

Universidade de Brasília  
Instituto de Ciências Humanas  
Departamento de Serviço Social

**Análise da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e  
Inovação em Saúde (1990 a 2004):  
a influência de atores e agendas internacionais**

**Priscila Almeida Andrade**

**BRASÍLIA  
2007**

**Universidade de Brasília - UnB**

**Análise da Política Nacional de Ciência,  
Tecnologia e Inovação em Saúde (1990 a 2004):  
a influência de atores e agendas internacionais**

**Priscila Almeida Andrade**

**BRASÍLIA  
2007**

**PRISCILA ALMEIDA ANDRADE**

**Análise da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e  
Inovação em Saúde (1990 a 2004):  
a influência de atores e agendas internacionais**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Política Social.

Área de concentração: Política Social, Estado e Cidadania

Orientadora: Professora Dra. Denise Bomtempo Birche de Carvalho

**Brasília  
2007**

ALMEIDA-ANDRADE, Priscila.

Análise da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (1990 a 2004): a influência de atores e agendas internacionais. Priscila Almeida Andrade; Professora-orientadora: Denise Bomtempo Birche de Carvalho, 2007.  
224 p.

Dissertação (Mestrado em Política Social) - Universidade de Brasília, Departamento de Serviço Social, 2007.

Inclui bibliografia.

1. Saúde Global. 2. Organizações Internacionais. 3. Análise de Políticas Públicas. 4. Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde.

**PRISCILA ALMEIDA ANDRADE**

**Análise da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em  
Saúde (1990 a 2004):  
a influência de atores e agendas internacionais**

Esta Dissertação foi aprovada pelo Programa de Pós-Graduação em Política Social da  
Universidade de Brasília.

Banca Examinadora:

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Denise Bomtempo Birche de Carvalho (orientadora)**  
Instituto de Ciências Humanas/ Universidade de Brasília

---

**Prof. Dr. Moisés Goldbaum**  
Faculdade de Medicina/ Universidade de São Paulo

---

**Prof. Dr. Rodrigo Pires de Campos**  
Instituto de Relações Internacionais/ Universidade de Brasília

**Brasília  
2007**

*Fala-se muito hoje em dia que devemos pensar globalmente e agir localmente.  
Acredito ser também fundamental pensarmos localmente,  
nos articularmos regionalmente e agirmos globalmente.  
Talvez, a combinação desses dois movimentos seja  
a melhor trajetória para vivermos em um mundo  
mais justo. Dedico essa obra aos que  
lutam por uma causa e  
acreditam em mundo  
melhor.*

## Agradecimentos

Ao mesmo tempo em que finalizar o Mestrado é a conquista de um sonho, é também um momento de grande alívio. Paramos e respiramos um pouco. Mas estudar é um vício e muito prazeroso por sinal, principalmente se buscamos aplicar o conhecimento adquirido em prol de uma coletividade. Isso traz um outro sentido à vida e logo continuamos a longa caminhada da formação acadêmica. Esse primeiro passo demandou muita dedicação, perseverança, disciplina e muitas forças para conciliar os estudos com as atividades profissionais no Ministério da Saúde. Ao longo das diversas viagens de trabalho, os hotéis, aeroportos e rodoviárias tornaram-se verdadeiras bibliotecas e escritórios para mim. Esforço esse extremamente válido, pois a vivência no Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde me possibilitou entender o processo de trabalho, ter acesso a informações e, principalmente, a ícones da reforma sanitária brasileira e da área de ciência, tecnologia e inovação. Foi uma experiência muito interessante combinar a visão da academia e a experiência da gestão, são mundos muito diferentes, mas que se complementam. Desse modo, as oportunidades que surgiram e, especialmente, o apoio que recebi de familiares, professores, amigos, colegas de trabalho e outras pessoas, possibilitou-me desenvolver as análises e reflexões expressas nesta dissertação.

Agradeço inicialmente, ao Ministério da Saúde, Fiocruz, Ministério da Ciência e Tecnologia, CNPq e Finep por buscarem um desenvolvimento científico e tecnológico que promova melhoria na qualidade de vida da população.

Aos meus pais, Carlos e Eliane, por terem dedicado suas vidas para minha formação, sempre apoiando e promovendo o suporte necessário para a conquista dos meus sonhos. Ao Glauco, meu querido companheiro que esteve ao meu lado ao longo dessa jornada, por ter vivido intensamente esse processo nas felicidades, angústias e *stress*. Obrigada pela paciência e compreensão com as minhas ausências.

Ao Programa de Pós-Graduação em Política Social por promover a oportunidade para que alunos de outras áreas do conhecimento possam ingressar nos debates das Ciências Sociais.

A minha querida orientadora, minha nova amiga, a professora Denise Bomtempo, do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília, cuja experiência, delicadeza e humildade, além das complexas discussões teóricas e da tal ‘ruptura epistemológica’, ensinou-me o mais importante, a sempre questionar os fatos e fenômenos.

Ao professor Antonio Jorge Ramalho da Rocha do Instituto de Relações Internacionais da Universidade de Brasília, meu querido co-orientador, que me incentivou e apoiou na ousada empreitada de fazer uma profissional de saúde mergulhar nos debates teóricos das Relações Internacionais.

Ao *Global Forum for Health Research*, especialmente ao Dr. Andrés de Francisco e Dr. Stephen Matlin, por terem me convidado para compor a equipe de relatoria do Forum 10 no Cairo, financiando minha viagem para o Egito.

Aos entrevistados, cuja colaboração foi crucial para esse trabalho.

Ao querido Dr. Carlos Morel, por ter gentilmente me presenteado com relatórios internacionais, cujo acesso é extremamente difícil.

Ao Dr. Reinaldo Guimarães por suas publicações, as quais me possibilitaram aprofundar as análises sobre o processo de formulação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde do Brasil.

Ao Dr. Moisés Goldbaum e ao Prof. Rodrigo Pires de Campos por aceitarem participar da banca examinadora. Ao professor Edgar Mércan Hamann, cujas contribuições e indagações durante a banca de qualificação do projeto de pesquisa ajudaram a aprofundar as análises desenvolvidas neste estudo.

Ao Dr. Moisés Goldbaum, à Suzanne Serruya, à Márcia Motta e à Margarete Oliveira, pela oportunidade de trabalhar no Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde.

Aos alunos de Seguridade Social II, os quais me ensinaram muito durante a experiência fantástica de conduzir uma disciplina de Saúde Coletiva para estudantes da área de Ciências Sociais.

À minha chefe imediata, a querida Márcia Motta, por toda a sua compreensão, apoio e amizade ao longo do processo, flexibilizando a adequação da carga horária de trabalho de acordo com as demandas do Programa de Pós-Graduação em Política Social, para o desenvolvimento da presente dissertação.

Ao querido professor Oviomar Flores do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, por ter me proporcionado a oportunidade de participar no curso de especialização de Saúde Coletiva em 2004.

“É preciso caminhar, mas temos que saber para onde ir”.  
(Antonio Jorge Ramalho da Rocha).

## Resumo

Esta pesquisa analisa a influência de idéias e interesses de instituições internacionais no processo de formulação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) do Brasil, no período de 1990 a 2004. O tema insere-se na interface das áreas de Saúde Coletiva, Relações Internacionais e Ciências Sociais, constituindo, assim, o que ficou conhecido como a área de Saúde Global. A investigação adota o método dialético histórico-estrutural e utiliza modelos teóricos de análise de políticas públicas que abordam os processos de formação de agenda governamental e de formulação de políticas públicas. Utilizaram-se dados primários e secundários e realizou-se observação participante. O desenho de pesquisa abordou inicialmente a formação da agenda internacional de saúde, identificando os desafios e as perspectivas para a área de ciência, tecnologia e inovação em saúde (CT&I/S), com destaque para a pesquisa em saúde. Posteriormente, realizou-se exercício semelhante para compreender o processo desenvolvido em âmbito nacional, o que possibilitou analisar quem, quando e como as organizações internacionais e suas agendas interferiram na formulação da PNCTIS. Concluiu-se que o Brasil participou das iniciativas internacionais desenvolvidas na década de 1990, que fortaleceram a CT&I/S, particularmente a pesquisa em saúde, no âmbito da agenda da saúde global. Esse tema firmou-se como prioridade política na agenda do Ministério da Saúde somente a partir do ano 2000, devido à criação de uma conjuntura macropolítica favorável ao desenvolvimento científico e tecnológico do país, à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e ao esforço de uma comunidade nacional de política pública interessada no campo de CT&I/S. Essa comunidade interagiu com outras comunidades de políticas e com comunidades epistêmicas nacional e internacional de saúde, formando uma rede de políticas públicas dedicada ao tema ciência, tecnologia e inovação. Os atores e as agendas internacionais de saúde influenciaram indiretamente o processo de formulação da PNCTIS, criando 'janelas de oportunidade de política' e produzindo um arcabouço teórico-metodológico que contribuiu para que a comunidade nacional de política pública justificasse e defendesse suas idéias e interesses, relacionados à CT&I/S, no processo dinâmico de formação da agenda do Ministério da Saúde. A inserção desse tema na agenda da autoridade sanitária federal e a formação de uma forte coalizão política em âmbito nacional possibilitaram, portanto, a formulação da PNCTIS no Brasil, assegurando a legitimidade ao processo.

**Palavras-chave:** saúde global - organizações internacionais - análise de políticas públicas - ciência, tecnologia e inovação em saúde.

## Abstract

This investigation examines the influence of international institutions, ideas and interests on the Brazilian National Policy of Science, Technology and Innovation in Health (PNCTIS) setting from 1990 to 2004. The subject involves problems traditionally treated in the areas of Public Health, International Relations and Social Sciences. Such problems occur in the intersection of these areas, which originated what became known as 'Global Health'. The dialectic structural-historical method frames the investigation, which also adopts theoretical models commonly used to analyze both the agenda setting for public policies and their decision-making processes. It was collected primary and secondary data, besides a participating observed process. The research design focused initially on the formation of the international health agenda, where it has identified the challenges and perspectives for the science, technology and innovation in health (ST&I/H) area. It has then examined how this process has evolved in Brazil, observing what was the agenda and who were the relevant international organizations in this area, paying attention to the timing of particular influences in the formulation of the PNCTIS. Among the important conclusions of this investigation, one may stress that through the 1990s Brazil took part into the international initiatives to strengthen the area of global health, particularly in respect to the health research. However, this issue became a priority for the Brazilian Ministry of Health only in the year 2000, due to three simultaneous processes: the development of a political environment favorable to development of science and technology into the country; the consolidation of the Unified Health Care System (SUS); and the strengthening of a national policy community involved in the formulation of public policies and interested in the development of science, technology and innovation in health. This policy community interacted both with other political groups and epistemic communities in Brazil and abroad. As a result, it created a policy network interested on science, technology and innovation issues. In this context, international actors and agendas provided policy windows and a theoretical-methodological framework that indirectly influenced the formulation of the PNCTIS by helping the Brazilian policy community in its effort to publicly justify and advocate its ideas and interests related to the matter within the dynamic process of agenda setting and policy-making process in Brazil. The insertion of the ST&I/H issues into the Brazilian Ministry of Health agenda and the establishment of a strong national political coalition favored, hence, the formulation of the PNCTIS, creating the conditions to legitimate the whole political process.

**Key-words:** global health - international organizations - public policy analysis - science, technology and innovation in health

## Sumário

<b>Apresentação .....</b>	<b>17</b>
<b>Capítulo 1 - Teoria das Relações Internacionais e Análise de Políticas Públicas: grandes debates teóricos .....</b>	<b>33</b>
I. Teoria das Relações Internacionais (TRI) e os três ‘I’ de análise de políticas públicas..	38
II. Formação da agenda governamental e formulação de políticas públicas .....	60
<b>Capítulo 2 - Saúde Global como um Campo de Investigação e de Intervenção: perspectivas para a ciência, tecnologia e inovação em saúde .....</b>	<b>67</b>
I. Processo de formação da agenda sanitária internacional: principais atores e o <i>locus</i> da ciência, tecnologia e inovação em saúde no debate da saúde global .....	72
<b>Capítulo 3 - Problemas, Atores e Processo Político: esforços internacionais na década de 1990 em prol da pesquisa em saúde .....</b>	<b>91</b>
I. Os esforços da Comissão de Pesquisa em Saúde para o Desenvolvimento e da Força Tarefa: caracterização do problema e lançamento da estratégia <i>Essential National Health Research</i> (ENHR). .....	92
II. Banco Mundial: concepções, valores e prioridades no campo da ciência, tecnologia e inovação em saúde .....	109
III. Atuação do Comitê Ad Hoc de Pesquisa em Saúde da OMS .....	117
<b>Capítulo 4 - <i>Global Forum for Health Research</i> e Organização Mundial de Saúde: embates ou sinergia no debate internacional sobre a ciência, tecnologia e inovação em saúde? .....</b>	<b>123</b>
I. <i>Global Forum for Health Research</i> : idéias, interesses, estratégias e missão .....	124
II. Correção do ‘10/90 gap’: sonho ou realidade? .....	138
<b>Capítulo 5 - Evolução do Fomento Científico e Tecnológico em Saúde no Brasil: a relação entre pesquisa, política e ação .....</b>	<b>147</b>
I. Panorama da Pesquisa em saúde no Brasil: um caminho para o desenvolvimento econômico e social do país .....	149
II. Trajetória da gestão de ciência, tecnologia e inovação em saúde no Brasil: a identificação dos atores nacionais estratégicos .....	153
<b>Capítulo 6 - Formação da Agenda do Ministério da Saúde: ciência, tecnologia e inovação em saúde como uma prioridade política .....</b>	<b>167</b>
I. O debate da ciência, tecnologia e inovação em saúde ao longo da reforma sanitária.....	168
II. Evolução do processo de construção dos marcos institucionais de ciência, tecnologia e inovação em saúde no Brasil: a Política e a Agenda .....	183
III. Caminhos para a institucionalização da ciência, tecnologia e inovação em saúde no Brasil: reflexões sobre o processo .....	200
<b>Conclusões .....</b>	<b>206</b>
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>210</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>219</b>

## Lista de Ilustrações

### *Figuras*

<b>Figura 1 - Interação dos três ‘I’ de análise de políticas públicas no processo de formação de uma rede de políticas públicas .....</b>	<b>59</b>
<b>Figura 2 - Sistematização do modelo de John Kingdon sobre os processos de formação da agenda governamental e de formulação de políticas públicas .....</b>	<b>64</b>
<b>Figura 3 - Aplicação do modelo de John Kingdon para os processos de formação da agenda do Ministério da Saúde e de formulação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde do Brasil .....</b>	<b>195</b>
<b>Figura 4 - Interface da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde do Brasil com outras políticas públicas .....</b>	<b>196</b>
<b>Figura 5 - Orçamento do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, em unidade de milhão de Reais, no período de 2000 a 2004 .....</b>	<b>198</b>
<b>Figura 6 - Influência de idéias, interesses e instituições nacionais e internacionais no processo de formação da rede de política pública de ciência, tecnologia e inovação no Brasil .....</b>	<b>201</b>
<b>Figura 7 - Instituições envolvidas, direta ou indiretamente, na formulação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde do Brasil (1990 a 2004) .....</b>	<b>202</b>

### *Quadro*

<b>Quadro 1 - Sub-agendas propostas para a versão preliminar da Agenda Nacional de Prioridades Pesquisa em Saúde do Brasil .....</b>	<b>192</b>
--	------------

## Lista de Siglas e Abreviações

<b>ABC</b> -	Academia Brasileira de Ciências
<b>ABDI</b> -	Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial
<b>Abrasco</b> -	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
<b>ANPPS</b> -	Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde
<b>ANS</b> -	Agência Nacional de Saúde Suplementar
<b>Anvisa</b> -	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
<b>ATS</b> -	Avaliação de Tecnologias em Saúde
<b>Capes</b> -	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
<b>CAPs</b> -	Centros de Atenção Psicossocial
<b>CDC</b> -	Centers for Disease Control Centros para Controle de Doenças
<b>Cebes</b> -	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
<b>Cenepi</b> -	Centro Nacional de Epidemiologia
<b>C&amp;T</b> -	Ciência e Tecnologia
<b>C&amp;T/S</b> -	Ciência, Tecnologia em Saúde
<b>CIHR</b> -	Canadian Institutes of Health Research Institutos Canadenses de Pesquisa em Saúde
<b>1ª CNCT&amp;I</b> -	1ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação
<b>I CNCTS</b> -	1ª Conferência Nacional de Ciência, 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>COHRED</b> -	Council on Health Research for Development Conselho de Pesquisa em Saúde para o Desenvolvimento
<b>Conasems</b> -	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
<b>Conep</b> -	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
<b>CT&amp;I</b> -	Ciência e Tecnologia e Inovação
<b>CT&amp;I/S</b> -	Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
<b>CTA</b> -	Comitê Técnico Assessor
<b>CUP</b> -	Convenção da União de Paris
<b>DAF</b> -	Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos à Saúde
<b>DALY</b> -	Disability-adjusted life years Anos de Vida Ajustados por Incapacidades
<b>Dants</b> -	Doenças Não-Transmissíveis e Agravos
<b>DDT</b> -	Dicloro-Difenil-Tricloroetano
<b>Decit</b> -	Departamento de Ciência e Tecnologia
<b>DES</b> -	Departamento de Economia da Saúde
<b>DFID</b> -	Department for International Development Departamento para o Desenvolvimento Internacional.
<b>DNSP</b> -	Departamento Nacional de Saúde Pública
<b>DSTs</b> -	Doenças Sexualmente Transmissíveis
<b>Embrapa</b> -	Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária

<b>ENHR -</b>	Essential National Health Research Pesquisa Nacional Essencial em Saúde
<b>EUA -</b>	Estados Unidos da América
<b>FAO -</b>	Food and Agriculture Organization of the United Nations Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação
<b>FAPs -</b>	Fundações de Apoio à Pesquisa
<b>Finep -</b>	Financiadora de Estudos e Projetos
<b>Fiocruz -</b>	Fundação Oswaldo Cruz
<b>FNDCT -</b>	Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
<b>Funasa -</b>	Fundação Nacional de Saúde
<b>GPG -</b>	Global Public Good Bem Público Global
<b>GT -</b>	Grupo de Trabalho
<b>GTZ -</b>	Gesellschaft für Technische Cooperação Técnica Alemã
<b>HIIR -</b>	Health as in Issue in International Relations Saúde como uma Questão nas Relações Internacionais
<b>HIV -</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>HRP -</b>	Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction Programa Especial de Pesquisa, Desenvolvimento, Treinamento para Pesquisa em Reprodução Humana
<b>IDH -</b>	International dimension of health Dimensão Internacional da Saúde
<b>IDRC -</b>	International Development Research Centre Centro Internacional de Desenvolvimento de Pesquisa
<b>Inamps -</b>	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
<b>INCA -</b>	Instituto Nacional de Câncer
<b>INCLEN -</b>	International Clinical Epidemiology Network Rede Internacional de Epidemiologia Clínica
<b>INPS -</b>	Instituto Nacional de Previdência Social
<b>IOC -</b>	Instituto Oswaldo Cruz
<b>Ipepatro -</b>	Instituto de Pesquisas em Patologias Tropicais de Rondônia
<b>IPI -</b>	Imposto sobre Produtos Industrializados
<b>ISF -</b>	Instituto Soroterápico Federal
<b>MCT -</b>	Ministério da Ciência e Tecnologia
<b>MDGs -</b>	Millennium Development Goals Metas de Desenvolvimento do Milênio
<b>MDIC -</b>	Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior
<b>MEC -</b>	Ministério da Educação
<b>MESP -</b>	Ministério da Educação e Saúde Pública
<b>MMV -</b>	Medicines for Malaria Venture Medicamentos para o Risco da Malária
<b>MS -</b>	Ministério da Saúde
<b>MTIC -</b>	Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio

<b>NIH -</b>	National Institutes of Health Institutos Nacionais de Saúde
<b>OCDE -</b>	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
<b>OIGs -</b>	Organizações Intergovernamentais Internacionais
<b>OIs -</b>	Organizações Internacionais
<b>OMS -</b>	Organização Mundial da Saúde World Health Organization (WHO)
<b>ONGIs -</b>	Organizações Não-Governamentais Internacionais
<b>ONGs -</b>	Organizações Não-Governamentais
<b>ONU -</b>	Organização das Nações Unidas
<b>OPAS -</b>	Organização Pan-Americana da Saúde Pan American Health Organization (PAHO)
<b>P&amp;D -</b>	Pesquisa e Desenvolvimento
<b>PIB -</b>	Produto Interno Bruto
<b>PNCT&amp;I -</b>	Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação
<b>PNCTIS -</b>	Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
<b>PNS -</b>	Plano Nacional de Saúde
<b>PPA -</b>	Plano Plurianual
<b>PPPs -</b>	Parcerias Público-Privadas
<b>SAREC -</b>	Swiss Agency for Development and Cooperation Agência Suíça para Desenvolvimento e Cooperação
<b>SBPC -</b>	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
<b>SCTIE -</b>	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
<b>SESS -</b>	Secretarias Estaduais de Saúde
<b>SPT/2000 -</b>	Saúde para Todos no Ano 2000 Health for All (HFA/2000)
<b>STRATEC-</b>	Strategic and Technical Advisory Committee Comitê de Assessoria Técnica e Estratégica
<b>SUS -</b>	Sistema Único de Saúde
<b>SVS -</b>	Secretaria de Vigilância em Saúde
<b>TDR -</b>	Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases Programa Especial para Pesquisa e Treinamento em Doenças Tropicais
<b>Tecpar -</b>	Instituto de Tecnologia do Paraná
<b>TRI -</b>	Teoria das Relações Internacionais
<b>UNDP -</b>	United Nations Development Programme Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)
<b>Unesco -</b>	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
<b>UNFPA -</b>	United Nations on Population Fund Fundo de População das Nações Unidas
<b>Unicef -</b>	United Nations Children's Fund Fundo das Nações Unidas para a Infância
<b>URSS -</b>	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
<b>WHA -</b>	World Health Assembly Assembléia Mundial de Saúde
<b>WIPO -</b>	World Intellectual Property Organization Organização Mundial de Propriedade Intelectual
<b>WTO -</b>	World Trade Organization Organização Mundial do Comércio

## Apresentação

As oportunidades de trabalho na gestão em saúde e as observções empíricas que venho desenvolvendo na vida acadêmica me fizeram ver a importância de se estudar a relação entre o plano nacional e o internacional na área de ciência, tecnologia<sup>1</sup> e inovação<sup>2</sup> em saúde (CT&I/S), particularmente no que concerne à pesquisa em saúde<sup>3</sup>.

Em 2004, tornei-me uma sanitarista pela Universidade de Brasília. Aprofundi-me em debates e reflexões sobre a política nacional de saúde, determinantes sociais do processo saúde-doença, epidemiologia, promoção da saúde e processos político-pedagógicos para a educação em saúde. Temas amplamente conhecidos pelos profissionais e pesquisadores da área de Saúde Coletiva<sup>4</sup>. Por outro lado, observei que a atuação dos atores, a evolução da agenda<sup>5</sup> internacional de saúde e seus impactos no Brasil não foram considerados durante meu

---

<sup>1</sup> 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, 2005a).

<sup>2</sup> Inovação corresponde à introdução no mercado de produtos, processos, métodos ou sistemas não existentes anteriormente ou com alguma característica nova e diferente das até então em vigor (BRASIL, 2002a).

<sup>3</sup> Pesquisa em saúde é uma atividade da ciência, consistindo em investigações voltadas em última instância para a melhoria da saúde da população. São, portanto, estudos que produzem conhecimento científico e tecnológico de interesse ao setor saúde. Podem ser categorizadas quanto à natureza ou área do conhecimento. Independente da classificação usualmente utilizada, esse conceito abrange a pesquisa básica, experimental (fase pré-clínica e clínica) e aplicada; a investigação biomédica, epidemiológica, avaliativa e tecnológica; além de estudos em outras áreas do conhecimento como Economia, Sociologia, Ecologia, Demografia, Ciências Políticas, Sociais e Humanas (BRASIL, 2002a). Guimarães (2006) subdivide a pesquisa em saúde em quatro categorias principais: clínica, biomédica, tecnológica e em saúde pública. Baseada nessas definições, esta dissertação propõe o seguinte conceito para pesquisa em saúde: estudos que buscam atender as prioridades sanitárias nacionais e melhorar as condições de saúde da população, levando em conta as idéias e interesses do Estado, do mercado e da sociedade. Nessa perspectiva ampliada da pesquisa em saúde, o fomento científico e tecnológico em saúde deve abranger da pesquisa básica à operacional, incluindo também a avaliação tecnológica em saúde e o desenvolvimento de insumos estratégicos à saúde. Desse modo, a pesquisa e desenvolvimento (P&D) em saúde é um componente do conceito amplo de pesquisa em saúde.

