúde e controle social	Sim / Não	FAP e SES
	10.3 - Existência de participação do controle social no processo de seleção de prioridades de pesquisa em saúde	Sim / Não	FAP e SES
	10.4 - Inserção do CONASS e CONASEMS no processo de eleição de prioridades de pesquisa em saúde e dos seminários de avaliação das pesquisas financiadas	Sim / Não	Dect e SES

DIMENSÕES E CRITÉRIOS PARA ANÁLISE DO EIXO EFEITOS/IMPACTOS			
Dimensão	Critério/Indicador	Parâmetros	Fonte
11 - Indução	11.1 - Proporção de projetos financiados e recursos financeiros por ano em relação à demanda habilitada	Nº. de projetos financiados por ano <u>(x100)</u> Nº. total de projetos financiados em um determinado período de análise	Decit e FAP
	11.2 - Proporção de projetos financiados em relação ao tema do edital e recursos financeiros	Volume de financiados em cada tema do edital <u>(x100)</u> Volume total de projetos financiados	Decit e FAP
	11.3 - Proporção de recursos financeiros em relação ao tema do edital	Volume de recursos financiados em cada tema do edital <u>(x100)</u> Volume total de recursos financiados	
	11.4 - Proporção de projetos financiados segundo o tema da ANPPS	Nº. de projetos financiados em cada tema da agenda <u>(x 100)</u> Nº. total de projetos financiados	Decit e FAP
	11.5 - Proporção de projetos financiados segundo a transversalidade com os temas da ANPPS	Nº. de projetos financiados em cada item da agenda <u>(x 100)</u> Nº. total de projetos financiados	Decit e FAP
	11.6 - Número total de projetos submetidos ao edital em cada uma das classificações obtidas após o julgamento (Favorável, Favorável em Prioridade 2*, Desfavorável e Desenquadrado)	Nº. de projetos em cada uma das categorias de julgamento <hr/> Nº. total de projetos recebidos	Decit e FAP

DIMENSÕES E CRITÉRIOS PARA ANÁLISE DO EIXO EFEITOS/IMPACTOS			
Dimensão	Critério/Indicador	Parâmetros	Fonte
12 - Caracterização do financiamento	12.1 - Proporção de recursos aplicados por fonte de financiamento (federal e estadual)	Volume de recursos aplicados em um determinado limite geográfico da amostra (x100) Volume total de recursos financiados	Decit e FAP
	12.2 – Número de instituições contempladas, comparado ao número das que solicitaram	Nº. total de instituições solicitantes menos o número das contempladas	Decit e FAP
12 – Caracterização do financiamento (continuação)	12.3 - Proporção de projetos financiados por edital, considerando UF	Nº. de projetos financiados por edital (x100) Nº. total de projetos financiados por edição do PPSUS	Decit e FAP
	12.4 - Proporção de recursos financiados segundo tema do edital	Nº. de projetos financiados em cada tema do edital (x100) Nº. total de projetos financiados	Decit e FAP
	12.5 - Proporção de recursos financeiros para custeio e capital, por edital	Volume de recursos financiados por cada elemento de despesa-custeio e capital, por edital (x100) Volume total de recursos financiados por edital	Decit e FAP

DIMENSÕES E CRITÉRIOS PARA ANÁLISE DO RESULTADOS/IMPACTOS (continuação)			
Dimensão	Critério/Indicador	Parâmetros	Fonte
13 - Perfil do Coordenador da Pesquisa	13.1 - Proporção de projetos financiados, considerando a titulação do pesquisador (mestrado e doutorado)	Percentual	Decit e FAP
14 - Perfil das Pesquisas	14.1 - Proporção de projetos financiados por área de conhecimento	Nº. de projetos financiados em cada área de conhecimento <u>(x100)</u> Nº. total de projetos financiados	Decit e FAP
	14.2 - Proporção de recursos financiados por área de conhecimento	Volume de recursos financiados em cada área de conhecimento <u>(x100)</u> Volume total de recursos financiados	Decit e FAP
	14.3 - Proporção de projetos financiados segundo área geográfica (UF e Região)	Nº. de projetos financiados em um determinado limite geográfico da amostra <u>x 100)</u> Nº. total de projetos financiados	Decit e FAP

DIMENSÕES E CRITÉRIOS PARA ANÁLISE DO RESULTADOS/IMPACTOS (continuação)			
Dimensão	Critério/Indicador	Parâmetros	Fonte
14 - Perfil das Pesquisas (continuação)	14.4 - Proporção de recursos aplicado por área geográfica (UF e Região)	Volume de recursos aplicado em cada área geográfica (UF, região) <u>(x 100)</u> Volume total de projetos financiados	Decit e FAP
	14.5 - Proporção de projetos financiados segundo a natureza da pesquisa	Nº. de projetos financiados em cada categoria da natureza da pesquisa <u>(x 100)</u> Nº. total de projetos financiados	Decit e FAP
	14.6 - Proporção de recursos segundo a natureza da pesquisa	Volume de recursos financiados em cada categoria da natureza da pesquisa <u>(x 100)</u> Volume total de projetos financiados	Decit e FAP
	14.7 - Proporção de projetos financiados segundo o tipo de pesquisa	Volume de recursos financiados em cada categoria de tipo de pesquisa <u>(x 100)</u> Volume total de projetos financiados	Decit e FAP
	14.8 - Proporção de projetos por população em situação de vulnerabilidade	Nº. de projetos financiados em cada população <u>(x 100)</u> Nº. total de projetos financiados	Decit e FAP

DIMENSÕES E CRITÉRIOS PARA ANÁLISE DO RESULTADOS/IMPACTOS (continuação)			
Dimensão	Critério/Indicador	Parâmetros	Fonte
	14.9 - Proporção de recursos financiados por faixa etária do grupo estudado	Nº. de projetos financiados em cada faixa etária <u>(x 100)</u> Nº. total de projetos financiados	Decit e FAP
	14.10 - Proporção de projetos financiados com participação de empresa, fundações, instituições, outros, na pesquisa	Nº. de projetos financiados com ou sem participação de empresa, fundações, instituições <u>(x 100)</u> Nº. total de projetos financiados	Decit e FAP
15 - Perfil das Instituições	15.1 - Proporção de projetos financiados segundo a atividade da instituição executora, por UF	Nº. de projetos financiados em cada uma das Categorias <u>(x 100)</u> Nº. total de projetos financiados	Decit e FAP
	15.2 - Proporção de projetos financiados com participação de profissionais do serviço de saúde inseridos em grupos de pesquisa	Nº. de projetos financiados com ou sem participação de serviço de saúde <u>(x100)</u> Nº. total de projetos financiados	Decit e FAP
16 - Desenvolvimento da Capacidade de Pesquisa Instalada	16.1 - Alteração na distribuição geográfica de pesquisadores em saúde, em relação ao período anterior à implementação do PPSUS	Sim / Não	CAPES, FAP e Decit
	16.2 - Identificação do número de laboratórios equipados com recursos do Programa	Sim / Não	FAP e Decit

DIMENSÕES E CRITÉRIOS PARA ANÁLISE DO RESULTADOS/IMPACTOS (continuação)			
Dimensão	Critério/Indicador	Parâmetros	Fonte
	16.3 - Proporção de projetos financiados com proposta de formação de recursos humanos em nível de pós-graduação	Número de projetos financiados com proposta de formação de recursos humanos em cada nível de pós-graduação <u>(x100)</u> Número total de projetos financiados	FAP
	16.4 - Número de artigos científicos publicados por mestres e doutores, do setor saúde, produto das pesquisas financiadas pelo PPSUS, em série histórica	Número total de artigos publicados a partir das pesquisas financiadas <u>(x100)</u> Número total de projetos financiados	CAPES / FAP
	16.5 - Identificação de patentes registradas por pesquisador financiado no Estado	Número de projetos financiados com registro de patentes, por UF <u>(x100)</u> Número total de projetos financiados	FAP
	16.6 - Identificação de mestres e doutores formados no estado, como contribuição do financiamento recebido do PPSUS	Sim / Não	FAP
17 - Inovação Tecnológica	17.1 - Disponibilização de tecnologias inovadoras (de processos, metodologias, gestão) para os serviços do SUS, oriundos das pesquisas financiadas	SIM / Não	FAP, Decit e SES

