

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Pesquisa para Saúde

Por que pesquisa em Saúde?

Textos para tomada de decisão

Council on Health Research
for Development (COHRED)

Global Forum for Health Research

Brasília - DF
2007

COHRED e Global Forum for Health Research: Por que estas novas séries conjuntas?

O *Global Forum for Health Research* foi criado em 1998. Seu principal objetivo é promover mais pesquisa em saúde focada nas necessidades dos países em desenvolvimento. O *Global Forum* estuda e analisa o fluxo de recursos para a pesquisa em saúde nos níveis global e nacional, identifica e advoga o preenchimento de lacunas; desenvolve ferramentas para formuladores de políticas e pesquisadores, inclusive no estabelecimento de prioridades de pesquisa e na análise de equidade; e trabalha com parceiros para estabelecer a agenda de pesquisa para áreas negligenciadas. Mais informações no www.globalforumhealth.org.

O COHRED, *Council on Health Research for Development*, teve início em 1993. Seu principal objetivo àquele tempo foi promover a Pesquisa em Saúde Nacional Essencial em todos os países, sem levar em conta o estágio de desenvolvimento econômico. O trabalho do COHRED expandiu-se desde então, de uma maneira geral, para fazer tudo o que é necessário para fortalecer os sistemas de pesquisa em saúde, para que os países possam otimizar o uso da pesquisa em saúde para a equidade e o desenvolvimento. O COHRED se engaja em muitas atividades em todo o mundo, mas prioriza o trabalho nos países mais pobres. Mais informações podem ser obtidas no www.cohred.org.

A razão pela qual o COHRED e o *Global Forum* estão cuidando destas novas séries conjuntas de publicações é que as duas organizações perseguem os mesmos objetivos por meios diferentes. Sentimos, também, que há uma lacuna maior na disponibilização de informação relevante em pesquisa em saúde para instrumentar tomadores de decisão nos governos dos países em desenvolvimento e desenvolvidos e entre os patrocinadores, doadores e colaboradores de pesquisas. Estas séries pretendem fornecer destaques em um formato conciso. Após esta primeira edição, nós convidaremos os atores-chave para direcionar assuntos substantivos que são de relevância imediata para ação. Acreditamos que são necessárias perspectivas globais, regionais e nacionais para disponibilizar informação para ação.

Agradecemos sugestões para aperfeiçoamento.

Council on Health Research for Development (COHRED)

Tel: + 41 22 591 8900
Fax: + 41 22 591 8910
cohred@cohred.org
www.cohred.org

Global Forum for Health Research

Tel: + 41 22 791 4260
Fax: + 41 22 791 4394
info@globalforumhealth.org
www.globalforumhealth.org

Endereço comum para as duas organizações:
1-5 Route des Morillons, P.O. Box 2100, 1211 Geneva 2, Switzerland

© 2006 *Council on Health Research for Development* and *Global Forum for Health Research*

ISBN 92-9226011-1 (COHRED)

ISBN 2-940286-47-7 (*Global Forum for Health Research*)

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
Departamento de Ciência e Tecnologia

Por que pesquisa em saúde?

Série B. Textos Básicos de Saúde
Série Pesquisa para Saúde: Textos para Tomada de Decisão

Brasília - DF
2007

© Council on Health Research for Development and Global Forum for Health Research (versão em Inglês)

© 2007 Ministério da Saúde (versão em português)

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

Série B. Textos Básicos de Saúde

Série Pesquisa para Saúde: Textos para Tomada de Decisão

Série publicada pelo Council on Health Research for Development e Global Fórum for Health Research para promover a tomada de decisão na pesquisa em saúde para o desenvolvimento.

Tiragem: 1.ª edição – 2007 – 3.500 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

Departamento de Ciência e Tecnologia

Esplanada dos Ministérios, bloco G,

Edifício Sede, 8º andar, sala 845

CEP: 70058-900, Brasília – DF

E-mail: decit@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br>

Autores:

Carel IJsselmuiden

Stephen Matlin

Tradução:

Ivone Peixoto

Alfredo Schechtman

Diagramação:

Emerson eCello

Renata Guimarães

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia.

Por que pesquisa em saúde? / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

20 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pesquisa para Saúde: Textos para Tomada de Decisão)

ISBN 92-9226011-1 (COHRED)

ISBN 2-940286-47-7 (Global Forum for Health Research)

ISBN 978-85-334-1348-1 (Edição em Português)

1. Saúde pública. 2. Pesquisa em saúde. 3. Ciência, Tecnologia e Sociedade. I. Título. II. Série.

NLM WA 100

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2007/0601

Títulos para indexação:

Em inglês: Why Health Research?

Em espanhol: ¿ Por qué Investigación en Salud?

Sumário

Apresentação | 6

A importância da saúde – e de quem é a responsabilidade | 7

A pesquisa como componente central e indispensável de melhoria da saúde | 8

Aplicando o que já é conhecido | 8

A necessidade de mais pesquisas | 8

“Pesquisa em saúde” e “pesquisa para a saúde” | 9

O fracasso e a promessa da pesquisa em saúde | 9

Agendas de pesquisa incompletas e novas propostas de pesquisa | 10

Novas tendências na pesquisa em saúde: oportunidades e ameaças para a equidade na saúde | 12

A boa pesquisa em saúde precisa de bons sistemas de pesquisa em saúde | 12

Sistemas de pesquisa em saúde | 13

Componentes dos sistemas de pesquisa em saúde | 13

Sistemas nacionais de pesquisa em saúde | 15

Pesquisa para a saúde: como fazer funcionar | 16

Mensagens-chave neste resumo de política | 17

O que pode ser feito? | 17

Por países | 17

Por patrocinadores/doadores/colaboradores | 17

Referências e leituras recomendadas | 18

Apresentação da Edição Brasileira

A partir de 1990, intensificou-se na arena internacional o debate sobre o papel da pesquisa nos sistemas e serviços de saúde. Entre os atores que lideram esse processo destacam-se o Council on Health Research for Development (COHRED) e o Global Forum for Health Research. Tendo como foco principal os países em desenvolvimento, ambas as organizações internacionais atuam de modo complementar, buscando fortalecer a pesquisa em saúde nas agendas nacionais, regionais e global, na perspectiva de promover o desenvolvimento e reduzir as iniquidades em saúde.

O Brasil vem participando ativamente desse processo, ampliando gradativamente sua inserção no debate mundial. Entre outros fatores, esses avanços são frutos da formulação dos marcos institucionais para o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde do país, aprovados na 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, em 2004, a partir de consenso técnico-político. A Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde são os instrumentos norteadores das ações de fomento promovidas pelo Ministério da Saúde. Busca-se, assim, apoiar no país investigações que tragam respostas e soluções para os problemas prioritários de saúde da população e da gestão do Sistema Único de Saúde.

Assim como ocorre em outros países, no Brasil, o principal desafio refere-se à capacidade de incorporação dos resultados das pesquisas no sistema e serviços de saúde. Faz-se necessário, portanto, investir em estratégias eficientes de disseminação de informações que possibilitem abreviar este hiato existente entre o novo conhecimento e a sua utilização em benefício da população.

