

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

Seleção de Prioridades de Pesquisa em Saúde

Guia PPSUS

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Brasília – DF
2008

© 2008 Ministério da Saúde.

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 de responsabilidade 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 A. Normas e Manuais Técnicos

Tiragem: 1.º edição – 2008 – 1.500 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 843

CEP: 70058-900, Brasília - DF

Tels.: (61) 3315-2046 / 3315-3793 / 3315-2273

Fax.: (61) 3325-2068

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

Supervisão Geral:

Suzanne Jacob Serruya – Diretora do
Departamento de Ciência e Tecnologia/SCTIE/MS
Márcia Luz da Motta - Coordenadora-Geral do
Fomento à Pesquisa em Saúde/Decit/SCTIE/MS
Margarete Martins de Oliveira - Coordenadora do
Fomento Descentralizado da Pesquisa em
Saúde – PPSUS/CGFPS/Decit/SCTIE/MS

Equipe de Elaboração:

Alexandre Soares Ferreira
Celine de Kerchove
Isa Paula Hamouche Abreu
Ludmila Lafeté de Melo Neves
Margarete Martins de Oliveira
Nair Ramos de Souza
Thenille Faria Machado do Carmo
Vaneide Marcon Cachoeira

Colaboradores:

Gilberto Souza – Conselho Nacional de
Desenvolvimento Científico e Tecnológico do
Ministério da Ciência e Tecnologia – CNPq/MCT
Joana Molesini – Secretaria de Estado da Saúde da Bahia
Raquel Coelho - Conselho Nacional de
Desenvolvimento Científico e Tecnológico do
Ministério da Ciência e Tecnologia – CNPq/MCT

Design:

Emerson ëCello

Revisão:

Vilma Reche Corrêa

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

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

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

74 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

ISBN 978-85-334-0639-1

1. Pesquisa em saúde. 2. Políticas de saúde. 3. Saúde pública. I. Título. II. Série.

CDU 001.891:614

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2008/0960

Títulos para indexação:

Em inglês: Program of Research to SUS: shared management in health - PPSUS

Em Espanhol: Programa Investigación para el SUS: gestión compartida en salud – PPSUS

SUMÁRIO

Lista de siglas e abreviaturas	5
Lista de figuras	6
Apresentação	7
Introdução	9
Saúde, desenvolvimento e pesquisa	19
Atores envolvidos	21
Metodologia para a definição das prioridades	23
Considerações finais e Resultados esperados.....	37
Referências.....	39
Glossário de pesquisa em saúde	47
Anexos	67
Anexo A - Matriz 1 - Identificação de Problemas de Saúde/ Pesquisa	67
Anexo B - Matriz 2 - Listagem e Priorização dos Problemas de Saúde/ Pesquisa	68
Anexo C - Matriz 3 - Eleição das Linhas de Pesquisa	68
Anexo D - Exemplo de Ficha de Inscrição	69
Anexo E - “Modelo da Matriz 2” no Excel.....	70

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- Abrasco** Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.
- ANPPS** Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde.
- ATS** Avaliação Tecnológica em saúde.
- CAM** Matriz Combinada.
- Capes** Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.
- Cenepi** Centro Nacional de Epidemiologia.
- C&T** Ciência e Tecnologia.
- CT&I/S** Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde.
- I CNCTS** 1ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde.
- II CNCTIS** 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde.
- CNPq** Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.
- DALY** Disability-adjusted life years - Anos de Vida Ajustados por Incapacidade.
- Decit** Departamento de Ciência e Tecnologia.
- FAP** Fundação de Amparo à Pesquisa.
- FINEP** Financiadora de Estudos e Projetos.
- Fiocruz** Fundação Oswaldo Cruz.
- MCT** Ministério da Ciência e Tecnologia.
- MDM** Metas de Desenvolvimento do Milênio.
- MEC** Ministério da Educação.
- MS** Ministério da Saúde.

- OMS** Organização Mundial da Saúde.
- ONG** Organização Não-Governamental.
- ONU** Organização das Nações Unidas.
- OPAS** Organização Pan-Americana da Saúde.
- P&D** Pesquisa e Desenvolvimento.
- PNECTIS** Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde.
- PPSUS** Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde.
- SCTIE** Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos.
- SES** Secretaria Estadual de Saúde.
- SUS** Sistema Único de Saúde.
- SVS** Secretaria de Vigilância em Saúde.

LISTA DE FIGURAS

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

Figura 2 – Passo a passo para a oficina de eleição de prioridades de pesquisa em saúde.

APRESENTAÇÃO

Desde a década de 80, no contexto internacional e nacional, existe a crescente percepção de que a pesquisa em saúde é essencial para a formulação de políticas de saúde e para a melhoria das condições de vida e de saúde das populações. Organizações internacionais na área de saúde, com destaque para a Organização Mundial da Saúde – OMS vêm desempenhando papel importante nesse movimento.

Permanece, entretanto, o desafio de aproximar o campo da saúde pública do diversificado e complexo universo da ciência, tecnologia e inovação, de modo a propiciar que as pesquisas gerem conhecimentos, tecnologias e inovações que venham a contribuir com a prevenção de doenças, com a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde e com a redução de agravos e a diminuição das desigualdades sociais, configurando-se, dessa forma, enquanto pesquisas para a saúde, com impacto efetivo na melhoria das condições de saúde das populações.

O artigo 200, inciso V, da Constituição Federal estabelece o incremento do desenvolvimento científico e tecnológico entre as competências do Sistema Único de Saúde – SUS. A I Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde – I CNCTS, realizada no ano de 1994, reiterava que a Política de Ciência e Tecnologia em Saúde deveria ser parte integrante da Política Nacional de Saúde.

Nessa direção, no ano de 2000, o Ministério da Saúde estruturou o Departamento de Ciência e Tecnologia – Decit e, em 2003, criou a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE, fortalecendo o processo de institucionalização de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde – CT&I/S.

O marco político mais importante desse movimento foi a realização, em julho de 2004, da II Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde – II CNCTIS. Nessa Conferência, foi aprovada a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde - PNCTIS e a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde - ANPPS.

Esses avanços fortaleceram as ações de fomento à pesquisa em saúde no país. No entanto, os recursos para pesquisa em saúde ainda são escassos quando comparados ao alto benefício que essas podem proporcionar. Soma-se a isso, o fato de que as atividades de pesquisa em saúde são tradicionalmente desenvolvidas de forma desarticulada das Políticas Nacional e estaduais de Saúde.

Visando reverter esse quadro e otimizar os escassos recursos é de fundamental importância a definição de prioridades de pesquisa em saúde, em conformidade com as necessidades de saúde da população brasileira e com a Política Nacional de Saúde. Nesse sentido, estabelecer prioridades é tão importante quanto a própria realização da pesquisa. O processo de eleição de prioridades de pesquisa, por sua vez, deve envolver os diferentes atores sociais envolvidos com a pesquisa em saúde: gestores, técnicos, pesquisadores e população.

Na perspectiva de auxiliar as instituições no processo de definição de prioridades de pesquisa em saúde, que se constitui em uma das etapas do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS, o Decit elaborou a presente publicação, apresentando uma metodologia para orientar a realização das oficinas de trabalho estaduais para a eleição dos temas prioritários de pesquisa, que comporão os editais estaduais de seleção de projetos a serem financiados pelo PPSUS.

Suzanne Jacob Serruya
Diretora do Departamento de Ciência e Tecnologia
Ministério da Saúde

INTRODUÇÃO

Os esforços em prol da pesquisa científica e tecnológica em saúde não são um fenômeno novo. Mesmo diante da dificuldade de estabelecer marcos temporais, observa-se que as primeiras iniciativas que contribuíram para o fortalecimento da Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde – CT&I/S, no cenário internacional, tornaram-se mais evidentes no século XIX.

Os anos 90 foram marcados por profundo debate sobre o fomento científico e tecnológico em saúde no cenário internacional.

Em 1990, um relatório publicado pela Organização Mundial da Saúde (WHO Ad Hoc Committee on Health Research for Development – Comissão de Pesquisa em Saúde para o Desenvolvimento) apresenta a discrepância entre o financiamento destinado à Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde - P&D/S e a magnitude da carga das doenças no mundo, desequilíbrio esse que passou a ser conhecido como “gap 10/90”. Este desequilíbrio significa que menos de 10% dos recursos financeiros de origem pública e privada destinados à pesquisa em saúde são direcionados para estudos em doenças e agravos que correspondem a 90% dos problemas de saúde que afetam a população mundial. O “gap 10/90” tem elevado custo econômico e social e é agravado pelo fato de que, mesmo os 10% disponíveis não estão sendo utilizados em áreas nas quais poderiam assegurar maior impacto na saúde (BRASIL, 2006a; GLOBAL FORUM, 2004a).

A expressão “10/90 gap” tornou-se um símbolo mundial que tenta qualificar a profunda iniquidade existente no âmbito da pesquisa em saúde, decorrente da assimetria na distribuição de recursos financeiros para o fomento científico e tecnológico em saúde (GLOBAL FORUM, 1999).

Por outro lado, mais de 100 bilhões de dólares são gastos anualmente com P&D/S pelos setores público e privado da economia, o que faz com que esse tipo de pesquisa seja o que despense maior quantidade de recursos no mundo, com exceção da pesquisa militar (GLOBAL FÓRUM, 2004a).

Marcos legais e políticos da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde

Em âmbito nacional, existem marcos políticos e legais importantes no desenvolvimento da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde - PNCTIS.

A Constituição Federal de 1988, no Capítulo da Saúde, estabelece no Artigo 200, Inciso V, entre as competências do Sistema Único de Saúde – SUS, o incremento do desenvolvimento científico e tecnológico no campo da saúde (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).

Dessa forma, uma Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde deve vir ao encontro do cumprimento dos aspectos legais e normativos acima estabelecidos. Nessa perspectiva, a I Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde - I CNCTS e a II Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde – II CNCTIS, deliberaram sobre a necessidade de se instituir uma política de ciência, tecnologia e inovação em saúde (BRASIL, 1994, 2005c; OLIVEIRA, 2008).

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 as políticas públicas de saúde e de ciência e tecnologia. A primeira iniciativa foi a criação da Coordenação Geral de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CGDCT, vinculada à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, que organizou a I CNCTS, realizada no período de 24 a 28 de outubro de 1994 (BRASIL, 1994; OLIVEIRA, 2008).

Em 2000, o Ministério da Saúde estruturou o Departamento de Ciência e Tecnologia – Decit e, em 2003, criou a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE. Com a criação da SCTIE, o

MS vem ampliando o investimento e as ações de fortalecimento e institucionalização do sistema nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde – CT&I/S.

Em julho de 2004, foi estabelecido um Termo de Cooperação Técnica entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Ciência e Tecnologia - MCT. Esse Termo de Cooperação 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.

Por sua vez, o período entre a primeira e a segunda conferência foi marcado pela interação entre o pensamento de atores envolvidos na Reforma Sanitária brasileira – pesquisadores, acadêmicos, gestores, sociedade civil organizada, dentre outros – e as diretrizes divulgadas em documentos internacionais que influenciaram, de forma decisiva, a construção da PNCTIS (OLIVEIRA, 2008).

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.

Essa Comissão recomendou que países em desenvolvimento estruturassem seus respectivos Sistemas Nacionais de Pesquisa em Saúde¹ 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 Saúde². Essa iniciativa serviria para consolidar as bases estratégicas divulgadas pela comissão Essential National Health Research, fundada em 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

¹ - ² 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.

como objetivo precípua reduzir o desequilíbrio “Gap 10/90” (GLOBAL FÓRUM, 1999). O Global Fórum 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 saúde, com foco na proposição de ações que possam superar tais problemas.

