

# Seleção de Prioridades de Pesquisa em Saúde

2ª edição

## Guia PPSUS

Brasília - DF  
2009



MINISTÉRIO DA SAÚDE

# **Seleção de Prioridades de Pesquisa em Saúde**

## **Guia PPSUS**

2ª edição

Brasília – DF  
2009



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

# Seleção de Prioridades de Pesquisa em Saúde

## Guia PPSUS

2ª edição

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Brasília – DF  
2009

© 2009 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 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: 2ª edição – 2009 – 2.000 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) 3315-2046/3793/2273

Fax: (61) 3325-2068

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

*Supervisão Geral:*

Leonor Maria Pacheco Santos

Márcia Luz da Motta

Marge Tenório

Vaneide Marcon Cachoeira

*Revisão Técnica:*

Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza – Universidade Federal da Bahia

*Colaboração:*

Gilberto Souza – Conselho Nacional de

Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Ministério

da Ciência e Tecnologia – CNPq/MCT

Raquel Coelho – Conselho Nacional de

Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Ministério

da Ciência e Tecnologia – CNPq/MCT

*Elaboração:*

Alexandre Soares Ferreira

Celine de Kerchove

Isa Paula Hamouche Abreu

Joana Molesini

Ludmila Lafetá de Melo Neves

Margarete Martins de Oliveira

Nair Ramos de Souza

Thenille Faria Machado do Carmo

Vaneide Marcon Cachoeira

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, 2009.

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

ISBN 978-85-334-1608-6

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 2009/0573

*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

## LISTA DE FIGURAS

---

<b>Figura 1</b>	Atores envolvidos no processo de seleção de prioridades de pesquisa em saúde .....	<b>19</b>
<b>Figura 2</b>	Passo-a-passo para a oficina de seleção de prioridades de pesquisa em saúde .....	<b>20</b>

## LISTA DE QUADROS

---

<b>Quadro 1</b>	Número de projetos por subagenda do fomento descentralizado 2003-2007.....	<b>18</b>
<b>Quadro 2</b>	Matriz 1 – Identificação de Problemas de Saúde/Pesquisa – Exemplo 1.....	<b>24</b>
<b>Quadro 3</b>	Matriz 1 – Identificação de Problemas de Saúde/Pesquisa – Exemplo 2.....	<b>25</b>
<b>Quadro 4</b>	Matriz 2 – Listagem e Priorização de Problemas de Saúde/Pesquisa.....	<b>25</b>
<b>Quadro 5</b>	Matriz 2 – Listagem e Priorização de Problemas de Saúde/Pesquisa – Exemplo 1.....	<b>27</b>
<b>Quadro 6</b>	Matriz 2 – Listagem e Priorização de Problemas de Saúde/Pesquisa – Exemplo 2.....	<b>28</b>
<b>Quadro 7</b>	Matriz 3 – Seleção das Linhas de Pesquisa.....	<b>29</b>

## LISTA DE SIGLAS

---

<b>Abrasco</b>	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
<b>ANPPS</b>	Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde
<b>ATS</b>	Avaliação Tecnológica em Saúde
<b>CAM</b>	Matriz Combinada
<b>Capes</b>	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
<b>Cenepi</b>	Centro Nacional de Epidemiologia
<b>C&amp;T</b>	Ciência e Tecnologia
<b>CT&amp;I/S</b>	Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
<b>I CNCTS</b>	1ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde
<b>II CNCTIS</b>	2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
<b>CNPq</b>	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>DALY</b>	<i>Disability-adjusted life years</i> – Anos de Vida Ajustados por Incapacidade
<b>Dedit</b>	Departamento de Ciência e Tecnologia
<b>FAP</b>	Fundação de Amparo à Pesquisa
<b>Finep</b>	Financiadora de Estudos e Projetos
<b>Fiocruz</b>	Fundação Oswaldo Cruz
<b>MCT</b>	Ministério da Ciência e Tecnologia
<b>MEC</b>	Ministério da Educação
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>ONG</b>	Organização Não-Governamental
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana da Saúde
<b>P&amp;D</b>	Pesquisa e Desenvolvimento
<b>PNCTIS</b>	Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
<b>PPSUS</b>	Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde
<b>SCTIE</b>	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
<b>SES</b>	Secretaria Estadual de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>SVS</b>	Secretaria de Vigilância em Saúde



## SUMÁRIO

---

<b>Apresentação</b> .....	<b>09</b>
<b>1 Introdução</b> .....	<b>11</b>
<b>2 Saúde, Desenvolvimento e Pesquisa</b> .....	<b>15</b>
<b>3 O Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde</b> .....	<b>17</b>
<b>4 Seleção das Prioridades de Pesquisa em Saúde</b> .....	<b>23</b>
<b>5 Resultados Esperados</b> .....	<b>31</b>
<b>Referências</b> .....	<b>33</b>
<b>Glossário de Pesquisa em Saúde</b> .....	<b>39</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>53</b>



## APRESENTAÇÃO

Desde a década de 80, no contexto internacional e nacional, cresce a percepção de que a pesquisa científica é essencial para a formulação de políticas de saúde e para a melhoria das condições de vida das populações. Organizações internacionais, 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, de modo a propiciar que as pesquisas gerem conhecimentos, tecnologias e inovações que venham a contribuir com a prevenção de agravos, com a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde e a diminuição das desigualdades sociais, configurando-se, dessa forma, enquanto pesquisas para a saúde, com impacto efetivo na melhoria das condições de vida das pessoas.

Os recursos para a pesquisa em saúde ainda são escassos quando comparados ao alto benefício que podem proporcionar. Soma-se a isso o fato de que as atividades de pesquisa em saúde são tradicionalmente desenvolvidas de forma desarticulada das políticas de saúde.

Para reverter esse quadro e otimizar os escassos recursos, é de fundamental importância a seleção de prioridades de pesquisa, 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.

Na perspectiva de auxiliar as instituições na seleção de prioridades de pesquisa em saúde, a equipe do PPSUS do Ministério da Saúde, com a colaboração de técnicos da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, elaborou um Guia para sistematizar o processo de seleção de prioridades, propondo instrumentos para coleta, organização e análise das informações necessárias para a priorização.

O processo de seleção deve ser interativo, objetivo e transparente e auxiliar os gestores a tomar decisões mais conscientes para alocar os limitados recursos. A abordagem deve ser multidisciplinar e envolver diferentes atores sociais: gestores, técnicos, pesquisadores e representantes do controle social.

O Guia tem por base o documento *Matriz Combinada: um instrumento para a definição de prioridades de pesquisa em saúde*, publicado pelo *Global Forum for Health Research*, em junho de 2004.

Em 2008, a metodologia sugerida no Guia foi aplicada em 14 oficinas, e foi aprimorada pelos diversos atores envolvidos.

A proposta deste Guia, portanto, é apresentar uma metodologia que oriente a realização das oficinas de trabalho estaduais para a seleção dos temas prioritários de pesquisa, que compõem os editais estaduais do PPSUS. A metodologia em questão visa favorecer a construção de vínculos solidários entre diferentes atores e fomentar a corresponsabilidade na produção de conhecimento e tecnologias para a melhoria da saúde de todos.

Leonor Maria Pacheco Santos  
Diretora do Departamento de Ciência e Tecnologia

## 1 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 evidentes no século XIX. Desde essa época, os institutos de pesquisa em saúde estão entre os primeiros e mais importantes do País.

Já no século XX, os anos 90 foram marcados por profundo debate sobre o fomento científico e tecnológico em saúde no cenário internacional.