O texto a seguir, originalmente editado em conjunto pelo Global Forum for Health Research e pelo Council on Health Research for Development, versa sobre a importância de transformar a pesquisa em saúde em pesquisa para a saúde, ou seja, direcionada às necessidades de saúde das pessoas. Boa leitura.

Suzanne Jacob Serruya

Diretora do Departamento de Ciência e Tecnologia

Reinaldo Guimarães

Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

A importância da saúde – e de quem é a responsabilidade

A saúde foi definida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença” (Organização Mundial da Saúde - OMS). Não é surpreendente, portanto, que a boa saúde esteja no topo da lista de aspirações das pessoas em qualquer lugar. É apropriado que a saúde seja reconhecida como um direito humano em diversas convenções e tratados globais, inclusive na Declaração Universal dos Direitos Humanos e nas constituições e políticas nacionais. Conseqüentemente, os formuladores de políticas em todos os lugares têm a responsabilidade fundamental de proteger e promover a saúde dos indivíduos e populações a que eles servem. É também de seu próprio interesse, uma vez que a negligência com a atenção à saúde e com a saúde pública está se tornando uma importante causa de mudanças nos governos em países democráticos.

O mote para a ação de manter e melhorar a saúde é fortalecido pelo reconhecimento, que vem crescendo nos últimos anos, das ligações íntimas que existem entre saúde e desenvolvimento. Até recentemente, as melhorias na saúde eram vistas principalmente como uma conseqüência do desenvolvimento – um efeito benéfico proveniente, para o indivíduo, da diminuição da pobreza e do aumento das oportunidades por mais educação e melhores condições de vida. Mais recentemente, desde 1993, tornou-se amplamente aceitável que uma saúde melhor é um elemento necessário ao desenvolvimento e que os investimentos na saúde tornaram-se essenciais para as políticas de crescimento econômico que buscam melhorar as condições de vida das pessoas mais pobres (WORLD BANK, 1993; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996, 2001). De fato, os investimentos em saúde têm-se mostrado capazes de gerar taxas mais altas de retorno do que virtualmente qualquer investimento que um governo possa fazer (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001) e de ser um componente indispensável de qualquer estratégia nacional que busque dar suporte ao alívio da pobreza e à redução das desigualdades. A saúde, vista como um componente crucial do desenvolvimento humano, foi descrita mais claramente por Amartya Sen em seu livro *Development as Freedom* (SEN, 2000).

Nesse contexto, as considerações sobre equidade de saúde (ligada mais ao conceito de “justiça” que ao de “igualdade”) são centrais, seja a saúde vista como um direito, seja como saúde pública ou em uma perspectiva de desenvolvimento econômico. A promoção da equidade requer que se assegure a todas as pessoas, independentemente de sua formação, etnia, gênero, local de moradia, raça ou posição social, a proteção adequada contra os fatores de adoecimento; o acesso a conhecimentos, produtos e serviços que as habilitem a reduzir os fatores de risco e a obter aconselhamento e tratamento; e a certeza de que não serão impedidas, por falta de recursos ou por outros obstáculos, de utilizarem o que está disponível para que alcancem e mantenham a boa saúde e otimizem o desenvolvimento pessoal.

Esse conjunto de requisitos aponta para um aspecto crucial da saúde: seus determinantes não estão apenas no setor saúde, e o alcance da boa saúde requer a atenção para um grande número de fatores que vão muito além da criação de conhecimentos, tecnologias e serviços que visam tratar doenças. Entre outros, os fatores que determinam níveis elevados de educação e acesso a emprego, nutrição, transporte, água limpa e saneamento decentes e seguros, e proteção legal dos direitos são também todos de grande importância como determinantes da saúde, como são os macrofatores, tais como boa gestão, sistemas democráticos e equidade e crescimento econômico. Assim, a responsabilidade pela saúde não está apenas com os formuladores de políticas que trabalham diretamente no setor saúde, mas é partilhada por todos os formuladores de políticas no governo e nas agências internacionais que influenciam políticas globais em uma ampla gama de assuntos como mercado, meio-ambiente, propriedade intelectual, leis, direitos humanos, assistência e financiamento do desenvolvimento. Da mesma forma, os tomadores de decisão em setores não considerados normalmente como parte do setor saúde precisam pensar seriamente nas conseqüências de suas ações para a saúde. Os graves efeitos para a saúde, especialmente nas nações mais pobres, das políticas de ajuste estrutural desenvolvidas por instituições financeiras globais são um exemplo-chave de política de desenvolvimento sem consideração quanto ao impacto negativo na saúde.

A pesquisa como componente central e indispensável de melhoria da saúde

Aplicando o que já é conhecido

Geralmente se diz que muitas doenças e milhares de mortes poderiam ser evitados “simplesmente” pela aplicação dos conhecimentos e ferramentas que já existem. Há consideráveis justificativas para essa afirmação, como ressaltado nos exemplos seguintes:

- Em primeiro lugar, as políticas para a melhoria da saúde das populações devem adotar e implementar os conhecimentos e as ferramentas que já estão disponíveis – eliminando o espaço entre “o saber e o fazer” – e investir no tipo de pesquisa necessária para entender os fatores que mantêm esse espaço aberto. Frequentemente, apenas no âmbito dos países será possível identificar esses fatores, devido à enorme variedade de sistemas, culturas, tradições, instituições políticas e capacidade de prestar assistência à saúde.
- O tipo de pesquisa necessária não requer recursos em escala comparável àquela necessária para o desenvolvimento de novos medicamentos. Ela requer, no entanto, capacidade de pesquisa quantitativa e qualitativa para engajar-se em uma variedade de métodos de pesquisa, incluindo pesquisas que investiguem a natureza e a extensão dos problemas de saúde subjacentes e suas causas etiológicas (inclusive determinantes existentes dentro e fora do setor saúde); examinar a relevância e a capacidade de transferência do conhecimento e das ferramentas desenvolvidas em qualquer lugar; realizar experimentos com adaptações às condições e contextos locais; explorar a dimensão de escala e a sustentabilidade das intervenções; monitorar e avaliar a efetividade das intervenções e o seu grau de sucesso; medir a eficiência e o custo-efetividade de todos os elementos no processo; e explorar os obstáculos sociais, econômicos, nacionais e internacionais ao fechamento do espaço entre “o saber e o fazer” e tentar encontrar soluções.