DIMENSÕES E CRITÉRIOS PARA ANÁLISE DO EIXO RESULTADOS/IMPACTOS (continuação)			
Dimensão	Critério/Indicador	Parâmetros	Fonte
17 - Inovação Tecnológica (continuação)	17.2 - Solicitação de registro de patentes de produtos e processos oriundos das pesquisas financiadas	SIM / Não	MCT e FAP
	17.3 - Produção de novas tecnologias pelas pesquisas financiadas pelo Programa	SIM / Não	FAP, Decit e SES
18 - Regularidade com que os Recursos São Repassados ao Programa	18.1 - Recursos repassados pela esfera federal conforme estabelece o convênio	SIM / Não	CNPq, Decit, FAP e SES
	18.2 - Volume anual de recursos orçados, transferidos e gastos (série histórica), compreendendo o ano de implementação do Programa	Volume de recursos orçados (x 100) Volume total de recursos executado	CNPq, Decit, FAP e SES
	18.3 - Repasse do valor global do convênio em até duas vezes, por edição do Programa, pelo governo federal	SIM / Não	CNPq, Decit, FAP e SES
19 - Cobertura	19.1 - Percentual de Estados incluídos no Programa	Nº. total de UF's no Brasil	CNPq e Decit
		Nº. total de Estados que têm convenio assinado	
	19.2 - Número de Instituições de ensino e pesquisa financiadas, por edição do Programa e UF	Número Absoluto	Decit

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O processo de avaliação de um programa de fomento à pesquisa que alcançou tal magnitude, como é o caso do PPSUS, não é tarefa simples. No entanto, é possível verificar que os objetivos propostos para este estudo foram alcançados, na medida em que a construção do Fluxograma, do Modelo Lógico e da Matriz Avaliativa permitiu desvelar a teoria do Programa, seus principais componentes e como está desenhado para funcionar. Estas informações permitem a realização de uma pesquisa avaliativa sobre sua implantação e poderá apresentar dados sobre o cumprimento ou não dos objetivos propostos e sobre os efeitos e impactos que o PPSUS causou a partir de sua implantação.

Os instrumentos desenvolvidos apresentam coerência em si e entre si, e podem ser compreendidos como um conjunto de ferramentas que se configura em diretrizes básicas para desencadear a realização de uma pesquisa avaliativa do Programa.

Na literatura internacional, são escassas as referências de modelos lógicos para avaliação de ações de fomento à pesquisa em saúde. A partir de estudo empírico realizado no México, Trostle e colaboradores (1999) desenharam alguns modelos teóricos que ressaltavam a influência das investigações científicas no processo de formulação de políticas públicas. No Brasil, a partir da análise de artigos científicos produzidos sobre o tema, Elias e Patroclo (2004), propuseram um modelo de avaliação para a utilização de resultados de pesquisas em políticas de saúde. As autoras tomaram como referências as propostas sobre o contexto estadunidense apresentadas por Weiss (1976) e as colocações relacionadas ao cenário latino-americano, analisadas por Trostle e colaboradores (1999).

Essa mesma linha argumentativa se repete no que diz respeito aos critérios e indicadores propostos, o que demonstra as dificuldades encontradas no desenvolvimento da pesquisa, que se por um lado não se determinou como fator impeditivo para sua conclusão, por outro, exigiu muita atenção na formulação das adaptações.

Mais recentemente, no contexto brasileiro, tornou-se possível identificar alguma ressonância entre alguns indicadores e dimensões utilizados pela Fapesp, e recentemente ratificados em artigo de Almeida e Báscolo, (2006), que convergem aos que rechearam o Eixo Processo do PPSUS.

A título de ilustração, em concordância com os autores mencionados acima e outros que se seguem, os estudos apontam para a necessidade de se reforçar a dimensão *Investimento Financeiro*. Isso é decorrente do fato de que seu incremento, principalmente no nível estadual, contribui para a sustentabilidade do Programa, por meio do financiamento constante de pesquisa em temas prioritários para a saúde. A discussão sobre esse assunto, direcionado ao contexto dos países em desenvolvimento, foi alvo da análise de Haines e Jones (1994) e dos organismos internacionais denominados *Global Forum for Health Research* e *Council on Health Research for Development* (2006).

O *Global Forum* recomenda que os países estruturem seus sistemas de ciência, tecnologia e inovação e que financiem pesquisas sobre doenças predominantes entre as populações nacionais, desenvolvendo indicadores próprios para acompanhamento do fomento. Argumenta, ainda, que a estratégia mais recomendável para alcançar essa meta é a realização de seminários para seleção de temas prioritários de pesquisa, incluindo a participação de atores que produzem e daqueles que utilizam as informações provenientes da implementação das pesquisas. Branco (2001) e Moraes (2002) apontam para a necessidade de se observar o cenário político-institucional, e levar em conta, à luz do contexto, a importância destes atores-chave para implantação e sustentabilidade do sistema de ciência, tecnologia e inovação em saúde.

O Comitê *ad hoc* de Pesquisa em Saúde e desenvolvimento, criado pela Organização Mundial da Saúde - OMS, publicou relatório que apontou para uma distribuição distorcida dos recursos financeiros investidos nas pesquisa em relação às prioridades de saúde da população mundial. Sugere para superação de tal assincronia, que o financiamento de atividades de pesquisa e de desenvolvimento tecnológico em saúde seja norteado por uma agenda de temas estratégicos de P&D com potencial para contribuir com a solução dos problemas de saúde que afetam a maior parte das populações (WHO, 1999).

Pellegrini (2000) e Morel (2004) apontam para a importância que o financiamento de pesquisa em saúde e o processo de socialização dos resultados têm como potencial, caso sejam alvo de acompanhamento próximo e constante. Na verdade, esses dois requisitos atuam como elementos facilitadores entre a produção de pesquisa e sua incorporação às políticas públicas, visando à melhoria da qualidade de vida da população e à correta priorização dos temas que serão investigados.

Fagundes, Cavalcante e Ramacciotti (2005), a partir de indicadores por eles segmentados nas categorias estoque e fluxo, mostraram a existência de uma associação entre os fluxos de recursos e a infra-estrutura de C&T. Isso nos remete à importância de análise detalhada do componente Desenvolvimento da Capacidade Instalada, que transversaliza as dimensões que compõem a Matriz de Medidas Avaliativas. Esse artigo sugere que uma linha de análise, a ser agregada na continuidade deste estudo, seria a de verificar a incorporação dos efeitos da participação dos governos no financiamento das atividades de pesquisa e desenvolvimento. Reforça a importância de que políticas regionais afirmativas de C&T sejam implementadas e constantemente monitoradas para dirimir as assimetrias regionais no campo.

As discussões em torno da complexa interação entre condições de saúde e crescimento econômico dos países têm apontado para a forte inter-relação existente entre a situação de saúde e as condições de vida das populações. As perceptíveis iniquidades sociais existentes têm relação com o limitado acesso das pessoas aos serviços de saúde de boa qualidade que, por outro lado, alimentam o círculo vicioso de saúde e pobreza, que culmina no aumento dos gastos no setor, gerando mais pobreza e piores condições de vida (Fapesp, 2004).

A literatura comentada, a título de ilustração, demonstra que o processo de tomada de decisão e de definição de políticas públicas, baseando-se na racionalidade dos indicadores, tem sido reconhecido progressivamente como uma ferramenta importante para qualificar a gestão do Sistema Único de Saúde e de promover a equidade e a qualidade de vida das pessoas e comunidades.

A mensuração dos critérios e indicadores apresentados permitirá verificar, entre outros aspectos, a consecução dos objetivos propostos pelo PPSUS, motivo

suficiente para que se dê continuidade a esta pesquisa. Sugere-se que este novo estudo seja um estudo quantitativo e qualitativo, de forma a abarcar a complexidade do Programa. A expectativa é que esses instrumentos possibilitem a obtenção de informações capazes de apontar alternativas que favoreçam sua continuidade e sustentabilidade.

Para os indicadores que não dispõem de medidas quantitativas, sugere-se a formulação de perguntas que permitam respostas do tipo “sim” ou “não”, de forma que seja possível responder às dimensões relacionadas ao compartilhamento da gestão, aos processos administrativos e operacionais e à caracterização dos sistemas de saúde e de ciência e tecnologia na esfera estadual e identificar a existência da produção de tecnologias, seja insumo ou processo. A análise desses dados permitirá refletir sobre estruturas e procedimentos que são pré-requisitos para a análise do grau de implantação e desempenho do Programa.