Em 1990, um relatório publicado pelo Comitê *ad hoc* de Pesquisa em Saúde para o Desenvolvimento, da Organização Mundial da Saúde, 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 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, 2006b; GLOBAL FORUM FOR HEALTH RESEARCH, 2004a).

A expressão “*gap 10/90*” 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 FOR HEALTH RESEARCH, 1999).

A iniquidade fica mais evidente quando se sabe que mais de 100 bilhões de dólares são gastos anualmente com P&D/S pelos setores público e privado, 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 FORUM FOR HEALTH RESEARCH, 2004a).

No Brasil, os investimentos em pesquisa em saúde ainda são insuficientes, ainda que o setor saúde responda por pouco mais de 1/3 da produção científica nacional.

Parte significativa desse investimento, cerca de 80%, destina-se às atividades de pesquisa desenvolvidas pelos estados das regiões Sudeste e Sul, mais especificamente no Rio de Janeiro e em São Paulo, revelando intensa concentração dessas atividades em algumas unidades da federação. Verifica-se que 63% dos grupos de pesquisa estão fixados na região Sudeste e 17% na região Sul, perfazendo um total de 80%. O percentual restante está assim distribuído: região Nordeste, 13%; Centro-Oeste, 5%; e Norte, 2%.

## 1.1 Marcos legais e políticos das ações 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, definem 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 Ministério da Saúde 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, o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e a Financiadora de Estudos e Projetos (Finep), junto à comunidade científica brasileira.

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 (COMMISSION ON HEALTH RESEARCH FOR DEVELOPMENT, 1990).

Essa Comissão recomendou que países em desenvolvimento estruturassem seus respectivos Sistemas Nacionais de Pesquisa em Saúde e que formulassem uma política pública voltada para

esse campo. A política deveria subsidiar a construção de uma Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde<sup>1</sup>. Essa iniciativa serviria para consolidar as bases estratégicas divulgadas pela comissão sobre *Essential National Health Research* (1990).

Como consequência do debate iniciado pela Comissão e por outros atores internacionais, fundou-se em 1998 o *Global Forum for Health Research*, uma organização não-governamental internacional que tem como objetivo precípua reduzir o “gap 10/90” (GLOBAL FORUM FOR HEALTH RESEARCH, 1999). O *Global Forum* 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 de saúde, com foco na proposição de ações que possam superar tais problemas.

Realizada em julho de 2004, 10 anos após a realização da I CNCTS, a II CNCTIS ampliou a discussão sobre pesquisa em saúde, com a realização de mais de 300 conferências regionais e municipais e 24 fóruns estaduais, democratizando o debate, 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 Ministério da Saúde.

### Princípios da PNCTIS (BRASIL, 2006c)

- Compromisso ético e social de melhoria das condições de saúde da população brasileira
- Contribuição para a superação de todas as formas de desigualdade e discriminação (regionais, sociais, étnicas, de gênero e outras)
- Respeito à vida e à dignidade das pessoas
- Desenvolvimento e implementação de padrões elevados de ética na pesquisa em saúde
- Pluralidade, ou seja, abertura a todas as abordagens filosóficas e metodológicas adequadas ao avanço do conhecimento
- 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 tecnologias nas áreas prioritárias para o desenvolvimento das políticas sociais (BRASIL, 2006a).

A ANPPS foi o primeiro exercício de definição de prioridades de pesquisa em saúde realizada no âmbito nacional. Paralelamente a esse exercício 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 membros dos setores da saúde e da pesquisa dos 27 estados da federação discutiram e sistematizaram prioridades de pesquisa em nível local.

<sup>1</sup> 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.

### A ANPPS é composta por 24 subagendas de pesquisa em saúde.

- 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 das pessoas com deficiência
- 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 MCT, inclusive as atividades de pesquisa em saúde, cabendo ao Ministério da Saúde um papel secundário nesse campo. Esse fato não favoreceu a articulação entre a pesquisa em saúde e a Política Nacional de Saúde, resultando em um distanciamento entre a produção do conhecimento científico e as necessidades de saúde da população (GUIMARÃES, 2004).

A partir da aprovação da PNCTIS e da elaboração da ANPPS, o Ministério da Saúde passa a ser o principal articulador da Ciência e Tecnologia – C&T em saúde no Brasil. Houve, no orçamento do Ministério da Saúde, um substancial aumento dos recursos 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, aproximar as agendas de pesquisa à política pública de saúde. Torna-se necessário contemplar os diversos elos da cadeia do conhecimento na pesquisa em saúde, com especial atenção para a pesquisa estratégica. Uma abordagem dessa natureza pressupõe recursos abundantes, que, na situação atual, não estão disponíveis. Em consequência, torna-se necessário estabelecer prioridades (GUIMARÃES, 2006).



## 2 SAÚDE, DESENVOLVIMENTO E PESQUISA

A OMS define a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 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 (BRASIL, 1988).

Em todo o mundo, é amplamente reconhecida a contribuição da pesquisa em saúde para o desenvolvimento humano. O conceito de desenvolvimento humano proposto por Amartya Sen, 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 dos seres humanos. Portanto, o desenvolvimento humano deve ser o objeto da ação pública. A saúde é vista por este autor como um componente crucial do desenvolvimento (SEN, 2000).

Nessa perspectiva, durante a Conferência do Milênio, promovida pela Organização das Nações Unidas – ONU, em setembro de 2000, 189 países, entre eles o Brasil, subscreveram a Declaração do Milênio, que estabeleceu um conjunto de oito objetivos para o desenvolvimento e a erradicação da pobreza no mundo.

### Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

- Erradicação da pobreza e da fome
- Universalização do acesso à educação básica
- Promoção da igualdade entre os sexos e autonomia das mulheres
- Redução da mortalidade infantil
- Melhoria da saúde materna
- Combate ao HIV/AIDS, malária e outras doenças
- Promoção da sustentabilidade ambiental
- Estabelecimento 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.

Os determinantes e condicionantes da saúde não estão restritos ao setor saúde, e o alcance de uma boa condição de saúde requer a atenção para um grande número de fatores, como 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, 2006b, 2007c).

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 de responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes para garantir melhores condições de saúde para a população.

Guiada por uma concepção mais ampla de saúde, a pesquisa em saúde deve ser realizada de maneira a promover o avanço científico e tecnológico que esteja voltado para o desenvolvimento humano e sustentável.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> A definição mais aceita para desenvolvimento sustentável é a de que o desenvolvimento é capaz de suprir as necessidades da geração atual, sem comprometer a capacidade de atender às necessidades das futuras gerações. É o desenvolvimento que não esgota os recursos para o futuro. Essa definição surgiu na Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, criada pelas Nações Unidas para discutir e propor meios de harmonizar dois objetivos: o desenvolvimento econômico e a conservação ambiental.

### 3 O PROGRAMA PESQUISA PARA O SUS: GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE

O Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS foi criado pelo Decit, em 2004, com o intuito de (1) financiar pesquisas em temas prioritários para a saúde da população brasileira, (2) contribuir com o aprimoramento do Sistema Único de Saúde e (3) promover o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde em todos os estados da federação.

Trata-se de uma iniciativa inovadora por desenvolver-se em um modelo de gestão descentralizada e participativa, procurando aproximar os campos da pesquisa e da atenção à saúde.

O PPSUS está em consonância com o que preconiza a OMS, o *Global Forum* e outras organizações internacionais, contribuindo para a superação do “gap 10/90” e das desigualdades regionais.

Este Programa colabora para o fortalecimento dos sistemas estaduais de ciência e tecnologia em saúde, favorece a formação de recursos humanos para a pesquisa e tem contribuído para a inserção da pesquisa nas agendas das secretarias estaduais de saúde.