Essa constatação ratifica a posição da Comissão de que os governos nacionais devem trabalhar internamente para favorecer a elaboração de agendas próprias para pesquisa. Isso contribuirá para a solução de problemas de saúde decorrentes de enfermidades prevalentes na população em geral.

Em âmbito nacional, o marco institucional mais importante desse movimento é a realização da II Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, que ocorre 10 anos após a realização da I CNCTS, em julho de 2004. O evento ampliou a discussão da pesquisa em saúde, com a realização de mais de 300 conferências regionais e municipais e 24 fóruns estaduais, democratizando o debate da ciência e tecnologia em saúde, antes bastante restrito à comunidade acadêmica. Nessa Conferência, foram aprovadas a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde - PNCTIS e a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde - ANPPS.

A Política e a Agenda caracterizam-se como instrumentos de gestão para a SCTIE e servem para balizar as ações de fomento à pesquisa realizadas pelo MS.

Entre os princípios da PNCTIS encontram-se (BRASIL, 2006b):

- * O compromisso ético e social de melhoria das condições de saúde da população brasileira.
- * O de contribuir para a superação de todas as formas de desigualdade e discriminação (regionais, sociais, étnicas, de gênero e outras).
- * O respeito à vida e a dignidade das pessoas.
- * O de assegurar o desenvolvimento e implementação de padrões elevados de ética na pesquisa em saúde.
- * O princípio da pluralidade, ou seja, abertura a todas as abordagens filosóficas e metodológicas adequadas ao avanço do conhecimento.
- * O de inclusão do cidadão na sociedade do conhecimento, por meio da educação científica, tecnológica e cultural e estímulo ao controle social.

A Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde - ANPPS, por sua vez, tem como pressuposto respeitar as necessidades nacionais e regionais de saúde e aumentar a indução seletiva para a produção de conhecimentos e bens materiais e processuais nas áreas prioritárias para o desenvolvimento das políticas sociais (BRASIL, 2006c).

A ANPPS constitui-se o primeiro exercício de definição de prioridades de pesquisa em saúde realizada no Brasil. Paralelamente ao exercício de definição de prioridades em nível nacional, ocorreu um movimento de construção de prioridades de pesquisa em saúde em âmbito local, promovido pelo Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS, no qual atores dos setores da saúde e da pesquisa, dos 27 estados da federação, discutiram e sistematizaram prioridades de pesquisa em nível local.

A ANPPS é composta por 24 subagendas de pesquisa em saúde que são as seguintes:

- * Saúde dos povos indígenas.
- * Saúde mental.
- * Violência, acidentes e traumas.
- * Saúde da população negra.
- * Doenças não-transmissíveis.
- * Saúde do idoso.
- * Saúde da criança e do adolescente.
- * Saúde da mulher.
- * Saúde dos portadores de necessidades especiais.
- * Alimentação e nutrição.
- * Bioética e ética na pesquisa.
- * Pesquisa clínica.
- * Complexo produtivo da saúde.
- * Avaliação de tecnologias e economia da saúde.
- * Epidemiologia.
- * Demografia e saúde.
- * Saúde bucal.
- * Promoção da saúde.
- * Doenças transmissíveis.
- * Comunicação e informação em saúde.
- * Gestão do trabalho e educação em saúde.
- * Sistemas e políticas de saúde.
- * Saúde, ambiente, trabalho e biossegurança.
- * Assistência farmacêutica.

Até o momento da realização da II CNCTIS, o fomento científico e tecnológico no país era liderado pelo Ministério da Ciência e Tecnologia – MCT, inclusive as atividades de pesquisa em saúde, cabendo ao Ministério da Saúde – MS um papel secundário nesse campo. Esse fato, dificultou a articulação entre a pesquisa em saúde e a Política Nacional de saúde, resultando um distanciamento entre a produção do conhecimento científico e as reais necessidades de saúde da população (GUIMARÃES, 2004).

A partir da aprovação da PNCTIS e da elaboração da ANPPS, o MS passa a ser o principal articulador da Ciência e Tecnologia – C&T em saúde no Brasil. Soma-se aos marcos institucionais já citados, um substancial aumento dos recursos financeiros destinados à pesquisa em saúde, com o Plano Plurianual do governo federal 2004-2007, e a celebração do Termo de Cooperação Técnica com o MCT.

Cabe ao MS, portanto, 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.

Nesse cenário, existem alguns obstáculos a serem superados, dentre os quais: a participação incipiente da pesquisa clínica e operacional no universo das pesquisas em saúde; as lacunas existentes entre as atividades de ensino, pesquisa, produção e serviço; a insuficiente correspondência entre os resultados gerados e as demandas da sociedade em relação aos problemas prevalentes de saúde; a concentração em algumas regiões de grupos de pesquisa e de cursos de pós-graduação; a baixa incorporação dos resultados das pesquisas, quer seja nas políticas públicas e nos serviços de saúde, quer seja na produção industrial.

Embora desafiador, esse quadro pode ser modificado se houver uma efetiva articulação entre os diferentes atores envolvidos nessa questão, de modo a eleger prioridades de pesquisa em saúde, levando em consideração as necessidades de saúde da população e as políticas de saúde.

Oficina para eleição de prioridades de pesquisa em saúde: uma das etapas do PPSUS

O Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde - PPSUS é uma iniciativa do Decit/SCTIE/MS de descentralização do fomento à pesquisa em saúde, que prioriza a gestão compartilhada de ações. Envolve parcerias no âmbito federal e estadual, entre instâncias de saúde e de ciência e tecnologia. No nível federal, participam o Ministério da Saúde, por meio do Decit, que é o coordenador nacional do Programa, e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Ministério da Ciência e Tecnologia - CNPq/MCT, que é a instituição responsável pelo gerenciamento administrativo do PPSUS em nível nacional. Na esfera estadual, estão envolvidas as Fundações de Amparo à Pesquisa- FAP e as Secretarias Estaduais de Saúde - SES. As FAP são os agentes executores do Programa em cada estado e devem atuar em parceria com as SES, que, por sua vez, assumem um papel fundamental no desenvolvimento do Programa, devendo participar de todas as suas etapas operacionais, desde a definição das linhas prioritárias de pesquisa que comporão os editais até a organização dos seminários estaduais de acompanhamento e avaliação dos projetos, de modo a promover e a garantir a aproximação entre os campos da ciência e tecnologia e da atenção à saúde (BRASIL, 2007b).

Os principais objetivos do PPSUS são: 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 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, respeitando as vocações regionais de pesquisa. 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 (BRASIL, 2007b).

A definição de prioridades de pesquisa em saúde constitui-se em uma das etapas de operacionalização do PPSUS. Para tanto, deverão ser realizadas oficinas de trabalho estaduais, com a partici-

pação de gestores e técnicos representantes do serviço de saúde, de representantes das instituições de ensino, da comunidade científica e de representantes do controle social.

Estas oficinas devem ser organizadas pelas FAP em parceria com as SES, com o Decit/MS e com o CNPq/MCT, e delas devem resultar os temas de pesquisa que comporão os editais estaduais de seleção de projetos de pesquisa que serão financiados pelo PPSUS.

Entretanto, definir os eixos e as linhas de pesquisas prioritárias para cada estado não é tarefa fácil, considerando-se os diferentes, e às vezes conflitantes, interesses dos diversos sujeitos envolvidos no processo. Por esse motivo, é importante que sejam adotados métodos e instrumentos que possam ser utilizados para definir, com base em evidências empíricas e científicas, as prioridades de pesquisa em saúde (BRASIL, 2006a).

Por outro lado, a definição de prioridades de pesquisa é fundamental, diante da escassez de recursos para a pesquisa em saúde, especialmente, nos países em desenvolvimento. A utilização do conhecimento científico e de métodos adequados nesse processo é essencial para assegurar a priorização das pesquisas com potencial de produzir as maiores contribuições possíveis para a saúde da população. Em outras palavras, estabelecer prioridades é tão importante quanto desenvolver as pesquisas (BRASIL, 2006a).

O presente guia foi elaborado tendo por base o documento Matriz Combinada: um instrumento para definição de prioridades de pesquisa em saúde, que passou a ser conhecido como CAM, e foi publicado pelo Global Forum for Health Research, em junho de 2004. A metodologia proposta na Matriz Combinada - CAM foi revisada pela equipe do PPSUS do Ministério da Saúde e por representantes da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, que frente às dificuldades encontradas nas Oficinas para Seleção de Prioridades anteriores, buscaram adaptar aquele instrumento às necessidades e realidade do Programa. Nesta revisão, foi levada em consideração, também, a metodologia de eleição de prioridades de pesquisa em saúde utilizada pela Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS do MS.

Foi realizado um primeiro piloto de aplicação do guia em parceria com a Secretaria de Estado de Saúde da Bahia, no processo de definição de prioridades de pesquisa em saúde daquele estado.

Este guia, portanto, tem como proposta facilitar e orientar a realização das oficinas de trabalho estaduais para a eleição de prioridades de pesquisa em saúde.

SAÚDE, DESENVOLVIMENTO E PESQUISA

A Organização Mundial da Saúde – OMS define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença”(WHO,1946). A saúde é reconhecida como um direito humano em diversas convenções e tratados globais, inclusive na Declaração Universal dos Direitos Humanos. Na Constituição Federal de 1988, a saúde é entendida como direito de todos e dever do Estado.

Em 1986, foi realizada a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá, que em sua Carta de intenções estabeleceu que “A promoção da saúde consiste em proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma. Para alcançar um estado adequado de bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar suas aspirações, de satisfazer suas necessidades e de modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser percebida, pois, não como o objetivo, e sim como a fonte de riqueza da vida cotidiana. Trata-se, portanto, de um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global”. Com a Promoção da Saúde, tem-se um novo conceito de saúde (BRASIL, 1996).

Por outro lado, é amplamente reconhecida a contribuição da pesquisa em saúde para o desenvolvimento humano. O conceito de desenvolvimento humano proposto por Amartya Sen, economista indiano, ganhador do prêmio Nobel de economia, advoga que prosperidade econômica não leva necessariamente ao enriquecimento da vida das pessoas e neste sentido o desenvolvimento tem por objetivo primordial melhorar as condições de vida em que os seres humanos estão vivendo e, portanto, esse deve ser o objeto da ação pública. A saúde é vista por este autor como um componente crucial do desenvolvimento humano (SEN, 2000).

Nessa perspectiva, durante a Conferência do Milênio, promovida pela Organização das Nações Unidas – ONU, em setembro de 2000, 189 países, encontrando-se entre eles o Brasil, subscreveram a Declaração do Milênio, a qual estabeleceu um conjunto de oito metas para o desenvolvimento e a erradicação da pobreza no mundo, as chamadas Metas de Desenvolvimento do Milênio – MDM. As oito metas fixadas pela Conferência do Milênio são:

- * A erradicação da pobreza e da fome.
- * A universalização do acesso à educação básica.
- * A promoção da igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres.
- * A redução da mortalidade infantil.
- * A melhoria da saúde materna.
- * O combate ao HIV/AIDS, malária e outras doenças.
- * A promoção da sustentabilidade ambiental.
- * O desenvolvimento de parcerias para o desenvolvimento.

O processo saúde-doença, portanto, quando focado com uma lente mais abrangente, é complexo e não pode ser reduzido somente à dimensão biológica. A situação de saúde de uma população resulta da interação de múltiplos fatores e atores. Desse modo, os determinantes e condicionantes da saúde não estão restritos ao setor saúde, conforme estabelecido na Carta de Ottawa, e o alcance de uma boa condição de 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 esses outros fatores determinantes do nível de saúde encontram-se os fatores psicológicos, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006a, 2007a).

Na base do processo de criação do SUS, encontram-se: o conceito ampliado de saúde, a necessidade de criar políticas públicas para promovê-la, o imperativo da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde e a impossibilidade do setor sanitário responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes para garantir melhores condições de saúde para a população.