Os indicadores quantitativos permitirão verificar de que forma se comporta a alocação de recursos, o número de grupos de pesquisa em saúde, o número de projetos financiados, a distribuição regional dos recursos, a existência de desconcentração regional, dentre outros.

O estudo sistematizado permitirá sugerir aos gestores e aos técnicos de saúde que se apropriem não apenas do PPSUS, mas, principalmente, dos resultados produzidos pelas pesquisas que têm sido alvo de financiamento do Programa, visando à sua aplicação e a disseminação do conhecimento produzido. Poderão ser apontados caminhos para que o Decit intensifique suas atividades de monitoramento das pesquisas o que tornará possível promover a incorporação dos resultados no sistema.

É evidente a importância que assume a produção de pesquisa em saúde pelo Decit. Morel (2004), em sábia afirmação, coloca que tão importante quanto definir as prioridades nacionais de pesquisa em saúde é garantir que o conhecimento gerado e as ações de intervenção realizadas baseadas nesse conhecimento sejam efetivamente incorporados em políticas e ações de saúde pública.

Faz-se necessário buscar estratégias de interlocução, de divulgação ampla junto aos gestores de saúde. É importante a implantação de um sistema de informações que disponibilize as informações não apenas aos gestores e técnicos de saúde, mas também para a população como um todo. A transparência do processo deve incluir tudo o que se financia, onde e para quê, isto se traduz como responsabilidade de gestão e compromisso de governança pactuada.

Espera-se que, uma vez aferidos esses critérios e indicadores, sistematizem-se informações gerenciais valiosas para as estratégias de fomento adotadas que possam subsidiar a tomada de decisão dos gestores e orientá-los quanto às melhores práticas no que diz respeito à alocação e execução dos recursos financeiros e a definição de prioridade de pesquisa em saúde.

REFERÊNCIAS

- AD HOC COMMITTEE ON HEALTH RESEARCH. *Relating to future interventions options: investing in health*. Geneva: World Health Organization, 1999.
- ALMEIDA FILHO, Naomar de & ROUQUAYROL, Maria Zélia. *Introdução à epidemiologia moderna*. 2. ed. Belo Horizonte/Salvador/Rio de Janeiro: COOPMED; ABRASCO, 1992.
- ALMEIDA, Célia & BÁSCOLO, Ernesto. Use for research results in policy decision-making, formulation, and implementation: a review of literature. *Cadernos de Saúde Pública*, nº. 122, Sup. Rio de Janeiro, 2006, pp. 57-533.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA; SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O PROGRESSO DA CIÊNCIA. *A reforma do fomento e do financiamento à pesquisa em saúde no Brasil: relatório da oficina de trabalho*. São Paulo, 2000.
- BRANCO, Maria Alice Fernandes. *Política nacional de informação em saúde no Brasil: um olhar alternativo*. 2001. 200f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Instituto de Medicina Social. Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (II CNCTIS). Brasília, 2004. *Anais da II Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde (CNCTS). Brasília, 1994. *Anais da Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
- _____. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq. *Plataforma Lattes*. 2006. Disponível em < <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/index.jsp>>. Acesso em 04 out. 2007.
- _____. *Constituição da República Federativa do Brasil*, 05 out.1988. Disponível em < <http://www.senado.gov.br/>>. Acesso em 10 jan. 2006.
- _____. Ministério da Ciência e Tecnologia. *Dados sobre fluxos de recursos: Indicadores estaduais de C&T*. Disponível em < http://www.mct.gov.br/estat/ascavpp/estados/abertura_menu_01.htm>. Acesso em 30 set. 2005.
- _____. *Decreto Nº. 4143, de 25 de fevereiro de 2002b*. Dispõe sobre o mecanismo de financiamento para o Programa de Fomento à Pesquisa (CT Saúde e CT Biotecnologia). Disponível em < <http://www.mct.gov.br/index.php/content/view/22771.html?secao=Decretos&cod=754>>. Acesso em 02 jan. 2007.
- _____. *Decreto Nº. 5.974, de 29 de novembro de 2006*. Dispõe sobre aprovação, organização administrativa, quadro demonstrativo, cargo em comissão, função gratificada, âmbito, (MS). Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5974.htm>. Acesso em 15 jun. 2007.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Diretrizes para planejamento das ações de ciência e tecnologia em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Glossário temático: economia da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

_____. Departamento de informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS 1998. *SISPPSUS – Brasil – 2004*. Disponível em w.w.w.datasus.gov.br/cgi/idb97/matriz.htm. Acesso em 07 jul. 2007.

_____. Ministério da Ciência e Tecnologia. *Indicadores nacionais de ciência e tecnologia – 2002*. Brasília: MCT, 2004.

_____. *Lei Nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em 10 jan. 2006.

_____. Ministério da Ciência e Tecnologia. *Livro Branco: ciência, tecnologia e inovação*. Brasília: Ministério da Ciência e Tecnologia, 2002c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Oficina de Trabalho Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde na Região Amazônica: relatório de atividades*. Brasília, 2003c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *1ª Oficina de Planejamento Regional Construindo uma Agenda de Saúde para a Amazônia Legal: relatório*. Brasília, 2003a.

_____. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq. *Plataforma Lattes*. Disponível em <<http://lattes.cnpq.br/curriculo/historico.jps>>. Acesso em 22 jan. 2003.

_____. Ministério da Ciência e Tecnologia. *Relatório de Gestão*. Disponível em <<http://www.mct.gov.br/index.php/content/view/105.html>>. Acesso em 07 jul. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Relatório de Gestão 2000-2002*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002d.

_____. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação. Conferência Sérgio Arouca, 12, 2004, Brasília. *Relatório preliminar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Relatório de Gestão 2004*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Relatório de Gestão 2005*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Relatório de Gestão 2006*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Anais da II Conferência de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos*. Brasília, 2004.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC. Framework for program evaluation in public health. *Morbidity and Mortality Weekly Report – MMWR*, v. 48, nº RR11, 1999, pp. 1-40.

CHAMPAGNE, F; CONTANDRIOPOULOS, A. P. & PINEAULT, R. Un cadre conceptuel pour l'évaluation des programmes de santé. *Rev. Epidém. et Santé Publ.*, nº 33. 1985, pp. 173-81.

CHEN, H. T. *Theory-Driven*. Newbury Park: Sage Publication, 1990.

COMMISSION ON HEALTH RESEARCH FOR DEVELOPMENT – COHERD. *Health research: essential link to equity in development*. New York: Oxford University Press, 1990.

_____. Working Group on Research to Action and Policy. *Lessons in research to action and policy: case studies from seven countries*. Geneva: [s. n.], 2000.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. O uso de pesquisas na formulação de políticas de saúde: obstáculos e estratégias. *Cadernos de Saúde Pública*, nº. 20. 2004, pp. 109-18.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; POTVIN, L.; DENIS, J. L. & BOYLE, P. *Saber preparar uma pesquisa: definição, estrutura e financiamento*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997b.

COSENDEY, M.A.E. *Análise da implantação do Programa Farmácia Básica: Um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, 2000.

DENIS, J. L. & CHAMPAGNE, F. Análise de implantação. In: HARTZ, Z. M. A. (org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. pp. 49-88.

DONABEDIAN, Avedis. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: _____. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*, v. I. Michigan: Health Administration Press, 1980b. pp. 77-125.

_____; WHEELER, John R. C. & WYSZEWLANSKI, Leon. Quality, Cost, and Health: An Integrative Model. *Medical Care*, v. XX, nº. 10, 1982, pp. 975-92.

ELIAS, Flávia Tavares Silva & SOUZA, L. Indicadores para monitoramento de pesquisa em saúde no Brasil. *Ciência da Informação*, set.-dez. 2006. pp. 218-26.

ELIAS, Flávia Tavares Silva & PATROCLO, Maria Aparecida de Assis. Utilização de pesquisas: Como construir modelos teóricos para avaliação? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, nº. 1. Rio de Janeiro, jan.-mar. 2005, pp. 215-27.