<sup>4</sup> Alguns sanitaristas, como Jairnilson Paim (1992), diferenciam em suas análises os termos ‘saúde coletiva’ e ‘saúde pública’. Segundo esse autor, o conceito de ‘saúde pública’ se limita ao campo das práticas em saúde, tendo como objeto de ação as necessidades de saúde da população. A ‘saúde coletiva’, por sua vez, explica o autor, amplia as perspectivas ao considerar em suas reflexões a organização da sociedade e as necessidades sociais da população, abordando, portanto, uma multiplicidade de objetos, com seus campos do saber correspondentes, desde as Ciências Naturais até as Ciências Sociais, para compreender e agir no processo saúde-doença. Assim como Paim, outros sanitaristas brasileiros adotam essa diferenciação conceitual. Mesmo assim, não se observa ainda um consenso quanto à distinção desses termos na literatura científica nacional. Por outro lado, as publicações internacionais não fazem essa diferenciação, utilizando somente o termo ‘*public health*’. A maioria dos informantes-chave entrevistados também não fez essa distinção. Desse modo, a pesquisadora optou por adotar os termos ‘saúde coletiva’ e ‘saúde pública’ como sinônimos, adaptando o conceito ampliado proposto por Paim (1992). Este estudo entende, portanto, a Saúde Pública ou a Saúde Coletiva como 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.

<sup>5</sup> A expressão ‘agenda internacional’ ou ‘agenda do Ministério da Saúde’ apresenta-se como um conceito abstrato que se enquadra na abordagem de Kingdon (1995) para analisar políticas públicas, partir da conjugação de três fatores: temas ou problemas específicos, processo político e alternativas ou soluções políticas. Nesse

processo inicial de formação acadêmica. Logo surgiu a curiosidade de conhecer a abordagem da produção científica nacional sobre a inter-relação entre o ambiente externo e o doméstico<sup>6</sup> ao longo da reforma sanitária brasileira. Constatei ainda uma lacuna de conhecimento sobre o movimento dialético que ocorre na interface entre Saúde Coletiva, Relações Internacionais e Ciências Sociais. Em outras palavras, a literatura sobre o movimento sanitário brasileiro praticamente negligencia a saúde como uma questão das relações internacionais e o impacto de atores e agendas internacionais nas políticas<sup>7</sup>, sistemas e serviços de saúde em âmbito nacional. Surgiram, assim, alguns questionamentos iniciais: por que as idéias<sup>8</sup> e interesses<sup>9</sup> dos agentes internacionais são pouco abordados nos estudos de Saúde Coletiva? A reforma sanitária brasileira foi um movimento intrínseco ao país, não apresentando ao longo de sua história uma interface com o debate da saúde global desenvolvido no sistema internacional<sup>10</sup>?

Gravel e Lamarche (1992) afirmam que o setor saúde<sup>11</sup> se insere em uma nova ordem mundial, devido ao fato de a globalização ser um processo multidimensional, que inclui, além dos aspectos econômicos, a dimensão científico-tecnológica, populacional-migratória e epidemiológica. Panisset (1992) acrescenta que a saúde é também uma área permeada por conflitos, principalmente devido a sua dimensão econômica e social. Com efeito, essas dimensões geram expectativas e interesses às vezes contraditórios, que podem provocar impactos no âmbito nacional e internacional. O setor saúde, no entanto, enfatiza o autor, é

---

sentido, a palavra agenda também é usualmente aplicada como sinônimo de pauta. O conceito de agenda adotado por Kingdon (1995) corresponde a uma relação de temas ou problemas prioritários que, em um dado momento, mobilizam os atores governamentais e grupos de pressão que estão fora do governo, mas são capazes de influenciar o processo de formulação de políticas públicas. Tal movimento político favorece a elaboração e implementação de políticas públicas, assim como, a alocação de bens e recursos públicos para uma determinada questão ou tema. Por outro lado, o termo '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. Desse modo, a idéia desenvolvida para explicar a inserção da CT&I/S, particularmente da pesquisa em saúde, na agenda do Ministério da Saúde é diferente do processo de construção do documento intitulado Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS).

<sup>6</sup> Entende-se por plano doméstico as questões e fenômenos presentes no ambiente nacional. Os termos doméstico, nacional e interno foram considerados sinônimos neste estudo. O mesmo raciocínio foi adotado para fazer referência aos termos internacional ou externo.

<sup>7</sup> De acordo com Dagnino et al (2002), o conceito de política é caracterizado por três elementos básicos: uma teia de decisões e ações onde incidem idéias e disputas de interesses; uma instância que ao se articular cria um contexto no qual as decisões futuras serão tomadas; e um caráter de dinamicidade e temporalidade, ou seja, mais do que uma decisão única localizada no tempo.

<sup>8</sup> Entende-se por idéias, as visões, valores, paradigmas, ideologias e concepções dos atores sobre um determinado tema (FARIA, 2003).

<sup>9</sup> A palavra interesse será empregada para se referir às preferências, prioridades e vontade política dos atores sobre certo objeto de política pública. A partir do movimento dialético de conflitos e consensos, esses interesses são negociados nos processos de formação de agenda governamental e de formulação de políticas públicas (CARVALHO et al, 2005).

<sup>10</sup> Sistema internacional foi adotado ao longo do texto como sinônimo de arena ou ambiente internacional, *locus* onde diversos atores disputam e negociam seus interesses.

<sup>11</sup> Entende-se por setor saúde o conjunto de instituições responsáveis pela condução da Política Nacional de Saúde de um determinado país.

comumente negligenciado pela política externa dos países, assim como, a agenda sanitária dos Estados-nação não atribui a devida relevância às Relações Internacionais como área de estudo e de ações.

Essa mútua negligência não impede, contudo, a existência de implicações das políticas de saúde para as relações internacionais de um país e vice-versa. Desse modo, parte-se da premissa de que há uma interação entre o Sistema Único de Saúde<sup>12</sup> (SUS) e a política internacional<sup>13</sup> de saúde, cuja análise e compreensão podem qualificar as ações do Brasil em âmbito doméstico e externo. O fato de esta interface ser pouco mencionada pela literatura científica nacional constitui talvez a primeira evidência da relevância desta pesquisa.

As reflexões de Cervo (2001) podem explicar esse processo. Para ele, a globalização desencadeia uma interação contínua entre os planos externo e doméstico nos diversos setores, já não sendo possível mais analisá-los separadamente. As políticas públicas nacionais podem sofrer interferências externas ao considerarem as expectativas e interesses de um conjunto de agentes<sup>14</sup> internacionais. Além disso, continua o autor, os interesses nacionais também podem influenciar as negociações e escolhas no cenário internacional. Ao promover uma rede de interações, prossegue Cervo (2001), a globalização impulsiona o processo de redefinição do papel do Estado-nação, o qual passa a incorporar regras, valores e comportamentos mundiais, assim como, a formular políticas públicas que estimulem as negociações e intercâmbios em favor de diferentes formas de cooperação bilateral e multilateral<sup>15</sup>.

---

<sup>12</sup> O SUS é um sistema estruturado em rede, formado a partir da integração das redes municipais, estaduais e federal. Apesar de serem autônomas, as redes são interdependentes. Por conseguinte, a gestão do SUS é tripartite, destacando como autoridades sanitárias as seguintes instâncias gestoras: Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde (SEs) e Secretarias Municipais de Saúde (MACHADO, 2005).

<sup>13</sup> A política internacional é definida como o conjunto de práticas que possibilita a relação entre os Estados-nação (CASTRO, 2001).

<sup>14</sup> O termo ‘agentes’ foi utilizado neste estudo como sinônimo de atores, os quais podem ser indivíduos, grupos de interesse, organizações e países.

<sup>15</sup> A cooperação bilateral ocorre entre dois países e a multilateral entre três ou mais países. A associação entre multilateralismo e organizações internacionais é intensa, uma vez que essas provêm o espaço social e os recursos necessários para a prática daquele. O multilateralismo caracteriza-se pelo estabelecimento de princípios, pela lógica da indivisibilidade e da reciprocidade difusa para nortear a cooperação internacional entre os atores (HERZ; HOFFMANN, 2004). Segundo as autoras, a não-discriminação ou nação mais favorecida são os princípios que orientam a coordenação entre os Estados-nação. O conceito de indivisibilidade indica que os princípios acordados são aplicados a todos os atores envolvidos. A reciprocidade difusa é um conceito mais amplo e abstrato do que a idéia de troca mútua, pois associa a idéia de benefício mútuo entre as partes. Desse modo, continuam as autoras, os princípios, a lógica da indivisibilidade e a reciprocidade difusa favorecem o processo de legitimação das organizações internacionais no sistema mundial. As autoras também enfatizam que a cooperação internacional, seja bilateral ou multilateral, demanda algum tipo de contrapartida (econômica, técnica, política, científica ou tecnológica) dos atores, os quais, por sua vez, buscam defender ou potencializar seus interesses ao estabelecer projetos de cooperação internacional. Por outro lado, as autoras explicam que na assistência internacional (ajuda externa) há esforços unilaterais de uma parte para gerar um potencial benefício para a outra, estabelecendo a seguinte relação: países doadores e os receptores. Com base nas reflexões de Herz e Hoffmann (2004), esta dissertação compreende de modo distinto os termos ‘cooperação internacional’ e ‘assistência internacional’.

Desde 2005, o trabalho de assessora técnica no Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos<sup>16</sup> (SCTIE) do Ministério da Saúde (MS), levou-me a conhecer os marcos institucionais que direcionam as ações de CT&I/S no Brasil, a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde - PNCTIS<sup>17</sup> e ANPPS<sup>18</sup>, respectivamente - aprovados no ano de 2004, durante a 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (II CNCTIS).

No que se refere à definição de um conjunto de prioridades de pesquisa nacionais, a Política destaca a ANPPS como uma de suas principais estratégias, enfatizando que a definição de prioridades de investigação em saúde é um processo dinâmico e sistemático. Para aproximar o fomento científico e tecnológico<sup>19</sup> das reais necessidades sanitárias da população brasileira, a Política prevê que a construção e implementação da Agenda iniciem na base - Municípios, Estados e União - e envolvam a sociedade, mediante a articulação com conselhos de saúde e atores interessados no setor de CT&I/S (II CNCTIS, 2004).

O texto da Política menciona também a atuação dos atores internacionais em prol da pesquisa em saúde, ressaltando o papel da Organização Mundial da Saúde (OMS) nessa área. Morel (2004) destaca que essa agência internacional vem estimulando seus Estados-membros<sup>20</sup> a estruturar e fortalecer sistemas nacionais de pesquisa em saúde<sup>21</sup>, considerando-os fundamentais para a sustentabilidade do setor saúde.

---

<sup>16</sup> Entende-se como insumos estratégicos à saúde os produtos essenciais para a atenção à saúde, tais como: equipamentos, medicamentos, vacinas, hemoderivados, imunobiológicos, fitoterápicos e outros (GUIMARÃES, 2004).

<sup>17</sup> A Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) foi referida também como política para a pesquisa em saúde. Apesar disso, é importante salientar que a PNCTIS não se restringe à pesquisa em saúde. O termo Política em maiúsculo se refere à PNCTIS.

<sup>18</sup> O mesmo raciocínio segue para a ANPPS que foi utilizada no texto também como o termo geral Agenda em maiúsculo.

<sup>19</sup> Fomento científico e tecnológico corresponde a um conjunto de ações que busca fortalecer a pesquisa, tanto em termos de recursos quanto na qualidade da gestão (BRASIL, 2002a). O presente estudo adotará a expressão 'fomento científico e tecnológico em saúde' para se referir à organização, coordenação e articulação das seguintes atividades: desenvolvimento de capacidades de pesquisa em saúde; definição de prioridades de investigação em saúde; indução; financiamento; e uso dos resultados/produtos de pesquisa no processo de tomada de decisão e nos sistemas e serviços de saúde. A organização e o gerenciamento desse fomento foram adotados no texto como sinônimo do termo 'gestão da pesquisa em saúde'.

<sup>20</sup> A OMS é composta atualmente por 193 Estados-membros (WHO, 2006). O Brasil se insere nesse grupo desde 1948 (SEITENFUS, 1997).

<sup>21</sup> Entende-se por sistema de pesquisa em saúde a articulação de medidas de planejamento, coordenação, monitoramento e gerenciamento de atividades e recursos relacionados com a pesquisa em saúde. 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. Esse sistema pode ser considerado o 'cérebro' da Política Nacional de Saúde de um dado país, enquanto a dimensão ética é a 'consciência' inerente a essa política. Trata-se de um conceito que integra e coordena objetivos, estruturas, atores, processos, culturas e

A produção e uso de conhecimento para qualificar a gestão em saúde e melhorar a situação de saúde<sup>22</sup> da população são as principais idéias que a PNCTIS relaciona com a atuação dos agentes internacionais, como expressa o texto abaixo apresentado na Política.

“Desde a década de 80, vem se fortalecendo a articulação entre países em torno da idéia de que a pesquisa em saúde é uma ferramenta importante para a melhoria das condições de saúde das populações, bem como para a tomada de decisões na definição de políticas e no planejamento em saúde. Isso tem contribuído para a melhoria das ações de promoção, proteção, recuperação da saúde e a diminuição das desigualdades sociais. Organizações internacionais de saúde, com destaque para a Organização Mundial da Saúde (OMS), vêm desempenhando papel importante nesse movimento, no qual o Brasil deve buscar maior participação” (II CNCTIS, 2004, p.48).

Mais adiante, a citação de uma recomendação do *Global Forum for Health Research*<sup>23</sup> aparece no documento.

“Os recursos financeiros destinados ao fomento de P&D em saúde devem ser ampliados. Além das medidas destinadas a otimizar os recursos existentes, será necessário buscar novas fontes de receita e aumentar o percentual dos recursos financeiros do Ministério da Saúde destinados para a pesquisa em saúde, de acordo com a recomendação do Fórum Global de Pesquisa em Saúde para que os países em desenvolvimento destinem 2,0% dos gastos em saúde com P&D no setor. Sugere-se ainda destinar, no mínimo, 5% do IPI de medicamentos para o financiamento de pesquisas nacionais de novos fármacos” (II CNCTIS, 2004 p.76).

Esse primeiro contato com os marcos institucionais da área de CT&I/S, a Agenda e a Política, conduziu-me ao desafio de traduzir e adaptar uma publicação do *Global Forum* sobre definição de prioridades de pesquisa em saúde, *The Combined Approach Matrix: a priority-setting tool for health research*<sup>24</sup>, a qual seria distribuída para os principais atores nacionais envolvidos com CT&I/S.

Este trabalho evidenciou a importância de se compreender o movimento internacional e nacional, bem como a relação entre eles no que se refere à pesquisa em saúde. Surgiram, assim, diversos questionamentos: como a pesquisa em saúde se inseriu na agenda

---

produtos/resultados de pesquisa em saúde, visando ao fortalecimento do sistema nacional de saúde e a promoção da equidade em saúde (MOREL, 2004).

<sup>22</sup> Este estudo adotou o conceito proposto por Maurício Barreto (2005, p.198): “a situação de saúde, no nosso entendimento, se define pelo nível de saúde da população, em que a carga da doença é a parte desse nível que, por sua vez, está imerso num conjunto complexo de fatores sociais, comportamentais, econômicos, biológicos que vão determinar esses níveis de saúde”.

<sup>23</sup> Fórum Global para a Pesquisa em Saúde.

<sup>24</sup> Matriz Combinada: um instrumento para definição de prioridades de pesquisa em saúde.

internacional de saúde? Quais são as idéias e interesses dos atores internacionais sobre CT&I/S? Quais foram as prioridades de investigação em saúde defendidas no debate da saúde global ao longo da década de 1990? Qual a relação do Brasil com as organizações internacionais no que se refere à pesquisa em saúde? Quais foram os temas prioritários na agenda do Ministério da Saúde desde o começo da implantação do SUS em 1990? Quem inseriu o tema CT&I/S na agenda política do Ministério da Saúde? Quando e como ocorreu? Quando surge, Como se organiza e Quem são os atores que integram o sistema nacional de pesquisa em saúde no Brasil? Por que a aprovação da PNCTIS e da ANPPS só ocorreu em 2004? Como ocorreu o processo político de formulação da Política e da Agenda? Que oportunidades contribuíram para essa iniciativa? Quais atores impulsionaram e catalisaram esse processo? Houve influência direta de organizações internacionais? Como isso teria ocorrido? Por que o *Global Forum* e a OMS foram citados no texto da PNCTIS? Quais são as idéias e interesses expressos na Política? O Brasil incorporou as recomendações dos atores internacionais ao longo do processo de formulação da Política?

Essas questões me estimularam a consultar referências bibliográficas nacionais relacionadas com a área de CT&I/S e documentos do próprio Ministério da Saúde (MS). Ao me deparar com a vasta publicação de Reinaldo Guimarães<sup>25</sup>, encontrei indícios de que durante a reforma sanitária, movimento liderado por acadêmicos da área de Saúde Coletiva (PAIM, 2003), o fomento científico e tecnológico em saúde ficou à margem do debate, o que poderia ter refletido na baixa prioridade da CT&I/S na agenda do SUS. Guimarães (2005a) afirma que essa é uma profunda contradição intrínseca ao movimento sanitário brasileiro. Apesar de a área de CT&I/S ser fundamental para a consolidação e sustentabilidade do SUS, continua o autor, esse tema não recebeu a devida relevância como objeto de estudo e como campo de reflexão para a formulação de políticas públicas específicas até meados do ano 2000. Gadelha (2005) concorda, acrescentando que durante os anos 90 permaneceu a cisão entre pesquisa, desenvolvimento tecnológico, inovação e a lógica sanitária.

Surgiram, então, outras perguntas: por que, ao final da década de 1990, se ampliou a discussão sobre CT&I/S, em particular sobre a pesquisa em saúde, no SUS? Isso tem alguma relação com o movimento que vinha ocorrendo no cenário internacional? Qual? Como e por quê? Como o Ministério da Saúde se posiciona politicamente no que se refere a suas relações com as organizações internacionais?

---

<sup>25</sup> Reinaldo Guimarães foi diretor do Decit no período de 2003 a março de 2005. Em 2007, retornou ao Ministério da Saúde ao assumir a posição de Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos.

Outros instrumentos de gestão do SUS, como o Plano Nacional de Saúde<sup>26</sup> (PNS), também contribuíram para a problematização deste estudo. O Plano, documento que expressa as intenções, diretrizes e metas do MS até o ano de 2007, também menciona em seu escopo os atores e agendas internacionais. No que diz respeito à CT&I/S, o documento ressalta que as experiências e metodologias internacionais podem ser referências, devendo ser examinadas no processo de definição de prioridades, estratégias, ações e atividades em âmbito nacional. Somado a isso, o Plano expressa que o Brasil se compromete a seguir as recomendações, normas e regras dos acordos e fóruns internacionais de que participa, mediante a formulação de políticas setoriais de saúde e a implementação de programas no SUS. Essa afirmativa pode ser constatada na diretriz relacionada ao fortalecimento da atuação internacional do SUS (BRASIL, 2004), a qual reforça a necessidade de o país adotar internamente as ações pactuadas nas instâncias internacionais, a Assembléia Mundial de Saúde da OMS, por exemplo. Como estratégia de inserção, autonomia, solidariedade, soberania<sup>27</sup> do Brasil e integração regional<sup>28</sup>, o Plano propõe:

“O fortalecimento da integração e da articulação com os organismos internacionais de saúde, bem como a participação efetiva nos diferentes eventos de intercâmbio de informações e de avaliação e definição de compromissos mútuos em favor da saúde mundial. Nesse particular, o Brasil envidará todos os esforços no cumprimento dos acordos e compromissos internacionais de que é signatário, bem como na ajuda aos países na superação de problemas sanitários e no enfrentamento de calamidades” (BRASIL, 2004, p.67).

Nessa perspectiva, pode sugerir que o Brasil por ser Estado-membro da OMS buscará atender às recomendações dessa instituição. Nessas condições, convém examinar, então, quais são os interesses e idéias da OMS sobre CT&I/S e quais são suas prioridades de pesquisa em saúde.

Sem a pretensão de responder todas as perguntas apresentadas, elas foram fundamentais para orientar o desenho metodológico deste estudo. É válido mencionar que as

---

<sup>26</sup> Plano Nacional de Saúde é um importante instrumento de referência para a gestão tripartite do SUS (BRASIL, 2004).

<sup>27</sup> Por meio da soberania, o Estado nacional se legitima como a autoridade responsável pelas relações de poder, pela promoção da ordem interna, pelo conjunto de instituições e pela população que habita o território sob a jurisdição do mesmo. Isso contribui para que a população compartilhe valores, paradigmas, ideologias, concepções, interesses, culturas, hábitos e às vezes o mesmo idioma, contribuindo para a consolidação de um grupo populacional uno e a construção de sua identidade (RAMALHO-ROCHA, 2004).

<sup>28</sup> O termo regional foi adotado no texto para se referir a um conjunto de países que compartilham determinadas idéias, culturas e interesses, por exemplo, a América Latina e Caribe. Adotou-se, assim, o conceito de Herz e Hoffmann (2004, p.167), a saber: “uma região pode ser definida por critérios econômicos, socioculturais, político-institucionais, climáticos e outros, mas remete necessariamente a uma localidade territorial onde essas características ocorrem. Essa localidade pode ser geograficamente contínua, ou não”.

oportunidades e desafios surgidos ao longo do processo de trabalho no Decit/SCTIE/MS fizeram convergir os interesses acadêmicos, as observações empíricas e a prática profissional da pesquisadora.

Desse modo, este estudo tem como objetivo analisar a influência de idéias, interesses e instituições internacionais no processo de formulação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em saúde do Brasil.

Considerando a afirmação de Panisset (1992) de que não se pode entender a natureza das questões de saúde na arena internacional sem considerar as expressões dos atores e agendas externas no plano nacional, este estudo se enquadra no escopo da Saúde Global<sup>29</sup> (GRAVEL; LAMARCHE, 1992).

Trata-se de um estudo qualitativo exploratório de caráter descritivo e analítico sobre os processos de formação da agenda governamental e de formulação de políticas públicas. Corresponde a um estudo de caso, cuja unidade de análise é uma política pública setorial de saúde, a PNCTIS. O foco da análise concentrou-se no fomento científico e tecnológico em saúde, entendido como a conjunção de cinco componentes básicos: desenvolvimento de capacidades de investigação<sup>30</sup>, processo de definição de prioridades de pesquisa, capacidade de indução, financiamento e utilização dos resultados de pesquisa.

A OMS e o *Global Forum for Health Research* foram os atores internacionais selecionados neste estudo. A primeira razão para a escolha dessas instituições consiste no fato de serem citadas no texto da PNCTIS. Além disso, justifica-se por serem organizações internacionais (OIs) que participam da formação da agenda de saúde global, catalisando processos no sistema internacional, e influenciando também a formulação de agendas e políticas públicas no cenário nacional. De acordo com Serruya<sup>31</sup> (BRASIL, 2006a), essas

<sup>29</sup> A ‘Saúde Global’ pode ser definida, portanto, como um campo de investigação e de intervenção que se insere na interface de três áreas do conhecimento: Saúde Coletiva, Relações Internacionais e Ciências Sociais. Nessa perspectiva, os estudos que se inserem no escopo da Saúde Global são capazes de analisar o movimento dialético de interação entre o plano doméstico e o externo, identificando as contradições, conflitos e consensos (ROVERE, 1992).

<sup>30</sup> A expressão ‘desenvolvimento de capacidades’ (*capacity development*) é relativamente nova, emergindo na década de 1980 (LUSTHAUS; ADRIEN; PERSTINGER, 1999). O presente estudo adotou o conceito proposto em 1997 pelo *United Nations Development Programme* (UNDP) - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), que define desenvolvimento de capacidades como: o processo pelo qual grupos de indivíduos, organizações, instituições e sociedades aumentam suas habilidades para melhorar seu desempenho na solução de problemas e no alcance de objetivos; e para compreender como lidar com o desenvolvimento necessário de um modo sustentável em um contexto ampliado (LUSTHAUS; ADRIEN; PERSTINGER, 1999). Lopes (2005) enfatiza que o desenvolvimento de capacidades é um conceito abrangente e se refere não apenas à aquisição de habilidades, mas também à capacidade de usá-las. Nessa perspectiva, o autor classifica o desenvolvimento de capacidades em três dimensões, do mais específico ao geral: individual, institucional, sistêmico ou social. O autor enfatiza que é necessária a combinação dessas dimensões, para que se consiga promover a construção e o fortalecimento de capacidades de modo sustentável.

<sup>31</sup> Suzanne Jacob Serruya é diretora do Decit/SCTIE/MS desde abril de 2005.

instituições vêm liderando a formação de consensos no que se refere à estruturação de sistemas nacionais de pesquisa em saúde.