ATORES ENVOLVIDOS

Enfocando a questão da saúde a partir de uma perspectiva mais abrangente, é possível captar a implicação de diferentes atores no processo de produção de saúde e de pesquisa para a saúde: usuários, técnicos e gestores da área de saúde e de outros setores cujas atividades produzem impacto na situação de saúde e pesquisadores.

Para transformar a pesquisa em saúde em pesquisa para a saúde, ou seja, direcionada às necessidades de saúde das populações, faz-se necessário, portanto, construir parcerias e vínculos solidários entre esses diferentes atores e fomentar o aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de pesquisa para a saúde.

Nessa perspectiva, é fundamental envolver no processo de eleição de prioridades de pesquisa em saúde gestores e técnicos das SES, das FAP, do MS, do MCT, pesquisadores de instituições de ensino e pesquisa e representantes do controle social, conforme representado na Figura 1, a seguir.

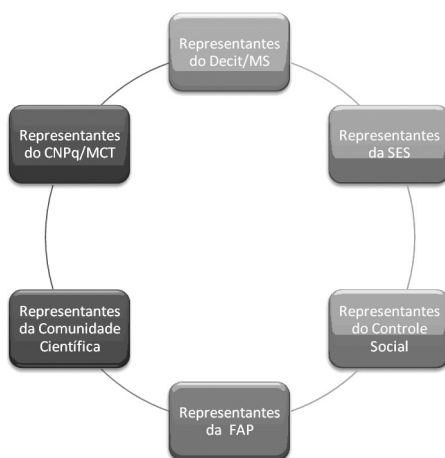


Figura 1 – Atores envolvidos no processo de eleição de prioridades de pesquisa em saúde.

Com relação, particularmente, ao controle social do SUS, ele pode ser exercido nas Conferências de Saúde e nos Conselhos de Saúde. Desse modo, os conselhos e as conferências municipais, estaduais e nacional de saúde são as modalidades de participação social no SUS, fazendo parte da dinâmica política da área de saúde. Ao longo dos últimos anos, os Conselhos de Saúde, instituídos pela Lei nº 8.142/90 (BRASIL, 1990b) e reforçados pela Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000 (BRASIL, 2000), vêm sendo gradativamente estruturados nos estados e municípios brasileiros, acumulando as mais variadas experiências em busca de ações e instrumentos que favoreçam o desempenho de suas atribuições legais e políticas, que são:

* Atuar na formulação de estratégias de operacionalização da política de saúde.

* Atuar no controle social da execução da política de saúde.

O Conselho de Saúde é um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde deve ser paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

METODOLOGIA PARA A DEFINIÇÃO DAS PRIORIDADES

A abordagem proposta no presente documento é uma tentativa de sistematizar o processo de definição de prioridades de pesquisa em saúde, a fim de tornar esse processo mais transparente e de auxiliar os gestores públicos a tomar decisões mais conscientes para alocar adequada e produtivamente os limitados recursos para pesquisa.

O objetivo central da pesquisa em saúde é causar o maior impacto possível na saúde do maior número possível de pessoas de uma dada comunidade.

As prioridades devem ser definidas por todos os atores envolvidos, em um processo interativo, objetivo e transparente. A abordagem deve ser multidisciplinar: ciências biomédicas, saúde coletiva, ciências sociais, educação, ciências biológicas, ciências agrárias, economia, entre outros campos de saber com impacto na saúde.

Passo a Passo para a oficina de eleição de prioridades de pesquisa em saúde

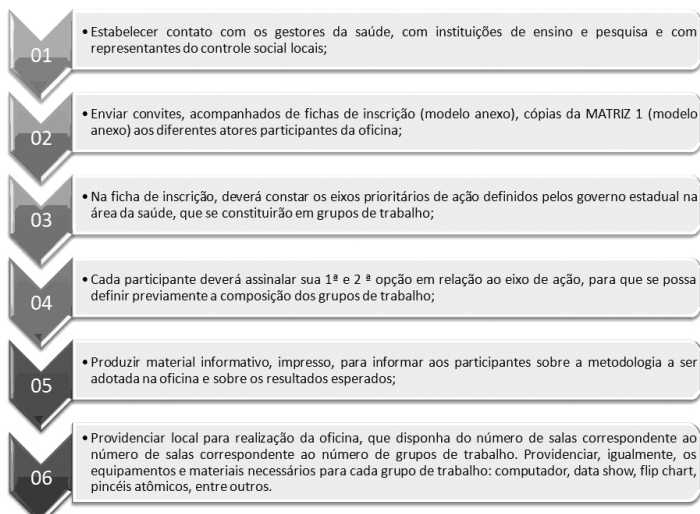
No processo de organização da oficina para eleição de prioridades de pesquisa em saúde, recomenda-se que sejam enviados convites, acompanhados de fichas de inscrição (modelo anexo) cópias da Matriz 1 (uma das matrizes que será utilizada no processo da oficina, modelo anexo), aos diferentes participantes do evento. Na ficha de inscrição, deverão constar os temas de pesquisa (subagentes da ANPPS) de acordo com os eixos prioritários de ação definidos pelo governo estadual na área da saúde, que se constituirão em grupos de trabalho. Os participantes deverão ser orientados a assinalar a sua primeira e segunda opção em relação a esses temas, de modo a que se possa definir previamente a composição de cada grupo de trabalho.

É importante estimular que, no âmbito de cada instituição participante da oficina, sejam realizadas discussões prévias, exercitando-se, se possível, o preenchimento da Matriz 1, na qual deverão ser listados problemas de saúde, passíveis de pesquisa, para cada eixo de ação.

É preciso que seja observado, na composição dos grupos de trabalho, um equilíbrio, no que tange aos representantes da comunidade científica e acadêmica e aos representantes dos serviços de saúde. Isto se faz necessário para que as linhas de pesquisa definidas como prioritárias sejam referentes a problemas de saúde que necessitem de pesquisa para a sua solução, ou seja, para os quais existam lacunas de conhecimento.

Recomenda-se que cada grupo de trabalho deve conter no máximo vinte pessoas. Cada grupo deverá escolher um coordenador e um relator, que serão apoiados por um monitor escolhido e treinado pelos organizadores da oficina. Ao coordenador, caberá a condução dos trabalhos no grupo. O relator, por sua vez, deverá registrar as discussões e apresentar o resultado da discussão do grupo na plenária final. O monitor atuará como um facilitador do trabalho do grupo, esclarecendo sobre a metodologia que esteja sendo utilizada.

Na Figura 2, está esquematizado um passo a passo para a organização da oficina para eleição de prioridades de pesquisa em saúde.



Sugestão de programação para a oficina

Sugere-se que a oficina tenha uma duração de dois dias, com uma carga horária total de 16 horas, com a seguinte programação:

1º Dia:

Manhã:

08:30 – 9:00: Inscrição

09:00 – 09:30: Palestra do representante do Decit/MS “A Importância de Eleição de Prioridades de Pesquisa em Saúde e Metodologia para Eleição de Prioridades”.”

09:30 – 10:00: Palestra do representante da FAP “ Os Indicadores de Ciência e Tecnologia do Estado”

10:00 – 10:30: Palestra do representante da SES “ Análise da Situação de Saúde do Estado e os Principais Desafios”

10:30 – 10:45: Intervalo

10:45 – 12:00: Início dos trabalhos de grupo

Tarde:

14:00 – 18:00: Discussão em grupo

2º Dia:

Manhã:

08:30 – 12:00: Discussão em grupo

Tarde:

14:00 – 15:00: Finalização dos trabalhos em grupo

15:00 – 18:00: Plenária final

As palestras a serem proferidas na abertura da oficina devem ressaltar a importância da priorização dos temas de pesquisa em saúde e explicar sobre o estado da arte em relação à situação do sistema de saúde e do sistema local de pesquisa em saúde.

A palestra do representante do Decit/MS abordará a importância de elencar prioridades de pesquisa em saúde e descreverá a metodologia a ser utilizada para a eleição dessas prioridades. Ao longo da palestra, deverá ficar claro que nem todo problema de saúde constitui-se em um problema de pesquisa. Considerando que o PPSUS visa financiar pesquisas na área de saúde, problemas que

dependam de outras intervenções, que não a pesquisa, para a sua solução, não devem fazer parte da lista de prioridades.

A palestra a ser ministrada pelo representante da FAP deve focar os principais indicadores de ciência e tecnologia do estado, incluindo: número de cursos de pós-graduação no campo da saúde (incluir todos os campos de saber que tenham interface com a questão da saúde: ciências sociais, biológicas, agrárias, entre outras), número de grupos de pesquisa em saúde, quantitativo de mestres e doutores, distribuição geográfica desses pesquisadores no estado, número de instituições de fomento e de pesquisa, vocações regionais de pesquisa em saúde, além das principais fontes de financiamento. Deverá estabelecer, também, um comparativo desses indicadores regionais com os nacionais, enfatizando a capacidade instalada para a realização de pesquisas em saúde que o estado dispõe.

A palestra a ser proferida por um gestor da SES deverá fazer uma análise da situação de saúde do estado, apontando seus principais indicadores de morbi-mortalidade e os problemas referentes à organização do sistema local de saúde nos três níveis de atenção (básica, de média complexidade e de alta complexidade). Deverão ser apontados, também, as políticas e programas de saúde que necessitem de avaliação. Essa palestra permitirá um delineamento do panorama organizacional e epidemiológico local e dos principais desafios a serem enfrentados.

Após essas palestras, serão iniciados os trabalhos em grupo e, finalizando-os, será realizada a plenária final, com a apresentação das linhas de pesquisa prioritárias definidas pelos participantes dos grupos.

Passo a passo para o trabalho em grupo

Cada grupo, com no máximo vinte participantes, deverá ser alocado em uma sala específica, devendo dispor dos seguintes materiais de trabalho: flip chart e pincéis atômicos ou, quando possível, computador e data show.

O início dos trabalhos em grupo se dará pela apresentação de cada participante, ocorrendo em seguida a escolha de um coordenador e de um relator.

Levando-se em consideração que a Matriz 1 já foi discutida no âmbito das instituições, durante os trabalhos em grupo, recomenda-se o preenchimento das Matrizes 2 e 3.

Na seqüência, seguem as orientações para o preenchimento das Matrizes 1, 2 e 3:

Matriz 1: Identificação de Problemas de Saúde/Pesquisa

Na Matriz 1, deverão ser listados os problemas de saúde/pesquisa identificados para cada eixo de ação, tendo-se sempre presente, no processo de seleção dos problemas, que nem todo problema de saúde constitui-se também em um problema de pesquisa. Para ser considerado um problema de pesquisa, é preciso que haja uma lacuna de conhecimento. Podem ser listados para cada eixo de ação o número de problemas que o grupo definir. Recomenda-se que o exercício de preenchimento dessa matriz seja feito em reuniões preparatórias para a oficina, realizadas no âmbito de cada instituição participante, representando os diferentes setores e departamentos, conforme já orientado acima. No entanto, ainda que os problemas já tenham sido listados previamente por diferentes instituições, os participantes de cada grupo deverão elencar os problemas e discutir sobre a importância dos mesmos bem como a necessidade de pesquisa. Esse é um momento crucial para o preenchimento posterior da Matriz 2.

A seguir, um exemplo referente à Matriz 1.