A necessidade de mais pesquisas

O conhecimento e as ferramentas disponíveis nem sempre são adequados para resolver os problemas de saúde existentes e há uma necessidade constante e sem fim de gerar novas informações e desenvolver maneiras melhores, e mais efetivas, de proteger e promover a saúde e de reduzir as doenças. Isso tem sempre gerado um dilema para os formuladores de políticas: o de financiar pesquisas que podem eventualmente levar a intervenções aperfeiçoadas e melhores resultados, desviando recursos escassos da aplicação imediata do conhecimento existente. De tempos em tempos, a pesquisa tem demonstrado o seu valor no longo prazo. Por exemplo, na epidemia global de pólio, nos anos 50, os formuladores de política em muitos países desenvolvidos foram forçados a fazer planos para a construção de pulmões de aço e de instalações hospitalares para abrigá-los. Esta abordagem de longo prazo e altamente dispendiosa para atender pessoas com paralisia crônica tornou-se obsoleta com a invenção da vacina antipólio, e a doença está agora – talvez – perto de ser globalmente erradicada. O mesmo se aplica à pesquisa feita para confirmar a ligação entre o ato de fumar e o câncer de pulmão, o que leva agora a reduções grandes e sustentáveis da incidência de câncer nos países desenvolvidos, enquanto a incidência do fumo em muitos países em desenvolvimento é crescente. Alguns exemplos contemporâneos da contínua necessidade de pesquisa incluem:

- Crescimento da resistência microbiológica, por exemplo, em doenças como tuberculose e malária;
- Ausência de tratamentos efetivos para doenças como a dengue em países de baixa renda;
- Tratamento e prevenção do HIV/aids;
- Preparação para novas e emergentes infecções;
- Necessidade de novos conhecimentos sobre os fatores globais que influenciam a saúde;
- Necessidade de novos conhecimentos sobre os contextos locais, condições e prioridades de saúde;
- Necessidade de novos conhecimentos sobre os determinantes sociais, políticos, econômicos e ambientais da saúde, especialmente na compreensão de como aumentar a equidade interna dos países e entre países;
- Pesquisas em sistemas e políticas de saúde – como fazer o sistema de saúde atuar melhor;
- Necessidade de entender e monitorar os impactos das políticas globais de comércio e da globalização na saúde dos indivíduos, famílias, comunidades e países;
- Pesquisa em saúde ambiental, interação entre atividades econômicas e saúde humana e ambiental, que é cada vez mais pertinente para os países em desenvolvimento;
- Necessidade de novos conhecimentos sobre o que as pessoas precisam para ser e permanecer saudáveis;

Por que pesquisa em saúde?

- Necessidade de compreender como usar da melhor forma a pesquisa, não apenas para melhorias na saúde, mas também para o desenvolvimento social e econômico – de forma igualitária.

Essa lista está longe de ser exaustiva. Assim, por meio da adoção, adaptação e aplicação do conhecimento existente, permanece uma necessidade substancial de pesquisa para criar novos conhecimentos e tecnologias e para traduzi-los em intervenções efetivas que capacitarão as pessoas a serem saudáveis... em toda parte.

“Pesquisa em saúde” e “pesquisa para a saúde”

O espectro da pesquisa em saúde é amplo e inclui:

- pesquisa biomédica,
- pesquisa em saúde pública,
- pesquisa em sistemas e políticas de saúde,
- pesquisa em saúde ambiental,
- pesquisa em ciências sociais e comportamentais,
- pesquisa operacional e
- pesquisa em saúde como parte da pesquisa geral em “ciência e tecnologia”.

No entanto, considerando a definição de saúde usada anteriormente, é evidente que a gama de pesquisas necessárias para “proteger e promover a saúde e reduzir a doença” é até maior que essa. De fato, é mais apropriado falar sobre “pesquisa para a saúde” do que sobre “pesquisa em saúde” para reconhecer que os campos de interesse envolvem as relações entre a saúde e, entre muitos outros, os fatores sociais, econômicos, políticos, legais, agrícolas e ambientais.

Como exemplo, pode-se olhar historicamente para o “período sanitário”, no qual foram possíveis rápidos ganhos em saúde devido mais à engenharia civil (i. e. água, saneamento, moradia) que a medicamentos e atenção à saúde. Exemplos mais recentes incluem a redução de mortes no trânsito a partir de pesquisas combinadas nos setores de transporte e de saúde (trabalho e saúde, testes de visão, mas também melhorias na sinalização de estradas, aumento considerável na segurança de carros e pneus, e limites de velocidade). A pesquisa em agricultura tem sido cada vez mais responsável não apenas por novos produtos, mas por maneiras de aumentar a segurança alimentar. Pesquisas multidisciplinares, unindo medicina e tecnologia, têm melhorado rapidamente as tecnologias de saúde e oferecido esperança para a detecção precoce de doenças e equipamentos para reduzir o impacto das deficiências. Em alguns casos, a pesquisa feita em países em desenvolvimento para lidar com problemas locais específicos encontrou aplicação no mundo desenvolvido, uma tendência que está crescendo com a expansão da capacidade de pesquisa de nações em desenvolvimento progressivo.

Fica também claro por esses exemplos que nem a “pesquisa para a saúde” nem a “pesquisa em saúde” são necessariamente tarefas do setor público: tanto as organizações privadas com fins lucrativos, quanto as não-governamentais sem fins lucrativos deram contribuições em pesquisas para a saúde, para a equidade em saúde e para o desenvolvimento.

O fracasso e a promessa da pesquisa em saúde

No último século observou-se uma melhoria sem precedentes na saúde humana, pois metade do crescimento total da expectativa de vida alcançado em milhares de anos ocorreu apenas nos últimos cem anos – como testemunhado pela significativa diminuição da mortalidade materna e infantil e em outros indicadores de saúde.

Mesmo existindo muitos fatores responsáveis por esse fenômeno, inclusive melhorias nas condições de vida e nutrição, há também duas sucessivas revoluções no campo da saúde que tiveram uma influência maior. A primeira foi uma transformação na saúde pública, resultante de novos conhecimentos sobre as ligações entre o meio ambiente, a higiene e a doença, que conduziram a melhorias na qualidade da água, do saneamento e da moradia em países industrializados. A segunda revolução, resultante de avanços em ciências como a física, a engenharia, a química, a bioquímica e a medicina, foi na prevenção, detecção e tratamento de doenças por meio da aplicação de vacinas, diagnósticos e medicamentos.

Entretanto, os benefícios resultantes estão muito mal distribuídos. Um grande número de pessoas, nos países menos desenvolvidos, tiveram até hoje pouco ou nenhum benefício com as ferramentas até agora criadas. Isso ocorre

tanto pelo fato de os produtos serem difíceis de adquirir ou administrar em sistemas de saúde carentes e pouco desenvolvidos quanto por causa da “não-criação”: produtos que são predominantemente ou exclusivamente necessários em países pobres simplesmente não foram pesquisados e criados, mesmo que lá esteja a grande maioria da população do mundo e a maior proporção de doenças e mortalidade. Como resultado da distribuição desigual dos benefícios, as desigualdades de saúde (incluindo aspectos físicos, mentais e sociais) nas populações e entre populações aumentou em algumas partes do mundo em desenvolvimento.