FAGUNDES, Maria Emília Marques; CAVALCANTE, Luiz Ricardo Mattos Teixeira & RAMACCIOTTI, Rafael Esmeraldo Lucchesi. Desigualdades regionais em ciência e tecnologia no Brasil. Bahia Análise & Dados-Ciência. *Tecnologia e Inovação*, v. 14, nº. 4. Salvador, SEI, mar. 2005, p. 755-68.

_____. Distribuição Regional dos Fluxos de Recursos Federais para Ciência e Tecnologia. Bahia Análise & Dados-Ciência. *Tecnologia e Inovação*, Salvador, SEI, mar. 2005 (no prelo). Disponível em http://www.bnb.gov.Br/content/aplicação/Evento/aplicacao/Eventos/forumbnb2006/docs/distribuicao_regional.pdf.

FINANCIADORA DE ESTUDOS E PROJETOS – FINEP. *FINEP: termos e conceitos*. Disponível em <http://www.finep.gov.br/empresa/conceitos_clasp>. Acesso em 12 maio 2002.

FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DO ESTADO DE SÃO PAULO – FAPESP. *Indicadores de ciência, tecnologia e inovação em São Paulo*. São Paulo, 2002.

GADELHA, C. Complexo produtivo da saúde. In: Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (II CNCTIS). Brasília, 2004. *Anais da II Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

GLOBAL FORUM FOR HEALTH RESEARCH. *The 10/90 Report on Health Research 99: promoting research to improve the health of poor people*. Geneva: Global Forum, 1999. Disponível em <http://www.globalforumhealth.org/Site/002__What%20we%20do/005__Publications/001__10%2090%20reports.php>. Acesso em 10 jun. 2006.

GUIMARÃES, Reinaldo. Pesquisa em saúde no Brasil: contexto e desafios. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, nº. esp. São Paulo, ago. 2006, p. 3-10.

_____. Bases para uma política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, nº. 2, abr.-jun. 2004, pp. 375-88.

_____ *et al.* Defining and implementing a National Policy for Science, Technology, and Innovation in Health: lessons from the Brazilian experience. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, nº. 9. Rio de Janeiro, set. 2006.

HAINES, Andrew & JONES, Roger. Implementing findings of research. *British Medical Journal*, nº. 308. 1994, pp. 1488-92.

HARTZ, Zulmira Maria Araújo. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. *Ciências & Saúde Coletiva*, v. 4, nº. 2. 1999a, pp. 341-53.

_____. Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine internationale over fast food and sur mesure over ready-made. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, nº. 2. 1999b, pp. 229-59.

_____ & SILVA, Ligia Maria Vieira. *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

_____. *Conferência de Consenso sobre a Imagem-Objetivo da Descentralização da Atenção à Saúde no Brasil*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. pp. 65-101.

HARTZ, Zulmira Maria Araújo; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. & LEAL, M. C. Avaliação do programa materno-infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no Nordeste do Brasil. In: HARTZ, Zulmira Maria Araújo (org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 1997. pp. 29-48.

IJSSELMUIDEN, Carel & MATLIN, Stephen. *Why Health Research?* Geneve: Commission on Health Research for Development – COHERD and Global Forum for Health Research, 2006.

LOBO, M. C. D. A. O processo de construção de indicadores em ciência, tecnologia e inovação desenvolvidos para análise das pesquisas financiadas pelo Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde. *Anais do Congresso*. Salvador, 2007. Disponível em http://www.congressosalvador2007.com.br/trabalhos/trabalho_int.php?id_trabalho=2628&modalidade=2>. Acessado em 21 jan. 2008.

MATUS, C. *Política, Planificación y Gobierno*. Washington: OPS/ILPES, 1987.

MEDINA, Maria Guadalupe *et al.* Uso de Modelos Teóricos na Avaliação em Saúde: Aspectos Éticos Conceituais e Operacionais. In: HARTZ, Zulmira Maria Araújo & SILVA, Ligia Maria Vieira. *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. pp. 41-63.

MINAYO, C. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1992.

MORAES, Ilara. H. S. *Política, tecnologia e informação em saúde: a utopia da emancipação*. Salvador: Editora Casa e Qualidade, 2002.

MOREL, C. 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, nº. 2, abr.-jun. 2004, pp. 261-70.

MYRDAL, Gunnar. *Teoria econômica e regiões subdesenvolvidas*. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 1960.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. *Ad hoc Committee on Health Research relating to future intervention options: investing in health research and development*. Washington, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. *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.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – OPS. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. *El uso de la investigación en las reformas del sector de la salud en América Latina y Caribe: informe sobre el foro regional: Salvador-2000*. [S. l.: s. n.], 2001a.

PELLEGRINI FILHO, Alberto. *Ciencia en pro de la salud: notas sobre la organización de la actividad científica para el desarrollo de la salud en América Latina y el Caribe*. Washington: OPAS, 2000.

_____. Pesquisa em saúde, política de saúde e equidade na América Latina. *Ciências & Saúde Coletiva*, v. 9. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-1232004000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 set. 2007.

PLATAFORMA INTERNACIONAL DE DATOS PARA LA GESTION EM CIÊNCIA Y TECNOLOGIA/ CYT SALUD. In: *Anales de la Reunión del Comité Consultivo Regional de la Biblioteca Virtual en Salud/Ciencia Y Salud*. São Paulo, 2001c.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA SAÚDE. *Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

ROSSI, P. H. & FREEMAN, H. E. *Evaluation: a systematic approach*. 2nd. ed. London: Sage, 1982.

SAMAJA, J. *Epistemología y metodología: Elementos para una teoría de la investigación científica*. Buenos Aires: EUDEBA, 1996.

SILVA, Ligia Maria Vieira. Abordagens e estratégias para a Avaliação em Saúde. In: HARTZ, Zulmira Maria Araújo & SILVA, Ligia Maria Vieira. *Avaliação em Saúde: dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. pp. 15-39.

_____ & FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 10, nº. 1. Rio de Janeiro, jan.-mar, 1994, pp. 80-91.

SOUZA, Luis Eugênio Portela Fernandes & CONTANDRIOPOULOS, Andre-Pierre. O Uso de Pesquisa na Formulação de Políticas de Saúde: obstáculos e estratégias. *Cadernos de Saúde Pública*, nº. 20. 2004, pp. 109-18.

SOUZA, L.E.P.F., VIEIRA-DA-SILVA, L.M. & HARTZ, Z.M.A. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Zulmira Maria Araújo & SILVA, Ligia Maria Vieira. *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. pp. 65-102.

TASK FORCE ON HEALTH RESEARCH FOR DEVELOPMENT – TFHRD. *A strategy for action in health and human development*. Geneva: TFHRD, 1992.

_____. *Essential National Health Research: a strategy for action in health and human development*. Geneva: UNDP, 1991.

TROSTLE, J; BRONFMEN, M. & LANGER, A. How do researches influence decision-makers? Case studies of Mexican policies. *Health Policy and Planning*, v. 14, nº. 2. 1999, pp. 103-114.

VERGARA, Mario Espinoza. *Evaluación de Proyectos Sociales*. Buenos Aires, Editorial Hvmantas, 1980.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. & FORMIGLI, V. L. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 10, nº. 1. 1994, p. 80-91.

WEILENMANN, Alexander. *Evaluation research and social change*. Ghent (Belgian): UNESCO, 1980.

WEISS, C. H. *Evaluation Research Methods for Assessing Program Effectiveness*. New York: Prentice-Hall Inc. /Englewood Cliffs, 1972.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Discuss the role of health research in the national health systems. Resolution 43.19, of the 7 may 1990. In: TASK FORCE ON HEALTH RESEARCH FOR DEVELOPMENT. *Essential National Health Research: a strategy for action in health and human development*. Geneva: UNDP, 1991.

YIN, Robert K. *Applications of Case Study Research*. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1993.

_____. Discovering the Future of the Case Study Method in Evaluation Research. *Evaluation Practice*, v. 15, nº. 3. 1994, pp. 183-190.

ANEXO I

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA**

Em 14 de março de 2007.

A Margarete Martins de Oliveira

Assunto: Autorização para consulta e uso da base de dados informatizados e dos documentos referentes ao PPSUS.

Em resposta a solicitação apresentada pela senhora Margarete Martins de Oliveira, assessora técnica desse Departamento, no que se refere ao uso da base de dados informatizados e dos documentos referentes ao Programa de Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde - PPSUS vimos manifestar nossa concordância e liberação de acesso às informações.