O PPSUS envolve parcerias no âmbito federal e estadual, entre instâncias de saúde e de ciência e tecnologia. No nível federal, participam o Ministério da Saúde, por meio do Decit, que é o coordenador nacional do Programa, e o 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 (BRASIL, 2007b).

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 (BRASIL, 2007b).

As SES têm um papel fundamental no desenvolvimento do Programa, devendo participar de todas as suas etapas operacionais, desde a definição das linhas prioritárias de pesquisa que compõem os editais até a organização dos seminários estaduais de acompanhamento e avaliação dos projetos, de modo a promover a aproximação entre os campos da ciência e tecnologia e da atenção à saúde (BRASIL, 2007b).

A definição de prioridades de pesquisa em saúde constitui-se em uma das etapas de operacionalização do PPSUS. Para tanto, são realizadas oficinas de trabalho estaduais, com a participação de gestores e técnicos do serviço de saúde, representantes das instituições de ensino, da comunidade científica e do controle social.

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

A análise dos dados relativos à distribuição proporcional dos projetos financiados pelo PPSUS, segundo cada uma das 24 subagendas da ANPPS, no período de 2003 a 2007, mostra que as

duas subagendas com maior proporção de projetos financiados são doenças transmissíveis (23%) e doenças crônicas (14%), conforme demonstrado no Quadro 1.

### Quadro 1 – Número de projetos por subagenda do fomento descentralizado 2003-2007.

SUBAGENDA	Nº DE PROJETOS	%
Doenças Transmissíveis	265	23
Doenças Crônicas (não transmissíveis)	162	14
Sistemas e Políticas de Saúde	105	9.1
Saúde da criança e Adolescente	75	6.5
Saúde da Mulher	68	5.9
Assistência Farmacêutica	57	4.9
Saúde, Ambiente, Trabalho e Biossegurança	56	4.9
Epidemiologia	11	1
Complexo Produtivo da Saúde	25	2.2
Saúde do Idoso	28	2.4

Fonte: Ministério da Saúde. Base de Dados Gerencial – 2008

Definir os eixos e as linhas de pesquisas prioritárias para cada estado não é tarefa fácil, considerando 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).

A utilização, nesse processo, de métodos sistemáticos, baseados em critérios técnico-sanitários, 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, 2006b).

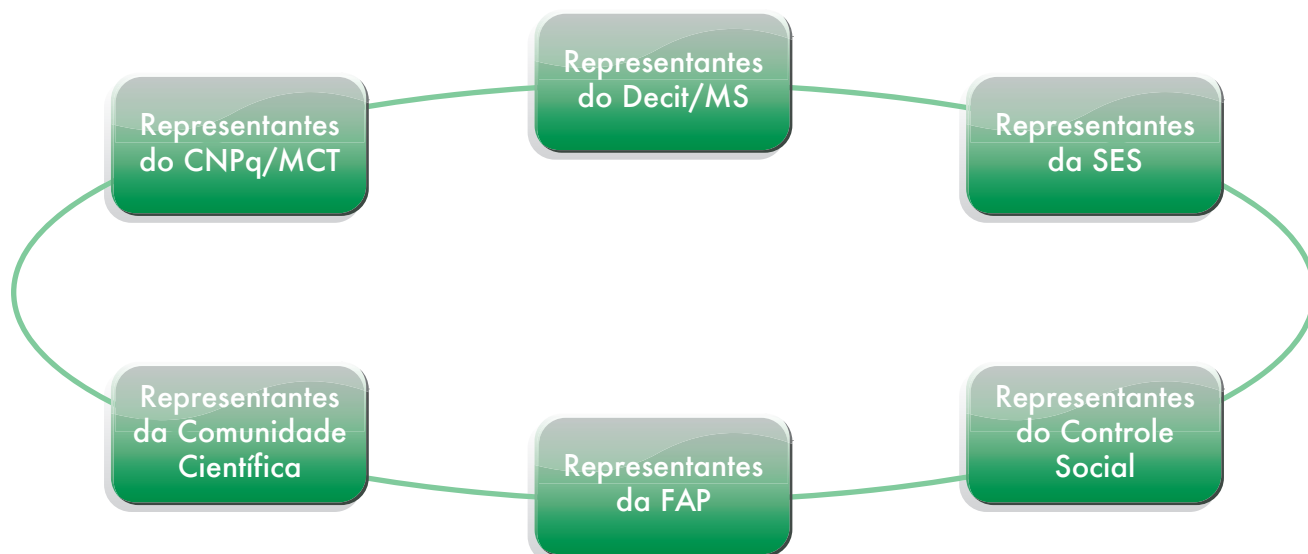
### 3.1 Atores envolvidos no processo de seleção de pesquisas

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

Nessa perspectiva, é fundamental envolver no processo de seleção de prioridades de pesquisa em saúde gestores e técnicos das SES, das FAP, do Ministério da Saúde, do MCT, pesquisadores de instituições de ensino e pesquisa e representantes do controle social<sup>1</sup>, conforme representado na Figura 1, a seguir.

<sup>1</sup>O controle social do SUS é exercido por meio das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde (BRASIL, 1990b, 2000). Para a definição de prioridades em pesquisa, são convidados conselheiros da saúde, representantes do segmento de usuários do SUS.

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



### 3.2 Oficina de seleção de prioridades de pesquisa em saúde

A realização da oficina para seleção de prioridades de pesquisa constitui-se em uma das etapas do PPSUS. É um momento fundamental para o desenvolvimento do Programa e deve contar com a participação de gestores, pesquisadores, técnicos de saúde e representantes do controle social.

No processo de organização da oficina, recomenda-se que sejam enviados convites, acompanhados de fichas de inscrição (Anexo A) e de cópias da Matriz 1 (Anexo B) aos diferentes participantes do evento.

Na ficha de inscrição, deverão constar de 3 a 5 eixos de ação prioritários definidos pelo governo estadual na área da saúde, em torno dos quais se constituirão os grupos de trabalho. Os participantes deverão ser orientados a assinalar a sua primeira e a sua segunda opção em relação a esses eixos, de modo 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, quando possível, o preenchimento da Matriz 1, na qual deverão ser listados problemas de saúde, cujas soluções possam se beneficiar da realização 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 aos representantes dos serviços de saúde, sejam profissionais, sejam usuários. 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.

Cada grupo de trabalho deve contar no máximo com vinte pessoas. Cada grupo escolherá um coordenador e um relator, que serão apoiados por um monitor treinado pelos organizadores da oficina. Ao coordenador, caberá a condução dos trabalhos no grupo. O relator, por sua vez, registrará as discussões e apresentará o resultado do grupo na plenária final. O monitor atuará como um facilitador do trabalho do grupo, esclarecendo sobre a metodologia utilizada.

Na Figura 2, está esquematizado o passo-a-passo para a organização da oficina para seleção de prioridades de pesquisa em saúde.

**Figura 2 – Passo-a-passo para a oficina de seleção de prioridades de pesquisa em saúde.**

- 01**
  - Estabelecer contato com os gestores da saúde, com instituições de ensino/pesquisa e com representantes do controle social.
- 02**
  - Enviar convites, acompanhados de fichas de inscrição (anexo A) e cópias da MATRIZ 1 (anexo B) aos diferentes atores participantes da oficina.
- 03**
  - Na ficha de inscrição, deverá constar os eixos prioritários de ação definidos pelo governo estadual na área da saúde, que se constituirão em grupos de trabalho.
- 04**
  - Cada participante deverá assinalar sua 1ª e 2ª opção em relação ao eixo de ação, para que se possa definir previamente a composição dos grupos de trabalho.
- 05**
  - Produzir material impresso informando aos participantes sobre a metodologia a ser adotada na oficina e sobre os resultados esperados.
- 06**
  - Providenciar local para realização da oficina, que disponha do número de salas correspondente ao número de grupos de trabalho. Providenciar, igualmente, os equipamentos e materiais para cada grupo de trabalho: computador e *data show* (quando possível), *flip chart*, pincéis atômicos, entre outros.