Matriz 1 / Exemplo 1

Departamento ou Área/ Instituição: _____

Matriz 1 – Identificação de Problemas de Saúde/Pesquisa

EIXO DE AÇÃO: GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DE REDES ASSISTENCIAIS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE
Problemas de saúde/pesquisa
A. Acesso restrito à atenção de média e alta complexidade;
B. Inadequação do modelo ambulatorial e hospitalar de assistência aos idosos (redução de co-morbidades e alta permanência hospitalar);
C. Modelo deficiente de gestão das unidades hospitalares

Exemplo 2

Departamento ou Área/ Instituição: _____

Matriz 1 – Identificação de Problemas de Saúde/Pesquisa

EIXO DE AÇÃO: GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
Problemas de saúde/pesquisa
B. Fragilidade do controle social no processo de gestão do trabalho;
B. Baixo uso de tecnologias leves (ex. comunicação, questões relacionais na equipe, acolhimento) no processo de trabalho e nas ações de educação em saúde;
C. Capacitação inadequada para a gestão do trabalho em saúde nos 3 níveis de gestão.

Matriz 2: Listagem e Priorização dos Problemas de Saúde/Pesquisa

Na Matriz 2, deverão ser listados os problemas de saúde/pesquisa elencados na Matriz 1. A partir desse momento, inicia-se o processo de atribuição de notas a cada item de avaliação: magnitude, gravidade e transcendência e insuficiência do conhecimento para a solução do problema. A cada problema, os integrantes dos grupos deverão atribuir notas que variam de 1 a 3, para cada item de avaliação. As notas serão atribuídas por meio de votação e deverão refletir o grau de relevância dos problemas mencionados durante o período de discussão e preenchimento da Matriz 1. No momento da pontuação, é importante frisar que não cabem mais discussões acerca dos problemas já elencados na Matriz 1. Após a atribuição de notas, será calculada a média aritmética de cada item de avaliação, e os resultados serão somados, evidenciando a pontuação total atingida pelo problema. Ao final do processo,

até três problemas com as melhores notas, considerando-se como linha de corte uma nota final igual ou superior a 6.3 (esse valor corresponde a 70% da nota máxima possível para cada problema de saúde/pesquisa), serão transferidos para a Matriz 3. Em caso de empate, deverá haver uma nova “rodada” de avaliação enfocando os problemas empatados.

Matriz 2 - Listagem e Priorização dos Problemas de Saúde/Pesquisa

Problema (A)	Magnitude (B)	Gravidade e Transcendência (C)	Insuficiência de Conhecimento para a Solução do Problema (D)	Nota Global de Cada Problema (E)
--------------	---------------	--------------------------------	--	----------------------------------

Notas

1. Em cada critério de avaliação, as notas devem variar de 1 a 3
2. A nota global de cada critério de avaliação resultará da média aritmética das notas dadas por cada integrante do grupo

Coluna A - Problema: na coluna A, deverão ser listados os problemas de saúde/pesquisa apontados pelo grupo na Matriz 1. Lembrando que nesse momento, os integrantes do grupo já deverão ter discutido sobre a pertinência dos problemas elencados, considerando que nem todo problema de saúde necessita de pesquisa para a sua solução, alguns problemas necessitam de outros tipos de intervenção, tais como infra-estrutura, capacitações, modificações de processos de trabalho, organização de serviços, entre outras.

Coluna B – Magnitude: a magnitude refere-se ao tamanho do problema, e pode ser dimensionada pela elevada frequência com que certas doenças ou agravos afetam grandes contingentes populacionais, a qual pode ser traduzida por altas taxas de incidência, prevalência, mortalidade e anos potenciais de vida perdidos.

Coluna C – Gravidade e Transcendência: a gravidade refere-se à urgência do problema – morbidade, mortalidade, incapacidade, custos sociais e/ou econômicos. A transcendência, por sua vez, refere-se ao

conjunto de características apresentadas pela doença ou agravo, de acordo com a sua forma clínica e epidemiológica, que conferem relevância especial à doença ou agravo, destacando-se: severidade, medida por taxas de letalidade, de hospitalizações e de seqüelas; relevância social, avaliada, subjetivamente, pelo valor imputado pela sociedade à ocorrência da doença, manifesta-se pela sensação de medo, de repulsa (estigmatização) ou de indignação; e relevância econômica, avaliada por perdas de vida, prejuízos decorrentes de restrições comerciais, redução da força de trabalho, absenteísmo escolar e laboral, custos assistenciais e previdenciários, entre outros.

Coluna D – Insuficiência de Conhecimento para a Solução do Problema: neste critério de avaliação, deve-se considerar se a base de conhecimento disponível, levando-se em conta a existência e aplicabilidade do conhecimento, para resolver o problema. Quanto maior a insuficiência de conhecimento, maior deverá ser a nota atribuída neste critério de avaliação.

Coluna E – Nota Global de Cada Problema: a nota global a ser atribuída a cada problema resultará da soma das médias aritméticas encontradas nas colunas (B), (C) e (D).

A seguir, exemplos de preenchimento da Matriz 2:

EXEMPLO 1

Matriz 2 - Listagem e Priorização dos Problemas de Saúde/Pesquisa

Problema (A)	Magnitude (B)	Gravidade e Transcendência (C)	Insuficiência de conhecimento para a solução do problema (D)	Nota Global de Cada Problema (E)
<p>1. Acesso restrito à atenção de média e alta complexidade;</p>	<p>(P1) Número de participantes que deram o pontuação 1;</p> <p>(P2) Número de participantes que deram o pontuação 2;</p> <p>(P3) Número de participantes que deram o pontuação 3;</p> <p>$(P1 \times (1) + P2 \times (2) + P3 \times (3)) / P_{total}$</p> <p>Logo:</p> <p>$3 \cdot (1) + 1 \cdot (2) + 6 \cdot (3)$</p> <p>$/10 = 2,3$</p> <p>Obs: "Ptotal" indica o número de componentes do grupo</p>	<p>(P1) Número de participantes que deram o pontuação 1;</p> <p>(P2) Número de participantes que deram o pontuação 2;</p> <p>(P3) Número de participantes que deram o pontuação 3;</p> <p>$(P1 \times (1) + P2 \times (2) + P3 \times (3)) / P_{total}$</p> <p>Logo:</p> <p>$2 \cdot (1) + 8 \cdot (2) + 0 \cdot (3)$</p> <p>$/10 = 1,8$</p> <p>Obs: "Ptotal" indica o número de componentes do grupo</p>	<p>(P1) Número de participantes que deram o pontuação 1;</p> <p>(P2) Número de participantes que deram o pontuação 2;</p> <p>(P3) Número de participantes que deram o pontuação 3;</p> <p>$(P1 \times (1) + P2 \times (2) + P3 \times (3)) / P_{total}$</p> <p>Logo:</p> <p>$2 \cdot (1) + 2 \cdot (2) + 6 \cdot (3)$</p> <p>$/10 = 2,4$</p> <p>Obs: "Ptotal" indica o número de componentes do grupo</p>	<p>Soma-se as médias aritméticas encontradas nas colunas :</p> <p>$(B) + (C) + (D) = (E)$</p> <p>Logo:</p> <p>$2,3 + 1,8 + 2,4 = 6,5$</p> <p>Considerando que a nota máxima é 3 para cada coluna, a soma será de no máximo 9.</p> <p>Quando a soma das duas médias aritméticas for igual ou superior a 6,3 o problema deverá ser transferido à Matriz 3.</p> <p>Logo, no exemplo acima, o valor sendo igual = 6,5.</p> <p>O PROBLEMA SERÁ TRANSFERIDO PARA A MATRIZ 3.</p>

EXEMPLO 2

Matriz 2 - Listagem e Priorização dos Problemas de Saúde/Pesquisa

Problema (A)	Magnitude (B)	Gravidade e Transcendência (C)	Insuficiência de conhecimento para a solução do problema (D)	Nota Global de Cada Problema (E)
Fragilidade do controle social no processo de gestão do trabalho;	<p>(P1) Número de participantes que deram o pontuação 1;</p> <p>(P2) Número de participantes que deram o pontuação 2;</p> <p>(P3) Número de participantes que deram o pontuação 3;</p> <p>$(P1 \times (1) + P2 \times (2) + P3 \times (3)) / P_{total}$</p> <p>Logo:</p> <p>$3.(1) + 1.(2) + 2.(3)$</p> <p>$/6 = 1,83$</p> <p>Obs: "Ptotal" indica o número de componentes do grupo</p>	<p>(P1) Número de participantes que deram o pontuação 1;</p> <p>(P2) Número de participantes que deram o pontuação 2;</p> <p>(P3) Número de participantes que deram o pontuação 3;</p> <p>$(P1 \times (1) + P2 \times (2) + P3 \times (3)) / P_{total}$</p> <p>Logo:</p> <p>$0.(1) + 0.(2) + 6.(3)$</p> <p>$/6 = 3$</p> <p>Obs: "Ptotal" indica o número de componentes do grupo</p>	<p>(P1) Número de participantes que deram o pontuação 1;</p> <p>(P2) Número de participantes que deram o pontuação 2;</p> <p>(P3) Número de participantes que deram o pontuação 3;</p> <p>$(P1 \times (1) + P2 \times (2) + P3 \times (3)) / P_{total}$</p> <p>Logo:</p> <p>$5.(1) + 1.(2) + 0.(3)$</p> <p>$/6 = 1,16$</p> <p>Obs: "Ptotal" indica o número de componentes do grupo</p>	<p>Soma-se as médias aritméticas encontradas nas colunas :</p> <p>$(B) + (C) + (D) = (E)$</p> <p>Logo:</p> <p>$3 + 3 + 1,16 = 5,99$</p> <p>Considerando que a nota máxima é 3 para cada coluna, a soma será de no máximo 9.</p> <p>Quando a soma das duas médias aritméticas for igual ou superior a 6,3 o problema deverá ser transferido a Matriz 3.</p> <p>Logo, no exemplo acima, o valor sendo igual = 6,0.</p> <p>O PROBLEMA NÃO SERÁ TRANSFERIDO PARA MATRIZ 3.</p>

Importante: Nos anexos do guia, encontra-se disponível versão da Matriz 2 em formato de Excel, com as devidas fórmulas para os cálculos referentes, respectivamente, às colunas (B), (C) e (D).

Matriz 3: Eleição das Linhas de Pesquisa

Os três problemas de saúde/pesquisa selecionados com o auxílio da Matriz 2 deverão ser transferidos para a Matriz 3, na qual se fará a identificação das lacunas de conhecimento e a descrição de uma ou duas linhas de pesquisa para cada problema priorizado. As linhas de pesquisa poderão ser definidas tomando-se por base a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde - ANPPS, entretanto, poderão surgir linhas que não constam da ANPPS, mas que correspondem às necessidades locais. Para auxiliar na definição das linhas de pesquisa, a discussão deverá considerar as seguintes questões:

- * Quais conhecimentos são necessários para contribuir com a solução do problema?
- * Quais são os conhecimentos já existentes?
- * Quais as lacunas de conhecimento?
- * Existe capacidade instalada no estado para o desenvolvimento dessa linha de pesquisa?

A seguir, um exemplo de preenchimento da Matriz 3:

Matriz 3 - Eleição das Linhas de Pesquisa

Problemas de Saúde/Pesquisa (A)	Linhas de Pesquisa (B)
1. Acesso restrito à atenção de média e alta complexidade	1. Análise das políticas, sistemas e organização dos serviços de saúde e desenvolvimento de mecanismos de regulação da assistência para melhoria do acesso da população na média e na alta complexidade.
	2. Análise e avaliação de políticas, programas e serviços de saúde no processo de regionalização da rede de assistência de média e alta complexidade do SUS, incluindo modelos de economia em saúde.
2. Desconhecimento do perfil epidemiológico das doenças do sangue, do perfil dos profissionais e disponibilidade de insumos e equipamentos	1. Estudos epidemiológicos em transfusão e doenças do sangue
	2. Planejamento, inovação e estratégias em patologias sanguíneas, uso do sangue e produção de hemocomponentes e hemoderivados para o atendimento de média e alta complexidade do SUS.
3. Modelo deficiente de gestão das unidades hospitalares	1. Análise, monitoramento e desenvolvimento de modelos de gestão de riscos e agravos da rede de média e alta complexidade e avaliação de custo-efetividade das ações de assistência c, com vistas à equidade do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E RESULTADOS ESPERADOS

Tradicionalmente, o fomento científico e tecnológico no país não se orienta pelas necessidades de saúde da população e do sistema de saúde. Portanto, é fundamental aproximar a atividade científica da atividade de atenção à saúde. Nesse sentido, a definição de prioridades de pesquisa em saúde é uma estratégia fundamental.