A concordância se justifica pela importância dessas informações para o desenvolvimento de pesquisa de interesse da instituição e pela possibilidade do seu produto ser aplicável na qualificação do PPSUS.

Desse modo, libera-se o acesso aos dados, reprografia e divulgação do que tiver sido identificado como insumo para a pesquisa ora proposta, cumprindo-se um dos requisitos para titulação de mestrado junto a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Cordialmente,

Assinatura manuscrita em tinta preta, com o nome 'Suzanne Jacob Serruya' claramente legível.

SUZANNE JACOB SERRUYA
Diretora do Departamento de Ciência e Tecnologia

ANEXO II

Matriz Padrão de Medidas do Modelo Lógico do PPSUS

DIMENSÕES E CRITÉRIOS PARA ANÁLISE DO <u>EIXO ESTRUTURA</u>			
Dimensão	Critério/Indicador	Pontos Atribuídos aos Critérios /Indicadores	Comentários
		Escala de zero (sem importância ou exclusão) a dez (importância máxima)	Caso prefira excluir ou modificar o critério justifique sua opinião
1- Condição para Implementação	1.1- Existência de FAP no Estado		
	1.2- Existência de núcleos de ciência e tecnologia em saúde, ou área de igual competência, instalados na SES		
	1.3- Manifestação formal por parte das FAPs e SES de adesão ao Programa		
	1.4- Recursos humanos definido para administração do Programa no MS, no CNPq, nas FAP e nas SES		
	1.5- Existência de comitê técnico assessor na FAP e modo de participação nas atividades		
	1.6- Percentual de contrapartida financeira estadual, por parceiro		
2- Capacidade Instalada no País	2.1- Existência de secretarias de ciência e tecnologia, por UF		
	2.2- Existência de fundações estaduais de amparo à pesquisa no país, ou de outra instituição que devolva a mesma função		

DIMENSÕES E CRITÉRIOS PARA ANÁLISE DO EIXO ESTRUTURA			
Dimensão	Critério/Indicador	Pontos Atribuídos aos Critérios /Indicadores	Comentários
		Escala de zero (sem importância ou exclusão) a dez (importância máxima)	Caso prefira excluir ou modificar o critério justifique sua opinião
2- Capacidade Instalada no País (continuação)	2.3- Existência de área específica dentro da FAP e da SES para administrar o Programa		
	2.4- Distribuição dos grupos de pesquisa em saúde cadastrados na plataforma Lattes, por estado		
	2.5- Número de Instituições de ensino superior e pesquisas existentes e as que atuam no setor saúde;		
	2.6- Proporção de pesquisadores com titulação de mestrado e doutorado, por estado, na área de saúde		
3- Investimento Financeiro	3.1- Existência de dotação orçamentária para desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, por parte das SCT		
	3.2- Existência de dotação orçamentária para desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, por parte da SES ou de instituição a ela vinculada		
	3.3- Percentual do recurso executado em função do programado para financiamento de pesquisa no PPSUS		
	3.4- Percentual investido por cada fonte financiadora, por ano de publicação do edital		

<u>DIMENSÕES E CRITÉRIOS PARA ANÁLISE DO EIXO PROCESSO</u>			
Dimensão	Critério/Indicador	Pontos Atribuídos aos Critérios /Indicadores	Comentários
		Escala de zero (sem importância ou exclusão) a dez (importância máxima)	Caso prefira excluir ou modificar o critério justifique sua opinião
4- Dinâmica Gerencial	4.1- Valor global aplicado pelo agente federal financiador (MS) por edição do PPSUS no estado		
	4.2- Critério para definição dos valores estabelecidos pelo agente federal financiador para cada uma das unidades federadas		
	4.3- Proporção financeira aplicada por cada um dos estados em relação ao aplicado pelo MS/Decit		
	4.4- Identificação nos PPAs estaduais da inclusão do Programa, ou de outros dispêndios com pesquisa, no ordenamento financeiro		
	4.5-Repasse pelo agente financiador federal, após assinatura do convênio, no prazo de até 3 meses		
	4.6-Desembolso pelo administrador estadual (FAP) para o pesquisador, num prazo de até 3 meses após assinatura do contrato		
	4.7- Relação da adequação temporal dos repasses e dos desembolsos		
5- Adequação dos Instrumentos e Tecnologias	5.1- Existência e aplicabilidade de instrumentos de monitoramento do Programa		

<u>DIMENSÕES E CRITÉRIOS PARA ANÁLISE DO EIXO PROCESSO (continuação)</u>			
Dimensão	Critério/Indicador	Pontos Atribuídos aos Critérios /Indicadores	Comentários
		Escala de zero (sem importância ou exclusão) a dez (importância máxima)	Caso prefira excluir ou modificar o critério justifique sua opinião
5- Adequação dos Instrumentos e Tecnologias (continuação)	5.2- Existência e aplicabilidade de instrumentos de avaliação para pareceristas		
	5.3- Existência e aplicabilidade de instrumentos de avaliação para os gestores responsáveis pela aplicação dos resultados da pesquisa		
	5.4- Existência e aplicabilidade de modelo avaliativo para o Programa		
	5.5- Existência de sistema informatizado para receber e tratar os dados de fomento nas FAP e nas instituições financiadoras		
	5.6- Incorporação do SISPPSUS nas FAPs para uso no processo de seleção		
	5.7- <i>Documento de Diretrizes Técnicas do PPSUS</i> observado para cumprimento das competências de cada parceiro		
	5.8- Adequação do modelo de edital às necessidades legais e/ou administrativas dos estados		
	5.9- Coerência entre os instrumentos adotados no processo de seleção e julgamento dos pareceres ad hoc, da Comissão de Especialistas e do Comitê Gestor do PPSUS		

<u>DIMENSÕES E CRITÉRIOS PARA ANÁLISE DO EIXO PROCESSO (continuação)</u>			
Dimensão	Critério/Indicador	Pontos Atribuídos aos Critérios /Indicadores	Comentários
		Escala de zero (sem importância ou exclusão) a dez (importância máxima)	Caso prefira excluir ou modificar o critério justifique sua opinião
5- Adequação dos Instrumentos e Tecnologias (continuação)	5.10- Resolutividade do Sistema Informatizado para recebimento dos projetos de pesquisa e coerência interna no instrumento		
	5.11- Facilidade de acesso e manuseio do Sistema Informatizado para submissão das propostas de projetos de pesquisa		
	5.12- Existência de mecanismos/cláusulas contratuais que prevejam aditivo ao convênio		
6- Execução dos Convênios e Editais	6.1- Cumprimento do cronograma publicado no edital para seleção e contratação das pesquisas		
	6.2- Existência de relatórios técnicos e financeiros parciais aprovados sobre a execução dos projetos aprovados no edital (FAP/Coordenador de projeto)		
	6.3- Existência de relatórios técnicos e financeiros parciais aprovados sobre a execução dos convênios assinados (MS/FAP)		

<u>DIMENSÕES E CRITÉRIOS PARA ANÁLISE DO EIXO PROCESSO (continuação)</u>			
Dimensão	Critério/Indicador	Pontos Atribuídos aos Critérios /Indicadores	Comentários
		Escala de zero (sem importância ou exclusão) a dez (importância máxima)	Caso prefira excluir ou modificar o critério justifique sua opinião
7- Desempenho Institucional	7.1- Proporção de FAPs que cumprem o cronograma publicado nos editais		
7- Desempenho Institucional (continuação)	7.2- Tempo decorrido para transferências de recursos estabelecidos nos convênios, por parte dos entes financiadores (federal e estadual), entre si, e para os pesquisadores		
	7.3- períodos decorridos no cumprimento do conjunto das etapas publicadas no edital de seleção, no prazo de até 5 meses		
	7.4- Proporção de FAPS que outorgam seus projetos selecionados num período de até 3 meses		
	7.5- Projetos outorgados com concessão de recursos aos proponentes num período de até 3 meses após a realização do Comitê Gestor		
	7.6- Satisfação dos parceiros gestores com o Programa		
	7.7- Percepção do Programa pelos coordenadores de projetos não selecionados		
8- Governança	8.1- Adequação do formato organizacional adotado para gerenciar a implementação da intervenção e sua operacionalização dos objetivos definidos no Documento de Diretrizes Técnicas		