### 3.2.1 Sugestão de programação para a oficina

Sugere-se que a oficina tenha duração de um dia e meio ou dois dias, com a seguinte programação:

#### 1º Dia:

Manhã:

08h30 – 9h: Inscrição

09h – 09h30: Palestra do representante do Decit/MS “A Importância de Seleção de Prioridades de Pesquisa em Saúde e Método para Seleção de Prioridades”

09h30 – 10h: Palestra do representante da FAP “Os Indicadores de Ciência e Tecnologia do Estado”

10h – 10h30: Palestra do representante da SES “Análise da Situação de Saúde do Estado e os Principais Desafios”

10h30 – 10h45: Intervalo

10h45 – 12h: Início dos trabalhos de grupo para o preenchimento de matrizes

Tarde:

14h – 18h: Continuação da discussão em grupo para preenchimento das matrizes

#### 2º Dia:

Manhã:

08h30 – 12h: Continuação da discussão em grupo para preenchimento das matrizes

Tarde:

14h – 15h: Finalização dos trabalhos em grupo

15h – 18h: Plenária final

A palestra do representante do Decit/SCTIE/MS abordará a importância de selecionar prioridades de pesquisa em saúde e descreverá a metodologia a ser utilizada para a seleção 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, problemas que dependam apenas de outras intervenções 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 de 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 morbimortalidade e os problemas referentes à organização do sistema local de saúde nos três níveis de atenção (básica, média e alta complexidade). Deverão ser apontados, também, as políticas e os programas de saúde que necessitem de avaliação. Essa palestra permitirá delinear o panorama organizacional e epidemiológico local e os principais desafios a serem enfrentados.

Após as palestras, serão iniciados os trabalhos em grupo, para o preenchimento de matrizes que auxiliarão no processo de priorização e, em seguida, encerrando a programação, será realizada a plenária final, com a apresentação das linhas de pesquisa prioritárias definidas pelos participantes dos grupos.





## 4 SELEÇÃO DAS PRIORIDADES DE PESQUISA EM SAÚDE

O presente Guia foi elaborado tendo por base o documento *Matriz Combinada: um instrumento para definição de prioridades de pesquisa em saúde*, conhecido como CAM, sua sigla em inglês, e publicado pelo *Global Forum for Health Research*, em junho de 2004 (BRASIL, 2006b).

O método proposto na CAM foi adaptado pela equipe do PPSUS do MS e por técnicos da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia e do CNPq, que, frente às dificuldades encontradas nas oficinas para seleção de prioridades anteriores, buscaram compatibilizá-lo com as necessidades do Programa.

Uma das limitações para a aplicação da CAM, conforme originalmente proposta, é o tempo de que se dispõe para o desenvolvimento do processo de seleção de prioridades de pesquisa, com a dificuldade de manter os atores envolvidos mobilizados por um longo período em torno dessa questão.

Além dessa, outra limitação é a dificuldade de contar com informações referentes à dimensão econômica de agravos e doenças e de intervenções necessárias para reduzir a magnitude de um problema ou carga de doença.

Nesta adaptação, foi levado em consideração, também, o método de eleição de prioridades de pesquisa em saúde utilizado pela Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS do Ministério da Saúde.

Foi realizada uma aplicação-piloto 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 propõe instrumentos (matrizes) que permitem a coleta, a organização e a análise das informações e dados necessários para auxiliar na seleção de prioridades.

As matrizes representam uma tentativa de sistematizar o processo de definição de prioridades de pesquisa em saúde, a fim de torná-lo mais transparente e de auxiliar os gestores públicos a tomar decisões mais conscientes para alocar produtivamente os limitados recursos para pesquisa.

Ressalte-se a necessidade de se realizar continuamente uma revisão das prioridades e dos mecanismos para a sua definição, já que ambos evoluem dinamicamente como resultado de mudanças epidemiológicas, demográficas e socioeconômicas (BRASIL, 2006b).

Tradicionalmente, as prioridades de pesquisa em saúde foram definidas com base nas doenças e agravos à saúde. Essa é, no entanto, apenas uma área de pesquisa em saúde. É importante também considerar os determinantes de saúde e as questões transversais à pesquisa em saúde (BRASIL, 2006b).

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

Pesquisas sobre políticas públicas, sistemas e determinantes de saúde (incluindo dinâmica populacional, urbanização, ameaças ambientais, escassez de alimentos e água, problemas sociais e comportamentais) apresentam potencial equivalente ao da pesquisa biomédica (BRASIL, 2006b).

#### 4.1 Matrizes para a seleção das prioridades de pesquisa

Este Guia propõe três matrizes: (1) Matriz 1 – Identificação dos Problemas de Saúde/Pesquisa; (2) Matriz 2 – Listagem e Priorização dos Problemas de Saúde/Pesquisa, com base na magnitude, gravidade e transcendência e insuficiência de conhecimento para solução do problema; e (3) Matriz 3 – Eleição das Linhas de Pesquisa, considerando os conhecimentos necessários para a solução do problema.

Devem ser definidos previamente de 3 a 5 eixos de ação prioritários para o governo estadual na área da saúde. Cada um desses eixos se constituirá em um grupo de trabalho.

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

##### 4.1.1 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 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. Alguns problemas necessitam de outros tipos de intervenção, tais como infraestrutura, capacitações, modificações de processos de trabalho, organização de serviços, entre outros e, dessa forma, não deverão constar nessa Matriz.

Para cada eixo de ação, podem ser listados tantos problemas de saúde/pesquisa quantos o grupo definir. O ideal seria que a Matriz 1 fosse preenchida em reuniões preparatórias para a oficina, realizadas no âmbito de cada instituição. No entanto, tendo em vista as dificuldades para a realização de discussões prévias, essa Matriz poderá ser preenchida na oficina. Esse é um momento crucial para possibilitar o preenchimento posterior da Matriz 2.

A seguir, exemplos referentes à Matriz 1.

#### Quadro 2 – Matriz 1 – Identificação de Problemas de Saúde/Pesquisa – Exemplo 1.

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 comorbidades e alta permanência hospitalar)
C. Modelo deficiente de gestão das unidades hospitalares

### Quadro 3 – Matriz 1 – Identificação de Problemas de Saúde/Pesquisa – Exemplo 2.

#### EIXO DE AÇÃO: GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Problemas de saúde/pesquisa

A. 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

C. Capacitação inadequada para a gestão do trabalho em saúde nos 3 níveis de gestão

D. Processos de educação permanente quase inexistentes

#### 4.1.2 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.

#### Quadro 4 – 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)
Listar os problemas de saúde/pesquisa apontados na Matriz 1.	Pode ser dimensionada pela elevada frequência com que certas doenças ou agravos afetam grandes contingentes populacionais.	Gravidade refere-se à urgência do problema. Transcendência refere-se ao conjunto de características apresentadas pela doença ou agravo, de acordo com a sua forma clínica e epidemiológica, que lhes conferem relevância especial.	Deve-se considerar a base de conhecimento disponível para resolver o problema. Quanto maior a insuficiência de conhecimento, maior deverá ser a nota atribuída a este critério de avaliação.	Soma das médias aritméticas encontradas nas colunas (B), (C) e (D).