Esses desequilíbrios na distribuição global dos investimentos na atenção à saúde são – novamente, sem surpresa – também encontrados em desequilíbrios nos investimentos e capacidades de pesquisa em saúde. Em 1990, a Comissão de Pesquisa em Saúde para o Desenvolvimento apontou que a maioria das pesquisas em saúde têm sido conduzidas em países mais ricos e para as necessidades de saúde desses mesmos países, tanto que a natureza e o foco das drogas, tecnologias e conhecimentos têm sido menos relevantes para as necessidades dos países mais pobres. Entre os importantes aspectos do trabalho da Comissão, três em particular são ressaltados aqui:

- A Comissão chamou atenção para a importância de cada país estabelecer uma capacidade de conduzir pesquisas essenciais de relevância para suas próprias necessidades no campo da saúde. Em seguida, o COHRED, fundado em 1993 como sucessor da Força Tarefa da Comissão, capitaneou a evolução da Pesquisa Nacional Básica de Saúde (*Essential National Health Research* – ENHR) e apoiou trabalhos em mais de 60 países na organização e priorização de pesquisas para dar suporte aos sistemas de saúde. O trabalho do COHRED na ENHR estimulou uma maior atenção para a pesquisa, gerenciando e priorizando a pesquisa em saúde, e levou à evolução do conceito de sistemas nacionais de pesquisa em saúde (*National Health Research Systems* - NHRS) como uma moldura ampla para analisar, desenvolver e fortalecer a capacidade dos países de determinar prioridades em pesquisa em saúde e decidir como direcioná-las.
- A Comissão fez o primeiro esforço sistemático para medir o fluxo de recursos para a pesquisa em saúde em escala global. Estimou-se que, para 1986, menos que 10% (de fato, perto de 5%) dos 30 bilhões de dólares que o mundo gastou em pesquisa em saúde foi voltado para os problemas de saúde específicos de países em desenvolvimento, enquanto 90% das perdas evitáveis por morbidade deveriam encontrar-se nestes países. Isso levou ao conceito conhecido como “desequilíbrio 10/90” (*10/90 gap*) na pesquisa em saúde. O Fórum Global para Pesquisa em Saúde (*Global Forum for Health Research*) foi criado em 1998 com a missão de ajudar a diminuir esta lacuna. O Fórum Global continua a monitorar o financiamento da pesquisa em saúde em nível global (mais de cem bilhões de dólares gastos anualmente) e, em colaboração com o COHRED, em nível nacional, tanto quanto encoraja o estabelecimento mais sistemático de prioridades e a focalização da atenção em pesquisas em uma gama de doenças, populações e temas negligenciados.
- Reconhecendo a importância crítica de recursos, nos casos em que a pesquisa em saúde fosse capaz de cumprir sua promessa, a Comissão recomendou que cada país em desenvolvimento deveria alocar cerca de 2% de seu orçamento nacional para a saúde em pesquisa básica em saúde e fortalecimento da capacidade de pesquisa e que isto deveria ser complementado por doadores, alocando 5% de sua assistência em saúde para apoiar essas áreas. O progresso na implementação dessas recomendações tem sido desigual, mas acelerou-se recentemente. Uns poucos países em desenvolvimento já alcançaram a marca de 2%, o que foi recentemente endossado oficialmente pelo Encontro Ministerial sobre Pesquisa em Saúde, realizado na Cidade do México, em novembro de 2004, por encontros subsequentes da Assembléia Mundial da Saúde e da Secretaria Executiva da OMS e por ministros de 14 países africanos, em Gana, em junho de 2006 (OMS, 2006). Vários doadores estão contribuindo com mais de 5% de seu orçamento para a saúde para apoiar pesquisas e fortalecer as capacidades de pesquisa nesse setor, e outros estão se comprometendo a agir nessa direção.

Agendas de pesquisa incompletas e novas propostas de pesquisa

A necessidade de continuar expandindo a quantidade e a qualidade da pesquisa que enfoca os problemas de saúde dos países mais pobres e das populações marginalizadas, inclusive pesquisas que são feitas dentro e por estes próprios países, é direcionada por velhos e novos problemas:

- A persistência de doenças de notificação compulsória continua sendo um gasto desnecessário em muitos países pobres. Isso inclui, em particular, doenças como a malária, que deixaram de ser problemas significantes de saúde pública em países ricos; um grupo de outras doenças parasitárias tropicais transmitidas por vetores, como a

leishmaniose, a esquistossomose e as infecções por tripanossomo, que causam a doença do sono na África e a doença de Chagas na América Latina; a dengue, outra infecção transmitida por mosquitos que está expandindo seu impacto principalmente em países em desenvolvimento e para a qual não existe, ainda, vacina preventiva; algumas infecções como a tuberculose (TB) que estiveram bem controladas, mas agora estão ressurgindo devido à evolução de formas resistentes; e novas ameaças globais à saúde impostas por doenças surgidas recentemente como HIV/aids, Síndrome Respiratória Aguda Severa (SARS) e gripe aviária.

- A lista de tais doenças é longa e elas partilham um número de fatores importantes. São causadas por vírus, bactérias e parasitas, transmitidos diretamente por pessoas ou indiretamente, via hospedeiro animal. Particularmente para esse grupo existem poucas ferramentas efetivas em forma de vacinas e medicamentos. As ferramentas disponíveis estão frequentemente falhando devido ao surgimento de formas resistentes (ex. malária, TB), são muito caras para aplicação em países pobres sem a ajuda internacional massiva (por exemplo, drogas anti-retrovirais para HIV/aids), ou são difíceis de administrar sem sistemas de saúde sofisticados e com bom funcionamento (ex. Tratamento Diretamente Observado de curto prazo – para TB, drogas anti-retrovirais para HIV/aids). Além disso, o desenvolvimento de novas ferramentas tem sido frequentemente pouco priorizado pelo setor privado, já que não é percebido como um mercado suficientemente lucrativo para os produtos.
- Nas últimas décadas, uma transição epidemiológica massiva tem ocorrido globalmente. Doenças crônicas ou não notificáveis, como doença cardiovascular, diabetes e câncer, que costumavam ser consideradas como doenças características de países ricos, tornaram-se agora também doenças da pobreza em países de baixa e média renda. Elas constituem pelo menos metade das perdas por doenças em muitos países em desenvolvimento (ex. Índia) e pouco mais de três quartos na China.
- Essas condições crônicas, também identificadas frequentemente como doenças causadas pelo estilo de vida, estão associadas a uma gama de determinantes, que incluem dieta inadequada, obesidade, falta de atividade física e uso de tabaco. Geralmente, elas podem ser previstas. Uma vez adquiridas, a severidade do seu impacto pode ser minimizada por uma combinação de mudanças de comportamento e tratamento – que frequentemente precisa ser por toda a vida – com medicamentos. Enquanto muitos países desenvolvidos conseguiram diminuir a incidência dessas doenças em anos recentes, a adaptação de medidas efetivas de prevenção e tratamento às condições e contextos de países mais pobres apenas começou. Serão necessários esforços substanciais para conseguir isso.
- Outra forma de ver isso é olhar para as mudanças populacionais ou para a transição demográfica. Os grupos de idosos são, predominantemente, os grupos que crescem mais rapidamente nas populações, tanto nas nações em desenvolvimento quanto nas desenvolvidas. As doenças crônicas e não notificáveis tendem, portanto, a se tornar áreas-chave de preocupação em países pobres em futuro bem próximo.
- Os países pobres estão experimentando um grande e crescente prejuízo com os traumas, particularmente com o transporte se tornando mais mecanizado, as taxas de traumas por acidentes de trânsito estão aumentando. Diferentemente de países mais desenvolvidos, os traumas envolvem frequentemente colisões entre veículos potentes e ciclistas ou pedestres. Muitos países desenvolvidos têm sido capazes de reduzir substancialmente suas taxas de traumas por acidentes de trânsito por introdução compulsória de cintos de segurança e capacetes, redução nos limites de velocidade e endurecimento da legislação sobre o consumo de álcool por motoristas na direção. As mortes e traumas permanentes causados por acidentes de trânsito também têm sido reduzidos pelo desenvolvimento de atendimento e tratamento de emergência efetivo e rápido. Muito menos atenção tem sido dada à adaptação dessas lições ou ao desenvolvimento de novas e diferentes abordagens que sejam relevantes para as diferentes condições de tráfego e as limitações de recursos encontradas em países pobres.
- No mundo inteiro, a ênfase dos serviços e sistemas de saúde – e das pesquisas associadas a estes campos, tem sido principalmente na prevenção e tratamento de doenças. Recentemente, começou a surgir uma nova conceitualização da saúde global que está finalmente mais sintonizada com a definição mais ampla de saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença”. Enquanto, no passado, geralmente falhamos em conceituar ou oferecer o que as pessoas necessitavam para se tornarem saudáveis, novas abordagens estão agora começando a identificar esta falha, como o trabalho da Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde da OMS e os princípios desenvolvidos na corrente das conferências e encontros internacionais sobre promoção da saúde que começou em Ottawa, em 1986. Esses esforços estão contribuindo para definir o que precisa ser feito para realmente promover a saúde, reconhecendo-se que deve haver uma responsabilidade partilhada entre indivíduos, que podem ter, na realidade, muito poucas escolhas, e governos, que precisam criar e apoiar as condições necessárias para a saúde de sua população.
- Esta nova agenda tem um duplo caráter. É global em seu escopo, na natureza dos princípios que a apóiam e em algumas atitudes que precisam ser tomadas para regular, por exemplo, o transporte de substâncias perigosas,