	8.2- Autonomia financeira, administrativa e política das instituições parceiras do Programa		
	8.3- Gestão compartilhamento na execução das etapas exigidas para o desenvolvimento do PPSUS		
	8.4- Articulação das instâncias governamentais envolvidas		
	8.5- Participação das instâncias gestoras do PPSUS na articulação e no processo decisório do Programa		
	8.6- Avaliação da relevância do papel das instituições parceiras em relação à operacionalização, financiamento e sustentabilidade do Programa		
	8.7- Promoção e disseminação dos resultados finais das pesquisas, visando à incorporação		
	8.8- Existência e tipo de mecanismos e instrumentos para prestação de contas		
9- Participação Social	9.1- Estratégias de incorporação identificação das demandas provenientes da comunidade científica		
	9.2- Existência de estratégias participativas para captação de demandas provenientes da comunidade científica, dos gestores de saúde e controle social		
	9.3- Existência de estratégias participativas para priorização de demandas provenientes da comunidade científica, dos gestores de saúde e controle social		
	9.4- Existência de participação do controle social no processo de seleção de prioridades de pesquisa em saúde		
	9.5- Inserção do CONASS e CONASEMS no processo de eleição de prioridades de pesquisa em saúde e dos seminários de avaliação das pesquisas financiadas		

DIMENSÕES E CRITÉRIOS PARA ANÁLISE DO EIXO RESULTADOS/IMPACTOS			
Dimensão	Critério/Indicador	Pontos Atribuídos aos Critérios /Indicadores	Comentários
		Escala de zero (sem importância ou exclusão) a dez (importância máxima)	Caso prefira excluir ou modificar o critério justifique sua opinião
10- Indução	10.1- Proporção de projetos financiados e recursos financeiros por ano em relação à demanda habilitada		
	10.2- Proporção de projetos financiados em relação ao tema do edital		
	10.3- Proporção de recursos financeiros em relação ao tema do edital		
	10.4- Proporção de projetos financiados segundo a transversalidade com os temas da ANPPS		
	10.5- Número total de projetos submetidos ao edital em cada uma das classificações obtidas após o julgamento (Favorável, Favorável em Prioridade 2*, Desfavorável e Desenquadrado)		
11- Caracterização do financiamento	11.1- Proporção de projetos financiados com solicitação de bolsas		
	11.2- Proporção de recursos financiados por elemento de despesa (capital, custeio e bolsa)		
	11.3- Proporção de recursos aplicados por fonte de financiamento (federal e estadual)		

DIMENSÕES E CRITÉRIOS PARA ANÁLISE DO RESULTADOS/IMPACTOS (continuação)			
Dimensão	Critério/Indicador	Pontos Atribuídos aos Critérios /Indicadores	Comentários
		Escala de zero (sem importância ou exclusão) a dez (importância máxima)	Caso prefira excluir ou modificar o critério justifique sua opinião
11- Caracterização do financiamento (continuação)	11.4- Proporção de instituições contempladas, comparado ao número das que solicitaram		
	11.5- Proporção de projetos financiados por ano da demanda		
	11.6- Proporção de recursos financiados segundo tema do edital		
	11.7- Proporção de recursos financeiros para custeio e capital, por edital ou por projeto		
12- Perfil do Coordenador da Pesquisa	12.1- Proporção de projetos financiados por gênero do coordenador		
	12.2- Proporção de projetos financiados, considerando a titulação do pesquisador (mestrado e doutorado)		
13- Perfil das Pesquisas	13.1- Proporção de projetos financiados por área de conhecimento		
	13.2- Proporção de recursos financiados por área de conhecimento		
	13.3- Proporção de projetos financiados segundo área geográfica (UF e Região)		
	13.4- Proporção de recursos financiados por área geográfica (UF e Região)		
	13.5- Proporção de projetos financiados segundo a natureza da pesquisa		

<u>DIMENSÕES E CRITÉRIOS PARA ANÁLISE DO EIXO RESULTADOS/IMPACTOS</u> (continuação)			
Dimensão	Critério/Indicador	Pontos Atribuídos aos Critérios /Indicadores	Comentários
13- Perfil das Pesquisas (continuação)	13.6- Proporção de recursos segundo a natureza da pesquisa		
	13.7- Proporção de projetos financiados segundo o tipo de pesquisa		
	13.8- Proporção de projetos por população em situação de vulnerabilidade		
	13.9- Proporção de recursos financiados por faixa etária do grupo estudado		
	13.10- Proporção de projetos financiados com participação de empresa, fundações, instituições, outros, na pesquisa		
14- Perfil das Instituições	14.1- Proporção de projetos financiados segundo a atividade da instituição executora, por UF		
	14.2- Proporção de recursos financiados por empresas privadas parceiras na pesquisa (contrapartida)		
	14.3- Proporção de projetos financiados com participação de profissionais do serviço de saúde inseridos em grupos de pesquisa		
	14.4- Número de instituições envolvidas na execução dos projetos de pesquisa		

<u>DIMENSÕES E CRITÉRIOS PARA ANÁLISE DO EIXO RESULTADOS/IMPACTOS (continuação)</u>			
Dimensão	Critério/Indicador	Pontos Atribuídos aos Critérios /Indicadores	Comentários
		Escala de zero (sem importância ou exclusão) a dez (importância máxima)	Caso prefira excluir ou modificar o critério justifique sua opinião
15- Desenvolvimento da Capacidade de Pesquisa Instalada	15.1- Alteração na distribuição geográfica de pesquisadores em saúde, em relação ao período anterior a implementação do PPSUS		
	15.2- Identificação do número de laboratórios equipados com recursos do Programa		
	15.3- Produção regional científica em saúde, distribuídos por idade ou sexo		
	15.4- Proporção de projetos financiados com proposta de formação de recursos humanos em nível de pós-graduação		
	15.5- Número de artigos científicos publicados por mestres e doutores do setor saúde, produto das pesquisas financiadas pelo PPSUS, em série histórica		
	15.6- Identificação de patentes registradas por pesquisador financiado no Programa		
	15.7- Identificação de mestres e doutores formados no estado, como contribuição do financiamento recebido do PPSUS		

<u>DIMENSÕES E CRITÉRIOS PARA ANÁLISE DO EIXO RESULTADOS/IMPACTOS (continuação)</u>			
Dimensão	Critério/Indicador	Pontos Atribuídos aos Critérios /Indicadores	Comentários
		Escala de zero (sem importância ou exclusão) a dez (importância máxima)	Caso prefira excluir ou modificar o critério justifique sua opinião
16- Inovação Tecnológica	16.1- Disponibilização de tecnologias inovadoras (de processos, metodologias, gestão) para os serviços do SUS, oriundos das pesquisas financiadas		
	16.2- Solicitação de registro de patentes de produtos e processos oriundos das pesquisas financiadas		
	16.3- Existência de inovações tecnológicas associadas à implantação do Programa		
	16.4- Produção de novas tecnologias pelas pesquisas financiadas pelo Programa		
17- Produção de Insumos	17.1- Existência de insumos desenvolvidos, ou em desenvolvimento, com financiamento (parcial ou total) do Programa		
18- Repasse e Regularidade com que os Recursos São Repassados ao Programa	18.1- Percentual de recursos alocados no Programa por cada unidade federada		
	18.2- Volume anual de recursos alocados, transferidos e gastos (série histórica), compreendendo o ano de implementação do Programa		
	18.3- Repasse do valor global do convênio em até duas vezes, por edição do Programa.		
	18.4- Critério de definição dos montantes anuais, referente à contrapartida estadual, estabelecidos em convênio		

<u>DIMENSÕES E CRITÉRIOS PARA ANÁLISE DO EIXO RESULTADOS/IMPACTOS (continuação)</u>			
Dimensão	Critério/Indicador	Pontos Atribuídos aos Critérios /Indicadores	Comentários
		Escala de zero (sem importância ou exclusão) a dez (importância máxima)	Caso prefira excluir ou modificar o critério justifique sua opinião
19- Cobertura	19.1- Percentual de Estados incluídos no Programa		
	19.2- Distribuição percentual de Instituições de ensino e pesquisa contempladas, por UF		
	19.3- Proporção de instituições contempladas, por UF, frente ao número global registrado como instituição de vínculo do pesquisador coordenador do projeto de pesquisa		