A atuação e a relevância dessas OIs podem ser justificadas também ao considerar as reflexões de Mônica Herz e Andrea Hoffmann (2004) e Marcus Faro de Castro (2001) sobre essa temática da área de Relações Internacionais. Segundo os autores, as OIs propiciam e potencializam as interações entre os membros da comunidade internacional<sup>32</sup>, balizando o processo de negociação e o jogo de poder em torno de questões específicas. O papel desses agentes na política internacional, continuam os autores, vem crescendo desde o século XX. Herz e Hoffmann (2004) identificam dois tipos de OIs, as formadas por Estados-nacionais e as que representam a sociedade civil, correspondendo às organizações intergovernamentais internacionais (OIGs) e às organizações não-governamentais internacionais (ONGIs), respectivamente.

Essa classificação também foi adotada para subsidiar a definição dos agentes internacionais a serem considerados neste estudo. O *Global Forum* (1999) é uma ONGI que envolve representantes de governos, do mercado, da sociedade e de outras OIs para refletir sobre os problemas, desafios e perspectivas para a CT&I/S na agenda internacional de saúde. Por outro lado, a OMS consiste em uma agência especializada da Organização das Nações Unidas (ONU), composta, em sua maioria, por gestores<sup>33</sup> públicos de saúde que representam seus Estados-membros (SEITENFUS, 1997). Apresentando um caráter normatizador e regulador, a OMS, acrescenta o autor, busca abordar a diversidade de questões pertinentes à área de Saúde Global. Apesar de essas instituições atuarem no debate sobre a relevância da CT&I/S para os sistemas e serviços de saúde, são OIs de naturezas, missões e dinâmicas distintas, o que sugere a presença de contradições e/ou sinergia nas ações desenvolvidas no plano externo e doméstico.

É importante salientar que este estudo compreende a atuação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) como uma extensão da OMS. Apesar da autonomia da OPAS, de acordo com Seitenfus (1997), as idéias, recomendações e interesses das organizações regionais<sup>34</sup> costumam ser compatíveis com os das organizações universais<sup>35</sup>, no caso a OMS.

---

<sup>32</sup> Buss (1992) identifica como membros da comunidade internacional, os seguintes atores: Estados-nação; organizações internacionais; movimentos sociais transnacionais; blocos econômicos, políticos e militares; e companhias transnacionais.

<sup>33</sup> O termo 'gestores' foi utilizado neste estudo como sinônimo de tomadores de decisão e formuladores de políticas públicas.

<sup>34</sup> As organizações regionais podem ser estruturadas com base no critério de contigüidade geográfica, como o caso da OPAS (SEITENFUS, 1997).

<sup>35</sup> As organizações universais apresentam objetivos amplos e com fins específicos, por exemplo, a OMS (SEITENFUS, 1997).

Soma-se a isso, prossegue o autor, o fato de que os compromissos e acordos que os Estados-membros assumem nas instituições regionais não podem ser divergentes dos firmados ou pactuados nas organizações universais.

Adotou-se neste estudo a temporalidade compreendida entre os anos de 1990 a 2004. O marco inicial escolhido foi o ano de 1990, por ser o começo da implantação do SUS com a publicação da Lei n 8080/90. Machado (2005) acrescenta que a partir de então o Ministério da Saúde assumiu um novo papel como autoridade sanitária nacional. Como marco temporal final foi selecionado o ano de 2004, momento histórico no qual se aprovou a PNCTIS e uma de suas estratégias, a ANPPS. Mesmo demarcando a periodização, esta pesquisa aborda alguns antecedentes ao marco inicial, a fim de contextualizar e apresentar a conjuntura na qual foi desenvolvido o processo de formação de agendas internacional e nacional de saúde.

Isso se faz necessário porque o objeto das ciências sociais é histórico. As contradições e fenômenos do presente são uma continuidade do passado, o que atribui historicidade aos processos (MINAYO et al, 1994). Nessa perspectiva, este estudo adotou o método dialético histórico-estrutural, que busca abordar as contradições no cerne da estrutura<sup>36</sup> e a dinâmica histórica dos fenômenos, combinando essas dimensões na análise qualitativa (DEMO, 1995).

Testou-se a hipótese de que a mobilização dos atores internacionais e a formação de uma comunidade nacional de política pública interessada nas questões de CT&I/S geraram um cenário favorável para a inserção desse tema na agenda do Ministério da Saúde.

Para tanto, o desenho metodológico deste estudo tentou combinar as duas abordagens da Saúde Global indicadas por Panisset (1992): ‘*Health as in issue in international relations*’<sup>37</sup> (HIIR) e ‘*International dimension of health*’<sup>38</sup> (IDH). A concepção HIIR insere a saúde em uma superestrutura na esfera das relações internacionais, na qual se incluem elementos políticos, econômicos, culturais e sociais que influenciam as interações entre os países. Essa abordagem considera a atuação das organizações internacionais, assim como, analisa as regulações, regras, práticas, recomendações e padrões de comportamentos estabelecidos na arena internacional, considerando o fluxo de bens, serviços, capital, tecnologias, conhecimentos, pessoas, riscos e doenças entre as partes do globo (ROVERE, 1992). De outra parte, continua o autor, a concepção IDH busca compreender quais e como as questões da

---

<sup>36</sup> Para Demo (1995), o termo ‘estrutura’ significa o conjunto de questões mais profundas de um problema. Ele afirma que o método dialético histórico-estrutural aposta mais nas transformações históricas do que nas estruturais, uma vez que esta última exige mudanças na essência de um fenômeno (DEMO, 2000).

<sup>37</sup> ‘Saúde como uma questão nas relações internacionais’.

<sup>38</sup> ‘Dimensão internacional da saúde’.

esfera internacional influenciam o processo saúde-doença e a gestão dos sistemas de saúde em âmbito nacional (FERREIRA et al, 1992).

O uso de fontes primárias e secundárias, bem como, o componente de pesquisa participante deste estudo, como afirmam Cervo e Bervian (2002), possibilitou observar, registrar, discutir e correlacionar fatos ou fenômenos. Buscou-se, assim, conhecer as diversas relações e interações entre o plano interno e o externo, além da influência de atores e agendas internacionais no âmbito nacional, no que se refere ao tema em questão, a CT&I/S.

O procedimento de coleta de dados foi realizado, então, em três fases. Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa<sup>39</sup> (Anexos), iniciou-se a realização de entrevistas com informantes-chave nacionais e internacionais. O primeiro passo para a seleção da amostra consistiu na identificação de atores estratégicos com conhecimento na área de CT&I/S e que durante o período de 1990 a 2004 atuaram profissionalmente nesse campo. Estes intermediários facilitaram a aproximação da investigadora com o processo ocorrido nos planos doméstico e externo. A maioria dos sujeitos desta pesquisa representa diferentes instituições. Essa estratégia buscou assegurar a heterogeneidade da amostra, permitindo analisar, de modo integrado e complementar, as entrevistas.

Desse modo, foram selecionados 10 informantes-chave com atuação relevante no debate da CT&I/S em âmbito nacional e/ou internacional. Os entrevistados foram divididos em dois grupos. O primeiro foi composto por seis informantes-chave que conhecem o processo de formação da agenda da saúde global e têm experiência profissional em organizações internacionais. O segundo grupo foi formado por quatro atores que participaram ativamente no processo de formulação da ANPPS e da PNCTIS no Brasil. As entrevistas foram realizadas com o auxílio de um roteiro específico para cada grupo (Anexos). Inicialmente foi apresentado o roteiro composto por perguntas abertas. Os participantes tiveram a liberdade de expressar suas opiniões a respeito da temática abordada. A depender da autorização do sujeito de pesquisa, as entrevistas foram gravadas.

Posteriormente à transcrição ou gravação das falas, realizou-se a análise de conteúdo para subsidiar a elaboração da síntese das entrevistas do grupo 1 e outra para o grupo 2. Segundo Minayo (1996), a análise de conteúdo corresponde a uma técnica de pesquisa para a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, com a finalidade de interpretá-los. Desse modo, foram extraídas das falas as idéias centrais, as questões que foram repetidamente mencionadas pelos entrevistados, os

---

<sup>39</sup> Os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, conforme prevê a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza a pesquisa em seres humanos no Brasil.

aspectos que complementavam os relatos dos outros entrevistados, bem como, os pontos de divergências e convergências entre os participantes e com relação às referências bibliográficas consultadas.

Para garantir o sigilo dos entrevistados, ao invés de utilizar o nome dos participantes ao longo do texto, a autora faz referência a eles conforme a posição profissional, atual ou passada, e a instituição a qual o entrevistado mencionou como seu local de fala. A citação literal dos relatos e os termos em idioma estrangeiro foram destacados em fonte itálica sem o uso de aspas. Fizeram parte do grupo 1 os seguintes participantes:

- Consultor da OMS que atua no Departamento de Equidade, Pobreza e Determinantes Sociais da Saúde, na sede em Genebra-Suíça.
- Ex-consultor da OPAS que atuou por 20 anos na sede em *Washington (Pan American Health Organization - PAHO)*, também nas questões relacionadas com pobreza e saúde.
- Dirigentes do *Global Forum for Health Research* e do *Council on Health Research for Development*<sup>40</sup> (COHRED);
- Ex-diretor do *Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases*<sup>41</sup> (TDR).
- Ex-coordenador da *Alliance for Health Policy and Systems Research Initiative*<sup>42</sup>.
- Professor de economia da saúde da Universidade da Califórnia - Estados Unidos da América (EUA), que trabalhou no Banco Mundial, participando na elaboração do relatório de 1993, *Investing in health*<sup>43</sup>. Integrou também o *Ad Hoc Committee on Health Research*<sup>44</sup> da OMS, participando da formulação do relatório de 1996, *Relating to future interventions options*<sup>45</sup>.

Integraram o grupo 2 informantes-chave que participaram na concepção e operacionalização do processo de formulação da Política e de construção da Agenda. Nesse sentido, foi entrevistado um dirigente da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) que atua na gestão da pesquisa em saúde e três gestoras do Ministério da Saúde, as quais foram

<sup>40</sup> Conselho de Pesquisa em Saúde para o Desenvolvimento.

<sup>41</sup> Programa Especial para Pesquisa e Treinamento em Doenças Tropicais.

<sup>42</sup> Iniciativa Aliança para a Política de Saúde e Sistemas de Pesquisa.

<sup>43</sup> Investindo em saúde.

<sup>44</sup> Comitê Assessor de Pesquisa em Saúde, também conhecido como Comitê Ad Hoc de Pesquisa em Saúde.

<sup>45</sup> Relacionando a opções de intervenções futuras.

mencionadas pelas letras A, B e C para diferenciar suas contribuições. Essas entrevistadas trabalham no Decit/SCTIE/MS. As gestoras C e B atuam no Ministério à aproximadamente 20 anos, sendo que esta última também trabalhou na primeira Secretaria de Ciência e Tecnologia do MS criada em 1986, porém extinta em 1990. A gestora A também tem ampla de experiência na gestão de saúde, trabalhando neste Ministério há 11 anos. Ela e o dirigente da Fiocruz selecionado participaram na concepção e elaboração da proposta preliminar da PNCTIS.

Os dados secundários<sup>46</sup> se basearam na vertente bibliográfica e análise documental. Foi realizada uma ampla revisão de literatura referente à análise de políticas públicas, ao debate teórico das Relações Internacionais, ao movimento da saúde global, à reforma sanitária brasileira e à ciência, tecnologia e inovação (CT&I). Foram consultados, também, as resoluções da OMS, os marcos legais e os instrumentos de gestão do SUS. Por último, a terceira fase da coleta de dados caracterizou-se por uma observação participante. A pesquisadora participou na 10ª edição do encontro anual<sup>47</sup> do *Global Forum*, realizado no Egito-Cairo. Na ocasião, ela se integrou à equipe de relatoria do evento, o que lhe deu a oportunidade de observar como ocorre o debate e o processo de formação de consenso, liderados por esse ator internacional.

As questões e argumentos apresentados já indicam a relevância do tema. Além disso, esta dissertação também se insere no escopo dos estudos de análise de políticas, abordando as duas fases iniciais do ciclo de políticas públicas<sup>48</sup>, como define Rua (1998), o processo de formação de agendas e formulação de políticas públicas. Foi adotado o modelo de John Kingdon (1995) e o quadro analítico de Peter Hall<sup>49</sup> (1997) para analisar a inserção da CT&I/S nas agendas internacional e do Ministério da Saúde, assim como, o processo de formulação da PNCTIS.

Conforme Demo (1995), um modelo teórico isolado não consegue explicar a realidade. Desse modo, a pesquisadora optou por aplicar essas abordagens analíticas de modo complementar, considerando as limitações de cada uma.

A literatura de Kingdon (1995) se dedica a discussão teórica sobre o processo de formação de agendas governamentais, considerando três dimensões - definição do problema

---

<sup>46</sup> A citação literal de fontes secundárias foi destacada ao longo do texto entre aspas.

<sup>47</sup> *Forum 10 – Combating disease and promoting health.*

<sup>48</sup> Segundo Rua (1998), o ciclo de políticas públicas é formado por quatro fases: formação da agenda governamental, formulação de políticas públicas, implementação e avaliação.

<sup>49</sup> Apesar de outros autores também considerarem em suas análises as dimensões 'idéias', 'interesses' e 'instituições', este estudo se baseou nas publicações de Peter Hall (1997). Por esta razão, os três 'I' de análise de políticas públicas foram mencionados ao longo do texto como o quadro analítico de Peter Hall.

ou tema, desenvolvimento do processo político e elaboração de alternativas ou soluções políticas. De acordo com ele, a mobilização dos atores nessas dimensões, de forma combinada, aumenta a probabilidade de um tema ser considerado como prioridade política, o que pode favorecer sua inserção e permanência na agenda governamental, bem como, a formulação de uma política pública específica para a temática em questão (KINGDON, 1995). Hall (1997) propõe outras três dimensões, os três 'I' de análise de políticas públicas: idéias, interesses e instituições.

Ao longo do texto foram examinadas as fontes primárias e dados secundários, à luz das reflexões da pesquisadora<sup>50</sup>, na perspectiva de abordar as instituições, os arranjos políticos e os instrumentos de política, o plano das idéias, a convergência e/ou divergência de interesses.

A dissertação foi estruturada em seis capítulos com o objetivo de melhor descrever e analisar o processo de inserção da CT&I/S na agenda internacional e na pauta do Ministério da Saúde, abordando os principais atores envolvidos e as prioridades de investigação no âmbito externo e no doméstico. Considerou-se também a interação dos processos ocorridos em ambos os planos e a influência dos atores e agendas internacionais no ambiente nacional.

O capítulo 1 apresenta o referencial teórico deste estudo, discutindo o processo de globalização, a relevância da CT&I no cenário internacional, os três 'I' de Peter Hall e o modelo de Kingdon para subsidiar a análise do processo de formação de agendas governamentais e de formulação de políticas públicas.

O capítulo 2 inicia a contextualização do movimento da saúde global, apresentando o surgimento das primeiras organizações internacionais de saúde, com destaque para a OMS, as tensões e conflitos no processo de formação da agenda internacional de saúde, o declínio da OMS e a ascensão do Banco Mundial como um ator influente no campo da saúde. Ao longo do texto, tentou-se estabelecer uma conexão com o processo de inserção da CT&I/S, especialmente da pesquisa em saúde, na agenda internacional, destacando a atuação de atores relevantes, como o TDR, e as suas prioridades de investigação.

O capítulo 3 apresenta o surgimento dos agentes internacionais que mais impulsionaram o debate sobre CT&I/S, particularmente a pesquisa em saúde, nas esferas local, regional e global durante a década de 1990. Desse modo, essa seção identifica e analisa os principais esforços em prol da pesquisa em saúde, liderados pela *Commission on Health*

---

<sup>50</sup> Segundo Dagnino et al (2002), os estudos de análise de políticas públicas não são neutros. Pesquisas nessa área são influenciadas pelos valores e experiências do analista.

*Research for Development*<sup>51</sup>, *Task Force on Health Research for Development*<sup>52</sup>, Banco Mundial e Comitê Ad Hoc da OMS. Nessa perspectiva, as idéias, as estratégias, as recomendações e os interesses desses atores são destacados, mediante a análise detalhada dos marcos institucionais<sup>53</sup> que contribuíram para o fortalecimento da pesquisa em saúde no cenário internacional. Essa contextualização é fundamental para entender o surgimento do *Global Forum*, assim como, suas idéias, interesses, valores e missão.

O capítulo 4 apresenta a atuação do *Global Forum* e a reorientação da agenda da OMS, analisando como instituições de natureza distintas vêm atuando de modo complementar na formação da agenda internacional de saúde. Além disso, essa seção apresenta algumas reflexões sobre as idéias e interesses das instituições internacionais sobre o tema CT&I/S, apontando as contradições e algumas perspectivas futuras.

O capítulo 5 aborda a evolução do fomento científico e tecnológico em saúde no Brasil. Essa sessão discute a relevância da CT&I/S para o SUS, apresentando algumas características da capacidade nacional de pesquisa em saúde. É abordado também o processo de formação do sistema brasileiro de pesquisa em saúde ao longo da reforma sanitária. Essa contextualização se faz necessária para identificar os atores nacionais estratégicos, os desafios e os fatores que impulsionaram a formulação da PNCTIS.

Por último, o capítulo 6 descreve e analisa o processo de inserção da CT&I/S como uma prioridade política na agenda do Ministério da Saúde, a formulação da PNCTIS e a construção da ANPPS. Ao longo do texto tentou-se apresentar as ‘janelas de oportunidade de política’, com afirmação Kingdon (1995), que permitiram aos atores estratégicos nacionais defender suas idéias e interesses. Nessa perspectiva, o capítulo aborda a interação entre os planos doméstico e externo, a fim de analisar se, de fato, as organizações internacionais influenciaram diretamente esse processo, como e quando isso poderia ter ocorrido. Esse exercício possibilitou identificar alguns fatores favoráveis e/ou contrários à permanência da CT&I/S na agenda ministerial e à consolidação da PNCTIS como uma política de Estado. Ao final, essa seção apresenta algumas recomendações para a continuidade da CT&I/S na agenda política brasileira, a fim de institucionalizar esse tema no país.

---

<sup>51</sup> Comissão de Pesquisa em Saúde para o Desenvolvimento.

<sup>52</sup> Força Tarefa de Pesquisa em Saúde para o Desenvolvimento.

<sup>53</sup> Os seguintes relatórios são os marcos institucionais internacionais na área de CT&I/S, principalmente para a gestão de pesquisa em saúde: ‘*Health research: essential link to equity in development*’, ‘*Essential National Health Research: a strategy for action in health and human development*’, ‘*Investing in health*’ e ‘*Relating to future interventions options*’, elaborados pela Comissão, Força Tarefa, Banco Mundial e Comitê Ad Hoc da OMS, respectivamente.

Desse modo, esta dissertação pretende contribuir para o processo de gestão da CT&I/S no SUS. Além disso, tem também a intenção de agregar novos conhecimentos para a literatura acadêmica, diante da escassez de estudos sobre o assunto proposto.

## **Capítulo 1 - Teoria das Relações Internacionais e Análise de Políticas Públicas: grandes debates teóricos**

De acordo com Keohane e Nye (2001), a globalização é um processo resultante do crescimento da rede de interdependência multicontinental que caracteriza o cenário atual, estabelecendo-se múltiplas relações, interligadas pelo fluxo e influência de capital, bens, informações, idéias, pessoas, forças, assim como, substâncias relevantes no aspecto biológico e ambiental. Nessa perspectiva, Panisset (1992) afirma que a globalização é um processo multidimensional, que inclui, além dos aspectos econômicos, a dimensão científico-tecnológica, populacional-migratória e epidemiológica.

Esse processo gera uma conjuntura favorável para que ocorra um intenso intercâmbio de conhecimento, bens e serviços, em detrimento da persistência do protecionismo e da restrição do livre comércio (CASTELLS, 2000). Idéias, técnicas e conhecimentos difundem-se facilmente pelos países. As fronteiras nacionais tornam-se permeáveis a esses fluxos, favorecendo a procura de novos mercados (YERGIN; STANISLAW, 2000).

Desse modo, verifica-se que a discussão sobre globalização não deve se limitar à dimensão econômica, pois diz respeito também às formas de relações políticas, sociais e culturais próprias da atual fase histórica do capitalismo, caracterizada pela expansão do neoliberalismo (CHESNAIS, 1999). Antes de avançar na discussão sobre a dimensão científico-tecnológica da globalização, é importante considerar algumas reflexões teóricas sobre o pensamento neoliberal, seus efeitos na globalização e os atuais desafios para a provisão do bem-estar social.

Segundo Dumenil e Lévy (2004), é difícil datar o aparecimento do neoliberalismo. Mas, sem dúvida, idéias influenciadas pelo pensamento neoliberal interferem no rumo do capitalismo globalizado, no mínimo, a partir de 1980, sendo os Estados os principais vetores para o estabelecimento do neoliberalismo, tanto no plano nacional quanto internacional. Potyara Pereira (2000), por outro lado, considera que, durante a década de 1970, com o crescimento da economia internacional e com a expansão do capitalismo globalizado, surgiram forças políticas, econômicas e ideológicas neoliberais, que se fortaleceram e se tornaram predominantes na relação entre Estado, sociedade e mercado. Mesmo sem identificar com exatidão um marco inicial, Almeida (1999) reforça que o neoliberalismo surge como um mecanismo para difundir e implementar, principalmente, os interesses econômicos do capitalismo globalizado.

Por conseguinte, afirmam Yergin e Stanislaw (2000), a ampliação de mercados transnacionais e o aumento da permeabilidade dos Estados-nação são alguns efeitos da expansão dos ideais neoliberais. As fronteiras nacionais, explica Rosenau (1995), não conseguem mais confinar, portanto, o fluxo de informações, conhecimentos, tecnologias, inovações, bens, serviços, capitais e pessoas. Essa soma de interações globais, continua o autor, gera uma interdependência entre os países, o que afeta a formação da agenda e a formulação de políticas públicas nacionais e internacionais. No entanto, destaca Castro (2001), o neoliberalismo prega um estilo de política pública que prioriza o pluralismo de interesses e instituições, em detrimento do pluralismo de idéias, uma vez que busca o compartilhamento de paradigmas, valores e concepções neoliberais entre as diversas partes do globo. Isso contribui para que o capitalismo globalizado orientado pela doutrina neoliberal se torne predominante e, mesmo, hegemônico, continuam os autores.

De acordo com Ferreira et al (1992), essa nova ordem mundial, entretanto, proporciona interações assimétricas entre os Estados-nação, criando novos desafios e consolidando antigas iniquidades, especialmente no âmbito das políticas sociais por ser uma área na qual se inserem distintos interesses políticos e econômicos. Nesse sentido, o autor divide o globo em dois grupos - países desenvolvidos e países em desenvolvimento, para enfatizar que as capacidades, oportunidades e acessos aos benefícios do capitalismo globalizado são desiguais, o que gera, por sua vez, diferentes desafios. Mesmo diante desse desequilíbrio, Macedo (1992) ressalta que para um país promover seu próprio desenvolvimento<sup>54</sup>, é fundamental se manter inserido na rede de interação global, mesmo em posição desvantajosa, considerando-se as assimetrias vigentes. Isso demanda por sua vez, continua o autor, a definição de agendas e a formulação de políticas públicas nacionais em áreas estratégicas, como, por exemplo, a ciência, tecnologia e inovação em saúde.

Para Rosa Stein (2000), o contexto atual também é caracterizado pela retração da soberania dos Estados-nacionais, os quais têm que enfrentar novos desafios e antigos dilemas, como a redução das desigualdades sociais, sem desconsiderar critérios neoliberais e voluntaristas da sociedade. Frente a esse cenário, Yergin e Stanislaw (2000) enfatizam que os interesses políticos e econômicos em 'jogo' no cenário contemporâneo demandam a reconsideração sobre o papel do Estado na provisão do bem-estar social, derivado do *welfare*

---

<sup>54</sup> Entende-se por desenvolvimento a resultante da combinação entre crescimento econômico, democracia e proteção social (MACHADO, 2005).

*state* de estilo keynesiano-beveridgiano<sup>55</sup>. Além disso, Neto, Brito e Souza (1992) apontam para a necessidade de se considerar o acesso dos diferentes países aos bens e conhecimentos, por exemplo, que circulam na rede de interação global, assim como, a capacidade de os atores defenderem os interesses nacionais na arena internacional.

Com relação ao modelo contemporâneo de proteção social, Rosa Stein (2000) o qualifica como pluralismo de bem-estar, bem-estar misto ou *welfare-state mix*, o qual consiste em uma ação compartilhada, entre o Estado, o mercado e a sociedade civil, na provisão dos bens e serviços que atendam às necessidades humanas básicas. “Nesse sentido, o Estado não se constitui no principal provedor, pois passa a compartilhar essa função com diferentes setores: o oficial, o voluntariado, o comercial e o informal” (STEIN, R., 2000, p.159).