Notas

1. Em cada critério de avaliação, as notas variam 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. Lembre-se que, nesse momento, os integrantes do grupo já deverão ter discutido sobre a pertinência dos problemas elencados.

**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 sequelas; relevância social, avaliada subjetivamente pelo valor imputado pela sociedade à ocorrência da doença, manifesta-se pela sensação de medo, de repulsa (estigma) 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 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 a este 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:

## Quadro 5 – Matriz 2 – Listagem e Priorização dos Problemas de Saúde/Pesquisa – Exemplo 1.

<b>Problema (A)</b>  Listar os problemas de saúde/pesquisa apontados na Matriz 1.	<b>Magnitude (B)</b>  Pode ser dimensionada pela elevada frequência com que certas doenças ou agravos afetam grandes contingentes populacionais.	<b>Gravidade e transcendência (C)</b>  Gravidade refere-se à urgência do problema. Transcendência refere-se ao conjunto de características apresentadas pela doença ou agravo, de acordo com a sua forma clínica e epidemiológica, que lhes conferem relevância especial.	<b>Insuficiência de conhecimento para a solução do problema (D)</b>  Deve-se considerar a base de conhecimento disponível para resolver o problema. Quanto maior a insuficiência de conhecimento, maior deverá ser a nota atribuída a este critério de avaliação.	<b>Nota global de cada problema (E)</b>  Soma das médias aritméticas encontradas nas colunas (B), (C) e (D).
1. Acesso restrito à atenção de média e alta complexidade	(P1) Número de participantes que deram a nota 1  (P2) Número de participantes que deram a nota 2  (P3) Número de participantes que deram a nota 3  $(P1 \times (1) + P2 \times (2) + P3 \times (3)) / P_{total}$  Ex.: $3 \cdot (1) + 1 \cdot (2) + 6 \cdot (3) / 10 = 2,3$  Ptotal: indica o número de componentes do grupo	(P1) Número de participantes que deram a nota 1  (P2) Número de participantes que deram a nota 2  (P3) Número de participantes que deram a nota 3  $(P1 \times (1) + P2 \times (2) + P3 \times (3)) / P_{total}$  Ex.: $2 \cdot (1) + 8 \cdot (2) + 0 \cdot (3) / 10 = 1,8$  Ptotal: indica o número de componentes do grupo	(P1) Número de participantes que deram a nota 1  (P2) Número de participantes que deram a nota 2  (P3) Número de participantes que deram a nota 3  $(P1 \times (1) + P2 \times (2) + P3 \times (3)) / P_{total}$  Ex.: $2 \cdot (1) + 2 \cdot (2) + 6 \cdot (3) / 10 = 2,4$  Ptotal: indica o número de componentes do grupo	Somam-se as médias aritméticas encontradas nas colunas: (B) + (C) + (D) = (E)  Ex.: $2,3 + 1,8 + 2,4 = 6,5$  Considerando-se que a nota máxima é 3 para cada coluna, a soma será de no máximo 9.  Quando a soma das três médias aritméticas for igual ou superior a 6,3, o problema deverá ser passado a Matriz 3  No exemplo acima, o valor foi igual a 6,5; esse problema será transferido para a Matriz 3.

## Quadro 6 – Matriz 2 – Listagem e Priorização dos Problemas de Saúde/Pesquisa – Exemplo 2.

Problema (A)	Magnitude (B)	Gravidade e transcendência (C)	Insuficiência de conhecimento para a solução do problema (D)	Nota global de cada problema (E)
Listar os problemas de saúde/pesquisa apontados na Matriz.	Pode ser dimensionada pela elevada frequência com que certas doenças ou agravos afetam grandes contingentes populacionais.	Gravidade refere-se à urgência do problema. Transcendência refere-se ao conjunto de características apresentadas pela doença ou agravo, de acordo com a sua forma clínica e epidemiológica, que lhes conferem relevância especial.	Deve-se considerar a base de conhecimento disponível para resolver o problema. Quanto maior a insuficiência de conhecimento, maior deverá ser a nota atribuída neste critério de avaliação.	Soma das médias aritméticas encontradas nas colunas (B), (C) e (D).
1. Fragilidade do controle social no processo de gestão do trabalho;	<p>(P1) Número de participantes que deram a nota 1</p> <p>(P2) Número de participantes que deram a nota 2</p> <p>(P3) Número de participantes que deram a nota 3</p> <p><math>(P1 \times (1) + P2 \times (2) + P3 \times (3)) / P_{total}</math></p> <p>Ex.: <math>3.(1) + 1.(2) + 2.(3) / 6 = 1,83</math></p> <p>P<sub>total</sub>: indica o número de componentes do grupo</p>	<p>(P1) Número de participantes que deram a nota 1</p> <p>(P2) Número de participantes que deram a nota 2</p> <p>(P3) Número de participantes que a nota 3</p> <p><math>(P1 \times (1) + P2 \times (2) + P3 \times (3)) / P_{total}</math></p> <p>Ex.: <math>0.(1) + 0.(2) + 6.(3) / 6 = 3</math></p> <p>P<sub>total</sub>: indica o número de componentes do grupo</p>	<p>(P1) Número de participantes que deram a nota 1</p> <p>(P2) Número de participantes que deram a nota 2</p> <p>(P3) Número de participantes que deram a nota 3</p> <p><math>(P1 \times (1) + P2 \times (2) + P3 \times (3)) / P_{total}</math></p> <p>Ex.: <math>5.(1) + 1.(2) + 0.(3) / 6 = 1,16</math></p> <p>P<sub>total</sub>: indica o número de componentes do grupo</p>	<p>Somam-se as médias aritméticas encontradas nas colunas: (B) + (C) + (D) = (E)</p> <p>Ex.: <math>1,83 + 3 + 1,16 = 5,99</math></p> <p>Considerando-se que a nota máxima é 3 para cada coluna, a soma será de no máximo 9.</p> <p>Quando a soma das três médias aritméticas for igual ou superior a 6,3, o problema deverá ser passado a Matriz 3</p> <p>No exemplo acima, o valor foi igual a 6,0; logo, esse problema não será transferido para a Matriz 3.</p>

**Importante:** A Matriz 2 encontra-se disponível em formato Excel (Anexo E), com as devidas fórmulas para os cálculos referentes às colunas (B), (C) e (D).

### 4.1.3 Matriz 3: Seleção 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 na ANPPS, mas que correspondem às necessidades locais. Para auxiliar na definição das linhas de pesquisa, a discussão poderá 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, incluindo-se na avaliação dessa capacidade os recursos disponíveis?

A seguir, um exemplo de preenchimento da Matriz 3:

### Quadro 7 – Matriz 3 – Seleção 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 doenças do sangue
	2. Inovações e estratégias no tratamento de patologias sanguíneas
3. Modelo deficiente de gestão das unidades hospitalares	1. Análise e desenvolvimento de modelos de gestão hospitalar





## 5 RESULTADOS ESPERADOS

Nem sempre o fomento à pesquisa se orienta pelas necessidades de saúde da população e do sistema de saúde. Para isso, é fundamental aproximar a atividade científica das políticas de saúde. Nesse sentido, a seleção 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.