ANEXO III

Análise dos Critérios/Indicadores propostos para avaliação do PPSUS

DIMENSÕES E CRITÉRIOS PARA ANÁLISE DO <u>EIXO ESTRUTURA</u>				
Dimensão	Critério/Indicador	Média	Desvio Padrão	Pontuação
1- Condição para Implementação	1.1- Existência de FAP no Estado	8,79	1,25	Acima de 7
	1.2- Existência de núcleos de ciência e tecnologia em saúde, ou área de igual competência, instalados na SES	8,71	1,07	Acima de 7
	1.3- Manifestação formal por parte das FAPs e SES de adesão ao Programa	9,36	1,01	Acima de 7
	1.4- Recursos humanos definido para administração do Programa no MS, no CNPq, nas FAP e nas SES	9,29	1,90	Acima de 7
	1.5- Existência de comitê técnico assessor na FAP e modo de participação nas atividades	7,79	1,85	Acima de 7
	1.6- Percentual de contrapartida financeira estadual, por parceiro	8,07	2,16	Acima de 7
2- Capacidade Instalada no País	2.1- Existência de secretarias de ciência e tecnologia, por UF	7,64	1,69	Acima de 7
	2.2- Existência de fundações estaduais de amparo à pesquisa no país, ou de outra instituição que devolva a mesma função	7,86	1,99	Acima de 7
	2.3- Existência de área específica dentro da FAP e da SES para administrar o Programa	9,14	1,51	Acima de 7
	2.4- Distribuição dos grupos de pesquisa em saúde por estado	8,29	1,73	Acima de 7
	2.5- Número de Instituições de ensino superior e pesquisas existentes e as que atuam no setor saúde;	8,07	1,33	Acima de 7
	2.6- Proporção de pesquisadores com titulação de mestrado e doutorado, por estado, na área de saúde	8,54	1,51	Acima de 7

DIMENSÕES E CRITÉRIOS PARA ANÁLISE DO <u>EIXO ESTRUTURA</u>				
Dimensão	Critério/Indicador	Média	Desvio Padrão	Pontuação
3- Investimento Financeiro	3.1- Existência de dotação orçamentária para desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, por parte das SCT	9,00	1,30	Acima de 7
	3.2- Existência de dotação orçamentária para desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, por parte da SES ou de instituição a ela vinculada	8,71	1,14	Acima de 7
	3.3- Percentual do recurso executado em função do programado para financiamento de pesquisa no PPSUS	8,29	2,16	Acima de 7
	3.4- Percentual investido por cada fonte financiadora, por ano de publicação do edital	8,54	1,39	Acima de 7
	3.5- Valor global aplicado pelo agente federal financiador (MS) por edição do PPSUS no estado	8,31	1,75	Acima de 7

DIMENSÕES E CRITÉRIOS PARA ANÁLISE DO <u>EIXO PROCESSO</u>				
Dimensão	Critério/Indicador	Média	Desvio Padrão	Pontuação
4- Dinâmica Gerencial	4.1- Critério para definição dos valores estabelecidos pelo agente federal financiador para cada uma das unidades federadas	8,43	1,16	Acima de 7
	4.2- Proporção financeira aplicada por cada um dos estados em relação ao aplicado pelo MS/Decit	8,64	1,08	Acima de 7
	4.3- Identificação nos PPAs estaduais da inclusão do Programa, ou de outros dispêndios com pesquisa, no ordenamento financeiro	8,93	1,33	Acima de 7
	4.4- Periodicidade dos repasses pelo agente financiador federal e pelo estadual para o executor do PPSUS	8,14	1,79	Acima de 7
	4.5- Periodicidade dos desembolsos do executor para o pesquisador	7,79	1,89	Acima de 7

DIMENSÕES E CRITÉRIOS PARA ANÁLISE DO EIXO PROCESSO				
Dimensão	Critério/Indicador	Média	Desvio Padrão	Pontuação
	4.6- Relação da adequação temporal dos repasses e dos desembolsos	7,71	2,13	Acima de 7
5- Adequação dos Instrumentos e Tecnologias	5.1- Existência e aplicabilidade de instrumentos de monitoramento do Programa	9,21	1,19	Acima de 7
	5.2- Existência e aplicabilidade de instrumentos de avaliação para pareceristas	9,36	1,01	Acima de 7
	5.3- Existência e aplicabilidade de instrumentos de avaliação para os gestores responsáveis pela aplicação dos resultados da pesquisa	8,79	1,97	Acima de 7
	5.4- Existência e aplicabilidade de modelo avaliativo para o Programa	9,14	1,83	Acima de 7
	5.5- Existência de sistema informatizado para receber e tratar os dados de fomento nas FAP e nas instituições financiadoras	8,29	1,82	Acima de 7
	5.6- Incorporação do SISPPSUS nas FAPs para uso no processo de seleção	8,08	2,72	Acima de 7
	5.7- Adequação das diretrizes à aplicação do Programa	8,64	2,02	Acima de 7
	5.8- Adequação do modelo de edital às necessidades legais e/ou administrativas dos estados	9,00	1,18	Acima de 7
	5.9- Coerência entre os instrumentos adotados no processo de seleção e julgamento dos pareceres ad hoc, da Comissão de Especialistas e do Comitê Gestor do PPSUS	9,71	0,61	Acima de 7
	5.10- Resolutividade do Sistema Informatizado para recebimento dos projetos de pesquisa e coerência interna no instrumento	8,77	2,77	Acima de 7
	5.11- Facilidade de acesso e manuseio do Sistema Informatizado para submissão das propostas de projetos de pesquisa	8,62	2,79	Acima de 7

DIMENSÕES E CRITÉRIOS PARA ANÁLISE DO EIXO PROCESSO				
Dimensão	Critério/Indicador	Média	Desvio Padrão	Pontuação
5- Adequação dos Instrumentos e Tecnologias	5.12- Existência de mecanismos/cláusulas contratuais que prevejam aditivo ao convênio	7,64	2,02	Acima de 7
6- Execução dos Convênios e Editais	6.1- Cumprimento do cronograma publicado no edital para seleção e contratação das pesquisas	7,93	1,69	Acima de 7
	6.2- Identificação da existência de relatórios técnicos e financeiros parciais aprovados sobre a execução dos projetos aprovados no edital (FAP/Coordenador de projeto)	8,79	1,42	Acima de 7
	6.3 - Identificação da existência de relatórios técnicos e financeiros parciais aprovados sobre a execução dos convênios assinados (MS/FAP)	8,29	1,68	Acima de 7
7- Desempenho Institucional	7.1- Proporção de FAPs que cumprem o cronograma publicado nos editais	8,14	1,56	Acima de 7
	7.2- Tempo decorrido para transferências de recursos estabelecidos nos convênios, por parte dos entes financiadores (federal e estadual), entre si, e para os pesquisadores	8,86	1,10	Acima de 7
	7.3- Verificação dos períodos decorridos no cumprimento de cada uma das etapas do cronograma do edital	8,14	2,18	Acima de 7
	7.4- Proporção de FAPS que outorgam seus projetos selecionados num período de até 3 meses	8,07	1,69	Acima de 7
	7.5- Projetos outorgados com concessão de recursos aos proponentes num período de até 3 meses por cada uma das FAPs após a realização do Comitê Gestor	8,07	1,86	Acima de 7
	7.6- Satisfação dos parceiros, gestores do Programa	8,07	1,94	Acima de 7
	7.7- Percepção do Programa pelos coordenadores de projetos não selecionados	6,50	2,31	Entre 5 e 7