Conjugar a saúde pública ao vasto campo da CT&I/S é avançar no caminho do desenvolvimento econômico e social.

Entre os resultados esperados com a realização da oficina para eleição de prioridades de pesquisa estão:

- Gestores da saúde e da ciência e tecnologia locais, tomando decisões em relação à CT&I/S, apoiadas por subsídios construídos com a participação de vários atores sociais, em um processo que leve em consideração as necessidades de saúde da população e do sistema de saúde.
- Hiato entre os campos da ciência e tecnologia e da saúde pública reduzido.
- Articulação, vínculos solidários e co-responsabilidade entre gestores, técnicos, pesquisadores e representantes do controle social mais consolidados.
- Linhas de pesquisa prioritárias definidas em sintonia com a realidade e as necessidades de saúde e com a realidade e necessidades do sistema de pesquisa em saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, P. A. *Análise da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (1990 a 2004): a influência de atores e agendas internacionais*. 2007. 224 p. Dissertação (Mestrado em Política Social)–Programa de Pós-Graduação em Política Social, Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

BARATA, R. O desafio das doenças emergentes e a revalorização da epidemiologia descritiva. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 5, out. 1997.

BEAUCHAMP, T.; CHILDRESS, J. *Principles of biomedical ethics*. 3rd ed. New York: Oxford University Press, 1989.

BRASIL. Senado Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988: atualizada até a Emenda Constitucional nº 39, de 2001. Brasília, DF: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/bdtextual/const88/con1988br.pdf>>. Acesso em: 5 maio 2005.

_____. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 set. 2000.

_____. 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 o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990.*

_____. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios.* Brasília, 2005a. 344 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. *Guia Brasileiro de Vigilância Epidemiológica.* 4. ed. Brasília: CENEPI/Fundação Nacional de Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. *Manual de cólera: subsídios para a vigilância epidemiológica.* Brasília: CENEPI, 1993. 35 p.

_____. Ministério da Saúde. *Glossário temático: economia da saúde.* Brasília, 2005b.

_____. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz. *Biblioteca virtual Sergio Arouca.* [2005?]. Disponível em: <<http://bvsarouca.iciet.fiocruz.br/sanitaristao5.html>>. Acesso em: set. 2008b.

_____. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz. *Promoção da saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall Santa Fé de Bogotá.* Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde.* 2. ed. Brasília, 2006c. 68 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Dicionários de dados: informações básicas de utilização do siste-*

ma. Disponível em: <<http://200.214.130.94/bdgddecit/dicionario.php>>. Acesso em: set.2008a

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Diretrizes metodológicas para elaboração de pareceres técnico-científicos para o Ministério da Saúde*. Brasília, 2007c. 58 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Diretrizes técnicas do programa de pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS*. 3. ed. rev. Brasília, 2007b. 70 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Matriz combinada: um instrumento para definição de prioridades de pesquisa em saúde*. Brasília, 2006a. 87 p. (Série D. Reuniões e Conferências).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde*. 2. ed. Brasília, 2006b. 46 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Diretrizes para planejamento das ações de ciência e tecnologia em saúde*. Brasília, 2002. 62 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Processo de definição de prioridades de pesquisa*. Brasília, [198-?]. 4 p. Mimeografado.

CÂMARA, V. M. et. al. Saúde ambiental e saúde do trabalhador: epidemiologia das relações entre a produção, o ambiente e a saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. 728 p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE, 1., 1994, Brasília. *Anais...* Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE, 2., 2004, Brasília. *Anais...* Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

DRUMMOND, J. P. et al. *Medicina baseada em evidências*. São Paulo: Atheneu, 1998. 158 p.

ESCOSTEGUY, C. C. Estudos de intervenção. In: MEDRONHO, R. A. et al. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 493

ELIAS, F. T. S.; SOUZA, L. Indicadores para monitoramento de pesquisa em saúde no Brasil. *Ciência da Informação*, Brasília, p. 218-26, set./dez. 2006.

GADELHA, C. Complexo produtivo da saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE, 2., 2004, Brasília. *Anais...* 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, 1999. 174 p.

_____. *Monitoring financial flows for health research*. Geneva, 2004a.

_____. *The Combined Approach Matrix: a priority – setting tool for health research*. Geneva, 2004b. 68 p.

_____. *Poverty, equity e health research: a report on Forum 9, Mumbai*. Geneva, 2005. 63 p.

GOODMAN, C. S. *Introduction to health care technology assessment*. 1998. Disponível em: <<http://www.nlm.nih.gov/nichsr/hta101/ta101c1.html>>. Acesso em: 1 mar. 2003.

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

HULLEY, B. S. et al. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

HUNINK, M. G. M.; GLASZIOU, P. P. *Decision making in health and medicine: integrating evidence and values*. Cambridge: Cambridge University Press, 2001.

JENICEK, M.; CLÉROUX, R. *Epidemiologie: principes, techniques applications*. Paris: Edisem Maloine, 1982. 454 p.

KHAN, K. S. et al. *Systematic reviews to support evidence-based medicine*. 2nd ed. London: Royal Society of Medicine Press, 2005.

KERR-PONTES, L. R. S.; ROUQUAYROL, M. Z. A Medida da saúde coletiva. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). *Epidemiologia e saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

KUNH, T. *Estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

LESSA, I. *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis*. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1998. 284 p.

MENDES, E. *A evolução histórica da prática médica: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas*. Belo Horizonte: FUMARC, 1985. 65 p.

MINAYO, M. C. de S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. de S. et al (Orgs.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 23. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2004, p. 9-29.

OLIVEIRA, M. M. de. *Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em Saúde – PPSUS: construção de modelo lógico e da matriz de medidas avaliativas*. 2008. 132 p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)–Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Carta de Ottawa para promoção de saúde*. Washington, DC, 1987. 5 p. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm?idcarta=15>>.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). *El control de las enfermedades transmisibles en el hombre*. 15. ed. Washington, 1992. p. 577-592. (Publication Científica, 538).

_____. *Manual para el control de las enfermedades transmisibles*. 16. ed. Washington, D.C., 1997. p. 501-512. (Publication Ministério da Saúdecientífica, 564).

PAIM, J. S. La salud colectiva y los desafíos de la práctica. In: ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *La crisis de la salud publica: reflexiones para el debate*. Washington, D.C.: OPS, 1992. p. 151-167.

_____. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). *Epidemiologia e saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 473-487.

PANERAI, R. B.; MOHR, J. P. *Health technology assessment methodologies for developing countries*. Washington, D.C.: Pan American Health Organization, 1989.

PEREIRA, J. Glossário de economia da saúde. In: PIOLA, S. F.; VIANA, S. M. (Orgs.). *Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde*. Brasília: IPEA, 1995. p. 271-293.

ROUQUAYROL, M. Z.; GOLDBAUM, M. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). *Epidemiologia e saúde*. 5. ed. Rio de

Janeiro: MEDSI, 1999. p. 15-30.

ROUQUAYROL, M. Z.; VERAS, F. M. F.; FAÇANHA, M. C. Doenças transmissíveis e modos de transmissão. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). *Epidemiologia e saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 215-269.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. 728 p.

SCHRAMM, J. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SEN, A. *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

TEIXEIRA, C. F. *Planejamento municipal em saúde*. Salvador: Editora COOPTEC – ISC, 2001.

_____. Epidemiologia e planejamento em saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 515-531.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. *Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Constitution of the World Health Organization*. Basic Documents. Geneva, 1946.

_____. *Primary health care*. Geneva, 1978.

GLOSSÁRIO DE PESQUISA EM SAÚDE

A

- Abordagem biomédica – É o enfoque predominante da medicina científica. Nessa perspectiva, a atenção à saúde prioriza o indivíduo, ao invés do coletivo. A prática médica é conduzida pelos especialistas, em detrimento dos generalistas, uma vez que o corpo humano é visto como um conjunto de órgãos que podem ser analisados separadamente para melhor compreensão. O ‘biologismo’ é a concepção adotada para entender o processo saúde-doença, o qual é compreendido a partir da relação entre microorganismos e hospedeiro, ou seja, a natureza biológica da doença. Não se leva em conta, portanto, os determinantes sócio-econômicos desse processo. Esse paradigma conduz à estruturação de modelos assistenciais centrados no hospital (hospitalocêntricos), que privilegiam tecnologias de alto custo, procedimentos curativos e de alta complexidade na atenção à saúde (MENDES, 1985).

- Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS) – Consiste em um documento que consolida o conjunto de prioridades brasileiras de pesquisa em saúde, selecionadas a partir da pactuação de diferentes atores, englobando gestores, pesquisadores e população (BRASIL, 2006c).

- Análise da situação de saúde – Forma de avaliação em que se utiliza o conhecimento epidemiológico para a identificação, descrição e análise dos problemas de saúde de uma determinada população a partir de informações demográficas, epidemiológicas e sociais que permitam a caracterização dos determinantes, riscos e danos à saúde dos diversos grupos segundo suas condições e estilos de vida. Implica, portanto, a delimitação da população a ser analisada, em um território específico, seja a área de abrangência de uma unidade de saúde, um distrito sanitário, um município ou uma microrregião assistencial, um estado, região ou país e a consulta a fontes de informações oficiais (sistemas de informação de rotina, estudos e pesquisas) ou extra-oficiais (informantes-chave), podendo-se siste-

matizar tais informações em fluxogramas situacionais ou “árvores de problemas” que subsidiam a tomada de decisão em torno das propostas de intervenção (TEIXEIRA,2003).

- Análise de sistemas de pesquisa em saúde – Forma de avaliação em que se utiliza os indicadores científicos e tecnológicos em saúde existentes para a identificação, descrição e análise da base existente para a pesquisa em saúde em um território específico, seja a área de abrangência de um município ou uma microrregião, um estado, região ou país. Entre os indicadores relativos aos fatores infra-estruturais para o desenvolvimento da pesquisa encontram-se: número de mestres e doutores, número de instituições de pesquisa e de cursos de pós-graduação em saúde, número de grupos de pesquisa em saúde, investimentos realizados em bolsas e fomento à pesquisa em saúde, entre outros. Tais indicadores podem ser encontrados em bancos de dados das Fundações de Amparo à Pesquisa - FAP, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq do Ministério da Ciência e Tecnologia - MCT, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES do Ministério da Educação - MEC, entre outros. Para esta análise, pode-se, também, buscar dados em estudos e pesquisas e, extra-oficialmente, com informantes-chave. As informações obtidas podem ser sistematizadas em fluxogramas situacionais ou “árvores de problemas” que subsidiam a tomada de decisão dos gestores da saúde e da ciência e tecnologia.

- Análise de custo-benefício – Método de avaliação econômica que tem por objetivo identificar, medir e valorizar os custos e benefícios sociais de determinadas ações. Distingue-se dos outros métodos de avaliação econômica por valorizar tanto os custos como os resultados em termos monetários (PEREIRA, 1995).

- Anos potenciais de vida perdidos – Indicador que expressa o efeito das mortes ocorridas precocemente em relação à duração de vida esperada para uma determinada população, bem como permite fazer a comparação da importância relativa que as diferentes causas de morte assumem nesta população. Seu cálculo é obtido pela somatória dos produtos do número de óbitos por causa específica ocorridos em cada grupo etário pela diferença entre a idade limite esperada para aquela população e o ponto médio de cada grupo etário (KERR-PONTES; ROUQUAYROL, 1999).