Para Abrahamson (2004) nesse modelo de bem-estar, o mercado detém o capital; o Estado o poder; e a sociedade a solidariedade. A importância da sociedade nesse processo é expressa por um crescimento, em nível global, de atividades fora do alcance formal do Estado. De acordo com Rosa Stein (2000), essa reestruturação do Estado de bem-estar propiciou a origem e o fortalecimento de agentes nacionais e internacionais, como, por exemplo, as organizações intergovernamentais internacionais (OIGs) e as organizações não-governamentais internacionais (ONGIs), uma vez que esses atores conseguem desenvolver papéis que nem o Estado, nem o mercado conseguem cumprir no contexto de globalização.

Segundo a autora, o pluralismo de bem-estar pode não ser nocivo, se inserido numa proposta institucional, na qual o Estado tenha a responsabilidade da manutenção dos níveis básicos nacionais em termos de rendimentos, saúde, habitação, educação e assistência social. Caso contrário, será uma proposta liberal que incentiva a retração da intervenção estatal, ou seja, o Estado mínimo, podendo levar à intensificação das desigualdades sociais (STEIN, 2000).

No que se refere ao acesso dos países aos benefícios do capitalismo globalizado, destaca-se a dimensão científico-tecnológica da globalização. Panisset (1992) ressalta que o

---

<sup>55</sup> Marshall (1967) considera o exercício da cidadania a idéia fundamental de um Estado de bem-estar social. Para ele, a cidadania é a resultante da garantia de direitos sociais, civis e políticos. De acordo com Potyara Pereira (2000), o Estado de bem-estar social é aquele que provê à sociedade efetivo bem-estar, seja mediante políticas sociais redistributivas ou por meio de outras instituições. Ainda segundo a autora, o Estado de bem-estar social de estilo keynesiano-beveridgiano foi estabelecido nos países europeus durante o século XX, entrando em declínio a partir da década de 1970. O modelo keynesiano se fundamenta no contrato estável dos assalariados e pleno emprego, caracterizado pela produção fordista de larga escala, pouco flexível e regulado por Estados-nacionais soberanos. O modelo beveridgiano, continua a autora, baseia-se na construção de um sistema de seguridade social universal, por meio do qual se desenvolve uma proteção social de natureza redistributiva, a partir de políticas públicas sociais e da alocação de receitas públicas obtidas pelo Estado na arrecadação de impostos progressivos.

século XXI será caracterizado pela ‘era do conhecimento’, o que fará da CT&I os principais bens a serem negociados em âmbito mundial. Diante desse cenário, o autor enfatiza que o controle da produção, o desenvolvimento e a difusão da pesquisa científica e tecnológica transformarão as concepções geopolíticas, interferindo na posição estratégica dos países no sistema internacional.

Isso significa que ciência, tecnologia e inovação também se inserem na rede de interação global, embora seu controle e acesso se estabeleçam em uma estrutura assimétrica de poder político-econômico. Essas assertivas podem ser confirmadas com base nas reflexões de Panisset (1992), Alcoforado (1997), Castells (2000) e Lopes (2005).

Segundo Castells (2000), os atores que são ‘proprietários do conhecimento científico e tecnológico’ ocupam posição mais relevante na sociedade internacional, apresentando maiores vantagens quando comparados a outros, ao que o autor denominou de vantagens comparativas. Isso ocorre, acrescenta Lopes (2005), devido ao fato de os ‘donos do conhecimento’ poderem decidir o que divulgar, para quem e a que custo. Como exemplo, Castells (2000) destaca o caso das atividades de pesquisa e desenvolvimento (P&D)<sup>56</sup>, em geral, por serem fortemente concentradas nos países desenvolvidos, particularmente no setor privado. Entretanto, o autor ressalta que o movimento dos cientistas e gestores em âmbito internacional e o fluxo de pessoas e informações entre organizações e sistemas produtivos promovem a circulação de idéias, interesses e de conhecimento entre diferentes instituições nas diversas partes do globo. Além disso, continua o autor, o próprio processo de produção e evolução do conhecimento demanda a difusão de informações e de resultados de pesquisa na rede global de interações (*network*) como uma condição fundamental para manter o rápido progresso da ciência.

Panisset (1992) também destaca que o desenvolvimento de pesquisas está diretamente relacionado com a criação de um ambiente propício para as atividades de investigação devido à formulação de leis, políticas e incentivos, à existência de instituições e à atuação de pesquisadores. Ou seja, o desenvolvimento de capacidades sistêmicas, institucionais e

---

<sup>56</sup> O Ministério da Saúde define pesquisa e desenvolvimento (P&D) como um conjunto de ações que envolve a geração de conhecimentos, a transformação desses em tecnologias e a adaptação das tecnologias existentes em novas tecnologias, na forma de produtos e processos acabados que atendam às necessidades do mercado (BRASIL, 2002a). Com base nesta definição, o presente estudo adota o seguinte conceito para P&D: conjunto de ações que envolve o setor produtivo (público ou privado) na geração de conhecimentos; na transformação desses em tecnologias; e na adaptação das tecnologias existentes em novas tecnologias, podendo resultar no desenvolvimento de inovações na forma de produtos e processos acabados, de modo a atender aos interesses do Estado, do mercado e da sociedade.

individuais. Como afirma Lopes (2005), essa expressão vem sendo utilizada para se referir à capacidade de pesquisa<sup>57</sup> de um determinado país.

Sobre essa questão, Panisset (1992) menciona que a transferência de bases científicas e tecnológicas entre as diversas partes do globo demanda uma mínima capacidade local de pesquisa nos países em desenvolvimento, para que seja possível a compreensão e implementação de métodos, procedimentos e práticas, bem como, o manuseio de equipamentos e tecnologias. Essa relação entre o país provedor e o receptor, destaca o autor, normalmente ocasiona dependência, de par com a colaboração, estabelecendo uma relação de poder em torno do domínio e controle do conhecimento.

Nessa perspectiva, Alcoforado (1997) defende que o poder científico e tecnológico de um país pode ser determinante para que ele exerça influência política e econômica na arena internacional e crie um ambiente favorável para a implementação das políticas públicas nacionais, de acordo com as necessidades sociais da população e interesses domésticos. O futuro de um país como nação soberana, prossegue o autor, depende em grande medida dos rumos que sejam dados ao desenvolvimento científico e tecnológico nacional.

Assim, verifica-se que não apenas regras e políticas econômicas tendem a adquirir abrangência global. A ciência, tecnologia e inovação seguem a mesma tendência, absorvendo os matizes desta nova realidade da regulamentação, inclusão ou exclusão do mercado internacional, de maior ou menor autonomia das políticas e agendas nacionais. Isso ocorre também devido ao fato de os interesses econômicos estarem presentes nos meandros da dimensão científico-tecnológica da globalização, reproduzindo nas atividades de pesquisa<sup>58</sup> as contradições e assimetrias inerentes ao sistema capitalista.

Diante da complexidade das questões que se colocam no cenário contemporâneo, Faria (2003) aponta a necessidade de um diálogo mais próximo e abrangente entre Ciências Políticas e Relações Internacionais. O presente capítulo foi estruturado em duas partes, pretendendo abordar de modo combinado as reflexões teóricas dessas áreas do conhecimento. A primeira apresenta algumas das principais discussões teóricas das diferentes escolas da

---

<sup>57</sup> No Brasil, os termos ‘capacidade nacional de pesquisa’ e ‘capacidade nacional de CT&I’ também são utilizados como sinônimo de ‘capacidade instalada de pesquisa’ e ‘capacidade instalada de CT&I’.

<sup>58</sup> Entende-se por atividades de pesquisa o conjunto de processos por meio do qual os atores intervêm para produzir um tipo particular de conhecimento a ser circulado, transferido e utilizado pelo Estado, mercado e sociedade (PELLEGRINI, 2000). Nessa perspectiva, as atividades de pesquisa englobam a execução dos projetos de pesquisa científica e tecnológica; o desenvolvimento tecnológico experimental; o desenvolvimento de tecnologia experimental básica; a implantação de infra-estrutura para atividades de pesquisa; a formação e capacitação de recursos humanos; e a documentação e difusão do conhecimento científico e tecnológico (BRASIL, 2002b).

Teoria das Relações Internacionais (TRI), as quais foram utilizadas como referência nesta dissertação.

Não se pretende desenvolver uma análise aprofundada das abordagens da TRI em si. Buscou-se, contudo, destacar as perspectivas teóricas de alguns autores institucionalistas, construtivistas, liberais e marxistas, que corroboraram para definir o arcabouço teórico-metodológico, o qual subsidiou a análise do objeto deste estudo. Na abordagem institucionalista e construtivista foram apresentados conceitos e reflexões sobre os três 'I' de análise de políticas públicas - idéias, interesses e instituições, o que possibilitou desenvolver uma discussão sobre regimes e organizações internacionais, comunidades de políticas públicas, comunidades epistêmicas e redes de políticas públicas. No debate das escolas marxista e neoliberal foram desenvolvidas algumas reflexões que ajudam a contextualizar a arena internacional. Esse recurso foi utilizado para apresentar a visão da autora sobre o cenário internacional contemporâneo e o modo que se estabelece a relação entre os países.

A segunda seção contempla o debate teórico sobre os processos de formação da agenda e de formulação de políticas públicas. Essa discussão aborda o modelo descritivo-explicativo de John Kingdon (*multiple streams*)<sup>59</sup>, destacando as contribuições dos três 'I' de análise de políticas públicas, da teoria das coalizões de *advocacy*<sup>60</sup> e das reflexões sobre comunidades epistêmicas para esse modelo. Nessa seção também são apresentados alguns estudos para exemplificar a aplicação dessas abordagens analíticas aplicadas isoladamente ou em conjunto.

## **I. Teoria das Relações Internacionais (TRI) e os três 'I' de análise de políticas públicas**

A política internacional, definida como o conjunto de práticas que possibilita a relação entre os Estados-nação, é objeto de estudo da Teoria das Relações Internacionais (TRI) (CASTRO, 2001). À luz da TRI é possível analisar, continua o autor, os fundamentos políticos relativos à estruturação da ordem internacional, uma vez que proporciona a compreensão sobre a formação da agenda e da política internacional e como interagem com o plano nacional.

<sup>59</sup> Correntes ou dimensões múltiplas.

<sup>60</sup> Apesar de não haver uma tradução literal no idioma português para a palavra *advocacy*, Faria (2003) a traduz como uma ação justificatória. Para Herz e Hoffmann (2004), *advocacy* tem como sentido a defesa de uma causa específica, como saúde, meio-ambiente, direitos humanos, por exemplo.

No âmbito da TRI, um determinado tema é desenvolvido a partir de premissas e argumentos que se diferenciam entre as diversas abordagens (HERZ; HOFFMANN, 2004). Ciente da limitação de cada uma das concepções existentes, o presente estudo selecionou alguns teóricos de distintas escolas - institucionalista, construtivista, liberal e marxista - com o propósito de combinar suas contribuições para auxiliar na análise do objeto deste estudo - a Política Nacional de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS), do prisma da influência das agendas e atores internacionais.

A teoria institucionalista concentra seu debate em torno de instituições e interesses (HALL; TAYLOR, 2003). Antes de aprofundar as reflexões teóricas dessa corrente é importante desenvolver alguns conceitos. Instituições são definidas como um conjunto relativamente estável de práticas, regras, procedimentos ou normas formais que definem o comportamento apropriado de determinados grupos de atores (indivíduos, comunidades, organizações, grupos de interesses, países e outros) em situações específicas (MARCH; OLSEN, 1998 e HALL; TAYLOR, 2003). Carvalho et al (2005) definem interesses como as prioridades na defesa das quais os atores se movem, gerando conflitos e eventuais negociações, a partir dos processos de formação de consenso. Com relação ao terceiro 'I', Faria (2003) define idéia como os valores, crenças, relações causais, símbolos e imagens que expressam identidades, concepções de mundo e ideologias dos atores. Com base nas suas idéias, explicam Menicucci e Brasil (2006), os atores formam suas concepções, paradigmas, ideologias e visões de mundo que condicionam a interpretação da realidade e a construção de seus interesses.

Faria (2003) salienta que os atores definem seus interesses com base em suas próprias idéias. Desse modo, segue o autor, o plano das idéias pode servir como guia que ajuda os agentes a determinar suas preferências em um mundo cada vez mais complexo e repleto de incertezas. Menicucci e Brasil (2006) acrescentam que as instituições influenciam o grau em que novas idéias podem acessar as arenas políticas, funcionando também como uma espécie de 'filtro' institucional. Nessa perspectiva, Novelli (2002, p.37) afirma que (...) "para identificar a influência das idéias na política é preciso relacionar interesses, instituições e idéias".

Segundo Palier e Surel (2005), esses três 'I' apontam para a pluralidade de causas dos fatores que interferem na ação pública, necessitando, portanto, considerar em suas análises uma temporalidade longa para possibilitar sua identificação nos planos nacional e internacional, bem como, observar a interação entre ambos. Para captar essa dimensões, acrescentam Menicucci e Brasil (2006), é necessário analisar o contexto institucional em que

surtem e desenvolvem as idéias e os interesses, considerando o percurso histórico que elas seguem ao longo do processo de formação de agendas e formulação de políticas públicas nacionais e internacionais. Isso porque, explicam as autoras, a identificação de um problema e a escolha de alternativas para determinados objetos de política depende não apenas das idéias e interesses vigentes, mas também das escolhas já feitas e das instituições estabelecidas no passado, ao que elas denominam de legados de políticas. Desse modo, as autoras reforçam a importância de se considerar a historicidade do processo.

De acordo com Yves Surel (2000), as abordagens de inspiração institucionalista não ignoraram o peso das idéias e representações sociais, conhecidos como as dimensões cognitivas e normativas da análise de políticas públicas. Entretanto, essa corrente compreende a dimensão 'idéias' como elemento de constrangimento aos comportamentos dos países.

Peter Hall e Rosemary Taylor (2003) afirmam que a abordagem institucionalista defende que as instituições exercem influência sobre as situações políticas por intermédio das ações de atores sociais estratégicos. Os partidários dessa perspectiva, continuam os autores, enfatizam os aspectos do comportamento humano que são orientados no sentido de um cálculo estratégico a partir do uso da razão. Isso significa que os indivíduos examinam todas as escolhas possíveis no que se refere ao conjunto de alternativas políticas para, então, selecionar aquelas que oferecem um benefício máximo.

Ainda segundo esses teóricos, os atores participam de diversas instituições, as quais fornecem informações úteis do ponto de vista estratégico como também afetam a identidade, a imagem de si e as preferências dos próprios atores. Ou seja, no seu 'filtro de interpretação', a partir do qual os agentes definem uma determinada linha de ação. Nessa perspectiva, Hall e Taylor (2003) salientam que o comportamento não é capaz de ser inteiramente estratégico, mas sofre interferências da visão do mundo própria do ator em questão, o que consolida a sua orientação no plano das idéias. Isso gera, segundo esses autores, um ponto de interseção favorável ao diálogo entre as teorias institucionalista e a construtivista, por ser essa última mais voltada para a discussão das idéias, como será apresentado adiante, possibilitando utilizar os três 'I' para a análise das políticas públicas em âmbito internacional ou nacional, bem como a interação entre as duas esferas.

De acordo com Hall e Taylor (2003) os teóricos de Relações Internacionais empregam os conceitos do institucionalismo no que se refere às instituições e interesses para explicar a atuação das organizações internacionais e a ascensão ou queda dos regimes internacionais, o que será discutido a seguir.

As contribuições de Keohane e Nye (2001) se destacam na corrente institucionalista. Para eles, a atual conjuntura é caracterizada por um fenômeno de interdependência, cujas dimensões ‘sensibilidade’ e a ‘vulnerabilidade’<sup>61</sup> precisam ser consideradas para entender as mudanças nas relações entre os atores.

Keohane e Nye (2001) propõem o conceito de ‘interdependência complexa’ para auxiliar na interpretação do contexto do capitalismo globalizado. De acordo com Castro (2001), a ‘interdependência complexa’ corresponde a um conjunto dos seguintes fenômenos: existência de ‘múltiplos canais’ de ligação entre sociedades, que abrangem desde interações informais entre atores públicos e privados até relações intergovernamentais formais; ausência de hierarquia entre as questões na agenda internacional, implicando pesos e conexões (*linkages*) variáveis entre as questões econômicas e de outros setores - por exemplo, C&T e saúde pública. É válido salientar que esse conceito é proposto como um tipo ideal, não se tratando de uma descrição, mesmo resumida, da realidade, mas apenas de um parâmetro que ajuda a conferir-lhe sentido.

Herz e Hoffmann (2004) observaram que, diante de fenômenos cuja natureza se aproxima do tipo ideal caracterizado pela ‘interdependência complexa’, mesmo com a existência de interesses comuns, o comportamento estratégico isolado de cada país dificulta a cooperação, o que gera incentivos para que aceitem limitações em sua capacidade decisória individual em favor de mecanismos coletivos. Os dilemas e disputas de interesses, afirma Arthur Stein (1983), também podem emergir nesse cenário, impulsionando a cooperação que se faz necessária para minimizar custos sociais e econômicos, reduzir incertezas, potencializar algumas ações e compartilhar um bem coletivo. Entretanto, continua o autor, podem surgir situações em que determinados atores não se beneficiem, ou não arquem com a totalidade dos custos de suas próprias ações, devido, principalmente, à existência de externalidades<sup>62</sup>.

Para os agentes públicos e privados enfrentarem uma situação de interdependência mais profunda, Rosenau (1995) recomenda a articulação de posições conjuntas, de modo a

---

<sup>61</sup> A ‘sensibilidade’ à mudança diz respeito a alterações em agendas e políticas públicas locais, em resposta a novas condições advindas de fatores externos; ao passo que a ‘vulnerabilidade’ se refere à presença de importantes custos sociais, políticos ou econômicos decorrentes da modificação, que pode ser introduzida em agendas e políticas públicas domésticas, em resposta a estímulos do ambiente internacional (KEOHANE; NYE, 2001).

<sup>62</sup> Hochman (1998) afirma que há externalidades positivas ou negativas. No caso das externalidades negativas, o autor as define como os efeitos indiretos das deficiências e adversidades de um processo em um determinado local ou população, que podem atingir outras partes do globo, apesar de essas não sofrerem em decorrência das mesmas deficiências ou adversidades. Por outro lado, ele salienta que as externalidades positivas são efeitos que decorrem da ação em um dado local que pode trazer benefícios diretos ou indiretos para outras localidades e coletividades.

favorecer o surgimento de padrões globais no que concerne à formação de agendas e políticas públicas nos diversos setores - por exemplo, na área de saúde. Esse cenário, prossegue o autor, também propicia o crescimento e aumento das competências das organizações internacionais, cuja atuação ultrapassa as tradicionais funções estatais de plena jurisdição acerca de suas responsabilidades em âmbito nacional.

Nesse contexto, ele continua, a criação ou modificação de instituições, como os regimes internacionais, condiciona a capacidade decisória individual e, mediante a formação de consensos em determinadas questões, torna possível a cooperação, por meio de diversos mecanismos: (1) estratégias de reciprocidade (AXELROD; KEOHANE, 1993), oferecendo incentivos seletivos, em alguns aspectos positivos e outros negativos, para a provisão de bens públicos; (2) definição de direitos de propriedade; e (3) redução de custos e incertezas (KEOHANE, 1984). Segundo esse autor, a cooperação internacional busca a definição de alternativas e de soluções políticas direcionadas aos problemas surgidos em decorrência das externalidades.

De acordo com Gravel e Lamarche (1992) a saúde também sofre efeitos do fenômeno da 'interdependência complexa' e da globalização. Isso remete à necessidade de estudos sobre a interação entre o plano nacional e o externo no campo da saúde. Trata-se do escopo da área de Saúde Global, que será apresentada no capítulo 2, onde se pretende aprofundar a discussão sobre a relevância da CT&I em saúde na conjuntura da globalização, bem como, a formação da agenda internacional de saúde.

Herz e Hoffmann (2004) salientam que, diante do fenômeno de 'interdependência complexa', os institucionalistas destacam a relevância das organizações internacionais, para minimizar os conflitos, reduzir as incertezas e intermediar as negociações com o propósito de estabelecer a cooperação internacional.

De fato, afirma Castro (2001), desde o final da Segunda Guerra Mundial, as potências vencedoras<sup>63</sup>, dando continuidade aos esforços de institucionalização da agenda política internacional do período entre-guerras, desenvolveram um programa de construção de um complexo de organizações internacionais dedicadas a promover a cooperação multilateral em diversas áreas. Entre essas, as principais instituições criadas foram a ONU e as múltiplas agências a ela relacionadas, como a OMS. Esse processo, segue o autor, veio acompanhado também pelo aumento quantitativo e pelo fortalecimento de agentes não estatais no cenário

---

<sup>63</sup> EUA e países aliados.

internacional, como as ONGIs e as companhias transacionais<sup>64</sup>. A partir desse movimento, foram sendo criadas redes de apropriação e transmissão de conhecimentos e informações que passaram em grande parte a balizar as relações internacionais, assim como, a estruturar instâncias de negociação de maneira a influenciar extensamente o ‘jogo’ da política e da economia internacionais (CASTRO, 2001).

Herz e Hoffmann (2004) concordam com Castro (2001) e acrescentam que as OIs são parte central da política internacional e da vida social nas diversas partes do globo. A rede de organizações internacionais, seguem as autoras, faz parte de um conjunto maior de instituições que catalisam as interações entre os membros da comunidade internacional, passando a ter maior relevância na política internacional no século XX, particularmente após a 2ª Guerra Mundial. De acordo com Herz e Hoffmann (2004), cada OI gera um conjunto de idéias, interesses e valores próprios, que às vezes podem ser conflitantes entre si. Muitas das normas, recomendações e comportamentos que um país adota - por exemplo, procedimentos para o controle de epidemias<sup>65</sup> e para a produção e fluxo de pesquisa, tecnologia e inovação - destacam as autoras, são debatidos e podem até ser gerados pelas organizações internacionais.

Desse modo, algumas questões políticas, econômicas, sociais e culturais da esfera nacional podem ser melhor compreendidas em sua totalidade se forem considerados os interesses, as idéias e as influência das OIs.

Herz e Hoffmann (2004) classificam as OIs em organizações intergovernamentais internacionais (OIGs), formadas por Estados-nação, e organizações não-governamentais internacionais (ONGIs), compostas basicamente por representantes da sociedade civil global<sup>66</sup>. As OIGs, continuam as autoras, são ao mesmo tempo agentes centrais do sistema internacional, fóruns onde idéias circulam e se legitimam, formando consenso em torno de determinados interesses e gerando mecanismos de cooperação entre países e outros agentes. Essas organizações são consideradas agentes porque adquirem certa autonomia com relação aos Estados-membros, elaboram agendas e políticas próprias, além de terem personalidade jurídica, de acordo com o direito internacional público (HERZ; HOFFMANN, 2004).

---

<sup>64</sup> As empresas transnacionais apresentam um caráter econômico, possuindo uma matriz em um determinado Estado-nação e atividades de produção ou serviço em suas filiais, que apresentam um grau relevante de autonomia e estão localizadas em outros países. A literatura recente vem preferindo empregar essa denominação à expressão ‘empresas multinacionais’, tradicionalmente utilizada (SEITENFUS, 1997).

<sup>65</sup> Segundo Maurício Pereira (1995), epidemia é a concentração de casos de um mesmo fenômeno, doenças ou agravos em um determinado local e época, acima do que seria teoricamente esperado.

<sup>66</sup> Sociedade civil global é um espaço de atuação e pensamento ocupado por iniciativas de indivíduos ou grupos, de caráter voluntário, sem fins lucrativos, que perpassam as fronteiras dos Estados-nação (HERZ; HOFFMANN, 2004).

De acordo com Tavares (1999), as ONGIs costumam ser consideradas como o Terceiro setor, distinto do Estado e do mercado. No entanto, em sua composição as ONGIs podem integrar representantes de governos e do setor privado, explica o autor. O *Global Forum for Health Research* pode ser mencionado como um exemplo, sua conformação integra diferentes atores que representam instituições de naturezas distintas.