patógenos e práticas de manuseio. Ao mesmo tempo, é nos níveis nacional e local que as ações efetivas devem ser tomadas para dar a cada indivíduo a oportunidade de alcançar a saúde e o bem-estar almejados. O desafio para a pesquisa, em ambos os níveis, global e nacional, é ajudar a descobrir, compreender e controlar os determinantes relevantes e assegurar que a aplicação deste conhecimento seja equitativa e não crie novas falhas. Assim, a nova conceituação emergente de saúde global está trazendo um reconhecimento importante da conectividade entre os problemas de saúde globais e locais e da necessidade de ação trans-setorial em muitos campos, apoiada por pesquisa. Cada vez mais se reconhece que a oferta de uma saúde melhor é responsabilidade não apenas do setor saúde, mas de todo o governo e das comunidades, famílias, indivíduos e da sociedade civil organizada que os representam, e requer o envolvimento ativo e a aceitação da responsabilidade partilhada pela saúde por todas as autoridades de todos os setores.

Novas tendências na pesquisa em saúde: oportunidades e ameaças para a equidade na saúde

A revolução nas Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) lançou as bases para maiores avanços em genoma e biotecnologia. A capacidade de ler, armazenar e comparar os milhões de pedaços de informação que formam o genoma de cada organismo no planeta já resultou em um maior nível de entendimento dos processos das doenças. Combinando com as novas técnicas emergentes para a exploração e manipulação da matéria em escala “nano”, novas oportunidades são abertas para o desenvolvimento de tecnologias preventivas, diagnósticas e curativas, e de medicamentos e métodos.

Essas novas tecnologias sustentam grande promessa de melhoria na saúde e de redução das desigualdades na saúde das pessoas em qualquer lugar, mas isso só ocorrerá se elas forem desenvolvidas e aplicadas para os problemas de todas as populações. Se os padrões do último século forem repetidos, elas trabalharão apenas para os mais ricos e privilegiados, resultando no crescimento das desigualdades em uma mesma população e entre populações distintas. Algumas possíveis aplicações das novas tecnologias também impõem ameaças potenciais para populações, grupos ou indivíduos específicos. Para evitar que isso aconteça, o tema deve ser explorado e debatido amplamente.

O sucesso ou fracasso dos movimentos e intervenções na saúde nas décadas recentes – inclusive a abordagem primária da atenção à saúde, intervenções para o planejamento familiar e o controle populacional, Saúde para Todos e, mais recentemente, a intervenção na pandemia de HIV/aids por meio do Fundo Global de Combate ao HIV/Aids, Tuberculose e Malária e a Iniciativa 3 por 5 – apontaram todos para o papel central que os sistemas de saúde desempenham ao fazer funcionar tanto as já conhecidas, como as novas intervenções. Predominantemente, as intervenções mais novas contra as condições globais estão se tornando cada vez mais “sistematizadas”. Elas provocam demandas substanciais (que em geral competem entre si) nas capacidades dos sistemas de saúde, inclusive na capacidade de pesquisa em saúde. Os sistemas de saúde oferecem a estrutura crucial para o melhor fornecimento de serviços de saúde e para torná-los mais acessíveis e baratos – e os sistemas de saúde precisam ser mais fortemente apoiados por políticas de saúde, pesquisas de sistemas e pesquisas operacionais. Além do mais, uma revisão recente feita pela Aliança para Políticas de Saúde e Pesquisas de Sistemas apontou para um déficit duplo: 1) o campo total de pesquisas de sistemas de saúde encontra-se bastante deficitário; e 2) apenas uma pequena fração das pesquisas realizadas neste campo está sendo conduzida em ou para as necessidades dos países menos desenvolvidos, mesmo que seja aí o lugar em que os sistemas e políticas são mais frágeis e precisam de mais atenção.

A boa pesquisa em saúde precisa de bons sistemas de pesquisa em saúde

A pesquisa em saúde é obviamente um componente indispensável ao crescimento e desenvolvimento de povos e nações. Sejam públicas ou privadas, com ou sem fins lucrativos, as pesquisas em saúde e médicas contribuem para a saúde diretamente (a partir de terapias, intervenções, diagnósticos, tecnologias e melhoria da qualidade no fornecimento da atenção à saúde que resultam da pesquisa) e indiretamente, por meio do impacto potencial da melhoria da saúde na atividade econômica, devido aos benefícios econômicos prospectivos da própria pesquisa em saúde e ao fato de que ela ajuda a criar e manter uma cultura da evidência e da razão.

A pesquisa em saúde é vista normalmente nos limites estreitos dos pesquisadores e instituições de pesquisa. O financiamento do setor público, se disponível, é normalmente repassado para instituições, que, por meio de vários mecanismos, desembolsam os recursos a pesquisadores para que eles conduzam projetos específicos. Existem poucos países

e instituições onde o contexto mais amplo da pesquisa em saúde só é considerado quando há uma garantia dada pelo parlamento ou por instituições políticas similares. No que se refere ao setor privado, em que o financiamento está voltado para o lucro, o lucro potencial é adicionado à lista de critérios pelos quais os recursos são alocados. E, no caso de pesquisa privada sem fins lucrativos, o motivo específico do financiamento torna-se o critério adicional. Conseqüentemente, a pesquisa em saúde, tanto em países ricos como em países pobres, torna-se com freqüência uma coleção de projetos despropositados, muitos dos quais não têm talvez qualquer ligação direta com as prioridades de pesquisa em saúde do país. A pesquisa relacionada à equidade na saúde ou a critérios de equidade e desenvolvimento na alocação de recursos é rara e, conseqüentemente, mesmo as pesquisas em saúde que resultam em novas intervenções eficazes são incapazes de contribuir para a redução da desigualdade na sociedade, a não ser como um efeito colateral. Finalmente, mesmo que a pesquisa dê respostas práticas para problemas de saúde, como novas drogas ou métodos de diagnóstico, tais achados raramente têm impacto imediato na saúde dos pobres. De fato, todos nós sabemos muito bem que há terapias efetivas para as condições que ainda estão causando a maioria da morbidade e mortalidade no mundo em desenvolvimento.