- Área de risco – É o espaço geográfico definido, cujas condições ecológicas, sociais, demográficas mostram-se favoráveis à introdução e ao desenvolvimento do agente infeccioso (BRASIL, 1993).

- Atenção básica à saúde - Constitui o primeiro nível de atenção à saúde, de acordo com o modelo adotado pelo SUS. Engloba um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, que envolvem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação das pessoas. Nesse nível da atenção à saúde, o atendimento aos usuários deve seguir uma cadeia progressiva, garantindo o acesso aos cuidados e às tecnologias necessárias e adequadas à promoção, prevenção e ao enfrentamento das doenças, para prolongamento da vida. A atenção básica é o ponto de contato preferencial dos usuários com o SUS e seu primeiro contato, realizado pelas especialidades básicas da Saúde, que são: clínica médica, pediatria, obstetrícia, ginecologia, inclusive as emergências referentes a essas áreas. Cabe também à atenção básica proceder aos encaminhamentos dos usuários para os atendimentos de média e alta complexidade. Uma atenção básica bem organizada garante resolução de cerca de 80% das necessidades e problemas de saúde da população de um município e consolida os pressupostos do SUS: equidade, universalidade e integralidade. A estratégia adotada pelo Ministério da Saúde, como prioritária, para a organização da atenção básica é a Estratégia Saúde da Família - ESF, que estabelece vínculo sólido de co-responsabilização com a comunidade adscrita. A responsabilidade pela oferta de serviços de atenção básica à saúde é da gestão municipal, sendo o financiamento para as ações básicas à saúde de responsabilidade das três esferas de governo (BRASIL, 2005a).

- Atenção primária à saúde – No Brasil, a atenção primária à saúde é também denominada de atenção básica. Em 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, Kazaquistão (URSS), a atenção primária à saúde foi definida como:

“ Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitos, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento,

um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978).

- Atenção secundária à saúde - Nível de atenção à saúde, composto de consultórios especializados e de pequenos hospitais (tecnologia intermediária) (PAIM, 1999). No Brasil, a atenção secundária à saúde também é denominada de atenção de média complexidade.
- Atenção terciária à saúde – Nível de atenção à saúde constituído por grandes hospitais gerais e especializados que concentram a tecnologia compatível com as especialidades médicas, servindo de referência para os demais serviços (PAIM, 1999). No Brasil, a atenção terciária à saúde também é denominada de atenção de alta complexidade.
- Avaliação de tecnologia em saúde (ATS) – processo abrangente por meio do qual são avaliados os impactos clínicos, sociais e econômicos das tecnologias em saúde, levando-se em consideração aspectos como eficácia, efetividade, segurança, custos, custo-efetividade, entre outros (GOODMAN, 1998; HUNINK; GLASZIOU, 2001). Seu objetivo principal é auxiliar os gestores em saúde na tomada de decisões, coerentes e racionais quanto à incorporação de tecnologias em saúde (PANERAI; MOHR, 1989).
- Avaliação econômica em saúde – análise comparativa de diferentes tecnologias no âmbito da saúde, referentes aos seus custos e aos efeitos sobre o estado de saúde (BRASIL, 2005b).

B

- Bioética – Ramo da filosofia que estuda os avanços das ciências da vida e da saúde, com ênfase nas implicações éticas das pesquisas e das ações de saúde (BRASIL, 2008a). A bioética é um novo campo do saber, multidisciplinar (de múltiplas disciplinas), interdisciplinar (são múltiplas disciplinas que conversam umas com as outras) e transdisciplinar (ou seja, são múltiplas áreas de conhecimento,

originando um novo conhecimento). O modelo de análise bioética comumente utilizado e de grande aplicação na prática clínica, na maioria dos países, é o “principalista”, introduzido por Beauchamp e Childress, em 1989. Esses autores propõem quatro princípios bioéticos fundamentais: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1989).

- Biossegurança – Condição de segurança alcançada por um conjunto de ações destinadas a prevenir, controlar e reduzir ou eliminar riscos inerentes às atividades que possam comprometer a saúde humana, animal e vegetal e o meio ambiente (BRASIL, 2008a).
- Biotecnologia - Qualquer aplicação tecnológica que utilize sistemas biológicos, organismos vivos ou seus derivados, para fabricar ou modificar produtos ou processos para utilização específica (BRASIL, 2008a).

C

- Complexo produtivo da Saúde - Espaço onde a produção da saúde ocorre, correspondendo ao locus para a concepção, desenvolvimento e produção de inovação em saúde, formado pela cadeia de relações institucionais, científicas e tecnológicas. O complexo produtivo da saúde é composto por um conjunto de indústrias de base química e biotecnológica, lideradas pelo complexo farmacêutico, juntamente com as indústrias de equipamentos médicos e de outros insumos (GADELHA, 2005).
- Controle social – Participação popular no planejamento e na avaliação das ações do governo. No SUS, a participação social se dá por meio dos conselhos e das conferências municipais, estaduais e nacional de saúde. A participação popular deve ser uma prática que permeia todas as ações e serviços de saúde. Por meio dos conselhos de saúde ocorre a participação mais direta da comunidade na fiscalização e na condução das políticas de saúde, garantidas pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que institui os conselhos e as conferências de saúde como instâncias de controle social do SUS, nas três esferas de governo (BRASIL, 2005a).
- Custo-benefício – Tipo de avaliação econômica que valora custos e conseqüências (resultados) em termos monetários (BRASIL, 2005b).

- Custo-efetividade – Tipo de avaliação econômica na qual as consequências (resultados) das tecnologias em saúde são medidas em unidades naturais em saúde, tais como anos de vida ganhos ou eventos clínicos evitados; este termo é também utilizado por vezes para referir-se a todos os tipos de avaliação econômica (BRASIL, 2005b).
- Custo em saúde – Valor dos recursos empregados no uso de uma alternativa terapêutica, de um programa ou de um serviço de saúde, durante um período de tempo (BRASIL, 2005b).
- Custo social – O custo de determinada atividade para a sociedade no seu todo, e não apenas para os indivíduos ou instituições envolvidas na sua realização. O custo social de qualquer procedimento médico incluirá tanto os custos incorridos pela clínica ou hospital como aqueles suportados pelos usuários e por outros setores da sociedade (PEREIRA, 1995).

D

- DALY – Indicador denominado Disability Adjusted Life Year, traduzido para o português como Anos Potenciais de Vida Perdidos Ajustados para Incapacidade. É um índice que agrega medidas de mortalidade e morbidade em um único valor; calculado pela soma dos anos de vida perdidos em função de mortes prematuras e dos anos de vida com alguma incapacidade, devida a problemas de saúde não fatais. Os anos de vida com alguma incapacidade são ajustados em função da magnitude da limitação funcional. Esse indicador foi constituído de forma a possibilitar, por meio de uma única medida, a realização de estudo de âmbito mundial denominado Burden of Disease, por ora traduzido como carga de doença. O DALY é um indicador criado pelo Banco Mundial para mensurar a carga de doença. Sua aplicação é possível tanto em nível individual quanto populacional.
- Desenvolvimento tecnológico – Atividades relacionadas com o desenvolvimento ou implementação de novos produtos e processos ou com o aprimoramento de produtos e processos já existentes. Exemplos: desenvolvimento de vacinas combinadas; aprimoramento do sistema de informações para a vigilância epidemiológica; desenvolvimento de equipamentos médico-hospitalares; desenvolvimento de material educativo; produção de fitoterápicos. No caso do de-

envolvimento de novos medicamentos, vacinas ou outros produtos para uso terapêutico ou de prevenção, os estudos são divididos em duas etapas: pré-clínica e clínica (BRASIL, 2008a).

- Doença – Desajustamento ou uma falha nos mecanismos de adaptação do organismo ou uma ausência de reação aos estímulos a cuja ação está exposto. O processo conduz a uma perturbação da estrutura ou da função de um órgão, ou de um sistema ou de todo o organismo ou de suas funções vitais (JENICEK; CLÉROUX, 1982).
- Doenças emergentes – São aquelas, cuja incidência vem aumentando nas últimas duas décadas e tende a continuar crescendo – o HIV/aids, por exemplo. Como também podem ser antigas enfermidades que surgem novamente no cenário mundial, porém com novas características clínico-epidemiológicas (BARATA, 1997).
- Doenças negligenciadas – O Global Fórum (2005) define as doenças negligenciadas como um conjunto de enfermidades associadas à situação de pobreza. As precárias condições de vida e as iniquidades em saúde são os principais fatores responsáveis pela incidência de doenças negligenciadas. Apesar de serem responsáveis por quase metade da carga de doença nos países em desenvolvimento, os investimentos em P&D tradicionalmente não priorizam essa área. O Global Fórum (2004b) aponta as seguintes enfermidades como doenças negligenciadas: tuberculose, leishmaniose, doença do sono, malária, hanseníase, doença de Chagas, dengue, aids, osteoporose e fístula obstétrica.
- Doenças reemergentes – São aquelas que estavam anteriormente controladas e reaparecem no cenário sanitário mundial – cólera e tuberculose, por exemplo (BARATA, 1997).
- Doença transmissível – É qualquer doença causada por um agente infeccioso específico, ou seus produtos tóxicos, que se manifesta pela transmissão desse agente ou de seus produtos, de uma pessoa ou animal infectados ou de um reservatório a um hospedeiro suscetível, direta ou indiretamente por meio de um hospedeiro intermediário, de natureza vegetal ou animal, de um vetor ou do meio ambiente inanimado. Sinônimo: doença infecciosa (ORGANIZACIÓN PAN AMERICANA DE LA SALUD, 1997).

- Doenças não-transmissíveis - Grupo de doenças caracterizadas por: história natural prolongada; multiplicidade de fatores de risco complexos; interação tanto de fatores etiológicos conhecidos como de desconhecidos; longo período de latência; longo curso assintomático; curso clínico, em geral, lento, prolongado e permanente; manifestações clínicas com períodos de remissão e exacerbação e evolução para graus variados de incapacidade ou para a morte (LESSA, 1998).

E

- Ecossistema – O meio ambiente que cerca espécies, populações ou indivíduos, mantendo relações dinâmicas com estes, considerado pelo conjunto total de seus fatores interagentes, vivos e inanimados, estruturados de forma sistêmica (ROUQUAYROL; VERAS; FAÇANHA, 1999).

- Economia da saúde – Refere-se aos estudos sobre gasto e financiamento em saúde, alocação e utilização de recursos, avaliação econômica (análise custo-efetividade e custo-benefício de programas, procedimentos, intervenções e políticas públicas), eficiência e custos na prestação de serviços, análise da demanda e utilização de serviços, processos de reforma setorial, organização dos serviços e modalidades de pagamento, análise de funcionamento e das falhas do mercado no setor saúde (BRASIL, 2008a).

- Efetividade - Resultado ou conseqüências de determinado procedimento ou tecnologia quando aplicados na prática. A efetividade de um programa de saúde, por exemplo, distingue-se da sua eficácia por fazer referência a situações reais, enquanto o segundo termo se aplica apenas aos resultados obtidos em condições ideais. Portanto, a efetividade é a relação do impacto real com o impacto potencial numa situação ideal (num laboratório, por exemplo).

- Eficácia – Resultados ou conseqüências de um tratamento, medicamento, tecnologia ou programa de saúde desde um ponto de vista estritamente técnico ou numa situação de utilização ideal. É a capacidade de produzir o efeito desejado.

- Eficiência – Relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos em determinada atividade. A produção eficiente é aquela que maximiza os resultados obtidos com um dado nível de recursos ou

minimiza os recursos necessários para obter determinado resultado. É a relação entre o impacto real e os custos de produção.