As ONGIs são organizações voluntárias formadas por indivíduos e grupos específicos, apresentando um documento constituinte e uma sede permanente que, em geral, afirmam Herz e Hoffmann (2004), atuam em temas globais, como as questões sociais e os direitos humanos (ex: saúde), o meio-ambiente e a manutenção da paz. Segundo Tavares (1999), elas têm maior autonomia, flexibilidade e, às vezes, mais agilidade de ação quando comparadas com as OIGs. Isso ocorre porque as ONGIs, continua o autor, têm uma dinâmica própria, não dependendo diretamente dos ‘jogos’ políticos que ocorrem entre os Estados-nação, mas, sim, das diretrizes e decisões de um grupo, normalmente restrito, de doadores e colaboradores, que viabilizam seu funcionamento e a implementação de suas atividades. Herz e Hoffmann (2004) acrescentam que as ONGIs colaboram com os países ou com as OIGs, principalmente, por meio da identificação de alternativas políticas; da formulação de normas, recomendações, políticas e programas; da definição de agendas; da formação de consensos; do desenvolvimento de ações e de iniciativas; e do monitoramento da implementação de soluções políticas.

As autoras defendem que tanto as OIGs como as ONGIs podem adquirir autoridade e conquistar legitimidade junto a um número significativo de atores, podendo exercer poder no sistema internacional. De fato, Herz e Hoffmann (2004) afirmam que as OIs também podem, em certas circunstâncias, influenciar os atores nacionais a atender a certas idéias e interesses expressos nas recomendações, normas, resoluções, regras ou políticas, por meio de pressão política ou imposição de sanções.

Entretanto, é importante ressaltar que esse movimento é bilateral. Os países, ao fazerem parte das OIs, como Estado-membro nas OIGs ou como colaborador ou doador nas ONGIs, integrando, por conseguinte seus conselhos ou comitês consultivos e/ou deliberativos (*board*), também influenciam as agendas e políticas dessas organizações. Por exemplo, o Brasil tanto interfere nas decisões da OMS por meio da Assembléia Mundial de Saúde, como sofre os efeitos das ações desse ator internacional.

Ikenberry (1990) também destaca que os atores domésticos, quando desejam difundir suas idéias e interesses em âmbito nacional, buscam modelos de políticas e experiências exitosas em outras localidades e se aproximam dos atores e agendas internacionais de forma

estratégica. Melo (2004) contribui para esse debate, enfatizando que as organizações internacionais e outros atores externos fornecem informações, conhecimentos e recursos técnicos, políticos ou econômicos úteis para criar ou reforçar coalizões reformistas no plano doméstico. Em muitos casos, afirma o autor, na busca por justificativas ou apoio internacional, os atores nacionais se engajam ativamente na identificação de pressões externas, visto que elas podem ajudar a inserir um tema na agenda governamental, resultando na formulação de uma política pública nacional em uma área específica. O que pode então aparentar serem pressões coercivas externas ou imposição de agendas, segue o autor, é, de fato, parte integral de um comportamento estratégico. Em outras palavras, explica Melo (2004), pressões externas podem ser realmente ‘bem-vindas’ e manipuladas por grupos reformistas nacionais de forma a fortalecer a sua posição na agenda governamental de um determinado país.

Essa perspectiva teórica é identificada no processo de inserção da CT&I/S na agenda do Ministério da Saúde e na formação de uma política pública específica para essa área. O capítulo 6 descreve e analisa detalhadamente esse processo. Em poucas palavras, verifica-se que a existência de uma comunidade nacional de política pública<sup>67</sup> interessada pelas questões referentes ao fomento científico e tecnológico em saúde utilizou o esforço internacional para justificar suas idéias e interesses, bem como, para criar situações políticas favoráveis, o que John Kingdon (1995) denomina de ‘janelas de oportunidade de política’. Esse comportamento estratégico, juntamente com a formação de coalizões políticas no plano doméstico, possibilitou que os atores nacionais conseguissem inserir a pesquisa em saúde na agenda da autoridade sanitária nacional e formular uma política pública para essa área, na expectativa de destinar maior atenção política e recursos financeiros para o fomento científico e tecnológico em saúde.

Retomando a discussão sobre a atuação dos interesses e instituições no plano internacional, Herz e Hoffmann (2004) afirmam que as agendas políticas das OIGs, como a OMS, adquirem legitimidade por dois processos: procedimento de pactuação nas instâncias deliberativas, como a Assembléia Mundial de Saúde; e atuação em um tema substantivo - por exemplo, direitos humanos e saúde, que passou a compor os valores internacionais, sendo, portanto, tratado com base em idéias já difundidas mundialmente.

---

<sup>67</sup> As comunidades de políticas públicas são grupos formados por pesquisadores, gestores e conselheiros, por exemplo, que possuem alguns interesses comuns com relação a certos problemas ou temas. Desse modo, criam e defendem alternativas e soluções políticas para essas questões, de acordo com suas instituições, idéias, interesses e estratégias, que podem ser iguais ou não. Os integrantes dessa comunidade se conhecem e instituem entre si formas de colaboração para poder obter ganhos ao redor dos interesses que defendem (CARVALHO et al, 2005).

As OIGs, destacam as autoras, podem favorecer particularmente a legitimação de idéias e interesses por gerar um ambiente de obrigação moral, o que pode induzir a adesão da maioria dos atores do sistema internacional. Herz e Hoffmann (2004) também ressaltam que as OIGs que também têm como função principal a cooperação técnica, como a OMS, apresentam o maior grau de institucionalização. Para Abbott et al (2000), uma importante interferência dessas organizações em seus Estados-membros ocorre não tanto pelas ‘leis duras’ (*hard-law*), mas, principalmente, pelas ‘normas brandas’ (*soft-law*).

As *hard-laws*, continua o autor, são instrumentos jurídicos internacionais que impõem obrigações legais. Ao assinarem os acordos internacionais, afirmam Abbott et al (2000), os países se comprometem a cumprir e a implementar as ações em âmbito nacional, como ocorre, com o Protocolo de Kioto e a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. O autor defende que as *hard-laws* contribuem para a credibilidade dos acordos estabelecidos e para a redução dos custos nas transações do mercado, favorecendo, assim, a cooperação internacional. De modo complementar, afirmam Keohane e Nye (2001), as *soft law* podem reduzir as incertezas e aumentar a credibilidade dos compromissos internacionais, com a vantagem de ocasionarem menor restrição da soberania dos Estados-nação por não terem, em geral, um caráter de obrigatoriedade. Alves (2001), Herz e Hoffmann (2004) apontam, como exemplo de *soft law*, as resoluções e recomendações propostas pela OMS e por outras OIs, enfatizando que muitas dessas são incorporadas nas agendas e nas políticas públicas nacionais, mesmo sem serem obrigatórias.

Alves (2001) explica que as *soft laws* são também comumente elaboradas em decorrência da participação dos países em reuniões e conferências internacionais. Nessas ocasiões, afirmam Abbott et al (2000) freqüentemente se aprovam documentos e declarações, que, embora não gerem obrigações legais, produzem recomendações, objetivos e metas a serem alcançadas pelas políticas públicas de cada país, os quais se comprometem a atender a objetivos específicos, estabelecendo voluntariamente condicionantes à sua soberania e autonomia na formulação e execução de políticas públicas nacionais e externas.

Desse modo, verifica-se que, quanto mais difundida no sistema internacional a expectativa de que a maioria dos atores vai incorporar as idéias e interesses propostas pelas *hard law* ou *soft law*, maior será a probabilidade de que sejam respeitadas por um determinado agente. É nesse debate que se insere a criação, ascensão, mudança ou queda dos regimes internacionais, no qual Krasner (1982), Keohane e Nye (2001) apresentaram importantes contribuições.

Para Keohane e Nye (2001) os regimes internacionais ajudam a promover uma estrutura política dentro do processo econômico internacional em andamento, uma vez que os regimes contribuem para regular os comportamentos. A referência básica para a definição de regime internacional é a formulação de Stephen Krasner (1982), traduzida por Castro (2001, p. 25-26) como:

“(...) os regimes podem ser definidos como conjuntos de princípios, normas, regras, implícitos ou explícitos, e procedimentos de decisão em torno dos quais as expectativas dos atores convergem em uma dada área de relações internacionais. Princípios são crenças sobre fatos, causação ou retidão. Normas são padrões de comportamento definidos em termos de direitos e obrigações. Procedimentos de decisão são práticas predominantes para se fazerem e implementarem escolhas coletivas”.

Princípios e normas proporcionam as características básicas dos regimes. Mudanças de regras e de procedimentos para a formulação de decisões (*decision-making*) são caracterizadas como alterações dentro dos regimes. Por outro lado, alterações de princípios e normas consistem em uma modificação do próprio regime, o qual pode desaparecer ou se transformar em um novo regime (KRASNER, 1982).

De acordo como Krasner (1982), o desenvolvimento de regimes está relacionado predominantemente com dois fatores: o poder político e os interesses dos países, usualmente o econômico. Além desses, é válido ressaltar a importância nesse processo das idéias, hábitos e costumes, conhecimentos e valores internacionais - por exemplo, a soberania e o direito à propriedade privada, ambos já difundidos globalmente.

Krasner (1982) identifica, portanto, uma relação entre organizações internacionais, regimes e comportamentos adotados pelos países. Nesse sentido, Herz; Hoffmann (2004) acrescentam que a criação de regimes internacionais pode resultar no surgimento de organizações internacionais. Isso significa que, em alguns casos, elas emergem a partir das recomendações e expectativas comuns dos atores; e, uma vez criadas, essas OIs serão também agentes atuantes no desenvolvimento e manutenção dos regimes internacionais que impulsionaram sua criação. Krasner (1982) também destaca que os regimes são mais do que acordos temporários que se alteram com a mudança de poder ou de interesses, enfatizando que a proposta dos regimes é facilitar acordos entre os países, promovendo uma cooperação para além de uma busca ‘egoísta’ em defesa de interesses próprios. Os regimes internacionais, afirma Castro (2001), são específicos à uma área, abrangendo os diversos setores relacionados a ela.

À luz dessas perspectivas teóricas, a pesquisadora analisou o processo de formação da agenda de saúde global e a atuação dos atores internacionais no que se refere à CT&I/S. Discussão apresentada nos capítulos 2, 3 e 4. Em poucas palavras, a OMS e o *Global Forum for Health Research* surgem como fruto da expectativa dos atores. Essas organizações, por sua vez, atuam juntamente com outros agentes sociais (ex: Banco Mundial, Conselho de Pesquisa em Saúde para o Desenvolvimento, setor privado e os governos) no desenvolvimento do regime internacional de saúde e do sub-regime de CT&I em saúde, nos quais se inserem as agendas e as políticas públicas nacionais e internacionais relacionadas com essas questões.

Entretanto, esse processo não é linear, como explica Castro (2001). De fato, às vezes dois ou mais regimes apresentam interseções e, nessas áreas de sobreposição, podem incidir conflitos de interesses, o que pode requerer a criação de outros arranjos institucionais para facilitar a governança global.

Com base nesse raciocínio, pode-se inferir que um determinado regime internacional é composto por sub-regimes, os quais podem fazer parte também de outros regimes internacionais. Desse modo, pode-se compreender que a área de CT&I/S, por exemplo, é um sub-regime que faz parte do regime internacional de saúde, mas que também apresenta interseções com o regime internacional de propriedade intelectual, o qual sofre maior interferência de outros atores internacionais, tais como, a Organização Mundial do Comércio<sup>68</sup> e a Organização Mundial de Propriedade Intelectual<sup>69</sup>. Desse modo, os interesses de desenvolver a área de CT&I/S como um meio para reduzir as iniquidades em saúde pode ir de encontro, por exemplo, aos interesses do direito de propriedade intelectual. Será que a criação de um novo arranjo institucional, como um regime internacional de ciência, tecnologia e inovação, poderia facilitar a governança global em torno dessas questões? Fica a pergunta para os especialistas de relações internacionais aprofundarem essas reflexões em outros estudos.

Segundo Keohane e Nye (2001), os regimes internacionais definem os limites aceitáveis de comportamento sobre várias questões, ou seja, reconhecem os padrões de práticas e idéias que definem as ‘regras do jogo’. Neste ‘jogo’, afirma Krasner (1982), padrões de comportamento esperados pelos agentes refletem os interesses que tendem a conduzir a criação de regimes internacionais, e, uma vez gerados, os próprios regimes internacionais reforçam a manutenção desses padrões de comportamento. Apesar de os

---

<sup>68</sup> *World Trade Organization (WTO)*.

<sup>69</sup> *World Intellectual Property Organization (WIPO)*.

regimes não poderem impor comportamentos aos países, salientam Keohane e Nye (2001), os governos têm que aceitar restrições nas suas condutas domésticas e internacionais para que possam receber os potenciais benefícios dos regimes. Na verdade, os autores afirmam que os padrões de comportamento não conseguem se manter no sistema internacional sem a geração de um regime congruente que o sustente e o apóie.

Plataiu, Varella e Schleicher (2004) aplicam essa perspectiva institucionalista para analisar a gestão coletiva da crise ambiental no mundo. Identificaram que a abordagem organizacional e os regimes internacionais são perspectivas a serem consideradas para compreender a governança global. Para eles, as OIs atuam em suas áreas específicas, podendo influenciar a criação, ascensão ou modificação de regimes internacionais. A vigência desses, continuam os autores, define padrões de comportamento em áreas específicas, facilitando a acomodação de interesses que competem entre si e o estabelecimento de cooperação internacional, a qual contribui, por sua vez, para a governança global.

Apesar de os teóricos institucionalistas não desenvolverem com profundidade a discussão sobre a dimensão 'idéias', pode-se concluir a partir de suas reflexões que, para compreender o processo de governança global e a interação entre os ambientes nacional e externo, é preciso considerar a influência das instituições na difusão de idéias, uma vez que essas geram disputas ou negociações entre os atores em torno de interesses específicos.

A teoria construtivista, também conhecida como abordagem cognitiva e normativa (SUREL, 2000), avança a discussão sobre a relevância das idéias e do conhecimento dos atores para o processo de formação de agendas e de formulação de políticas públicas.

De acordo com Herz e Hoffmann (2004), o construtivismo busca interpretar e explicar a construção coletiva dos atores. Em outras palavras, como as identidades, racionalidade, símbolos, imagens, concepções, visões de mundo e preferências são construídos socialmente. Hall e Taylor (2003) ressaltam que as construções coletivas, no entanto, não podem ser transformadas de um dia para o outro pela simples ação individual.

A influência das instituições e interesses na determinação de padrões de comportamento também é considerada por essa abordagem (HERZ; HOFFMANN, 2004). Para os teóricos que seguem essa corrente da TRI, afirmam as autoras, as instituições podem modificar as opções disponíveis para os atores, o que pode transformar também suas idéias e interesses sobre uma determinada questão. Essa concepção, contudo, não limita o papel das instituições - por exemplo, as OIs e regimes internacionais - no constrangimento do comportamento dos atores como um meio para facilitar a cooperação, explicam as autoras.

Na verdade, prossegue Herz e Hoffmann (2004), essa abordagem confere atenção ao processo de formação de idéias e interesses, considerando o modo como se modificam ao longo do tempo, à relação entre essas dimensões e à maneira em que conquistam legitimidade. Segundo as autoras, os construtivistas defendem que as idéias devem ser consideradas de forma central nas análises sobre o funcionamento do sistema internacional. Essa visão também aborda os fatores que motivam os países a, guiados por normas e recomendações internacionais, aderirem a comportamentos, que atendam às expectativas de uma gama atores, argumentam as autoras. Nesse sentido, os estudos construtivistas complementam os institucionalistas na análise da constituição e funcionamento de regimes internacionais.

Rittberger (2002) enfatiza que os atores sociais se orientam por normas internalizadas durante processos de socialização em determinados sistemas de pactuação em âmbito internacional. Para os agentes internacionais, continua o autor, teriam importância dois sistemas sociais: o interno, onde as normas sociais domésticas condicionam o comportamento dos diversos atores; e o internacional, onde, por meio da formação de consensos, os agentes internacionais incorporam valores compartilhados entre países e originados de outras OIs e de países. Verifica-se, portanto, acrescentam Herz e Hoffmann (2004), que, para os construtivistas, as OIs têm papel fundamental na divulgação ou transformação de idéias e interesses, ao influenciar a definição de prioridades e preferências dos países e de outros atores.

Como os interesses e identidades são construídos socialmente, as OIs podem gerar um importante espaço de interação dos atores (RITTBERGER, 2002). Herz e Hoffmann (2004) afirmam que a compreensão do processo de argumentação, disputa e negociação entre os diferentes atores é essencial para entender a formação de agendas e políticas públicas no plano doméstico e internacional. Essa interação, continuam as autoras, é produtiva, pois pode promover a transformação no plano das idéias, interesses e instituições. As OIs são, freqüentemente, um fórum privilegiado para a realização desse processo de disputa, persuasão e formação de consensos, podem até ser os atores centrais que lideram esse processo, afirmam as autoras. Assim,

“(...) as OIs são uma arena em que normas e expectativas convergentes sobre o comportamento internacional são desenvolvidas. As OIs produzem e repassam normas, contribuindo assim para mudar as formas de interação no sistema internacional. (...) Na medida em que os Estados são tratados como entidades sociais embutidas em um sistema social internacional, eles podem ter seus interesses e identidades moldados por uma ação produzida no âmbito internacional, possivelmente pela atuação das organizações internacionais. As

políticas externas e domésticas dos Estados podem ser influenciadas por normas internacionais, muitas vezes produzidas e difundidas a partir das organizações internacionais” (HERZ; HOFFMANN, 2004, p.75,76).

Surel (2000) afirma que a abordagem construtivista é um prisma de análise relevante para analisar o plano das idéias e a possível formação de uma comunidade de política pública. Em seus estudos sobre análise de política no campo da educação, Dias e López (2006) também adotaram a dimensão ‘idéia’, à luz da perspectiva construtivista. As autoras concordam com Surel (2000), acrescentando que, para se compreender a formação de agendas governamentais e a formulação de políticas públicas, também é importante identificar as idéias defendidas como conhecimento especializado e, portanto, investidos de poder. Nessa perspectiva, elas enfatizam a relevância das comunidades epistêmicas na influência de idéias e interesses entre instituições, podendo atuar junto a atores nacionais e externos, bem como, na interação entre eles.

Procurando primordialmente elucidar os processos e os atores envolvidos na busca da coordenação internacional de políticas, afirma Faria (2003), Peter Haas (1992) aprofundou as reflexões teóricas sobre comunidade epistêmica, tornando-se a referência para esse debate, propondo a seguinte definição para comunidade epistêmica:

“(...) uma rede de profissionais com especialistas reconhecidos e competentes num domínio particular e com uma autoridade legitimada em termos de conhecimento politicamente relevantes associado àquele domínio ou área de conhecimento. (...) As comunidades epistêmicas são canais por meio dos quais novas idéias circulam da sociedade aos governos, assim como, de um país para outro país” (HAAS, 1992, p. 26, 27).

Outra característica importante que marca a comunidade epistêmica, continua o autor, é a necessidade de compartilhar idéias - normas, princípios, crenças e noções de validação - assim como, um interesse político comum. Com base nessa definição, Carvalheiro (1999) explica que os membros de uma comunidade epistêmica compartilham valores, conhecimentos, padrões de raciocínio e compromissos que orientam um projeto político comum.

A equação de Peter Haas, afirma Faria (2003) espelha como as comunidades epistêmicas constituem uma coalizão de sujeitos, podendo promover um dado regime, exercer poder e legitimar o estreitamento da relação entre política e conhecimento. As reflexões de Ernest Haas (1990) também podem contribuir para entender o uso do conhecimento e da

‘expertise’ como um recurso de poder. Ele defende que o domínio do conhecimento possibilita gerar uma relação de poder que pode favorecer, por sua vez, o privilégio de certas idéias, interesses e instituições em detrimento de outras no processo político, como por exemplo, na formação da agenda e na formulação de políticas públicas.

Carvalho (1999) destaca que a comunidade epistêmica não é composta exclusivamente de cientistas, o que a diferencia da comunidade científica propriamente dita, a qual tem suas posições paradigmáticas intersubjetivas que podem convergir ou não. Mesmo assim, Viola (2002) defende que a comunidade científica tem um papel estratégico no processo de formação de agendas e de formulação de políticas públicas. O autor afirma que, quando a maioria dos cientistas concorda no diagnóstico de um problema, eles se tornam atores estratégicos para chamar a atenção política do público em geral e dos tomadores de decisão para um determinado tema ou questão. A comunidade científica pode impulsionar, assim, a criação de comunidades de políticas públicas e até mesmo evoluir para a formação de comunidades epistêmicas.

Assemelhando-se mais a coletivos com um estilo de pensamento comum, a comunidade epistêmica, afirma Carvalho (1999), pode ser composta por profissionais de diferentes setores e instituições, por exemplo, cientistas, políticos, gestores, empresários, banqueiros, entre outros. Eles defendem uma questão fundamental, afirma o autor, o conhecimento como instrumento de formulação e implementação de políticas.

Faria (2003) afirma que diante da crescente incerteza técnica e complexidade dos problemas da agenda internacional, os atores estatais vêm reconhecendo a relevância das comunidades epistêmicas para auxiliar a reduzir incertezas e maximizar poder político e econômico. Segundo esse autor, as comunidades epistêmicas ajudam os Estados a identificar os seus interesses, ao enquadrar as questões no debate coletivo, apontando alternativas para negociações no plano nacional e externo, e ao propor políticas públicas específicas para determinadas questões. Faria (2003) sublinha, contudo, o fato de que o impacto das comunidades epistêmicas pode ser condicionado e limitado pelas estruturas de poder domésticas e internacionais.

Dias e López (2006) concordam com esse autor e enfatizam que a atuação das comunidades epistêmicas tem se intensificado, sobretudo, na formação de agendas e na formulação de políticas públicas para questões complexas, onde há uma gama de atores e interesses em jogo, por exemplo, no âmbito da saúde, meio-ambiente e educação. Essas circunstâncias tornam os gestores demandantes de um corpo de especialistas que os auxiliem no processo de tomada de decisão, afirmam as autoras.

Ball (1998) aplica esse conceito para analisar a influência dos atores no âmbito da educação. Para ele, a comunidade epistêmica é uma espécie de ‘laboratório político’ que influencia reformas em diferentes países. Uma das maneiras de exercer esse tipo de influência seria via organismos internacionais ou mesmo pela disseminação das idéias de teóricos e das experiências dos países, com o propósito de apoiá-las e difundi-las, internacionalmente, por meio de publicações, palestras, consultorias, conferências e outras formas de interação. Ele menciona também que a circulação de integrantes dessa comunidade pelo mundo e entre diferentes instituições também influencia o fluxo de idéias e interesses sobre determinado tema.

Para Dias e López (2006), os sujeitos que participam dessas comunidades se constituem como porta-vozes de certos esforços e ideais. Essas autoras analisaram as influências produzidas pela comunidade epistêmica internacional na formulação de políticas públicas no campo da educação. Em seus estudos, elas observaram a existência de uma ampla rede de influências que articulava diversos organismos internacionais. A partir de suas análises, elas identificaram a existência de uma comunidade epistêmica internacional no campo da educação composta, principalmente, pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco)<sup>70</sup>, Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), Banco Interamericano de Desenvolvimento e Banco Mundial. Esses organismos, em bloco, explicam as autoras, se constituem em organizações multilaterais que apresentam forte convergência em seus projetos no âmbito da educação, exercendo influência na formação de agendas e na formulação de políticas públicas nacionais e internacionais nesse campo.

Ainda de acordo com Dias e López (2006), as comunidades epistêmicas, normalmente, são formadas por atores internacionais, o que não exclui a sua atuação nos planos locais, bem como, a existência de comunidades epistêmicas nacionais que atuam predominantemente no ambiente doméstico. De fato, essa afirmação pode ser exemplificada no âmbito da saúde pública.

As reflexões de Carvalheiro (1999) sobre esse tema defendem que as comunidades epistêmicas internacionais apresentam um relevante papel no movimento da saúde global. Para ele, a ação dos organismos internacionais, como OMS, OPAS e Banco Mundial, nas agendas e políticas públicas domésticas e externas decorre da formação de uma comunidade epistêmica internacional de saúde. Dias e López (2006) acrescentam que as publicações

---

<sup>70</sup> *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.*

científicas e os relatórios desses atores são importantes veículos de comunicação que promovem a circulação de idéias e interesses acerca de um determinado objeto de política, como o fomento científico e tecnológico em saúde. Isso possibilita que ideologias, paradigmas, concepções, preferências e valores específicos ‘gravitem’ entre diferentes instituições, podendo facilitar o estabelecimento de canais de comunicação entre os planos doméstico e externo, explicam as autoras.

Em seus estudos sobre formação de agendas e inovações institucionais, Menicucci e Brasil (2006) constataram que no Brasil há uma comunidade epistêmica nacional de saúde voltada para a reforma sanitária. As autoras mencionam as iniciativas do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) na década de 1970, como fundamentais para a criação dessa comunidade epistêmica. O compartilhamento de ideais, paradigmas, ideologias e interesses, explicam as autoras, resultou em uma forte coalizão política em torno de um novo projeto sanitário nacional, o SUS, que conseguiu ser inserido na agenda governamental, tornando-se uma política de Estado a partir de 1988.