### Com a seleção de prioridades de pesquisa, espera-se alcançar os resultados a seguir:

- Alocação dos recursos financeiros destinados à pesquisa em saúde de modo a causar o maior impacto possível na melhoria das condições de saúde da população
- Utilização pelos gestores da saúde e da ciência e tecnologia locais, do conhecimento científico gerado pelas pesquisas na tomada de decisões
- Redução do hiato entre os campos da ciência e tecnologia e da saúde pública
- Consolidação dos vínculos solidários e da corresponsabilidade entre gestores, técnicos, pesquisadores e representantes do controle social
- Definição de linhas de pesquisa prioritárias em sintonia com a realidade e as necessidades de saúde da população



## 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.
- AROUCA, S. Reforma Sanitária. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). *Biblioteca virtual Sergio Arouca*. 1998. Disponível em: <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>. Acesso em: 1 fev. 2009.
- 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. Constituição (1988). *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: fev. 2009.
- \_\_\_\_\_. 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. 1990b.
- \_\_\_\_\_. 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. Fundação Oswaldo Cruz. *Promoção da saúde: Cartas de Ottawa*, Adelaide, Sundsvall Santa Fé de Bogotá. Brasília, 1996.

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

\_\_\_\_\_. 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, 2006a. 68 p., il. (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 sistema*. [200-?]. Disponível em: <<http://200.214.130.94/bdgdecit/dicionario.php>>. Acesso em abr. 2009

\_\_\_\_\_. 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, 2007a. 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, 2006b. 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, 2006c. 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, 2007c. 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.

CLOTET, J. A bioética: uma ética aplicada em destaque. In: \_\_\_\_\_. *Bioética: uma aproximação*. Porto alegre: EDIPUCRS, 2003.

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

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.

CONFERÊNCIA SANITÁRIA INTERNACIONAL, 1946, Nova Iorque. Constituição da Assembleia Mundial da Saúde. Nova Iorque, [1948].

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. 218-226, 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.

GUILHEM, D.; DINIZ, D. *O que é ética em pesquisa*. São Paulo: Brasiliense, 2008. 105 p. (Coleção Primeiros Passos; 332).

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.

\_\_\_\_\_. *Pesquisa em saúde no Brasil: contexto e desafios*. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. especial, p. 3-10, 2006.

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. (Org.). *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. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 23. ed. Petrópolis, RJ: 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.
- O’NEALL, O. *Autonomy and Trust in Bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Carta de Ottawa para promoção de saúde*. Washington, DC, 1987. 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. *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Washington, D.C., 1992. p. 151-167.
- \_\_\_\_\_. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). *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. (Org.). *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. (Org.). *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. (Org.). *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*. Genebra, 1946.

\_\_\_\_\_. *Primary health care*. Geneva, 1978.





## GLOSSÁRIO DE PESQUISA EM SAÚDE

### A

- **Abordagem biologicista** – É o enfoque ainda 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. Não se levam em conta os determinantes socioeconômicos do processo saúde-doença. Esse paradigma conduz à estruturação de modelos de atenção 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 e aprovada pela II Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, realizada em 2004 (BRASIL, 2006a).

- **Análise da situação de saúde** – Avaliação do estado de saúde de uma população em que se utiliza o conhecimento epidemiológico para a identificação, descrição e análise dos problemas de saúde 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, seja de um estado, região ou país, e a consulta a fontes de informações oficiais (sistemas de informação de rotina, estudos e pesquisas) ou extraoficiais (informantes-chave), podendo-se sistematizar 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** – Avaliação do modo de produção de conhecimento científico em que se utilizam os indicadores específicos para a identificação, descrição e análise da pesquisa em saúde em um território específico, seja a área de abrangência de um município ou uma microrregião, seja de um estado, região ou país. Entre os indicadores específicos 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, extraoficialmente, 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 e demográficas mostram-se favoráveis à introdução e ao desenvolvimento do agente infeccioso ou do determinante de um agravo (BRASIL, 1993).

- **Atenção básica à saúde** – O Ministério da Saúde define atenção básica como um conjunto de ações, no âmbito individual ou coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Deve ser desenvolvida sob a forma de trabalho em equipe e ser dirigida a populações de territórios bem delimitados, pelas quais a equipe assume responsabilidade sanitária. Uma atenção básica bem organizada garante resolução de cerca de 80% das necessidades e problemas de saúde da população 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 (SF) (BRASIL, 2005b).

- **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, embora fosse tecnicamente mais rigoroso denominá-la de alta densidade tecnológica.

- **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, 2005c).

## B

- **Bioética** – A bioética é uma ética aplicada que se ocupa do uso correto das novas tecnologias na área das ciências médicas e da discussão sobre os dilemas morais apresentados pelas práticas diretamente relacionadas aos fenômenos de reprodução e manutenção da vida (CLOTET, 2003). Segundo O’Neill (2002), a bioética não é uma disciplina. Ela se tornou um campo de encontro para numerosas disciplinas, discursos e organizações envolvidas com questões éticas, legais e sociais trazidas pelos avanços da medicina, da ciência e da biotecnologia. 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. Esses autores propõem quatro princípios bioéticos fundamentais: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça, que garantiriam o caráter eticamente adequado de qualquer prática (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, [200-?]).

- **Biotecnologia** – Qualquer aplicação tecnológica que utilize sistemas biológicos, organismos vivos ou seus derivados, para fabricar ou modificar produtos ou processos para utilização específica (BRASIL, 2009).

## C

- **Comitê de Ética em Pesquisa – CEP** – Comitê multiprofissional e interdisciplinar, responsável por revisar os aspectos éticos de um projeto de pesquisa. A análise deve ser realizada antes do início da pesquisa como forma de assegurar que os direitos dos participantes sejam protegidos e garantidos. Após a aprovação inicial da pesquisa, o comitê deve realizar o acompanhamento ético da implementação e condução da pesquisa, o que poderá ser feito por meio de relatórios, visitas in loco, entrevistas com participantes ou por informações relacionadas ao estudo (GUILHEM; DINIZ, 2008).

- **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – Conep** – Colegiado de natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa e independente, vinculada ao Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. É responsável por definir as diretrizes de avaliação ética no Brasil, avaliar pesquisas de áreas temáticas especiais e acolher recursos de comitês de ética em pesquisa, das instituições e dos pesquisadores (GUILHEM; DINIZ, 2008).

- **Complexo produtivo da saúde** – Espaço onde a produção de insumos ou serviços da saúde ocorre, correspondendo ao locus para concepção, desenvolvimento e produção de inovação em saúde, formado pela cadeia de relações institucionais, científicas e tecnológicas. O complexo produtivo da saúde é composto pelo conjunto de indústrias de base química e biotecnológica, lideradas pelo complexo farmacêutico e indústrias de equipamentos médicos e de outros insumos, articulado ao conjunto de serviços de saúde que utilizam esses insumos (GADELHA, 2005).

- **Consentimento livre e esclarecido** – Processo no qual se estabelece o relacionamento entre equipe de pesquisa e participantes. O principal instrumento de diálogo entre equipe e participantes é o termo de consentimento livre e esclarecido, o documento que descreve os objetivos e o propósito do estudo, seus métodos e procedimentos utilizados, assim como os benefícios previstos, os riscos e os incômodos potenciais. É no termo de consentimento livre e esclarecido que se garante a confidencialidade sobre os dados. Após o acesso a essas informações, a pessoa decide se quer ou não participar do estudo. Como o termo não é um contrato, deve ficar claro que o participante pode retirar seu consentimento a qualquer momento (GUILHEM; DINIZ, 2008).

- **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. 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 consequências (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, enquanto os custos são valorados em termos monetários. Este termo é 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 desenvolvimento de novos medicamentos, vacinas ou outros produtos para uso terapêutico ou de prevenção, os estudos são divididos em duas etapas: pré-clínica e clínica, e esta última etapa é dividida em quatro fases: I, II, III e IV (BRASIL, [200-?]).