Além disso, está na alçada governamental o poder para coordenar os recursos da sociedade de modo a otimizar a saúde e os benefícios econômicos da pesquisa em saúde e empregar tais recursos de forma equitativa. Os benefícios deveriam ser endereçados especificamente para as necessidades de saúde dos grupos vulneráveis da população. A melhor chance que um governo tem para otimizar o impacto da pesquisa em saúde e usar todo o seu potencial em saúde e desenvolvimento é considerar pesquisadores, projetos de pesquisa e instituições de pesquisa no contexto dos NHRS. Só então os outros vários componentes necessários para fazer a pesquisa em saúde trabalhar para todos podem tornar-se mais explícitos, influenciados e avaliados.

Sistemas de pesquisa em saúde

O conceito de sistemas de pesquisa em saúde visa a prover uma ferramenta para o entendimento e orientação de todos os esforços de pesquisa nas nações e sociedades. No seu sentido mais amplo, os sistemas de pesquisa em saúde incluem todos os esforços que estão diretamente interligados e têm um efeito no modo como a pesquisa é feita e no modo como ela tem impacto na saúde. Por exemplo, na visão tradicional dos pesquisadores, projetos de pesquisa e instituições de pesquisa, os atores seguintes não são usualmente considerados ou são considerados apenas em um estágio tardio da pesquisa: a mídia (que traduz os achados das pesquisas em linguagem acessível ao público); a comunidade (especificamente, a sociedade civil organizada); setores de desenvolvimento e negócios (para ação futura); o sistema de saúde (quem deve implementar os achados?) e, com certeza, os responsáveis pelas políticas (cuja responsabilidade será a de garantir a implementação dos serviços de saúde). Ver os esforços de pesquisa em e das sociedades como um sistema de pesquisa em saúde pode levar a uma análise mais compreensível dos componentes e ações necessárias para passar de uma boa idéia de pesquisa a uma ação de saúde efetiva que contribua para melhorar a saúde e reduzir a desigualdade.

Tal sistema de pesquisa em saúde é complexo, fora do controle de qualquer agência ou entidade e com freqüência mal definido. No ambiente da ciência e tecnologia, muito mais esforços têm sido feitos para definir e gerenciar tais sistemas complexos e para direcionar o esforço de pesquisa de uma nação para metas claramente definidas. Mais do que isso, tais metas estão ligadas ao fortalecimento de algumas partes da capacidade de pesquisa que dará ao país uma vantagem tecnológica e econômica. Na pesquisa em saúde, poucos desses esforços têm sido feitos, em parte talvez porque os sistemas de pesquisa em saúde são mal definidos e porque o setor saúde é visto como diferente de outros setores mais importantes.

Componentes dos sistemas de pesquisa em saúde

O COHRED tentou uma primeira definição de sistemas de pesquisa em saúde nacionais propondo quatro funções genéricas para a Conferência Internacional em Pesquisa em Saúde para o Desenvolvimento, em 2000: 1) acompanhar o sistema; 2) pesquisar o sistema; 3) construir a capacidade para conduzir pesquisas essenciais; e 4) conduzir a própria pesquisa, que foi mais tarde dividida em geração e utilização do conhecimento.

Essa visão ampla foi reduzida pela seguinte definição de sistemas de pesquisa em saúde proposta pela OMS: “as pessoas, instituições e atividades, cujo objetivo é gerar conhecimento detalhado e confiável que será usado para promover, restaurar e manter o estado de saúde das populações. Nossa definição inclui todos os atores envolvidos primariamente na geração de conhecimento nos setores público e privado.” Um propósito desta definição é dar consistência ao sistema. No entanto, ao limitar o sistema de pesquisa apenas a estes conhecimentos

gerados, a definição exclui as muitas outras partes do sistema que são requeridas para assegurar que o conhecimento gerado seja relevante e para fazer as conexões da geração de conhecimento com a ação de saúde efetiva.

Um melhor entendimento do formato dos NHRS é dado pela descrição de suas principais funções:

- acompanhamento e gestão,
- financiamento,
- construção de capacidade,
- geração ou tradução de conhecimento e
- utilização de conhecimento.

Uma estrutura que use estas várias funções do sistema como ponto de partida possibilitará um mapeamento mais claro das autoridades responsáveis, das atividades-chave, do núcleo do sistema, seus processos e resultados do que simplesmente considerando os produtores de conhecimento. Mesmo estando fora do escopo deste texto uma consideração detalhada dessas funções principais, está claro que uma abordagem sistemática para definir cada componente e suas atividades é mais apropriada para fazer da pesquisa uma das ferramentas disponíveis para os países melhorarem a saúde da população, a eficiência e o impacto do sistema de saúde, e o desenvolvimento em geral. Na tabela abaixo, algumas das partes cruciais de cada uma das funções do sistema de pesquisa são dadas como ilustração, não como uma lista exaustiva.

Acompanhamento e gestão

- ⇒ Existe uma política/estrutura/agência onde os dados sobre as atividades nacionais de pesquisa em saúde sejam sistematicamente coletados, analisados e disseminados?
- ⇒ Quais são os “responsáveis”? Existe representação de usuários, comunidades, sociedade civil organizada? Como eles alimentam a gestão dos recursos públicos? Como os interesses dos pobres são representados? Como as pesquisas dos setores público e privado interagem?
- ⇒ Existe uma lista nacional de prioridades de saúde e de problemas do sistema de saúde? Essa lista é estabelecida de maneira confiável, atualizada, tornada pública ou divulgada e usada nas decisões políticas?
- ⇒ Para quem os pesquisadores e as instituições de pesquisa prestam contas? Para os contribuintes, para as comunidades vulneráveis?
- ⇒ Existem dados sobre o impacto na saúde e os benefícios econômicos potenciais da pesquisa em saúde?
- ⇒ A criação de uma cultura de pesquisa nos países é parte importante do monitoramento efetivo.

Financiamento

- ⇒ Como a pesquisa em saúde é financiada? Existe uma diferenciação entre pesquisa pública, privada, estrangeira, local?
- ⇒ Existe um mecanismo de monitoramento para os gastos governamentais com pesquisa em saúde (meta de 2% do orçamento público) e para os gastos em ajuda externa para pesquisa em saúde (meta de 5% do orçamento público)?
- ⇒ São explorados mecanismos inovadores para a obtenção de fundos? Tanto locais quanto internacionais?
- ⇒ Existem lacunas na atividade de pesquisa? Há uma focalização na falta de financiamento? Se há, o que é feito para supri-la?

Construção de capacidade

- ⇒ A construção de capacidade pode ocorrer no nível dos indivíduos, das instituições, do sistema e saúde e até do governo como um todo e do meio ambiente (inclusive, por exemplo, a capacidade de governar a pesquisa nacional em saúde). Existe um lugar onde tais análises são sistematicamente feitas? Seus resultados são traduzidos em esforços de construção de capacidade?
- ⇒ Há um levantamento de necessidades e uma competência para atender essas necessidades, por meio de recursos locais e internacionais?