Ball (1998) sintetiza essas reflexões teóricas afirmando que, em um contexto marcado pela produção e circulação de idéias e interesses por diferentes sujeitos, grupos sociais e instituições, a ação das comunidades epistêmicas se destaca nesse cenário, por atuarem junto a comunidades de políticas públicas, redes sociais e políticas. Carvalheiro (1999, p.10) concorda, afirmando que “(...) parece ser consenso internacional que estamos sendo dirigidos de fato por uma determinada comunidade epistêmica”.

Antes de avançar a discussão sobre as outras abordagens da TRI, parece relevante destacar a distinção de alguns conceitos básicos que serão aplicados no decorrer desta dissertação. Em outras palavras, qual a diferença entre redes de políticas públicas, comunidades de políticas públicas e comunidade epistêmica?

Com base nos estudos de Börzel (1997), Faria (2003, p.26) apresenta a seguinte definição para redes de política (*policy network*) :

“Um conjunto de relações relativamente estáveis, que são interdependentes e não hierárquicas, ligando entre si uma variedade de atores que compartilham interesses comuns acerca de uma política pública e que intercambiam recursos na busca da consecução desses interesses compartilhados, reconhecendo que a cooperação é a melhor maneira de se atingir os objetivos comuns”.

Carvalho et al (2005) aprofundam o exame desse conceito. Eles salientam que no âmbito do Estado, do mercado e da sociedade civil existem setores e sub-setores que interagem nos processos de formulação e de implementação de políticas públicas, podendo formar redes de políticas públicas institucionalizadas. A noção de rede, continuam os autores, está associada, portanto, ao movimento dialético entre o Estado, o mercado e a sociedade civil, os quais podem interagir, quando interessados por um mesmo objeto de política, a fim de inserir um determinado tema na agenda governamental. Desse modo, as redes de políticas públicas podem ser formadas a partir da interação entre comunidades de políticas públicas e comunidades epistêmicas (nacionais e internacionais), afirmam os autores.

De acordo com esses autores, as comunidades de políticas públicas são grupos constituídos por diferentes atores - como pesquisadores e gestores, por exemplo - que possuem um interesse direto ou indireto por um mesmo objeto de política específico - por exemplo, a ciência, tecnologia e inovação em saúde. Para Dowding (1995, p.138), essas comunidades de políticas se caracterizam por apresentar “(...) uma cultura e um entendimento comuns sobre a natureza dos problemas e do processo decisório dentro de um domínio de política pública”.

Dias e López (2006), entretanto, afirmam que os atores que circulam essas comunidades nem sempre têm em comum valores ou um escopo ideológico e partidário. Entretanto, os interesses deles, continuam as autoras, podem convergir em um determinado objeto de política e divergir em outros aspectos. Segundo Carvalho et al (2005), os integrantes dessa comunidade se conhecem e instituem entre si formas de colaboração para poder obter ganhos ao redor dos interesses que defendem. Segundo Rua (1998), quanto mais integradas<sup>71</sup> forem as comunidades de políticas públicas menor é a probabilidade de instabilidade do objeto de política na agenda governamental e de fragmentação da política formulada para uma dada questão.

Diante dessas reflexões, pode-se inferir que as comunidades de políticas conseguem identificar problemas, criar e defender alternativas e solução políticas para questões específicas a partir de um projeto político comum, mesmo que suas instituições, idéias, estratégias e prioridades sejam diferentes.

---

<sup>71</sup> Martins (2004) explica que essa integração é estabelecida na medida em que os atores, na qualidade de membros de uma ou várias comunidades de políticas públicas, comunidades epistêmicas ou redes de políticas públicas, compartilham valores, crenças, concepções e opiniões sobre questões relativas a um dado objeto de política pública. Segundo ele, esses atores podem ser indivíduos, representantes do setor privado ou público e de organizações nacionais ou internacionais, as quais podem ser governamentais ou não-governamentais.

Carvalho et al (2005) salientam que as comunidades de políticas públicas, entretanto, não são necessariamente organizadas em redes, mesmo que algumas possam existir. Desse modo, é preciso distinguir as ‘redes de políticas públicas’ compostas por membros de uma ou várias comunidades de políticas públicas que se interagem na disputa por idéias e interesses referentes a um objeto específico de políticas públicas.

Esses autores também destacam que os integrantes das comunidades de políticas públicas, podem, ao mesmo tempo, fazer parte de comunidades epistêmicas e de redes de políticas públicas. Além disso, seguem os autores, quando as comunidades de políticas passam a compartilhar idéias e interesses políticos, formando uma rede institucionalizada composta por especialistas reconhecidos e competentes em uma área particular, podem se tornar verdadeiras comunidades epistêmicas.

Como exemplo da aplicação desses conceitos no âmbito da saúde, Menicucci e Brasil (2006), em seus estudos sobre a reforma sanitária brasileira, constataram a articulação de diferentes atores, principalmente a partir da década de 1970, sob a liderança do Cebes e da Abrasco. Aos poucos foram constituídas comunidades nacionais de políticas públicas para os diversos temas de interesse à saúde - por exemplo, vigilância epidemiológica, saúde da mulher, dentre outros - de abrangência nos diversos níveis - nacional, estadual e municipal. O fortalecimento dessas comunidades foi acompanhado de um aumento na interação entre elas, resultando na formação de uma comunidade epistêmica de abrangência nacional, que ao interagir com outras comunidades de políticas públicas, principalmente da área social, evoluiu para a formação de uma rede de políticas públicas sociais<sup>72</sup>, cujos interesses convergiam para um mesmo projeto sanitário nacional, o SUS. Por meio de diferentes processos e estratégias, essa rede conseguiu inserir o SUS na agenda governamental, promovendo a reforma política no setor saúde. As autoras enfatizam que esse esforço também obteve êxito graças a um contexto histórico-político favorável, ou seja, período de abertura política e de redemocratização do Brasil na década de 1980.

Com base no referencial teórico exposto, a presente dissertação aplicou o quadro analítico de Peter Hall (1997), buscando abordar as três dimensões de modo combinado - idéias, interesses e instituições, predominantemente, sob o prisma do institucionalismo e construtivismo. As outras escolas da TRI - liberal e marxista - foram adotadas como referência para ajudar na identificação, argumentação e reflexão das questões determinantes

---

<sup>72</sup> O termo ‘políticas de saúde’ no plural faz referência à política nacional ou internacional de saúde e suas respectivas políticas públicas setoriais, como, por exemplo, a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde.

para as iniquidades mundiais no campo da CT&I/S ('10/90 *gap*'), como será discutido no capítulo 4.

Desse modo, a abordagem marxista apresenta reflexões sobre a assimetria entre países desenvolvidos e em desenvolvimento e a relação de dependência entre eles. Por outro lado, a abordagem liberal da TRI foi adotada no presente estudo, porque, na medida em que considera a existência de relações de poder e a intensa circulação de informação, bens, conhecimentos, tecnologias, idéias e interesses pelas instituições no sistema internacional, ajuda a entender a dimensão científico-tecnológica da globalização.

Para os liberais, afirmam Herz e Hoffmann (2004), a realidade da política internacional é análoga à realidade do mercado, na qual os atores buscam maximizar o acúmulo de capital em um contexto competitivo. Essa perspectiva também enfatiza o papel crucial das instituições para facilitar a cooperação. De acordo com as autoras, a concepção liberal defende que as instituições são capazes de corrigir problemas gerados por informações incompletas e altos custos de transações no mercado, bem como, diminuir o grau de incerteza ao buscar abordar de modo articulado diferentes questões.

Castro (2001) afirma que os teóricos dessa corrente enfatizam que o sucesso em lidar com os temas da agenda política internacional passa a depender cada vez mais da habilidade dos países em administrá-los diante de um sistema repleto de instituições, idéias e interesses que afetam o comportamento dos países e oferecem critérios formais para as decisões a serem tomadas. Para eles, prossegue o autor, é necessário qualificar os políticos e gestores para administrar efetivamente essas questões.

Finalmente, a visão Marxista da TRI destaca como uma das afirmações centrais de suas formulações a existência de uma nefasta hierarquia entre países<sup>73</sup> e entre classes sociais estabelecida mediante a dominação e a exploração exercida por grupos econômicos poderosos - que se instrumentalizam por meio da atuação das empresas transnacionais e usam o aparato político dos Estados - sobre grupos mais fracos e dominados (CASTRO, 2001).

As concepções de Marx e Gramsci sobre a luta de classes, a expansão do capitalismo e a exploração como meio de apropriação do capital trouxeram as mais importantes reflexões para essa escola, continua o autor. Essa abordagem da TRI, portanto, considera que as

---

<sup>73</sup> A hierarquia entre países se caracteriza pela existência de duas posições estruturais na economia mundial contemporânea: o centro e a periferia, correspondendo a dois grupos de países. Os países centrais formam o estrato superior da hierarquia de dominação para a apropriação do excedente, exercendo certo tipo de controle econômico, intelectual, tecnológico ou físico sobre os países periféricos, que constituem o estrato inferior (CASTRO, 2001). Desse modo, o presente estudo parte da premissa de que há assimetrias e hierarquia no sistema internacional, resultando na divisão do globo em dois grupos de países, que foram qualificados ao longo do texto como os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento.

instituições internas dos países mais pobres e as práticas de cooperação internacional, por meio das quais eles se relacionam com os países mais ricos, podem gerar um padrão de desenvolvimento ‘dependente’<sup>74</sup>, ao contrário da colaboração, benefício mútuo, autonomia e emancipação (CASTRO, 2001). Por conseguinte, esse cenário pode perpetuar as assimetrias presentes no sistema internacional. Essa dependência, no entanto, afirma o autor, pode não ser simplesmente um ‘fator externo’ com conseqüências internas historicamente inexoráveis, sendo possível e desejável a mudança da estrutura doméstica dos países em desenvolvimento e o enfrentamento dos desequilíbrios e iniquidades presentes na estrutura internacional como único caminho para a superação da dependência.

Para o presente estudo, a maior contribuição dessa visão reside na consideração dessa assimetria entre os países em desenvolvimento e os desenvolvidos e na identificação de interesses, idéias e instituições presentes nos processos de formação de consenso, no que se refere ao estabelecimento ou não de relações de dependência e de dominação. Trabalhos inspirados no pensador marxista italiano Antonio Gramsci têm contribuído para essa análise.

Gramsci afirma que a idéia de que a dominação de uma classe sobre outra ou entre países não se realiza apenas pela coerção, mas pode ser conseguida também pelo consentimento (BOTTMORE, 1988). Para ele, a ideologia legitima o poder, construindo uma hegemonia ou contra-hegemonia. Gramsci afirma que a hegemonia pode ser estabelecida no momento da formação do consenso (CARNOY, 1988).

De acordo com Castro (2001), os neo-gramscianos, como Robert Cox, se baseiam nas reflexões de Gramsci sobre hegemonia para analisar os fenômenos relativos à cooperação internacional e sua evolução contemporânea. Um dos argumentos centrais deles, segue o autor, é que a dominação entre grupos, que estrutura a ordem internacional e sustenta a expansão global do sistema produtivo capitalista, depende da atuação da sociedade civil global, de redes formais e informais, de instituições e práticas culturais que propagam ideologias geradoras do consentimento por parte dos dominados.

Isso significa que tanto as lutas de classes que ocorrem internamente, quanto os embates que ocorrem entre os países no sistema internacional, podem ter como base os interesses privados. Esses conflitos visam à obtenção da direção político-ideológica e do consenso sobre uma determinada questão (CARNOY, 1988). A concepção de Gramsci

---

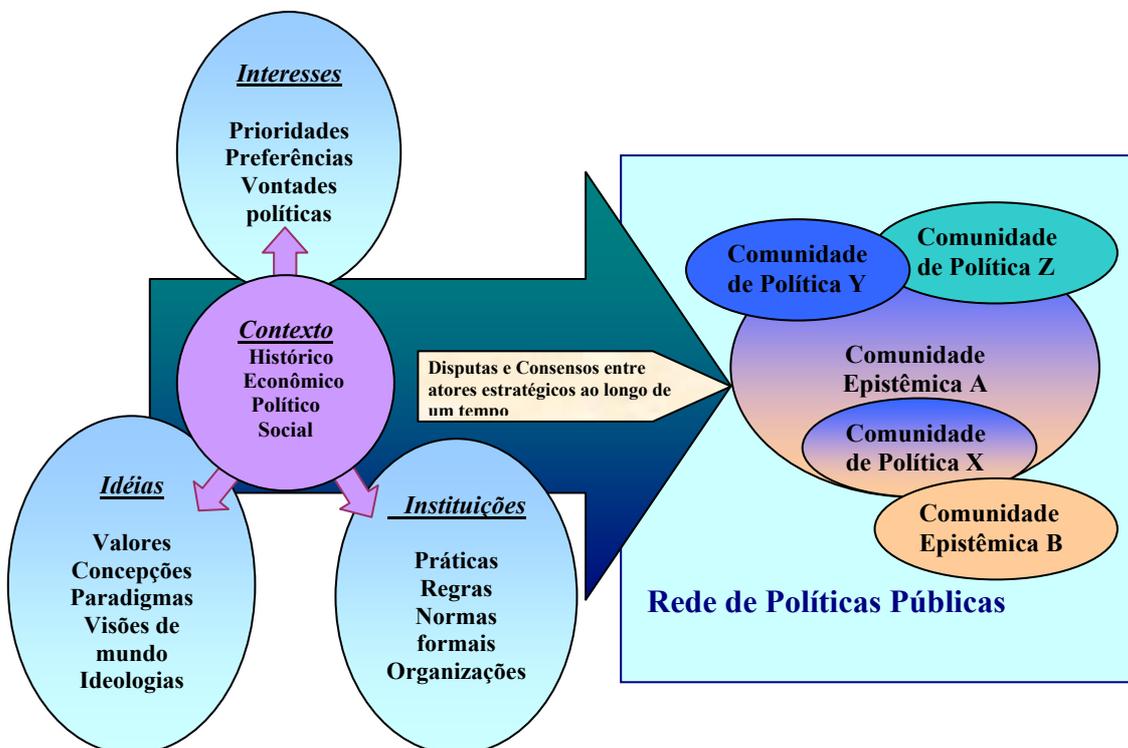
<sup>74</sup> Segundo Castro (2001), a dependência é uma situação condicionante mediante a qual certo grupo de países tem a própria economia condicionada pelo desenvolvimento e expansão da economia de outros países. Isso pode conduzir os países dependentes à condição de atrasados e explorados em relação aos dominantes. Estes últimos, enfatiza o autor, dispõem do domínio científico, tecnológico, comercial, financeiro e sócio-político que lhes permite impor condições de exploração e extração de excedentes produzidos internamente nos países mais atrasados.

possibilita, portanto, analisar as políticas sociais a partir do confronto de forças políticas, tanto no plano das idéias quanto de interesses, que ocorrem entre as instituições na esfera nacional e internacional.

Nessa perspectiva, as abordagens da TRI mencionadas acima, respeitadas as limitações de cada uma, foram adotadas ao longo da dissertação como prismas complementares que facilitaram a identificação e análise dos três 'I' de Hall (1997) - idéias, interesses e instituições, no que se refere ao fomento científico e tecnológico em saúde. De modo complementar, foi utilizado o conceito proposto por John Kingdon (1995) para complementar a análise sobre o processo de interação entre os planos doméstico e internacional durante o processo de inserção da CT&I/S na agenda da autoridade sanitária nacional e a formulação de uma política pública setorial para essa área. Desse modo, a próxima seção apresenta as abordagens teóricas sobre a análise de políticas públicas, contemplando as perspectivas de Kingdon.

Para sistematizar a discussão desenvolvida, a figura 1 esquematiza a inter-relação entre os principais conceitos apresentados.

**Figura 1 - Interação dos três 'I' de análise de políticas públicas no processo de formação de uma rede de políticas públicas.**



## II. Formação da agenda governamental e formulação de políticas públicas

O ciclo de uma política pública é composto por quatro fases: formação da agenda, formulação da política pública, implementação e avaliação (RUA,1998). Para Dagnino et al (2002), essas fases são escopo dos estudos de análise de política pública, cujos principais objetivos consistem em descobrir o que os governos fazem, porque fazem e que diferença isto faz. Em outras palavras explicam os autores, essa área do conhecimento busca identificar e explicar as causas e conseqüências da ação do governo, enfatizando o processo de formulação de políticas públicas. Nessa perspectiva, esses autores destacam a necessidade de abordar os contextos histórico, político, econômico e/ou social nos quais se inserem os objetos de estudo. Desse modo, verifica-se a importância de se considerar a dinamicidade da política, pois como afirma Draibe (2001, p. 12):

“(...) as políticas ou os programas têm vida. Nascem, crescem, transformam-se, reformam-se. Eventualmente estagnam, às vezes morrem. São decididas e elaboradas por pessoas, dirigem-se às pessoas ou ao seu habitat, são gerenciadas e implementadas por pessoas e, quando isso ocorre, são avaliadas também por pessoas. Ora, as pessoas ou os grupos de pessoas que animam as políticas, fazem-no segundo seus valores, seus interesses, suas opções, suas perspectivas. Que não são consensuais nem muito menos unânimes, como sabemos. Ao contrário, o campo onde florescem as políticas e programas pode ser pensado como um campo de força, de embates, conflitos, que se sucedem e se ‘resolvem’ ao longo do tempo”.

Embora os processos do ciclo de políticas públicas sejam interdependentes, Carvalho et al (2005) afirmam que, em uma concepção mais delimitada das etapas de uma política, distinguem-se pelo menos dois momentos específicos que antecedem a fase de implementação, a saber: a formação da agenda e a formulação da política pública. Etapas abordadas na análise do objeto da presente dissertação, a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde.

Ainda segundo Carvalho et al (2005), para que seja formulada uma política pública para uma determinada questão, é necessário inicialmente incluí-la na agenda governamental. Desse modo, eles denominam a formação da agenda como um momento pré-decisional, caracterizado pelo confronto de idéias e interesses em busca da identificação e seleção de alternativas e soluções políticas. Teoricamente, a fase pré-decisional compreende primeiro a formação da agenda pública, isto é, a introdução de um dado tema na agenda social para

depois ser inserido na governamental. Esse movimento, eles explicam, implica a produção e o confronto de alternativas por parte de diferentes grupos de atores; os processos de ‘filtragem institucional’ e de apropriação de idéias e interesses por parte dos agentes nacionais, segundo o legado ou tradições políticas do país; e a influência de atores internacionais.

Menicucci e Brasil (2006) acrescentam que a incorporação de um problema na agenda governamental é um momento privilegiado do debate, que resulta do movimento dialético de divergências e consensos de opinião, normas, interesses, percepções e juízos cognitivos que permeiam a opinião pública ou pelo menos os grupos e atores sociais que atuam diretamente durante o processo de formação da agenda.

Posteriormente a esse momento, afirmam Carvalho et al (2005), inicia-se a fase decisional. Segundo esses autores, corresponde à etapa de formulação da política pública, quando atores estratégicos se mobilizam para elaborar propostas de política propriamente dita. Isso requer a escolha de princípios, diretrizes e estratégias para orientar as ações; a definição de metas e de objetivos a serem alcançados; o estabelecimento da abrangência das atividades e dos recursos humanos e financeiros necessários para assegurar a implementação da política pública em questão. Em outras palavras, trata-se do momento de definição do escopo da política pública.

Faria (2003) indica a aplicação do modelo proposto por John Kingdon para analisar os processos de formação da agenda governamental e de formulação de políticas públicas. Segundo Menicucci e Brasil (2006), Kingdon, em seus estudos, buscou explicar por que determinados temas se inseriam na agenda governamental; enquanto outros eram negligenciados, assim como, entender por que algumas alternativas e soluções políticas eram consideradas em detrimento de outras.

Nesse sentido, continuam as autoras, Kingdon (1995) elaborou o modelo conhecido por correntes ou dimensões múltiplas (*multiple streams*), identificando três processos interdependentes que possibilitam a inserção de um tema na agenda governamental, a saber: o problema (*problems stream*) que consiste na definição de uma questão específica; a política, correspondendo ao processo político (*political stream*); e as políticas, ou seja, a proposição de alternativas e soluções políticas para o tema em debate (*policy stream*). Quanto mais articuladas estiverem essas dimensões, afirmam as autoras, maior será a probabilidade de um dado tema ser incorporado à agenda decisória. Isso depende em grande parte, afirma Kingdon (1995), da mobilização dos atores e da capacidade de, no momento certo, aproveitar as ‘janelas de oportunidade de política’ (*policy window*) que surgem devido a determinados

eventos<sup>75</sup>, os quais ocorrem tanto na fase de definição de problemas, quanto durante o processo de político. Em outras palavras, explica Faria (2003), a adesão dos atores a uma dada alternativa política pode depender da ocorrência simultânea de determinados eventos, que geram oportunidades para chamar a atenção política para um tema específico, e da atuação de certos atores que assumem um comportamento estratégico para defender e fazer prevalecer suas idéias e interesses nos processo de negociação.

Kingdon (1995) destaca que a ação dos atores está presente nos três *streams*. Eles investem seus recursos e poderes - econômico, político e de conhecimento - para favorecer os objetos de políticas públicas que defendem (MENICUCCI; BRASIL, 2006). Os atores sociais têm suas concepções e prioridades em torno de um dado problema formuladas de acordo com a imagem da realidade sobre a qual eles querem intervir, afirmam as autoras. Desse modo, suas idéias e interesses se tornam o referencial para a formulação de uma política pública. Processo no qual são definidas as alternativas e soluções políticas e as propostas de ação para um determinado tema que já está inserido na agenda governamental, explicam as autoras.

Segundo Phil Cerny (2001), os principais atores que atuam no processo de formação de agendas nacionais e internacionais formam uma imagem de um ‘pentágono de ouro’, no qual se inserem políticos, burocratas e grupos de interesse<sup>76</sup> - o conhecido ‘triângulos de ferro’ das Ciências Políticas - juntamente com as organizações internacionais e os atores internacionais privados - quarto e quinto vértices do pentágono, respectivamente.

Kingdon (1995) explica que os atores envolvidos nos processos de formação da agenda e de formulação de políticas públicas podem ser participantes visíveis ou ocultos. Carvalho et al (2005) acrescentam que os atores visíveis são aqueles que recebem uma pressão considerável e são foco da atenção pública, entre eles destacam-se: o Presidente da República, funcionários do alto escalão dos poderes executivo, legislativo e judiciário, membros do Congresso Nacional, meios de comunicação, partidos políticos e diretores de campanhas eleitorais. Por outro lado, prosseguem os autores, os agentes ocultos, normalmente, são os grupos nacionais ou externos formados por acadêmicos, ONGs, fóruns e analistas. Seus trabalhos se expressam na elaboração e negociação de propostas com os atores visíveis. Normalmente, as alternativas políticas dos agentes ocultos são colocadas em discussão por meio da circulação de artigos científicos, relatórios, projetos de lei e propostas de texto para uma determinada política pública (CARVALHO et al, 2005).

---

<sup>75</sup> Mobilizações políticas internacionais e/ou nacionais, conferências, mudanças de gestão, eleições e crises são exemplos de eventos que podem gerar ‘janelas de oportunidade de política’ (KINGDON, 1995).

<sup>76</sup> Dentre os atores que compõem os grupos de interesse se incluem grupos de *advocacy*, comunidades de políticas públicas, comunidades epistêmicas e redes de políticas públicas (FARIA, 2003).

De acordo com Kingdon (1995), a ação dos atores pode se limitar a alguma dimensão (*streams*) ou estar presente em todas. Para ele, um tema ou proposta pode entrar na agenda política se for reconhecido como um problema importante, ao compará-lo com outros ou com a realidade de outros países. Os atores sociais reconhecem os problemas, produzem propostas de reformulação das políticas públicas e se engajam em atividades políticas, tais como campanhas eleitorais, militância de grupos de pressão e formação de coalizões políticas e de *advocacy*, afirmam Carvalho et al (2005). Quando uma dada demanda ou situação consegue se inserir no debate das autoridades públicas, pode-se transformar uma questão específica em um problema político que, ao ser compreendido como prioridade, pode, por sua vez, entrar na agenda governamental (KINGDON, 1995). Para Carvalho et al (2005), o reconhecimento de problemas em uma determinada área é um momento crítico para o estabelecimento da agenda. Além disso, os autores afirmam que as possibilidades de se formular uma política pública específica para um tema se fortalecem notadamente, quando os atores conseguem incluí-lo na agenda governamental.