- **Doenças emergentes** – São aquelas doenças 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** – São aquelas doenças que, apesar de serem responsáveis por quase metade da carga de doença nos países em desenvolvimento, não recebem investimentos em P&D na medida da sua importância epidemiológica. O Global Forum (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. O *Global Forum* (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 re-emergentes** – São aquelas que estavam anteriormente controladas e reaparecem no cenário sanitário mundial — dengue, 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 PANAMERICANA DE LA SALUD, 1997).

- **Doenças não-transmissíveis/crônicas** – Grupo de doenças caracterizadas por: história natural prolongada; multiplicidade de fatores de risco complexos; interação tanto de fatores etiológicos conhecidos como 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 que mantêm relações dinâmicas, 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, [200-?]).

- **Efetividade** – Resultado ou consequências 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 esta se aplica apenas aos resultados obtidos em condições ideais. Portanto, a efetividade é a relação do impacto real com o impacto potencial em uma situação ideal (um laboratório, por exemplo).

- **Eficácia** – Resultados ou consequências de um tratamento, medicamento, tecnologia ou programa de saúde desde um ponto de vista estritamente técnico ou uma 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 PANAMERICANA DE LA SALUD, 1997).

- **Ensaio clínico controlado randomizado** – Estudo prospectivo que compara o efeito e o valor de uma intervenção (profilática ou terapêutica) em grupos-teste comparados com grupo-controle, 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 de controle são formados por um processo aleatório de escolha. O estudo pode se referir a fármacos, técnicas ou procedimentos (ESCOSTEGUY, 2002).

- **Ensaio clínico controlado não-randomizado** – Estudos clínicos sem seleção aleatória de grupos teste e grupo-controle (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 PANAMERICANA DE LA SALUD, 1997).

- **Epidemiologia** – Ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição de agravos 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). Equidade é o reconhecimento de necessidades distintas, de sujeitos também diferentes, para atingir direitos iguais. A equidade 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 estudo 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). É utilizado para a produção de conhecimentos sobre fenômenos complexos que não podem ser isolados do seu contexto.

- **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 pesquisadores responsáveis de cada centro, que seguirão os mesmos procedimentos (BRASIL, [200-?]).

• **Incidência** – Termo que em epidemiologia traduz a idéia de intensidade com que acontece a morbidade em uma população (KERR-PONTES; ROUQUAYROL, 1999). É uma razão entre o número de casos novos ocorridos em uma região em determinado período de tempo e o número total de pessoas susceptíveis de sofrerem o agravo.

• **Indicadores de saúde** – São parâmetros utilizados 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 nova e diferente da até então em vigor (BRASIL, 2002).

• **Insumos de saúde** – Produtos ou processos utilizados para assegurar o funcionamento do sistema de saúde em qualquer dos seus componentes (BRASIL, [200-?]).

• **Integralidade** – É um dos princípios fundamentais do SUS, que se refere à atenção à saúde de modo integral, ou seja, que abrange 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. Pode ser traduzida por altas taxas de incidência, prevalência, mortalidade e anos potenciais de vida perdidos (BRASIL, 1998).

• **Medicina baseada em evidências** – Movimento ideológico que almeja reforçar as bases científicas da prática médica. Trata-se de um processo sequencial, constituído pelas seguintes etapas: (1ª) levantamento do problema e formulação da questão; (2ª) pesquisa da literatura correspondente; (3ª) avaliação e interpretação dos trabalhos coletados mediante critérios bem definidos; (4ª) utilização das evidências encontradas, em termos assistenciais, de ensino e ou de elaboração científica. Apoiar-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 achados (KHAN et al, 2005).

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

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

**P**

- **Paradigma** – Conjunto de crenças, visões de mundo e de formas de trabalhar reconhecido pela comunidade científica como válido para apoiar o desenvolvimento das atividades científicas (KUHN, 1978).
- **Participantes da pesquisa** – Pessoas que participam de um projeto de pesquisa acadêmica ou clínica em qualquer área do conhecimento. São também conhecidas como sujeitos de pesquisa.
- **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, [200-?]).
- **Pesquisa-ação** – É um tipo particular de pesquisa que pressupõe a intervenção 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 participativo (TOBAR; YALOUR, 2003).
- **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, [200-?]).
- **Pesquisa tecnológica** – Qualquer trabalho sistemático apoiado no conhecimento existente obtido por pesquisa 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, 2009).
- **Pesquisa biomédica (*stricto sensu*)** – Pesquisa cujos objetos de estudo 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, [200-?]).
- **Pesquisa clínica** – Pesquisa realizada com seres humanos para responder a questões de diagnóstico, tratamento e prognóstico no nível individual. Compreende estudos relacionados a medicamentos e novos fármacos, vacinas, testes diagnósticos, produtos para a saúde, procedimentos clínicos e cirúrgicos em diferentes áreas e profissões da saúde, para que seja encontrada a melhor alternativa disponível de tratamento para cada caso. Exemplos: sensibilidade, especificidade e valor preditivo de um novo teste diagnóstico; eficácia ou eficiência de um novo procedimento cirúrgico. A pesquisa clínica se organiza em quatro fases, demonstradas no exemplo de pesquisas



com medicamentos, a seguir: **Fase I** – aplicação do novo produto em um grupo de voluntários sadios para analisar os aspectos relacionados com a segurança e tolerabilidade do produto, bem como a forma de ação no corpo humano, incluindo os efeitos adversos. O principal desafio ético dessa fase é que os experimentos não têm o objetivo de tratar as doenças e, portanto, não oferecem benefícios às pessoas envolvidas. Geralmente se recruta um número reduzido de participantes, entre vinte e oitenta voluntários sadios. **Fase II** – estudos em voluntários com o problema de saúde para o qual o produto está sendo desenvolvido, no caso de teste de medicamentos, ou com exposição a situações de risco, no caso do teste de vacinas ou outros produtos preventivos, visando estabelecer a dose, o regime de aplicação e a existência de resposta terapêutica ou preventiva. O número de participantes aumenta consideravelmente, podendo variar entre trezentas e mil pessoas com a condição clínica para a qual o novo fármaco é testado. Os participantes são separados de forma aleatória. Parte deles é incluída no grupo de intervenção e parte deles é alocada no grupo-controle, que receberá um fármaco comparador ou um placebo. Nessa fase, o desenho do estudo costuma ser duplo-cego, o que significa que nem o pesquisador nem os participantes sabem quem está recebendo a droga em teste ou o comparador. **Fase III** – ensaios clínicos controlados para conseguir dados complementares sobre a eficácia e segurança do produto testado, o que é verificado por meio de comparação com um tratamento consolidado ou com um placebo. A quantidade de participantes é alta, entre três e quatro mil pessoas, uma vez que os resultados poderão ser extrapolados para a população em geral. Após a finalização dos estudos de Fase III, é solicitada a aprovação para comercialização do novo medicamento. **Fase IV** – farmacovigilância, ou vigilância pós-registro para avaliar o desempenho do produto nas condições de utilização reais, aparecimento de efeitos adversos raros, e outros aspectos que só podem ser evidenciados após longo tempo de uso ou de extensão da cobertura. O objetivo é obter dados adicionais de segurança e eficácia em longo prazo e em maiores grupos populacionais (BRASIL, [200-?]; GUILHEM; DINIZ, 2008).

- **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 que atendam às necessidades 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 os interesses do Estado, do mercado e da sociedade. Nessa perspectiva ampliada da pesquisa em saúde, o fomento científico e tecnológico em saúde deve abranger desde a pesquisa básica até a 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; comunicação e educação em saúde; formação de profissionais de saúde; sistemas de informação; modelos gerenciais (BRASIL, [200-?]).