- Endemia – É a presença constante de uma doença ou de um agente infeccioso em determinada área geográfica; pode significar também a prevalência usual de determinada doença nessa área (ORGANIZACIÓN PAN AMERICANA DE LA SALUD, 1997).
- Ensaio clínico controlado randomizado – Estudo prospectivo que compara o efeito e o valor de uma intervenção (profilática ou terapêutica) com controles em seres humanos no qual o investigador distribui o fator de intervenção a ser analisado de forma aleatória pela técnica de randomização; dessa forma, os grupos experimental e controle são formados por um processo aleatório de decisão. O estudo pode se referir a fármacos, técnicas ou procedimentos (ESCOSTEGUY, 2002).
- Ensaio clínico controlado não-randomizado – Estudos clínicos sem seleção aleatória de pacientes (HULLEY et al., 2006).
- Epidemia – A manifestação em uma coletividade ou região, de casos de alguma enfermidade que excede claramente a incidência prevista. O número de casos que indica a existência de uma epidemia varia com o agente infeccioso, o tamanho e as características da população exposta, sua experiência prévia ou falta de exposição à enfermidade e o local e a época do ano em que ocorre. Por decorrência, a epidemicidade guarda relação com a frequência comum da enfermidade na mesma estação do ano (ORGANIZACIÓN PAN AMERICANA DE LA SALUD, 1997).
- Epidemiologia – Ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle, ou erradicação de doenças, e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde (ROUQUAYROL; GOLDBAUM, 1999).
- Equidade – É um princípio fundamental do SUS que pressupõe igualdade na atenção à saúde, sem privilégios ou preconceitos. O SUS deve disponibilizar recursos e serviços de forma justa, de acordo

com as necessidades de cada um. O que determina o tipo de atendimento é a complexidade do problema de cada usuário (BRASIL, 2005a). Eqüidade é o reconhecimento de necessidades distintas, de sujeitos também diferentes, para atingir direitos iguais. A eqüidade aumenta as possibilidades de acesso à saúde para segmentos populacionais que demandam maiores cuidados ou são, tradicionalmente, marginalizados da atenção à saúde.

- Estudo de caso – É o circunscrito a poucas unidades de análise, entendidas estas como: pessoas, famílias, produtos, instituições, comunidades, regiões e países. Como se aplica a poucas unidades de análise, a riqueza não está na extensão, mas na profundidade deste tipo de pesquisa (TOBAR; YALOUR, 2003).

- Estudo de coorte (estudo de seguimento, cohort study) – Estudo longitudinal onde o pesquisador, após distribuir os indivíduos como expostos e não-expostos a um dado fator em estudo, segue-os durante um determinado período de tempo para verificar a incidência de uma doença ou situação clínica entre expostos e não-expostos (HULLEY et al., 2006).

- Estudo multicêntrico – Projeto de pesquisa a ser conduzido de acordo com protocolo único em vários centros de pesquisa e, portanto, a ser realizado por pesquisador responsável em cada centro, que seguirá os mesmos procedimentos (BRASIL, 2008a).

I

- Incidência – Termo que em epidemiologia traduz a idéia de intensidade com que acontece a morbidade em uma população (KERR-PONTES; ROUQUAYROL, 1999).

- Indicadores de saúde - São parâmetros utilizados internacionalmente com o objetivo de avaliar, sob o ponto de vista sanitário, a higidez de agregados humanos, bem como fornecer subsídios aos planejamentos de saúde, permitindo o acompanhamento das flutuações e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes coletividades consideradas à mesma época ou da mesma coletividade em diversos períodos de tempo (KERR-PONTES; ROUQUAYROL, 1999).

- Inovação – Corresponde à introdução no mercado de produtos, processos, métodos ou sistemas não existentes anteriormente ou com alguma

característica novo e diferente da até então em vigor (BRASIL, 2002).

- Insumos – Desenvolvimento de produtos ou processos destinados a aprimorar o funcionamento do sistema de saúde em qualquer dos seus componentes (BRASIL, 2008a).
- Integralidade – É um dos princípios fundamentais do SUS que pressupõe a atenção à saúde de modo integral, abrangendo as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia a todos os níveis de complexidade dos sistemas e serviços de saúde. Essa atenção deve focar o indivíduo, a família e a comunidade, não se limitando a conjunto de ações ou enfermidades específicas (BRASIL, 2005a).

M

- Magnitude – A magnitude refere-se ao tamanho do problema, e pode ser dimensionada pela elevada frequência com que certas doenças ou agravos afetam grandes contingentes populacionais, a qual pode ser traduzida por altas taxas de incidência, prevalência, mortalidade e anos potenciais de vida perdidos (BRASIL, 1998).
- Medicina baseada em evidências – Pretende ser um novo paradigma, proposto e desenvolvido por um Grupo de Estudos da Universidade McMaster, do Canadá, na década de 80, com finalidades assistenciais e pedagógicas. Trata-se de um processo seqüencial, constituído pelas etapas: (1^o) levantamento do problema e formulação da questão; (2^o) pesquisa da literatura correspondente; (3^o) avaliação e interpretação dos trabalhos coletados, mediante critérios bem definidos; (4^o) utilização das evidências encontradas, em termos assistenciais, de ensino e ou de elaboração científica. Apóia-se no tripé epidemiologia clínica, bioestatística e informática médica, que constitui seu instrumento de pesquisa e análise, ou seja, o seu próprio processo, visando obter resultados que orientam suas ações. Isto é, o seu produto (DRUMMOND et al., 1998).
- Meta-análise – Análise estatística para revisar e interpretar criticamente os resultados combinados de relevantes investigações primárias que foram realizadas, nas quais se buscam padrões consistentes e fontes de discordância entre seus achado (KHAN et al., 2005).

- Morbidade – Variável característica das comunidades de seres vivos, refere-se ao conjunto dos indivíduos que adquiriram doenças num dado intervalo de tempo. Denota-se morbidade ao comportamento das doenças e dos agravos à saúde em uma população exposta (KERR-PONTES; ROUQUAYROL, 1999).

- Mortalidade – Variável característica das comunidades de seres vivos, refere-se ao conjunto dos indivíduos que morreram num dado intervalo de tempo (KERR-PONTES; ROUQUAYROL, 1999).

P

- Paradigma – Para o pensador Thomas Kuhn, nos diversos momentos históricos e nos diferentes ramos da ciência há um conjunto de crenças, visões de mundo e de formas de trabalhar, reconhecidos pela comunidade científica, configurando o que ele denomina de paradigma (KUHN, 1978).

- Pesquisa - A atividade básica da ciência na sua indagação e construção da realidade. É a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente à realidade do mundo. Portanto, embora seja uma prática teórica, a pesquisa vincula pensamento e ação. Ou seja, nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática. Toda investigação se inicia por um problema com uma questão, com uma dúvida ou com uma pergunta, articuladas a conhecimentos anteriores, mas que também podem demandar a criação de novos referenciais (MINAYO, 2004).

- Pesquisa aplicada/estratégica – Qualquer investigação original realizada com a finalidade de obter novos conhecimentos, mas dirigida, primordialmente, a um objetivo ou propósito prático e específico. Volta-se para a necessidade de aplicação por parte de um indivíduo, grupo ou da sociedade (BRASIL, 2008a).

- Pesquisa básica – Trabalho teórico ou experimental realizado primordialmente com finalidade de adquirir novos conhecimentos sobre os fundamentos ou fenômenos e fatos observáveis sem o propósito de qualquer aplicação ou utilização específica. Tem por objetivo ampliar o campo de entendimento fundamental (BRASIL, 2008a).

- Pesquisa tecnológica – Qualquer trabalho sistemático apoiado no conhecimento existente obtido por pesquisa e / ou por experiência prática que está direcionado para produção de novos materiais, produtos, equipamentos, instalações de novos processos, sistemas, serviços, ou para melhorar substancialmente aqueles já produzidos ou instalados (BRASIL,2008a).
- Pesquisa biomédica (stricto sensu) – Pesquisas cujos objetos de estudos são modelos animais, secreções, tecidos, células, genes humanos, animais ou vegetais. Exemplo: determinação dos nutrientes em um alimento Observação: Biomédica lato sensu – pesquisa biomédica + pesquisa clínica (BRASIL, 2008a).
- Pesquisa clínica – Pesquisas realizadas com seres humanos para responder a questões de diagnóstico, tratamento e prognóstico no nível individual. Exemplos: sensibilidade, especificidade e valor preditivo de um novo teste diagnóstico; eficácia ou eficiência de um novo procedimento cirúrgico (BRASIL, 2008a).
- Pesquisa e desenvolvimento (P&D) – O Ministério da Saúde define pesquisa e desenvolvimento como um conjunto de ações que envolve a geração de conhecimentos , a transformação desses em tecnologias e a adaptação das tecnologias existentes em novas tecnologias, na forma de produtos e processos acabados que atendam às necessidade do mercado (BRASIL, 2002).
- Pesquisa em saúde – Estudos que buscam atender as prioridades sanitárias nacionais e melhorar as condições de saúde da população, levando em conta as idéias e interesses do Estado, do mercado e da sociedade. Nessa perspectiva ampliada da pesquisa em saúde, o fomento científico e tecnológico em saúde deve abranger da pesquisa básica à operacional, incluindo também a avaliação tecnológica em saúde e o desenvolvimento de insumos estratégicos à saúde (ANDRADE, 2007).
- Pesquisa em saúde coletiva – Pesquisas sobre as dimensões materiais e simbólicas do processo saúde-doença e da resposta socialmente organizada aos problemas de saúde na dimensão coletiva. Exemplos: custo-efetividade de um procedimento ou ação em saúde; análise da política de saúde; estudos epidemiológicos; representação social sobre saúde; desigualdades sociais em saúde; comuni-

cação e educação em saúde; formação de profissionais de saúde; sistemas de informação; modelos gerenciais (BRASIL, 2008a).

- Pesquisa de campo – É a pesquisa empírica realizada no lugar onde ocorre um fenômeno e dispõe-se de elementos para explicá-lo. São pesquisas de campo todas aquelas centradas em entrevistas, pesquisas ou observação direta. Um exemplo é um estudo sobre a satisfação dos usuários de um determinado estabelecimento (TOBAR; YALOUR, 2003).
- Pesquisa de laboratório – A experiência realizada em um lugar circunscrito, já que em campo seria taticamente impossível de realizar. Em geral, é do tipo experimental (TOBAR; YALOUR, 2003).
- Pesquisa documental – É a que se realiza com base em documentos guardados em órgãos públicos e privados de qualquer natureza, ou com pessoas: registros, atas, anais, regulamentos, circulares, ofícios, memorandos, balanços, comunicações informais, filmes, microfilmes, fotografias, vídeos, disquetes, diários, cartas pessoais etc. Geralmente os estudos legislativos são exemplos deste tipo de pesquisa (TOBAR; YALOUR, 2003).
- Pesquisa bibliográfica - É o estudo sistematizado desenvolvido a partir de material publicado em livros, revistas, jornais, ou seja, materiais acessíveis ao público em geral (TOBAR; YALOUR, 2003).
- Pesquisa experimental – É a pesquisa empírica, na qual o investigador manipula e controla variáveis independentes e observa as variações que tal manipulação e tal controle produzem nas variáveis dependentes. Permite observar e analisar um fenômeno sob determinadas condições (TOBAR; YALOUR, 2003).
- Pesquisa ex-post facto – É aquela na qual o pesquisador não pode controlar variáveis independentes, seja porque suas manifestações já ocorreram, seja porque as variáveis não são manipuláveis (TOBAR; YALOUR, 2003).
- Pesquisa participante – É aquela que não se esgota na figura do pesquisado. Dela tomam parte pessoas implicadas no problema pesquisado, assumindo que têm um papel dentro do contexto a pesqui-

sar. Isto acarreta uma diminuição da distância entre o pesquisador e o pesquisado. Trata-se de uma estratégia própria das ciências sociais e muito freqüente em antropologia (TOBAR; YALOUR, 2003).