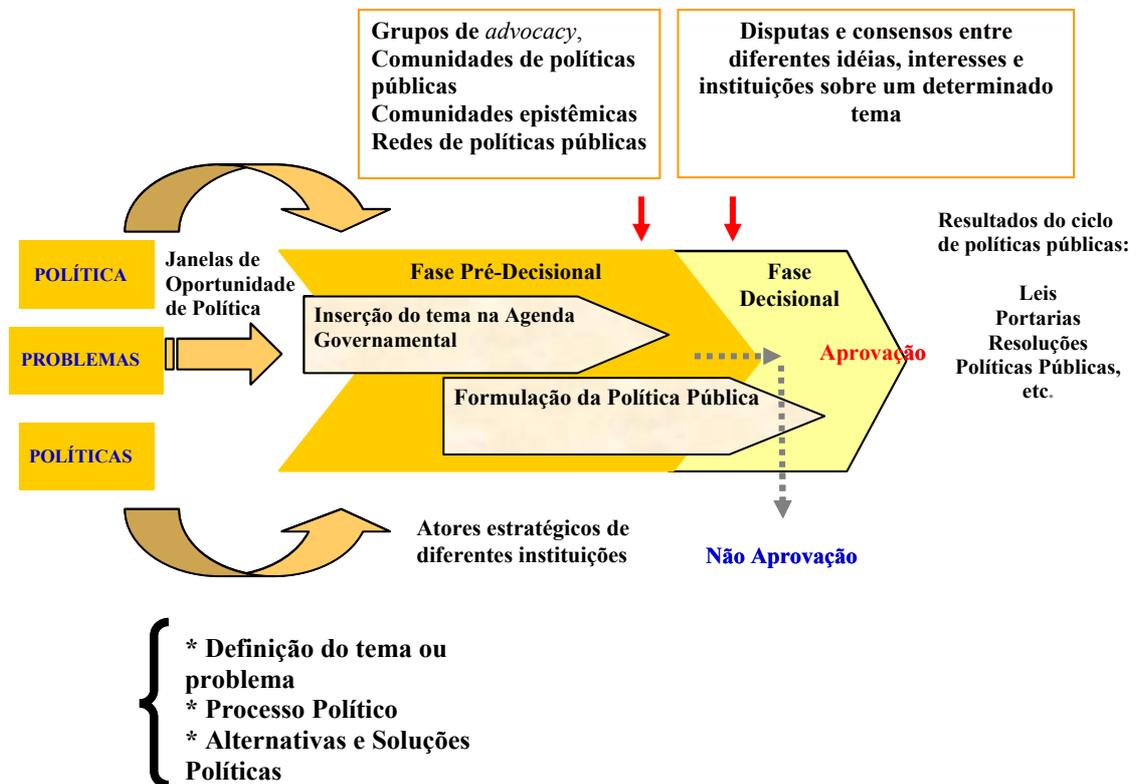
O segundo *stream*, o processo político, corresponde à atividade política propriamente dita. Independentemente do reconhecimento de problemas ou do desenvolvimento de propostas de política, afirmam Carvalho et al (2005), os eventos políticos fluem de acordo com uma dinâmica e regras próprias. Os atores percebem mudanças no ambiente político nacional, formam coalizões políticas e tentam impor suas demandas ao governo no ‘jogo’ de disputa de idéias e interesses, explicam os autores. Nesse processo, Kingdon (1995) salienta que os tomadores de decisão podem considerar o apoio nacional e internacional; a viabilidade técnica; a congruência com os valores da sociedade; as limitações orçamentárias; a aceitabilidade pública; e a receptividade dos políticos, como critérios de escolha para selecionar um tema e suas respectivas alternativas e soluções políticas como prioridade. Desse modo, o autor argumenta que, quanto mais sólida for a articulação política entre os atores, envolvendo diversos segmentos da sociedade, maior a probabilidade de se formar uma agenda forte e legitimada para um determinado tema ou questão.

O último *stream*, as políticas, consiste na formação de alternativas e de soluções políticas (CARVALHO et al, 2005). Trata-se de uma ‘onda’ de políticas, afirmam os autores, em que muitas idéias surgem e se confrontam umas com as outras, propondo novas combinações e recombinações, gerando novas idéias em torno das quais ocorre a disputa e negociação dos interesses durante a formação da proposta de política pública propriamente dita. Faria (2003) afirma que os atores normalmente, utilizam o poder - econômico, político e

do conhecimento - e a equidade<sup>77</sup> como critérios para orientar a formulação de propostas de alternativas e soluções políticas.

É importante também enfatizar que o processo de formação de consensos desenvolvido nos três *streams* pode ocorrer por meio de *lobby*, uso da razão, barganha<sup>78</sup> e coerção, bem como, mediante o uso do conhecimento e da ‘expertise’ para instrumentalizar a argumentação e contribuir no processo persuasão (FARIA, 2003). A figura 2 abaixo esquematiza o modelo de Kingdon, facilitando a visualização das três dimensões - o problema, a política e as políticas.

**Figura 2 - Sistematização do modelo de John Kingdon sobre os processos de formação da agenda governamental e de formulação de políticas públicas.**



Fonte: adaptação de Carvalho et al (2005).

<sup>77</sup> A equidade é a base ética que deve guiar o processo decisório da alocação de recursos. A igualdade é a consequência desejada da equidade, sendo esta o ponto de partida para aquela. Isso significa que é a partir do reconhecimento das diferenças e das necessidades diversas dos sujeitos sociais que se pode alcançar a igualdade (GARRAFA; OSELKA; DINIZ, 1997).

<sup>78</sup> A barganha é uma modalidade de negociação baseada em questões distribucionais, nas quais a criação de valores compartilhados não é relevante. A vantagem da barganha é a possibilidade de compensação entre os atores (MARTINS, 2004).

Weir (1994), entretanto, critica o modelo de Kingdon por ser a-histórico. Como alternativa, a presente dissertação adotou de modo complementar os três 'I' de análise de políticas públicas, que consideram a temporalidade nos processos de formação da agenda e de formulação de políticas públicas.

Faria (2003) também menciona como limitação da proposta de Kingdon o fato de não aprofundar a discussão sobre coalizões políticas e uso do conhecimento como um instrumento de exercício de poder, mesmo considerando relevantes essas questões. Desse modo, Faria (2003) sugere que, ao adotar o modelo *multiple stream*, o analista acrescente algumas reflexões teóricas de Paul Sabatier (1988) desenvolvidas em seus estudos sobre *advocacy coalitions* (coalizões promotoras ou coalizões de *advocacy*), assim como, de Peter Haas (1992) sobre comunidades epistêmicas.

Os argumentos de Faria (2003) defendem que a perspectiva das coalizões de *advocacy* favorece a identificação e análise das ações e interações que ocorre no interior dos e entre os distintos grupos de *advocacy*, que compartilham um conjunto de pensamentos e posicionamentos políticos (*policy beliefs*) e que atuam em uma área setorial específica - por exemplo, a ciência, tecnologia e inovação em saúde. Esses grupos podem ser formados por atores domésticos e/ou internacionais, que representam o Estado, o mercado e/ou a sociedade civil.

Em síntese, associando ao modelo de John Kingdon as contribuições de Peter Hall, de Paul Sabatier e de Peter Haas, presume-se neste estudo que a formação da agenda governamental e a formulação de políticas públicas resultam dos seguintes processos, como afirmam Menicucci e Brasil (2006):

- problematização de questões a partir da ação dos atores sociais e sua conversão em idéias e interesses em torno de determinados projetos sócio-políticos;
- interação entre grupos de *advocacy*, formando coalizões de *advocacy*.
- ação de um conjunto de atores com idéias reformadoras, que podem formar comunidades de políticas públicas. Algumas dessas podem se transformar em comunidades epistêmicas e constituir, a partir da interação entre essas comunidades, uma rede de políticas públicas interessada por um determinado objeto de política pública;
- surgimento de 'janelas de oportunidade de política' favoráveis para que coalizões de *advocacy*, atores estratégicos, comunidades de políticas públicas, comunidades epistêmicas e redes de políticas públicas defendam suas idéias e interesses;

- mudanças no contexto macropolítico que podem gerar ‘janelas de oportunidade de política’;
- disputas e consensos entre as diversas idéias e interesses de diferentes instituições durante a definição do escopo, das alternativas e das soluções para a política pública em questão.

Com base nessas reflexões teóricas, a presente dissertação adotou o modelo de Kingdon e o quadro analítico de Peter Hall de modo complementar para analisar o processo de formação da agenda nacional e internacional e a formulação de políticas públicas no ambiente doméstico. Considerou-se, também, a interação entre os planos interno e externo, para que se possa compreender a influência de atores e agendas internacionais no ambiente nacional com relação ao um dado objeto de política. Nessa perspectiva, o próximo capítulo inicia esse exercício, ao abordar o processo de formação da agenda internacional de saúde, considerando os principais atores e as perspectivas para a CT&I/S no debate do movimento da saúde global.

## Capítulo 2 - Saúde Global como um Campo de Investigação e de Intervenção: perspectivas para a ciência, tecnologia e inovação em saúde

Antes de descrever e analisar o problema, os atores e o processo político que contribuíram para a inserção da investigação na agenda internacional de saúde, é fundamental apresentar alguns conceitos e abordagens da área de Saúde Global. Apesar de não haver um consenso sobre a diferença entre os termos ‘saúde internacional’ e ‘saúde global’, Brown, Cueto e Fee (2006) defendem a distinção desses conceitos.

Para eles, saúde internacional era um termo usado com considerável frequência desde o final do século XIX e referia-se, especialmente, ao controle de epidemias e endemias<sup>79</sup> que ultrapassavam as fronteiras entre nações, demandando, assim, intervenções, de modo, ‘internacionais’. Apesar de a palavra ‘global’ ser empregada no campo da saúde a partir de 1950, como no ‘Programa de Erradicação Global da Malária’ da OMS, seu uso era esporádico e geralmente limitado a declarações, programas e documentos oficiais, afirmam os autores.

De fato, o termo ‘saúde global’ ganha força a partir da década de 1990, passando a indicar um conjunto de demandas e necessidades de saúde da população mundial, acima dos interesses de nações em particular. A ele se associam também a idéia de uma crescente importância de atores para além das organizações intergovernamentais, como, por exemplo, a mídia, ONGs, fundações internacionais, corporações transnacionais (BROWN; CUETO; FEE, 2006). Logicamente, os termos ‘internacional’, ‘intergovernamental’ e ‘global’ não são mutuamente excludentes e podem ser entendidos como complementares, afirmam esses autores. A aplicação desses termos poderia ser exemplificada da seguinte forma: a OMS é uma agência intergovernamental que catalisa e legitima a formação da agenda internacional de saúde, com o objetivo de melhorar a saúde global. Com base nas reflexões de Brown, Cueto e Fee (2006), esta dissertação adota de modo distinto os conceitos apresentados.

Conforme Gravel e Lamarche (1992), a ampliação das concepções sobre saúde global é fundamental, uma vez que o setor saúde também se insere na nova ordem mundial, interferindo, mas, ao mesmo tempo, sofrendo os efeitos da globalização. Para Hochman (1998), no âmbito da saúde, o fenômeno da ‘interdependência complexa’ é facilmente percebido quando os aspectos sanitários<sup>80</sup> de um determinado local produzem efeitos externos - negativos ou positivos - em outras localidades, independentemente de qualquer ação ou

---

<sup>79</sup> A endemia consiste na ocorrência de um determinado fenômeno, doença ou agravo em uma frequência constante, teoricamente esperada em uma determinada localidade e sazonalidade (PEREIRA, M., 1995).

<sup>80</sup> Entende-se por aspectos sanitários as questões relevantes à saúde pública.

desígnio destas. Caso essas externalidades sejam negativas, continua o autor, existe uma probabilidade de ocorrerem prejuízos nos aspectos econômicos, políticos e sociais da comunidade internacional.

Nessa lógica, conclui Hochman (1998), a saúde global estabelece um elo de interdependência social, política e econômica, na qual a concentração de conhecimentos e tecnologias em saúde; a bioinvasão por armas biológicas; e o fluxo de pessoas e animais portadores de certos microrganismos ou enfermidades podem ser considerados ameaças à saúde da população mundial.

Desse modo, afirmam Gravel e Lamarche (1992), discutir a saúde global significa também aprender a manejar os problemas e impactos da globalização. Segundo os autores, a conjuntura contemporânea intensificou o processo de interdependência entre os países e o estabelecimento de uma complexa rede de interações (*networks*) entre os atores, ampliando, por conseguinte, o intercâmbio de conhecimento científico e tecnológico em saúde, bem como, de informações, idéias, valores, práticas e interesses, o que pode demandar mudanças de paradigmas e de comportamento dos atores, além da criação de instituições internacionais ou modificações nas já existentes.

Diante da amplitude dessas questões, Frenk e Chacón (1992) afirmam que a Saúde Global deve ser compreendida como uma área de pesquisa e de ação. Segundo esses autores, pode-se definir, como o campo de intervenção, o esforço sistemático dos membros da comunidade internacional para organizar respostas às necessidades sanitárias da população e à gestão do setor saúde. Competem a essa vertente a elaboração e harmonização de regulamentos sanitários internacionais para o controle de doenças; a formação de agendas de saúde nos diferentes níveis; a pactuação de recomendações, estratégias e interesses; e a formulação de políticas públicas e de programas em setores específicos - por exemplo, a ciência, tecnologia e inovação em saúde (CT&I/S).

Nessa perspectiva, Neto, Brito e Souza (1992) enfatizam que a Saúde Global, como área de atuação profissional, tornou-se, a partir dos anos 90, imprescindível, diante da necessidade de inserir a política de saúde e seus demais setores como uma questão estratégica nas agendas e processos de interação entre os planos doméstico e internacional. Em outras palavras, esses autores ressaltam a importância de se considerar as idéias e interesses do setor saúde quando os países estabelecem suas relações político-econômicas, negociações diplomáticas e projetos de cooperação bilaterais ou multilaterais. Macedo (1992) acrescenta que a área de CT&I/S se insere nessa lógica, principalmente, devido ao seu potencial para contribuir de modo relevante à consolidação e sustentabilidade de sistemas de saúde

universais, integrais e equânimes, desde que a produção e uso de conhecimentos científicos e tecnológicos sejam apropriados às necessidades da população, realidades e interesses nacionais.

Segundo Basch (1992), essas questões são complexas e envolvem, entre outros fatores, a capacidade nacional de pesquisa; o acesso ao conhecimento gerado; e a articulação entre governo, universidade, indústria, investidores e organizações internacionais. O autor destaca que cada vez mais a CT&I/S estará presente nos fóruns de negociação internacional, sendo necessário, portanto, formar profissionais de saúde com ‘expertise’ nessa área e desenvolver estudos que indiquem soluções e alternativas políticas, para que os atores e as agendas internacionais e locais consigam lidar com os desafios presentes no âmbito da saúde global.

Para isso, Frenk e Chacón (1992) apontam a necessidade de se considerar a Saúde Global também como um campo de investigação. Estudos nessa área, prosseguem os autores, são fundamentais para qualificar o processo de decisão, orientar as ações e manejar os impactos no âmbito da saúde decorrentes das interações entre os planos doméstico e externo. Na visão deles, estudos nessa área do conhecimento devem, portanto, ser interdisciplinares, uma vez que os objetos de pesquisa estão presentes na interface existente entre as áreas de Relações Internacionais, Saúde Coletiva e Ciências Sociais.

A Teoria das Relações Internacionais (TRI) permite analisar, interpretar e explicar a dinâmica da comunidade internacional ao considerar, nas diferentes abordagens de cada escola, as questões econômicas, políticas, sociais e ideológicas que afetam a interação entre os Estados-nação e outros agentes internacionais, explicam Frenk e Chacón (1992). Por sua parte, a Saúde Coletiva e as Ciências Sociais apresentam uma base teórico-metodológica capaz de analisar as conseqüências dessas interações na organização e gestão dos sistemas nacionais de saúde, na provisão da atenção à saúde, assim como, nas condições sanitárias da população, afirmam os autores.

Desse modo, agregar o acúmulo e referencial teórico dessas três áreas do conhecimento possibilita abordar um conjunto de fenômenos e interações presentes no setor saúde, facilitando a identificação de fatores favoráveis e/ou contrários à implementação e sustentabilidade de uma determinada política setorial no âmbito da saúde.

Nessa lógica, sugerem-se como objeto de análise da Saúde Global as políticas públicas; como nível de análise os planos nacional, regional ou global - isoladamente ou a interação entre eles; e como unidade de análise um tema da agenda de saúde ou de interesse dos atores, a área de CT&I/S, por exemplo (FRENK; CHACÓN, 1992).

Panisset (1992) e Rovere (1992) afirmam que o desenho metodológico dos estudos em Saúde Global precisa adotar, preferencialmente de modo complementar, as duas abordagens dessa área do conhecimento, a ‘Saúde como uma questão nas relações internacionais’ (*Health as in issue in international relations* - HIIR) e a Dimensão internacional da saúde’ (*International dimension of health* - IDH).

Rovere (1992) define que a concepção HIIR insere a saúde em uma superestrutura na esfera das relações internacionais, onde se incluem elementos políticos, econômicos e sociais que influenciam as interações entre os países. O objetivo dessa abordagem, segue o autor, é analisar as regulações, regras, práticas, recomendações e comportamentos estabelecidos na arena internacional; e a circulação de capital, pessoas, tecnologias, conhecimentos, bens e serviços entre as partes do globo. Esse fluxo, explica o autor, possibilita que certas ações no âmbito da saúde se orientem por determinados interesses político-econômicos, podendo aproximar fronteiras e contribuir para favorecer o processo de negociações diplomáticas.

A abordagem IDH, explica Ferreira et al (1992), busca compreender as questões da esfera internacional que influenciam o processo saúde-doença e a gestão dos sistemas de saúde em âmbito nacional. Nessa perspectiva, Rovere (1992) enfatiza que esse prisma analítico da Saúde Global pode promover uma base teórica que facilita a identificação, a compreensão e a interpretação dos fatores que interferem nos sistemas nacionais de saúde, como a influência de atores e agendas internacionais. Esse entendimento sobre os processos políticos nacionais, continua Rovere (1992), pode promover maior liberdade de ação do setor saúde de um determinado país. Mas, para desenvolver essa análise, o autor defende que, primeiro, é preciso considerar a abordagem da HIIR.

As Reflexões teóricas de Ferreira et al, Rovere e Panisset estão de acordo com as afirmações de Ramalho-Rocha (2004), o qual defende a relevância de estudos sobre o processo de interação entre os planos doméstico e externo, destacando a importância de outros setores contribuírem nessas análises. Esse autor ressalta que já não cabe apenas às chancelarias a formulação e a implementação de políticas públicas que produzam importantes implicações para a posição do país na comunidade internacional, assim como, a avaliação dos impactos no âmbito nacional em decorrência da interação com atores e agendas internacionais.

Mas como aplicar essas abordagens da Saúde Global na construção de um objeto de estudo? Frenk e Chacón (1992) identificam a área CT&I/S e a atuação das organizações internacionais como prioridades de pesquisa no campo da Saúde Global. A produção de conhecimento sobre essas temáticas, continuam eles, possibilitará construir um arcabouço

conceitual e teórico-metodológico capaz de analisar os movimentos dos atores internacionais, a formação de agendas e os impactos nas condições de saúde da população e nos sistemas e serviços locais de saúde.

Buss, Gravel, Lamarche, Rovere e Morel também concordam com essa reflexão de Frenk e Chacón e apontam as lacunas de conhecimento ainda persistentes nessa área. Segundo Buss (1992), há uma carência de estudos sobre a produção e transferência de conhecimentos e de tecnologias em saúde; e sobre a ação, retrospectiva e prospectiva, das organizações internacionais a partir de concepções tácitas e não escritas. Além disso, o autor enfatiza a necessidade de desenvolver investigações sobre o papel e a influência da ONU e de suas agências especializadas na definição de normas, regras e recomendações para uma coexistência harmoniosa entre países. Rovere (1992), por sua vez, enfatiza que é preciso desenvolver estudos comparados que se proponham a analisar as políticas públicas nacionais específicas para a área de CT&I/S. Gravel e Lamarche (1992) e Morel (2004) acrescentam a necessidade de investigar a origem, organização e funcionamento dos sistemas nacionais de pesquisa em saúde.

Baseada nesses debates teóricos mencionados acima, a presente dissertação pretende contribuir para a literatura acadêmica e a gestão do SUS, ao analisar, no campo da CT&I/S, a influência de atores e agendas internacionais no processo de formação da agenda e de formulação de política pública na esfera nacional. Trata-se de um estudo de caso que busca entender esse processo no Brasil, à luz dos prismas da saúde global - HIIR e IDH, sistematizado a partir do modelo explicativo-descritivo de John Kingdon (1995) e das dimensões analíticas de Peter Hall (1997).

Nessa perspectiva, este capítulo apresenta o processo de formação da agenda internacional de saúde, apontando os principais atores estratégicos que influenciaram nessa agenda e na política internacional de saúde até o fim da década de 1980. A discussão desenvolvida também analisa se a área de CT&I/S, particularmente a pesquisa em saúde, foi priorizada no debate da saúde global nesse período.

## **I. Processo de formação da agenda sanitária internacional: principais atores e o *locus* da ciência, tecnologia e inovação em saúde no debate da saúde global**

As idéias e interesses que orientam o fomento à CT&I/S e a definição de um conjunto de prioridades de pesquisa para a agenda de saúde global estão relacionados à criação da OMS e ao surgimento de outros atores nesse campo, como o Banco Mundial. Desse modo, para entender esse processo é preciso também considerar o movimento que impulsionou a ascensão desses atores no debate da saúde global e a influência desses na agenda internacional de saúde.

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 corroboraram para o fortalecimento da CT&I/S no cenário internacional tornaram-se mais evidentes no século XIX.

Desde 1887, por exemplo, o Instituto Pasteur<sup>81</sup> fomenta estudos, com o propósito de aplicar o conhecimento gerado na prevenção e tratamento de doenças, especialmente as infecciosas. O alcance internacional dessa Organização contribuiu para que em distintas partes do globo se promovesse a capacitação de pesquisadores e o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde (WHO, 2004). No entanto, permanecia ainda a necessidade de se estruturar uma instituição permanente para liderar a formação da agenda internacional de saúde.

Segundo Campos (2006), a consciência da interdependência sanitária no século XIX mobilizou os países a organizar uma série de conferências, com o propósito de discutir estratégias para combater as enfermidades transmissíveis, entendidas como uma ameaça à comunidade internacional. Esses fóruns criavam um espaço político e científico que possibilitava aos atores debater os aspectos técnicos e acordar a adesão a certos métodos e tratamentos para controlar doenças específicas, explica o autor.

Somente no início do século XX, estruturou-se a primeira organização internacional de saúde, o *International Sanitary Office of the American Republics*<sup>82</sup> em 1902, passando a ser chamada de Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em 1959 (Brown; Cueto; Fee, 2006). Segundo esses autores, a criação do *Office Internationale d'Hygiène Publique*<sup>83</sup>, no

---

<sup>81</sup> O Instituto Pasteur é uma ONGI originada na França. Estruturou um trabalho em rede, a qual é composta por vinte e cinco centros independentes localizados em diferentes países (WHO, 2004).

<sup>82</sup> Repartição Sanitária Internacional das Repúblicas Americanas.

<sup>83</sup> Escritório Internacional de Higiene Pública.

ano 1907 em Paris-França e da *League of Nations Health Organization*<sup>84</sup>, em 1920 na cidade de Genebra-Suíça, também foram cruciais para a institucionalização da saúde no sistema internacional.

Brown, Cueto e Fee (2006) afirmam que o Escritório concentrou seus esforços no estabelecimento de acordos sanitários internacionais e na produção de pesquisas epidemiológicas para promover o intercâmbio de informações entre países; enquanto a Liga, além de fomentar esse tipo de estudo, patrocinava o trabalho de uma série de comissões internacionais sobre doenças específicas.

Essas agências internacionais de saúde, entretanto, salientam os autores, tinham orçamento restrito e não haviam conquistado ainda a legitimidade da comunidade internacional, existindo grupos de oposição à atuação dessas organizações. Apesar das dificuldades, que limitavam o fortalecimento desses atores no campo das intervenções e da pesquisa em saúde, elas sobreviveram à II Guerra Mundial e estiveram presentes no crítico momento do pós-guerra, quando seria definido o futuro da saúde global (BROWN; CUETO; FEE, 2006).

Em junho de 1945, representantes de 50 países, entre eles o Brasil, reuniram-se na Conferência das Nações Unidas, em São Francisco-EUA. Durante o encontro, foi elaborado um rascunho da Carta das Nações Unidas, que foi ratificada por 51 países em outubro do mesmo ano, resultando na criação da ONU, a qual apresenta como principais objetivos: atuar na manutenção da paz e promover o desenvolvimento de todos os países do mundo (ONU, 2006).