Geração ou tradução de conhecimento

- ⇒ Enquanto a geração de conhecimento acarreta novos conhecimentos, o conceito de “tradução de conhecimento” indica a capacidade de um país de entender a importância da pesquisa feita em qualquer parte e de usá-la em seu próprio benefício.
- ⇒ Existe um sistema de varredura sistemática e interação com organismos semelhantes em outras partes do mundo para assegurar que os países produzam a maioria dos conhecimentos e especializações necessárias?

Utilização de conhecimento

- ⇒ Por fim, o conhecimento precisa traduzir-se em ação de saúde significativa. A ligação do conhecimento disponível com a implementação efetiva inclui muitos atores e todos contribuindo. Sem eles, a ação pode ter um impacto reduzido ou até mesmo não acontecer. Da mídia (popularizando as publicações científicas e o conhecimento) e instituições educacionais (assegurando um currículo continuamente atualizado e a capacidade de atualização dos estudantes) à transformação do sistema de saúde para incluir novos protocolos/diretrizes/diagnósticos/terapêuticas, ação política para mudança e muito mais: a menos que seja sistematicamente mapeado e direcionado, o conhecimento disponível permanecerá sub-utilizado, acarretando sofrimentos e mortes evitáveis.

Sistemas nacionais de pesquisa em saúde

É central para o conceito de sistemas de pesquisa em saúde que o controle efetivo sobre essa pesquisa possa realmente ser executado apenas em níveis nacionais, onde se encontram as autorizações políticas para os gastos e a ação nacional. Apesar da conversa sobre “arquitetura global de pesquisa”, e da existência de serviços de saúde nacionais, com seus próprios institutos de pesquisa, e de um setor privado que tem pesquisas de custo, qualidade e eficiência desenvolvidas regularmente, é no nível dos governos nacionais que a pesquisa em saúde pode ser levada a direcionar as melhorias na saúde para a população de baixa renda, a igualdade na saúde e o desenvolvimento, e para onde os esforços de pesquisa podem ser direcionados (por meio de vários mecanismos de financiamento e legislações) no alcance de saúde, equidade ou de metas acordadas internacionalmente como as Metas de Desenvolvimento do Milênio.

Há um fator adicional de grande importância. Mesmo sendo a pesquisa frequentemente retratada como neutra e objetiva, o conhecimento e o caminho que ele percorre até a ação de saúde efetiva certamente não o são. Por esta razão, os sistemas de saúde precisam levar em conta a natureza específica, a cultura, a história, as capacidades e preferências dos países. Em resumo, os sistemas de pesquisa são altamente específicos para cada país. Não há sistema geral que funcione; há apenas conceitos e valores que precisam de tradução para as realidades locais.

Os países em desenvolvimento têm outra razão crucial para construir sistemas fortes de pesquisa em saúde. Eles precisam de prioridades de pesquisa em saúde estabelecidas com credibilidade e atualizadas, uma estrutura de políticas de pesquisa em saúde, um mecanismo de gerenciamento de pesquisa em saúde e um sistema de comunicação com doadores e patrocinadores de pesquisas. Só assim os parceiros dos países desenvolvidos podem ser capacitados e encorajados a alinhar seus investimentos em pesquisa em saúde com as prioridades nacionais e harmonizar sua ajuda com aquelas de outros para serem capazes de realçar o potencial de construir a capacidade e a sustentabilidade da pesquisa para programas de saúde.

Daí nossa ênfase na importância de sistemas de pesquisa em saúde quando se considera a estimulação da pesquisa em saúde nos ou para os países em desenvolvimento.

Reconhecemos que essa não é uma tarefa pequena, porque demanda uma abordagem coerente e planejada, dentro e além do setor de saúde, e envolvendo vários setores do governo, autoridades civis e parceiros para o desenvolvimento internacional. O desafio é que os governos desenvolvam políticas nacionais especialmente claras, que incluam pesquisas para a saúde e tomem a iniciativa de estimular as autoridades relevantes a se engajarem nessa abordagem de caráter coletivo.

Pesquisa para a saúde: como fazer funcionar

A pesquisa em saúde tem dado bons resultados. Alguns foram mencionados acima, inclusive o desenvolvimento de muitas vacinas, como a da pólio; medicamentos melhorados; diagnósticos eficazes com intervenções cada vez menos invasivas; e tantos mais. Muitas outras pesquisas para a saúde são menos conhecidas por envolverem outros setores, como a redução de mortes no trânsito, o grande aumento na expectativa de vida em muitos países, em parte devido aos avanços derivados de pesquisas em nutrição e em elaboração de políticas públicas. Abaixo estão apenas alguns exemplos-chave de pesquisas feitas em países em desenvolvimento que levaram a grandes melhorias – às vezes em nível global.

Por que pesquisa nacional em saúde?

Pesquisas nacionais em saúde conduzidas nos países em desenvolvimento tiveram um importante impacto na identificação de doenças, desenvolvimento de tratamentos e melhoria nas políticas de saúde, que são relevantes para suas necessidades de saúde. Graças às pesquisas nacionais em saúde:

- ⇒ O **Brasil** descobriu a doença de Chagas
Em 1909, Carlos Chagas descobriu a tripanossomíase americana (Doença de Chagas).
- ⇒ A **Índia** desenvolveu a Terapia de Reidratação Oral (TRO)
Em 1953, H. N. Chatterjee publicou o primeiro estudo sobre TRO em humanos.
- ⇒ O **Chile** liderou o desenvolvimento do dispositivo intra-uterino de cobre (DIU)
Em 1969, Jaime Zipper Abragan e Howard Tatum desenvolveram o primeiro DIU de cobre.
- ⇒ A **China** desenvolveu a artemisina para o tratamento da malária
Em 1972, pesquisadores chineses isolaram a artemisina a partir de um remédio tradicional chinês para a febre.
- ⇒ **Cuba** desenvolveu a primeira vacina contra a meningite
Em 1991, V. G. Sierra e H. C. Campa publicaram o primeiro teste controlado randomicamente de sua vacina contra a meningite B.
- ⇒ A **Tailândia** construiu a evidência para informar suas reformas nacionais na saúde
A pesquisa em saúde e o bom gerenciamento da pesquisa tiveram um papel central na reforma do sistema de saúde tailandês. A pesquisa é um dos oito pilares do novo sistema e é considerada central para os esforços de implementar, monitorar e avaliar reformas posteriores.
- ⇒ O **Sudão** alterou seu protocolo de tratamento da malária
Usando a pesquisa nacional sobre a resistência à cloroquina, os gestores sudaneses alteraram seu programa nacional em 2004, passando a considerar como tratamentos de primeira e segunda linha a terapia de combinação baseada na artemisina.

Alguns países são conhecidos por terem investido substancialmente na capacidade de pesquisa em saúde por muitos anos, com benefícios demonstráveis (e.g. Cuba, Índia, República da Coreia, África do Sul). Outros estão seguindo rapidamente (entre eles, Brasil, Chile, China e Tailândia), enquanto outros ainda estão aprendendo com o sucesso desses investidores de primeira hora e estão empenhados em promover esforços de pesquisa em saúde pro meio de apoio direto e ambientes políticos e econômicos encorajadores.