DIMENSÕES E CRITÉRIOS PARA ANÁLISE DO EIXO PROCESSO				
Dimensão	Critério/Indicador	Média	Desvio Padrão	Pontuação
8- Governança	8.1- Adequação do formato organizacional adotado para gerenciar a implementação da intervenção à operacionalização dos objetivos definidos no do Documento de Diretrizes Técnicas	7,92	1,31	Acima de 7
	8.2- Grau de autonomia financeira, administrativa e política das instituições parceiras do Programa	8,00	1,79	Acima de 7
	8.3- Compartilhamento de gestão nas etapas exigidas para o desenvolvimento do PPSUS	8,25	1,54	Acima de 7
	8.4- Articulação das instâncias governamentais envolvidas	8,23	1,96	Acima de 7
	8.5- Participação das instâncias gestoras do PPSUS na articulação e no processo decisório do Programa	8,62	1,04	Acima de 7
	8.6- Avaliação da relevância do papel das instituições parceiras em relação à operacionalização, financiamento e sustentabilidade do Programa	7,38	1,76	Acima de 7
	8.7- Promoção e disseminação dos resultados finais das pesquisas, visando à incorporação	9,46	0,78	Acima de 7
	8.8- Existência e tipo de mecanismos e instrumentos para prestação de contas	8,62	1,50	Acima de 7
9- Participação Social	9.1- Forma Estratégias de incorporação identificação das demandas provenientes da comunidade científica	8,14	1,29	Acima de 7
	9.2- Existência de estratégias participativas para captação de demandas provenientes da comunidade científica, dos gestores de saúde e controle social	8,21	1,42	Acima de 7
	9.3- Existência de estratégias participativas para priorização de demandas provenientes da comunidade científica, dos gestores de saúde e controle social	8,57	1,45	Acima de 7

DIMENSÕES E CRITÉRIOS PARA ANÁLISE DO <u>EIXO PROCESSO</u>				
Dimensão	Critério/Indicador	Média	Desvio Padrão	Pontuação
	9.4- Existência de participação do controle social no processo de seleção de prioridades de pesquisa em saúde	7,54	1,61	Acima de 7
	9.5- Inserção do CONASS e CONASEMS no processo de eleição de prioridades de pesquisa em saúde e dos seminários de avaliação das pesquisas financiadas	8,15	1,86	Acima de 7

DIMENSÕES E CRITÉRIOS PARA ANÁLISE DO <u>EIXO RESULTADOS/IMPACTOS</u>				
Dimensão	Critério/Indicador	Média	Desvio Padrão	Pontuação
10- Indução	10.1- Proporção de projetos financiados e recursos financeiros por ano em relação à demanda habilitada	8,07	1,33	Acima de 7
	10.2- Proporção de projetos financiados em relação ao tema do edital	8,14	1,29	Acima de 7
	10.3- Proporção de recursos financeiros em relação ao tema do edital	8,20	1,32	Acima de 7
	10.4- Proporção de projetos financiados segundo o tema da ANPPS	8,15	1,46	Acima de 7
	10.5- Proporção de projetos financiados segundo a transversalidade com os temas da ANPPS	7,77	1,36	Acima de 7
	10.6- Número total de projetos submetidos ao edital em cada uma das classificações obtidas após o julgamento (Favorável, Favorável em Prioridade 2*, Desfavorável e Desenquadrado)	7,93	1,64	Acima de 7
11- Caracterização do financiamento	11.1- Proporção de projetos financiados com solicitação de bolsas	6,07	2,37	Entre 5 e 7
	11.2- Proporção de recursos financiados por elemento de despesa (capital, custeio e bolsa)	6,43	1,60	Entre 5 e 7

	11.3- Proporção de recursos aplicados por fonte de financiamento (federal e estadual)	7,43	1,74	Acima de 7
	11.4- Proporção de instituições contempladas comparado ao número das que solicitaram	7,00	1,88	Entre 5 e 7
	11.5- Proporção de projetos financiados por ano da demanda	6,93	1,44	Entre 5 e 7
	11.6- Proporção de recursos financiados segundo tema do edital	7,64	1,55	Acima de 7
	11.7- Proporção de recursos financeiros para custeio e capital	5,29	1,68	Entre 5 e 7
12- Perfil do Coordenador da Pesquisa	12.1- Proporção de projetos financiados por gênero do coordenador	6,07	2,16	Entre 5 e 7
	12.2- Proporção de projetos financiados, considerando a titulação do pesquisador (mestrado e doutorado)	8,21	1,37	Acima de 7
13- Perfil das Pesquisas	13.1- Proporção de projetos financiados por área de conhecimento	7,93	1,14	Acima de 7
	13.2- Proporção de recursos financiados por linha de conhecimento	7,93	1,14	Acima de 7
	13.3- Proporção de projetos financiados segundo área geográfica (UF e Região)	8,14	1,66	Acima de 7
	13.4- proporção de recursos financiados por área geográfica (UF e Região)	8,14	1,75	Acima de 7
	13.5- Proporção de projetos financiados segundo a natureza da pesquisa	7,46	1,76	Acima de 7
	13.6- Proporção de recursos segundo a natureza da pesquisa	7,57	1,83	Acima de 7
	13.7- Proporção de projetos financiados segundo o tipo de pesquisa	7,57	1,74	Acima de 7
	13.8- Proporção de projetos por população em situação de vulnerabilidade	7,14	1,99	Acima de 7

	13.9- Proporção de recursos financiados por faixa etária do grupo estudado	5,64	1,82	Entre 5 e 7
	13.10- Proporção de projetos financiados com participação de empresa, fundações, instituições, outros, na pesquisa	7,14	1,75	Acima de 7
14- Perfil das Instituições	14.1- Proporção de projetos financiados segundo a atividade da instituição executora, por UF	7,21	2,04	Acima de 7
	14.2- Proporção de recursos financiados por empresas privadas parceiras na pesquisa (contrapartida)	6,29	1,82	Entre 5 e 7
	14.3- Proporção de projetos financiados com participação de profissionais do serviço de saúde inseridos em grupos de pesquisa	7,21	2,39	Acima de 7
	14.4- Número de instituições envolvidas na execução dos projetos de pesquisa	7,29	2,05	Acima de 7
15- Desenvolvimento da Capacidade de Pesquisa Instalada	15.1- Alteração na distribuição geográfica de pesquisadores em saúde, em relação ao período anterior a implementação do PPSUS	8,21	1,53	Acima de 7
	15.2- Identificação do número de laboratórios equipados com recursos do Programa	8,71	1,27	Acima de 7
	15.3- Produção regional científica em saúde, distribuídos por idade ou sexo	6,43	2,28	Entre 5 e 7
	15.4- Proporção de projetos financiados com proposta de formação de recursos humanos em nível de pós-graduação	8,00	1,47	Acima de 7
	15.5- Número de artigos científicos publicados por mestres e doutores do setor saúde, produto das pesquisas financiadas pelo PPSUS, em série histórica	8,43	1,28	Acima de 7
	15.6- Identificação de patentes registradas por pesquisador financiado no Programa	8,85	1,28	Acima de 7
	15.7- Identificação do número de mestres e doutores formados no estado, com a contribuição do PPSUS	8,21	1,89	Acima de 7

16- Inovação Tecnológica	16.1- Disponibilização de tecnologias inovadoras (de processos, metodologias, gestão) para os serviços do SUS, oriundos das pesquisas financiadas	9,00	0,88	Acima de 7
	16.2- Solicitação de registro de patentes de produtos e processos oriundos das pesquisas financiadas	9,07	1,00	Acima de 7
	16.3- Existência de inovações tecnológicas associadas à implantação do Programa	8,57	1,34	Acima de 7
	16.4- Produção de novas tecnologias pelas pesquisas financiadas pelo Programa	9,00	1,36	Acima de 7
17- Produção de Insumos	17.1- Existência de insumos desenvolvidos, ou em desenvolvimento, com financiamento (parcial ou total) do Programa	9,21	1,05	Acima de 7
18- Repasse e Regularidade com que os Recursos São Repassados ao Programa	18.1- Percentual de recursos alocados no Programa por cada unidade federada	7,00	1,96	Entre 5 e 7
	18.2- Volume anual de recursos alocados, transferidos e gastos (série histórica), compreendendo o ano de implementação do Programa	8,15	1,34	Acima de 7
	18.3- Valor médio concedido por pesquisa, referente a cada edital/ano, por unidade federada	7,62	2,02	Acima de 7
	18.4- Critério de definição dos montantes anuais, referente à contrapartida estadual, estabelecidos em convênio	8,17	1,75	Acima de 7
19- Cobertura	19.1- Percentual de Estados incluídos no Programa	8,77	1,17	Acima de 7
	19.2- Distribuição percentual de Instituições contempladas, por UF	8,23	1,24	Acima de 7
	19.3- Proporção de instituições contempladas, por UF, frente ao número global registrado como instituição de vínculo do pesquisador coordenador do projeto de pesquisa	6,92	1,80	Entre 5 e 7