- **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, coleta de material 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 praticamente impossível 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, pendrives, CDs, DVDs, diários, cartas pessoais etc. Geralmente os estudos legislativos são exemplos desse 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 em que tomam parte pessoas implicadas no problema pesquisado, assumindo que têm um papel dentro do contexto a pesquisar. Isto acarreta uma diminuição da distância entre o pesquisador e o pesquisado. Trata-se de uma estratégia própria das ciências sociais e muito frequente em antropologia (TOBAR; YALOUR, 2003).

- **Pesquisa pré-clínica** – São estudos realizados antes do início das pesquisas com seres humanos. Incluem uma fase de estudos *in vitro* e outra em modelos animais destinados a testar a toxicidade, as propriedades farmacológicas, a farmacocinética, a dose e a estabilidade dos produtos que estão sendo avaliados (BRASIL, 2009; GUILHEM; DINIZ, 2008).

- **Pesquisa qualitativa** – A pesquisa qualitativa 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).

- **Pesquisador** – Cientista qualificado que assume a responsabilidade científica e ética, seja em seu próprio nome seja em nome de uma instituição com o objetivo de garantir a integralidade ética e científica de um projeto de pesquisa. Também conhecido como investigador.

- **Prevalência** – Casuística de morbidade que se destaca por seus valores maiores que zero sobre os eventos de saúde ou doença. É termo descritivo da força com que subsistem as doenças nas coletividades (KERR-PONTES; ROUQUAYROL, 1999). É uma razão entre o número de casos acumulados de um agravo em uma região em certo período de tempo e o número total de pessoas susceptíveis de sofrerem o agravo.

- **Problemas de pesquisas** – São problemas identificados 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, 2009).

- **Projetos em rede** – São aqueles desenvolvidos por centros de pesquisa que se reúnem em torno de um objetivo ou temática comum para favorecer a circulação e a troca de informações, o compartilhamento de experiências, a colaboração em ações, o aprendizado coletivo, o fortalecimento de relações entre seus membros e, sobretudo, a ampliação do poder de decisão de cada um dos centros.

- **Promoção da saúde** – A promoção da saúde consiste em proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer sobre ela um maior controle. 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, portanto, não como o objetivo, mas sim como a fonte de riqueza da vida cotidiana. Trata-se, então, 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, vai na direção de um bem-estar global (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1987).

- **Protocolo de pesquisa** – Documento que descreve detalhadamente todas as fases de um projeto de pesquisa e inclui os documentos utilizados para realizar a revisão ética do estudo.

## R

- **Reforma Sanitária Brasileira** – A expressão “Reforma Sanitária” é usada para se referir ao conjunto de idéias relativas às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. O Movimento da Reforma Sanitária reúne 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 segmentos 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.” (AROUCA, 1998)

- **Randomização** – É um método de seleção dos participantes nos diferentes grupos da pesquisa, o que define o tratamento que irão receber. A randomização acontece de forma aleatória ou ao acaso, permitindo minimizar as diferenças entre os grupos e distribuir igualmente as pessoas com características particulares entre todos os braços do estudo. Os pesquisadores também não sabem qual é o tratamento que os participantes estão recebendo (GUILHEM; DINIZ, 2008).

## S

- **Saúde (I)** – O estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças. A definição da OMS é: “O estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças” (CONFERÊNCIA SANITÁRIA INTERNACIONAL, [1948]). Essa

definição consta no preâmbulo da Constituição da Assembléia Mundial da Saúde, adotada pela Conferência Sanitária Internacional realizada em Nova York, em junho de 1946, com vigor a partir de abril de 1948, não emendada desde então.

- **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).

- **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, 2009; 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 da seguinte forma: “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: a severidade, medida por taxas de letalidade, de hospitalizações e de sequelas; a relevância social, avaliada subjetivamente pelo valor imputado pela sociedade à ocorrência da doença e que se manifesta pela sensação de medo, de repulsa (estigmatização) ou de indignação; e a 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 outras (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

- **Transição epidemiológica** – Entende-se por transição epidemiológica as mudanças ocorridas no tempo nos padrões de mortalidade, morbidade e invalidez 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 direto para o usuário (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, 2005b).

- **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 – Modelo de ficha de inscrição

#### Oficina para Seleção de Prioridades de Pesquisa em Saúde Ficha de Inscrição

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 os eixos de ação definidos pelo governo estadual na área de saúde (1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> opção):

Exemplo:

- ( ) 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
- ( ) Inovação Tecnológica em Saúde

Favor enviar essa ficha de inscrição para o *e-mail*:

\_\_\_\_\_

## ANEXO B – Matriz 1 – Identificação de Problemas de Saúde/Pesquisa

EIXO DA AÇÃO:

**Problemas de saúde/pesquisa**

---

**A.**

---

**B.**

---

**C.**

---

**D.**

---



## ANEXO C – Matriz 2 – Listagem e Priorização dos Problemas de Saúde/Pesquisa

<b>Problema (A)</b>	<b>Magnitude (B)</b>	<b>Gravidade e transcendência (C)</b>	<b>Insuficiência de conhecimento para a solução do problema (D)</b>	<b>Nota global de cada problema (E)</b>
Listar os problemas de saúde/ pesquisa apontados na Matriz 1.	Pode ser dimensionada pela elevada frequência com que certas doenças ou agravos afetam grandes contingentes populacionais.	Gravidade refere-se à urgência do problema. Transcendência refere-se ao conjunto de características apresentadas pela doença ou agravo, de acordo com a sua forma clínica e epidemiológica, que lhes conferem relevância especial.	Deve-se considerar a base de conhecimento disponível para resolver o problema. Quanto maior a insuficiência de conhecimento, maior de- verá ser a nota atribuída neste critério de avaliação.	Soma das médias aritméticas encontradas nas colunas (B), (C) e (D)
<b>1.</b>				
<b>2.</b>				

## ANEXO D – Matriz 3 – Seleção das Linhas de Pesquisa

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

## ANEXO E – Modelos de Matrizes

### Modelo da Matriz 2 no Excel

The screenshot shows an Excel spreadsheet with the following structure:

	A	B	C	D	E
1					
2					
3					
4	PROBLEMA	MAGNITUDE	GRAVIDADE	INSUFICIÊNCIA DO CONHECIMENTO PARA SOLUÇÃO DO PROBLEMA	TOTAL
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
25					0
26					0
27					0
28					0
29					0
30					0
31					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

	A	B	C	D	E
1					
2					
3	PROBLEMA/MAGNITUDE	1	2	3	TOTAL
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

NOTAS

Planilha Matriz 2A

- Problema/magnitude

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

B3= n. de participantes x 1  
C3= n. de participantes x 2  
D3= n. de participantes x 3  
N= n. total de participantes do grupo

## Modelo da Matriz 2B no Excel

	A	B	C	D	E
1					
2	PROBLEMA/GRAVIDADE	1	2	3	TOTAL
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					

Planilha Matriz 2A  
• Problema/gravidade

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

B3= n. de participantes x 1  
C3= n. de participantes x 2  
D3= n. de participantes x 3  
N= n. total de participantes do grupo

## Modelo da Matriz 2C no Excel

	A	B	C	D	E
1					
2					
3	PROBLEMA/INSUF. CONHECIMENTO	1	2	3	TOTAL
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

Planilha Matriz 2A

- Problema/insuficiência de conhecimento

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

B3= n. de participantes x 1  
C3= n. de participantes x 2  
D3= n. de participantes x 3  
N= n. total de participantes do grupo



ISBN 978-85-334-1608-6



9 788533 416086

Disque Saúde  
0800.61.1997

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde  
[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)



Secretaria de Ciência,  
Tecnologia e Insumos Estratégicos

Ministério  
da Saúde