Desenvolvimento sem investimento em pesquisa em saúde é – aparentemente – impossível. Onde está você neste espectro?

Mensagens-chave neste resumo da política

- A saúde é um ingrediente e uma consequência essencial do desenvolvimento.
- A pesquisa pode dar uma grande contribuição para a saúde e para um desenvolvimento mais generalizado.
- Em muitos países, no entanto, os benefícios da pesquisa em saúde não são otimizados devido aos baixos investimentos, à ausência de uma cultura de decisões baseadas em evidências ou à falta de capacidade instalada.
- Países que investiram consistentemente em pesquisa em saúde e ciência e tecnologia em geral estão agora avançando rapidamente na saúde e no desenvolvimento econômico.
- A ajuda internacional precisa assegurar que a pesquisa para a saúde seja parte do seu pacote total e esteja adequada de modo a melhorar os sistemas nacionais de pesquisa em saúde.
- Programas especializados ou verticais como o Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária ou a Iniciativa 3 por 5 devem incluir um componente de pesquisa e fortalecimento da capacidade de pesquisa, como um meio de desenvolver a propriedade e a sustentabilidade locais.
- A equidade na saúde pode ser facilmente esquecida. Ao construir as capacidades de pesquisa em países em desenvolvimento, os sistemas de pesquisa precisam assegurar que os avanços irão beneficiar todos.

O que pode ser feito?

Abaixo, segue um sumário de temas para tomadores de decisões e patrocinadores de pesquisas em saúde.

Por países

- Assegurar que as prioridades e os recursos para a pesquisa em saúde estejam relacionadas com necessidades, especialmente dos pobres, e sejam baseadas em evidências.
- Promover o desenvolvimento de uma cultura de pesquisa.
- Encorajar uma abordagem sistemática em direção à pesquisa em saúde e, mais amplamente, em direção a sistemas de pesquisa para a saúde.
- Negociar com financiadores externos, inclusive a pesquisa do setor privado, para encontrar um equilíbrio entre seus interesses e as necessidades da pesquisa em saúde nacional.
- Gastar tempo e recursos no desenvolvimento das prioridades nacionais, usando um processo inclusivo que seja divulgado e atualizado regularmente. Assegurar-se de que os responsáveis nacionais e internacionais conheçam essas prioridades para que possam alinhar-se a elas.
- Alocar 2% da arrecadação dos programas de saúde para pesquisas operacionais e de avaliação destes programas.
- Orientar que os doadores contribuam com 5% do orçamento dos programas de saúde.
- Conseguir ajuda e apoio dos países que já tenham trilhado este caminho.

Por patrocinadores/doadores/colaboradores

- Analisar criteriosamente o patrocínio de pesquisas em países, exceto quando estiverem alinhadas com as prioridades nacionais para a pesquisa em saúde (inclusive as prioridades para a construção da capacidade do sistema de pesquisa em saúde).
- Se não houver prioridades de pesquisa em saúde claras e confiáveis, ajudar os países a identificá-las.
- Alocar 5% do orçamento dos programas de saúde para apoiar pesquisas. Fazer isto de modo que seja fortalecida a construção de instituições locais, sem o apoio de consultores estrangeiros.
- Encorajar a cooperação Sul-Sul: isto torna a ajuda mais efetiva.

Referências e leituras recomendadas

ALLIANCE FOR HEALTH POLICY AND SYSTEMS RESEARCH. *Strengthening health systems: the role and promise of policy and systems research*. Geneva: Alliance for Health and Systems Research, 2006.

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

COMMUNIQUÉ OF THE HIGH LEVEL MINISTERIAL MEETING ON HEALTH RESEARCH FOR DEVELOPMENT COUNTRIES, 2006, Accra. *Proceeding...* Geneva: WHO, 2006. Disponível em: <<http://www.hlmresearchdev.org/index.html>>.

GLOBAL FORUM FOR HEALTH RESEARCH. *Monitoring financial flows for health research: behind the global numbers*. Geneva: Global Forum for Health Research, 2005. Disponível em: <<http://www.globalforumhealth.org>>.

PARIS declaration on aid effectiveness. 2005. Disponível em: <<http://oecd.org/dataoecd/11/41/34428351.pdf>>.

SEN, A. *Development as freedom*. New York: Anchor Books, 2000.

WORLD BANK. *World development report 1993: investing in health*. Washington DC: The World Bank, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Intervention Options. *Investing in health research and development*. Geneva: WHO, 1996. Disponível em: <http://www.who.int/tdr/publications/investing_report.htm>.

_____. Commission on Macroeconomics and Health. *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Geneva: WHO, 2001. Disponível em: <<http://www.cid.harvard.edu/cidcmh/CMHReport.pdf>>.

Professor Carel IJsselmuiden é Diretor do *Council on Health Research for Development* (COHRED).

Carel IJsselmuiden foi o fundador e, até janeiro de 2004, diretor da Escola de Sistemas de Saúde e Saúde Pública da Universidade de Pretória, África do Sul. Ele detém qualificações médicas e em saúde pública, publicou amplamente em diversas áreas e recebeu vários prêmios e reconhecimentos por seu trabalho em epidemiologia e saúde pública. Seus interesses profissionais são focados na construção de capacidade, saúde rural e desenvolvimento, éticas internacionais de pesquisa em saúde, epidemiologia e no desenvolvimento de sistemas de pesquisa em saúde em países em desenvolvimento. Ele foi o pesquisador principal e é agora um membro executivo sênior da *Southern African Research Ethics Training Initiative* (SARETI), fundada pelo *Fogarty Internacional Center of the National Institutes of Health* (Estados Unidos da América). É professor adjunto da Escola de Psicologia da Universidade de KwaZulu Natal, África do Sul, e consultor do *South African HIV/AIDS Vaccine Ethics Group* (HAVEG). Ele ministra um curso internacional anual de ética em pesquisa na Universidade de KwaZulu Natal e no Instituto de Saúde Pública da Universidade Makerere, em Uganda.

Professor Stephen Matlin é Diretor Executivo do *Global Forum for Health Research*.

Stephen Matlin é Diretor Executivo do *Global Forum for Health Research*, em Genebra, desde janeiro de 2004. Formado como químico orgânico (*Imperial College, Londres*), ele trabalhou na área acadêmica por mais de 20 anos (*University College Cardiff, City University London, Warwick University*), com pesquisa, ensino e consultoria em química analítica, biológica e medicinal. Em 1995, ele passou a integrar o *Commonwealth Secretariat*, uma organização intergovernamental sediada em Londres, como Diretor de uma divisão responsável pela cooperação técnica entre países do Reino Unido nos setores da saúde e da educação. Depois de um ano como Consultor-Chefe em Educação no *United Kingdom's Department for International Development* (2001-2002), ele foi indicado como Pesquisador Sênior Associado da *Oxford University* e trabalhou como consultor *freelance* em saúde, educação e desenvolvimento antes de assumir o posto atual.



Disque Saúde
0800 61 1997

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Global Forum
for Health Research
HELPING CORRECT THE 10|90 GAP



Council On Health Research For Development
Making health research work ...for everyone

**Ministério
da Saúde**