- Pesquisa-ação – É um tipo particular de pesquisa que pressupõe a intervenção participativa na realidade social. É a pesquisa em que há uma situação problemática a ser estudada e em que as pessoas implicadas (pesquisadores) reconhecem que têm um papel ativo na realidade observada (atores), o que não é comum na pesquisa tradicional. No que se refere aos fins, é intervencionista. A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (TOBAR; YALOUR, 2003).

- Pesquisa qualitativa – A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. A diferença entre qualitativo-quantitativo é de natureza. Enquanto cientistas sociais que trabalham com estatística apreendem dos fenômenos apenas a região “visível, ecológica, morfológica e concreta”, a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas (MINAYO, 2004).

- Prevalência – Casuística de morbidade que se destaca por seus valores maiores que zero sobre os eventos de saúde ou não-doença. É termo descritivo da força com que subsistem as doenças nas coletividades (KERR-PONTES; ROUQUAYROL, 1999).

- Problemas de pesquisas – São formulados a partir das lacunas de conhecimento existentes. São questões, cuja solução depende da geração de conhecimento científico e tecnológico (ANDRADE, 2007).

- Problemas de intervenção – são os que necessitam basicamente do desenvolvimento e implementação de ações, as quais não foram

ainda realizadas, por exemplo, devido à falta de vontade política das lideranças, aos escassos recursos e a outras questões mais relacionadas à organização e gestão dos serviços (ANDRADE, 2007).

- Processo saúde-doença - Refere-se a todos os processos biológicos, psíquicos e sociais relacionados com a manutenção da saúde ou o desenvolvimento das doenças em nível molecular, tecidual, orgânico, clínico, epidemiológico e social (BRASIL, 2008a).
- Projetos em rede – Centros de pesquisa que, em geral, se reúnem em torno de um objetivo e/ou temática comum, e com capacidade de favorecer a circulação e a troca de informações, o compartilhamento de experiências, a colaboração em ações e projetos, o aprendizado coletivo, o fortalecimento de relações entre seus membros e, sobretudo, a ampliação do poder de decisão de cada um dos centros (BRASIL, 2008a).
- Promoção da saúde – A promoção da saúde consiste em proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma. Para alcançar um estado adequado de bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar suas aspirações, de satisfazer suas necessidades e de modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser percebida, pois, não como o objetivo, e sim como a fonte de riqueza da vida cotidiana. Trata-se, portanto, de um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1987).

R

- Reforma Sanitária brasileira – O termo “Reforma Sanitária” foi usado pela primeira vez no país em função da reforma sanitária italiana. A expressão ficou esquecida por um tempo até ser recuperada nos debates prévios à 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando foi usado para se referir ao conjunto de idéias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. O Movimento da Reforma Sanitária reuniu atores diversificados em uma batalha política pelo reconhecimento da saúde como direito social, pela universalização do acesso aos serviços de saúde

e pela integralidade da atenção à saúde, na luta mais ampla pela construção da cidadania, que marcou o final do regime militar. Sergio Arouca, em 1998, comentou da seguinte forma o Movimento da Reforma Sanitária brasileira: “Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado.” (BRASIL, 2008b).

S

- Saúde (I) – O estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1946).
- Saúde (II) – A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, art.196).
- Saúde pública – Uma área do conhecimento e de práticas no campo da saúde que abordam uma multiplicidade de objetos e questões, considerando as necessidades sociais da população e as relações entre Estado, mercado e sociedade, a fim de compreender e agir no processo saúde-doença de uma dada coletividade, em um determinado momento histórico (ANDRADE, 2007).
- Sistema de pesquisa em saúde – Refere-se ao funcionamento e às características do sistema de pesquisa em si: fluxos financeiros, agenda de prioridades, qualidade dos editais, repostas aos editais, novos mecanismos de fomento, divulgação da produção científica, impacto da produção científica, percepção social sobre a ciência e outros. A finalidade desse sistema é induzir a produção de estudos necessários para o desenvolvimento efetivo e equitativo dos sistemas e serviços de saúde em um determinado país, a partir da qualificação do processo

de tomada de decisões e da articulação entre governo, academia, complexo produtivo e sociedade (BRASIL, 2008a; ANDRADE, 2007).

- Sistema Único de Saúde (SUS) – No Art. 4º, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, o SUS é definido como: “ O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde. A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar (BRASIL, 1990a).

T

- Tecnologias em saúde – Consideram-se tecnologias em saúde os medicamentos, equipamentos e procedimentos técnicos, os sistemas organizacionais, informacionais, educacionais e de suporte, assim como, os programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados à saúde são prestados à população (BRASIL, 2005b).

- Transcendência – Refere-se ao conjunto de características apresentadas pela doença ou agravo, de acordo com a sua forma clínica e epidemiológica, que conferem relevância especial à doença ou agravo, destacando-se: severidade, medida por taxas de letalidade, de hospitalizações e de seqüelas; relevância social, avaliada, subjetivamente, pelo valor imputado pela sociedade à ocorrência da doença, manifesta-se pela sensação de medo, de repulsa (estigmatização) ou de indignação; e relevância econômica, avaliada por perdas de vida, prejuízos decorrentes de restrições comerciais, redução da força de trabalho, absenteísmo escolar e laboral, custos assistenciais e previdenciários, entre outros (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

- Transição epidemiológica – Entende-se por transição epidemiológica as mudanças ocorridas no tempo nos padrões de mortalidade, morbidade e invalidezes que caracterizam uma população específica e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas (SCHRAMM et al., 2004).

U

- **Universalidade** – É um dos princípios que orienta o SUS, previsto na Constituição Federal de 1988. Significa que o Sistema de Saúde deve atender a todos, sem distinções ou restrições, oferecendo toda a atenção necessária, sem qualquer custo (BRASIL, 2005a).

V

- **Vigilância em saúde** - A vigilância em saúde abrange as seguintes atividades: a vigilância das doenças transmissíveis, a vigilância das doenças e agravos não-transmissíveis e dos seus fatores de risco, a vigilância ambiental em saúde e a vigilância da situação de saúde. A adoção do conceito de vigilância em saúde procura simbolizar uma abordagem nova, mais ampla do que a tradicional prática de vigilância epidemiológica (BRASIL, 2005a).

- **Vigilância sanitária** – É um conjunto de ações legais, técnicas, educacionais, de pesquisa e de fiscalização que exerce o controle sanitário de serviços e produtos para o consumo que apresentam potencial de risco à saúde e ao meio ambiente, visando à proteção e à promoção da saúde da população. O campo de atuação da vigilância sanitária é amplo. Tem por responsabilidade o controle sanitário sobre medicamentos, alimentos e bebidas, saneantes, equipamentos e materiais médico-odonto-hospitalares, hemoterápicos, vacinas, sangue e hemoderivados, órgãos e tecidos humanos para uso em transplantes, radioisótopos e radiofármacos, cigarros, assim como produtos que envolvam riscos à saúde, obtidos por engenharia genética. Exerce também o controle sanitário dos serviços de saúde, portos, aeroportos e fronteiras, das instalações físicas e equipamentos, tecnologias, ambientes e processos envolvidos em todas as fases de produção desses bens e produtos e mais o controle da destinação de seus resíduos, do transporte e da distribuição dos produtos referidos (BRASIL, 2005a).

ANEXOS

Anexo A – Matriz 1 – Identificação de Problemas de Saúde/Pesquisa

Departamento ou Área/ Instituição: _____

Matriz 1 - Identificação de Problemas de saúde/Pesquisa

Eixo de Ação:

Problemas:

Seleção de Prioridades de Pesquisa em Saúde - Guia PPSUS

Anexo B – Matriz 2 – Listagem e Priorização dos Problemas de Saúde/Pesquisa

Problema (A)	Magnitude (B)	Gravidade e Transcedência (C)	Insuficiência de Conhecimento para a Solução do Problema (D)	Nota Global de Cada Problema (E)

Anexo C – Matriz 3 – Eleição das Linhas de Pesquisa

Problemas de Saúde/Pesquisa (A)	Linhas de Pesquisa (B)
1.	1.
	2.
2.	1.
	2.
3.	1.
	2.

Anexo D – Exemplo de Ficha de Inscrição

Oficina para Eleição de Prioridades de Pesquisa em Saúde

Ficha de Inscrição

Local: _____ Período:

Nome: _____

Departamento ou Área/Instituição que representa:

Município: _____

Telefones para contato: _____ Celular:

E-mail: _____

Assinale as duas opções para as discussões em grupo de seu interesse, de acordo com as linhas de ação definidas pelo governo estadual na área de saúde (1ª e 2ª opção):

- () Gestão Democrática, Solidária e Efetiva do SUS,
- () Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde,
- () Vigilância de Riscos e Agravos à Saúde Individual e Coletiva,
- () Atenção à Saúde com Equidade e Integralidade,
- () Expansão, Intervenção e Inovação Tecnológica em Saúde,

Favor fazer inscrição antecipada pelo e-mail:

Anexo E – “Modelo da Matriz 2” no Excel

	A	B	C	D	E	F	G
1							
2							
3	PROBLEMA	MAGNITUDE	GRAVIDADE	INSUFICIÊNCIA DO CONHECIMENTO PARA SOLUÇÃO	TOTAL		
4					0		
5					0		
6					0		
7					0		
8					0		
9					0		
10					0		
11					0		
12					0		
13					0		
14					0		
15					0		
16					0		
17					0		
18					0		
19					0		
20					0		
21					0		
22					0		

Planilha Matriz 2 - Inserir os dados:

- Matriz 2A (Magnitude),
- Matriz 2B (Gravidade),
- Matriz 2C (Insuficiência do conhecimento);

TOTAL (fórmula): =SUM(B5:D5)

MODELO DA “ Matriz 2A” NO EXCEL

					Pontuação			
A					B	C	D	E
PROBLEMA/MAGNITUDE					1	2	3	TOTAL
1								0
2								0
3								0
4								0
5								0
6								0
7								0
8								0
9								0
10								0
11								0
12								0
13								0
14								0
15								0
16								0
17								0
18								0
19								0
20								0
21								0
22								0
23								0
24								0

Planilha Matriz 2A

- Problema / magnitude

TOTAL (fórmula):

$$= (B3*1 + C3*2 + D3*3) / N$$

$$B3 = \text{n. de participantes} \times 1$$

$$C3 = \text{n. de participantes} \times 2$$

$$D3 = \text{n. de participantes} \times 3$$

$$N = \text{n. de participantes total do Grupo}$$

MODELO DA “ Matriz 2C” NO EXCEL

		Pontuação			
	A	B	C	D	E
1	PROBLEMA/INSUF. CONHECIMENTO	1	2	3	TOTAL
2					0
3					0
4					0
5					0
6					0
7					0
8					0
9					0
10					0
11					0
12					0
13					0
14					0
15					0
16					0
17					0
18					0
19					0
20					0
21					0
22					0
23					0
24					0

Planilha MATRIZ 2C

- Problema / insuficiência de conhecimento

TOTAL (fórmula):

$$=(B3*1+C3*2+D3*3)/N$$

$$B3= \text{n. de participantes} \times 1$$

$$C3= \text{n. de participantes} \times 2$$

$$D3= \text{n. de participantes} \times 3$$

$$N= \text{n. de participantes total do grupo}$$



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

SIA, trecho 4, lotes 540/610 – CEP: 71200-040
Telefone: (61) 3233-2020 Fax: (61) 3233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

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

Brasília – DF, dezembro de 2008

OS 0960/2008