De acordo com Brown, Cueto e Fee (2006), a Conferência de São Francisco foi patrocinada pelos EUA e países aliados. Nesse espaço político, continuam os autores, além de se discutir a criação da ONU, foi mencionada a necessidade de se formar uma comissão para planejar a estruturação de uma agência especializada capaz de lidar com as questões de interesse à saúde global. Por conseguinte, especialistas renomados no campo da medicina comunitária<sup>85</sup> trabalharam no desenho da nova organização internacional de saúde no período de 1946 a 1948. Também participaram do processo os representantes da Repartição Sanitária

---

<sup>84</sup> Organização de Saúde da Liga das Nações.

<sup>85</sup> A medicina comunitária demanda uma maior intervenção do Estado no campo da saúde coletiva. Seu principal objetivo consiste em estender a cobertura da atenção à saúde à população, principalmente, aos grupos marginalizados. É um paradigma que prioriza as ações coletivas, considerando os determinantes sociais do processo saúde-doença; a relevância da participação social; e a adoção de tecnologias de baixo custo e apropriadas à realidade sanitária em questão. Nessa perspectiva, a medicina comunitária propõe um modelo de atenção à saúde que privilegia a promoção da saúde e a prevenção de doenças, considerando a atenção primária como a base estruturante da organização dos sistemas e serviços de saúde (MENDES, 1985).

Pan-Americana<sup>86</sup>, mesmo sendo opostos à idéia de se criar uma nova OI de saúde, afirmam os autores.

Ainda segundo Brown, Cueto e Fee (2006), como resultado dessa mobilização, realizou-se a primeira Assembléia Mundial da Saúde<sup>87</sup> em junho de 1948, na cidade de Genebra-Suíça. Nessa instância, deliberou-se a criação da OMS, que passou a ser a agência especializada das Nações Unidas responsável pelas questões referentes à saúde global. Seitenfus (1997) ressalta que a OMS dividiu formalmente o mundo em seis regiões: Américas, Sudeste Asiático, Europa, Mediterrâneo Oriental, Pacífico Ocidental e África. A regionalização, implementada a partir de 1950, prossegue o autor, tem como objetivo promover a descentralização administrativa e operacional. Nessa lógica, a Repartição Sanitária Pan-Americana foi autorizada a manter sua autonomia, mas passou a ser um escritório regional da OMS, devendo, portanto, atender ao estatuto e às deliberações desta organização universal.

Como agência intergovernamental, logo que surgiu, a OMS já tinha que buscar respostas para os desafios presentes no contexto político-econômico que se formou no período da Guerra Fria (BROWN; CUETO; FEE, 2006). Nessa conjuntura, o mundo dividiu-se em dois blocos opostos, um liderado pelos EUA e o outro pela ex-União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS). Isso gerou um intenso conflito de idéias, valores e interesses que também repercutiu no campo da saúde, afirmam os autores.

Por conseguinte, o estabelecimento de um diálogo na comunidade internacional foi um lento processo e a formação de consenso sobre as competências institucionais da OMS foi marcada por disputas de poder.

Diante dos embates, a OMS ofereceu apoio e suporte aos países europeus durante o Plano Marshall, como uma alternativa política para conquistar sua legitimidade na arena internacional (BROWN; CUETO; FEE, 2006). Nessa ocasião a Organização colaborou na reconstrução dos sistemas de saúde dos países europeus que foram destruídos na II Guerra Mundial, buscando intervir também nos problemas de saúde de caráter global, reforçam os autores.

Ao assumir esse posicionamento institucional aparentemente neutro, argumentam Koivusalo e Ollila (1997), a OMS conseguiu que os Estados-nacionais aprovassem sua Constituição mesmo diante do conflito de idéias e interesses entre as diversas instituições.

---

<sup>86</sup> Organização antecessora da OPAS (BROWN; CUETO; FEE, 2006).

<sup>87</sup> *World Health Assembly (WHA)*.

Esse documento representa o estatuto da Organização, estabelecendo seus princípios, diretrizes, competências, bem como, os direitos e deveres dos Estados-membros.

Com relação à área de CT&I/S, o texto constitucional (WHO, 1948) defende que os benefícios do conhecimento em saúde devem ser estendidos para todas as pessoas, a fim de melhorar as condições de saúde da população mundial. Nesse sentido, a Constituição ressalta que cabe à OMS (1948) fomentar e conduzir investigações na área de saúde, assim como, promover a cooperação entre membros da comunidade científica e entre grupos de profissionais com o propósito de contribuir para o avanço da saúde.

A Constituição definiu que a Assembléia Mundial de Saúde é a instância deliberativa da Organização, representando a principal estrutura de governança da OMS (1948). A Assembléia, afirmam Koivusalo e Ollila (1997), corresponde a uma reunião anual, na qual representantes dos Estados-membros, em geral gestores públicos de saúde, analisam o trabalho desenvolvido pela Organização. Consiste em um espaço democrático, prosseguem as autoras, onde o processo de pactuação é realizado mediante votação. Cada membro tem direito a um voto com o mesmo peso político. Nessa instância, os países definem as políticas, os programas e a alocação dos investimentos da Organização. Entretanto, as autoras salientam que o poder de decisão dos Estados-membros se restringe apenas aos próprios recursos financeiros provenientes de suas contribuições compulsórias, ou seja, ao orçamento regular da OMS<sup>88</sup>.

Por outro lado, seguem as autoras, as doações voluntárias que alguns agentes internacionais e governos fazem para programas e projetos específicos da OMS também se tornaram instrumentos políticos com poder de influência dentro da Organização. Em geral, os doadores são representantes de instituições dos países desenvolvidos. As doações irregulares, continuam as autoras, criaram o orçamento extra da Organização, possibilitando aos doadores influenciar a definição da agenda da OMS, uma vez que vinculam seus investimentos a prioridades e interesses próprios.

Koivusalo e Ollila (1997) também salientam que outras instâncias dentro da Organização possibilitam às ONGs, com *status* de colaborador ou parceiro, e a alguns membros da comunidade científica e de grupos de profissionais interferir na agenda da OMS. Entre esses espaços políticos, as autoras apontam as comissões ou comitês de especialistas da Organização - por exemplo, o Comitê Assessor de Pesquisa em Saúde (Comitê Ad Hoc).

---

<sup>88</sup> Segundo Brown, Cueto e Fee (2006), o orçamento regular é obtido a partir da contribuição compulsória dos Estados-membros da OMS, cujo valor varia de acordo com o tamanho da população e o produto interno bruto (PIB) de cada país.

Formado por especialistas convidados e que atuam em outras instituições, o Comitê permite a outros atores internacionais exercer um grau de influência técnica e política internamente na OMS. Além disso, elas afirmam que o Comitê pode funcionar como um canal por onde circulam idéias e interesses no campo da CT&I/S. Isso faz do Comitê Assessor de Pesquisa em Saúde, enfatizam Koivusalo e Ollila (1997), um importante ator que pode catalisar processos dentro e fora da Organização.

Brown, Cueto e Fee (2006) afirmam que a OMS é marcada pelo conflito de idéias e interesses desde que surgiu. A diversidade de visões e a divergência de preferências e prioridades entre os Estados-membros e outros atores, como os doadores voluntários, dificultaram o processo de formação da agenda institucional. De um lado, os sanitaristas defendiam os valores da medicina comunitária, preconizando abordagens que considerassem os determinantes sócio-econômicos do processo saúde-doença, salientam os autores. Do outro lado, os médicos especialistas privilegiavam o enfoque biomédico<sup>89</sup>, defendendo o controle de doenças, por meio de programas verticalizados, e o desenvolvimento de tecnologias, principalmente, a produção de medicamentos e vacinas, afirmam os autores.

A escolha de uma ou de outra abordagem foi se alternando ao longo do tempo, dependendo da interação de alguns fatores, como: conjuntura histórica, preferências da liderança da OMS, as concepções, interesses e atuação de outros atores internacionais no debate da saúde global e o próprio fortalecimento da Saúde Coletiva, como uma área do conhecimento e de práticas profissionais (BROWN; CUETO; FEE, 2006).

Mesmo assim, Koivusalo e Ollila (1997) ressaltam que a OMS privilegiou em sua agenda, por um longo período, as idéias e interesses preconizados pelo enfoque biomédico. Esse comportamento conseqüentemente se refletiu na agenda internacional, pois, segundo Campos (2006, p.34), “as políticas internacionais de saúde fortaleceram-se imensamente no contexto da Guerra Fria, sendo a OMS a líder inquestionável da agenda sanitária internacional pelo menos até o final da década de 1990, quando essa hegemonia começa a ser perdida”.

Por conseguinte, a agenda internacional de saúde até o final do século XX esteve orientada para o controle de doenças. Alguns fatores internos e externos à OMS podem

---

<sup>89</sup> Segundo Mendes (1985), a abordagem biomédica é o enfoque predominante do paradigma da medicina científica. Nessa perspectiva, a atenção à saúde prioriza o indivíduo, ao invés do coletivo. A prática médica é conduzida pelos especialistas, em detrimento dos generalistas, uma vez que o corpo humano é visto como um conjunto de órgãos que podem ser analisados separadamente para melhor compreensão. O ‘biologismo’ é a concepção adotada para entender o processo saúde-doença, o qual é compreendido a partir da relação entre microorganismos e hospedeiro, ou seja, a natureza biológica da doença. Não se leva em conta, portanto, os determinantes sócio-econômicos desse processo. O autor afirma que esse paradigma conduz à estruturação de modelos assistenciais centrados no hospital (hospitalocêntricos), que privilegiam tecnologias de alto custo, procedimentos curativos e de alta complexidade na atenção à saúde.

explicar sua preferência pela abordagem biomédica. De acordo com Koivusalo e Ollila (1997), a OMS historicamente foi composta por profissionais de saúde, sendo os médicos especialistas a categoria predominante. Isso favoreceu o privilégio de abordagens tecnicistas e normativas, afirmam as autoras, em detrimento do incentivo à participação social, à intersectorialidade e à compreensão dos determinantes sociais na análise do processo saúde-doença. Elas também atribuem, principalmente, à influência dos EUA e de seus aliados, o fato de a Organização assumir um posicionamento técnico-político que priorizasse ao longo de sua história a abordagem biomédica. A interferência desses atores na agenda da OMS, segundo Brown, Cueto e Fee (2006), agravou-se em 1949 quando a ex-União Soviética e outros países comunistas deixaram de ser Estados-membros da Organização por aproximadamente 1 ano.

Campos (2006) afirma que a intensificação do comércio internacional e as duas guerras mundiais também foram motivos que impulsionaram os atores internacionais, entre eles a OMS, a direcionarem a atenção política para as doença transmissíveis, especialmente as de interesse da chamada ‘medicina tropical’<sup>90</sup>. Nessa conjuntura, a agenda internacional de saúde, continua o autor, priorizou o combate a doenças infecto-parasitárias, por intermédio de cooperação sanitária internacional multilateral.

Desse modo, verifica-se que a combinação desses fatores contribuiu para que a OMS, tradicionalmente, concentrasse suas atividades e investimentos no controle e tratamento de doenças, mediante a elaboração de um arcabouço normativo, a harmonização de regulamentos sanitários internacionais, a formulação e a implementação de programas verticais. Essas idéias e interesses, afirmam os entrevistados<sup>91</sup>, também prevaleceram na trajetória do fomento científico e tecnológico em saúde.

Mesmo desenvolvendo poucas investigações, os escritórios regionais da OMS e alguns de seus programas destinavam escassos recursos financeiros para a pesquisa em saúde (COMMISSION ON HEALTH, 1990). A Organização (2004) também participou da criação de algumas comissões responsáveis por discutir CT&I/S e associou a sua estrutura consolidados institutos de pesquisa, os quais se tornaram seus centros colaboradores, entre eles: oito Institutos Pasteur. Entretanto, a CT&I/S tradicionalmente foi negligenciada na agenda da OMS, e conseqüentemente, na agenda internacional de saúde, afirmam os entrevistados.

---

<sup>90</sup> A medicina tropical concentra suas intervenções e pesquisas nas doenças e agravos à saúde que apresentam maior incidência nas regiões tropicais, destacando-se as seguintes enfermidades: tripanossomíase africana, doença de Chagas, dengue, leishmaniose, hanseníase, filariose linfática, oncocercose, esquistossomose e tuberculose (GLOBAL FORUM, 2004).

<sup>91</sup> Neste capítulo, a palavra ‘entrevistados’ em se sentido geral se refere aos atores internacionais que participaram deste estudo, ou seja, o grupo 1.

De acordo com um consultor da OMS e um ex-diretor do TDR, os representantes dos EUA defendiam nas Assembléias Mundiais de Saúde a necessidade de controlar as epidemias e endemias, por considerarem ameaças aos países desenvolvidos. Eles enfatizam que, ao priorizar o modelo biomédico, a Organização passou a fomentar estudos, basicamente, relacionados à epidemiologia e ao desenvolvimento de medicamentos para doenças tropicais.

Isso demonstra uma concepção limitada sobre o conceito de pesquisa em saúde, além de uma visão restrita sobre a relevância da CT&I/S como uma área estratégica para a consolidação e sustentabilidade dos sistemas nacionais de saúde.

No contexto da Guerra fria, explica Campos (2006), a saúde global passou por um processo de ‘otimismo sanitário’, quando os atores internacionais acreditavam que a medicina científica, o progresso da ciência e o desenvolvimento tecnológico eram capazes de erradicar doenças, mediante recursos tecnológicos e terapêuticos modernos e sofisticados.

Com base nesse raciocínio, afirmam Brown, Cueto e Fee (2006), a OMS selecionou a malária como prioridade em sua agenda, a partir de 1955. Os investimentos para a pesquisa também se concentraram nesse tema, privilegiando o desenvolvimento de medicamentos antimaláricos e a criação de estratégias efetivas para a implementação de programas específicos, afirmam os autores. Os EUA e seus aliados acreditavam que seria mais fácil expandir algumas idéias e valores neoliberais, promover o crescimento econômico, criar mercados para as tecnologias e bens manufaturados norte-americanos ao erradicar a malária no mundo, explicam os autores.

No entanto, argumenta um ex-diretor do TDR, o fracasso do Programa Global de Erradicação da Malária, na década de 1960, foi uma das causas que mais contribuiu para que a OMS diminuísse os investimentos, que já eram escassos, para a área de CT&I/S. Segundo ele, quando descobriu os efeitos do DDT (dicloro-difenil-tricloroetano) no controle vetorial<sup>92</sup>, a Organização constatou uma rápida redução na incidência da malária, decidindo interromper o financiamento de novos estudos. Em seguida, iniciou-se um processo de homogeneização dos procedimentos e a implementação de programas verticalizados para a erradicação da malária. Entre as ações, esse entrevistado mencionou que a OMS recomendava a extensa pulverização do DDT como medida de redução da densidade do mosquito *Anopheles*, para tentar reduzir a transmissão do parasita. As orientações que vinham da sede da OMS em

---

<sup>92</sup> O vetor de transmissão da malária é o mosquito do gênero *Anopheles*. A crítica de Koivusalo e Ollila (1997) ao Programa Global de Erradicação da Malária consiste no fato de não ter atribuído a devida relevância ao ‘caráter social’ da malária. Trata-se de uma doença relacionada às condições de vida e de moradia, incidindo predominantemente na zona rural, estando também diretamente vinculada à situação de pobreza e às iniquidades em saúde.

Genebra eram incorporadas pelos países e executadas no plano local, afirma o entrevistado. Com o passar dos anos, entretanto, os mosquitos começaram a resistir à ação do DDT, não sendo possível conseqüentemente erradicar a doença. Esse episódio reforçou o descrédito da OMS em investir no fomento à pesquisa em saúde como um mecanismo para qualificar a tomada de decisão, explica um ex-diretor do TDR.

Ainda segundo ele, a comunidade científica identificou como causas desse fracasso, a aplicação de uma abordagem predominantemente biomédica e a interrupção do fomento a pesquisas durante a implementação do programa em nível local. A continuidade no financiamento de estudos sobre malária, abordando, por exemplo, os impactos do uso do DDT em longo prazo nos diferentes países, prossegue o entrevistado, poderia ter acelerado a identificação da resistência dos mosquitos ao inseticida e possibilitado o desenvolvimento de novas alternativas técnico-políticas em tempo hábil. Outro ponto que explica o insucesso desse programa, explica um consultor da OMS, foi o fato de se ter limitado o financiamento a pesquisas para avaliar o perfil epidemiológico e promover o desenvolvimento de medicamentos.

Os entrevistados salientam que, na verdade, a Organização destinou escassos recursos para a investigação em saúde na década de 1960, investindo em pesquisas pontuais. De acordo com Brown, Cueto e Fee (2006), a Assembléia Mundial de Saúde de 1965 deliberou a implementação do Programa Global de Erradicação da Varíola, conseqüentemente os limitados recursos financeiros para a pesquisa foram alocados preferencialmente para a varíola. Mais uma vez o principal objetivo desses estudos era avaliar o quadro epidemiológico e desenvolver tecnologias que tornassem o processo de vacinação mais barato, fácil e eficaz. O Programa foi uma idéia inicialmente proposta pela ex-União Soviética, em 1956; entretanto, a OMS somente colocou em prática quase dez anos depois, quando os EUA passaram a apoiá-la, afirmam os autores.

Koivusalo e Ollila (1997) ressaltam que até o final dos anos 60 a OMS manteve uma relação política predominantemente restrita aos governos dos Estados-membros. A Assembléia Mundial de Saúde era o principal instrumento político, por meio do qual os países capitalistas avançados, especialmente os EUA, conseguiam inserir suas idéias e interesses na agenda da Organização e conseqüentemente na agenda internacional de saúde.

Na década de 1960, o brasileiro Marcolino Gomes Candau, Diretor-Geral da OMS no período de 1953 a 1973, requisitou a elaboração de um plano abrangente que desenvolvesse uma abordagem integrada para a prevenção e tratamento de doenças (BROWN; CUETO; FEE, 2006). Um representante da ex-URSS propôs um estudo sobre a organização de serviços

de saúde na perspectiva de fortalecer o debate sobre a atenção básica<sup>93</sup>. Em 1971, iniciou-se a realização dessa pesquisa e seus resultados foram apresentados na Assembléia Mundial de Saúde de 1973. Mesmo assim, a pesquisa sobre sistemas e serviços de saúde não ganhou força na agenda internacional nesse período, afirmam os autores.

Por outro lado, um ex-diretor do TDR destaca que na década de 1970 ampliaram-se as perspectivas para a área de CT&I/S no debate da saúde global, com a criação dos programas especiais de pesquisa da OMS - *Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction*<sup>94</sup> (HRP) e o próprio TDR, em 1973 e 1975, respectivamente. Segundo Koivusalo e Ollila (1997), essas iniciativas resultaram de uma demanda do governo dos EUA. No início dos anos 70, explicam as autoras, a delegação desse país expressou na Assembléia Mundial de Saúde o interesse em doar recursos financeiros para a OMS, desde que ela criasse programas especiais de investigação em saúde. A partir desse incentivo, continuam as autoras, a Organização criou os dois programas que são independentes e autônomos, coordenados por um grupo de atores que compõe seus respectivos conselhos (*board*). De acordo com as autoras, ambos têm orçamento próprio obtido, basicamente, por intermédio de doações voluntárias, estando desvinculados das contribuições regulares dos Estados-membros. As deliberações da Assembléia Mundial de Saúde sobre o TDR e o HRP são encaminhadas, portanto, para o conselho (*board*) de cada um desses programas especiais de investigação em saúde.

O HRP surgiu com a missão de apoiar os países em desenvolvimento a fomentar pesquisas. Tem como objetivo criar, testar e avaliar metodologias que contribuam para o planejamento familiar e para a implementação de serviços de saúde reprodutiva. O TDR, por sua vez, tradicionalmente concentrou suas atividades no desenvolvimento de pesquisas biomédicas sobre as doenças tropicais (WHO, 2004).

---

<sup>93</sup> O termo ‘atenção básica’ é adotado no texto como sinônimo de ‘atenção primária à saúde’. Entende-se por atenção básica um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, que envolvem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Nessa lógica de organização dos sistemas e serviços de saúde, o atendimento da população deve seguir uma cadeia progressiva, sendo a atenção básica ‘a porta de entrada’. Desse modo, cabe à atenção primária prestar serviços nas especialidades básicas, tais como: clínica médica, pediatria, obstetrícia, ginecologia e odontologia, inclusive as emergências referentes a essas áreas. Além disso, é nesse *locus* que se deve proceder aos encaminhamentos para os atendimentos de média e alta complexidade. Uma atenção básica bem organizada garante resolução de cerca de 80% das necessidades e problemas de saúde da população (BRASIL, 2005b).

<sup>94</sup> Programa Especial de Pesquisa, Desenvolvimento, Treinamento para Pesquisa em Reprodução Humana. Trata-se de um programa da OMS, mas sua gestão é co-responsabilidade da OMS, Banco Mundial, UNFPA (*United Nations on Population Fund* - Fundo de População das Nações Unidas) e UNDP (WHO, 2004).

Essa iniciativa da OMS e o envolvimento de atores internacionais<sup>95</sup> estratégicos na gestão compartilhada desses programas contribuíram para o fortalecimento da pesquisa na agenda internacional de saúde, afirma um ex-diretor do TDR. Koivusalo e Ollila (1997) argumentam que a abertura da OMS para outros agentes internacionais foi possível devido à opção política das lideranças da Organização nas décadas de 1970 e 1980. Mesmo preferindo as abordagens tecnicistas, os dirigentes desse período buscaram ampliar as relações políticas e aumentar o orçamento da OMS. Como alternativa política, eles optaram por estabelecer um diálogo com outros atores internacionais, como o Banco Mundial e outras agências do sistema ONU, entre elas: Unesco, UNDP, Unicef<sup>96</sup> e FAO<sup>97</sup>.

No entanto, a alocação dos investimentos privilegiava, ainda, estudos sobre morbidades específicas, com destaque para as doenças transmissíveis, e sobre as causas da morbi-mortalidade materno-infantil.

*(...) havia uma preocupação dos países colonialistas com relação à ameaça que as doenças tropicais representavam para suas populações. Isso fez com que os países desenvolvidos pressionassem a escolha das doenças tropicais como a prioridade de pesquisa em nível global (afirmam um ex-diretor do TDR).*

O crescimento contínuo da influência dos EUA na OMS, continua esse entrevistado, corroborou para que as doenças tropicais fossem selecionadas como a prioridade das ações de fomento científico e tecnológico em saúde. Esse movimento gerou uma conjuntura favorável para que o TDR se tornasse o principal ator a liderar a pesquisa em saúde no cenário internacional até o final da década de 1980, explica o entrevistado. Apesar disso, ele enfatiza que os programas especiais não eram uma prioridade na agenda política da OMS nesse período. Mesmo assim, o entrevistado atribui ao HRP e ao TDR a manutenção da pesquisa em saúde na agenda internacional até o final dos anos 80.

Apesar disso, a trajetória do TDR também foi marcada por tensões e disputas de interesses, principalmente devido à influência econômica exercida pelos doadores. De acordo com um ex-diretor do Programa, no início das atividades do TDR, os doadores tentavam impor agendas próprias, o que representava uma ameaça para a sustentabilidade do Programa. Alguns atores internacionais - os países escandinavos, por exemplo - condicionavam suas contribuições financeiras, que representavam aproximadamente 50% total do orçamento do

<sup>95</sup> O TDR é um programa da OMS, mas sua gestão é co-responsabilidade do Banco Mundial, PNUD, Unicef e da própria OMS (WHO, 2004).

<sup>96</sup> *United Nations Children's Fund* (Unicef) - Fundo das Nações Unidas para a Infância.

<sup>97</sup> *Food and Agriculture Organization of the United Nations* (FAO) - Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação.

Programa, a determinadas intervenções ou doenças. Para lidar com o conflito de interesses, prossegue o entrevistado, o TDR vem buscando atender às demandas dos doadores, desde que se enquadrem no conjunto de estratégias e prioridades definidas pelo seu conselho (*board*). Outra solução política foi ampliar as doações que não estejam vinculadas a condicionalidades, *uma espécie de cheque em branco*, afirma o entrevistado, cujo investimento permita ampliar o espectro de ação do TDR nos países em desenvolvimento, levando em conta o interesse sanitário destes.

Este ex-diretor do TDR enfatiza, ainda, que o Programa, ao longo de sua história, contribuiu de modo significativo para a capacitação de pesquisadores dos países em desenvolvimento, investindo na formação de mestres e doutores em doenças tropicais. Além disso, o TDR vem ampliando suas atividades em P&D em saúde, buscando desenvolver insumos de interesse aos países em desenvolvimento, como vacinas e medicamentos para algumas doenças tropicais. Para alcançar esse objetivo, as pesquisas pré-clínicas e clínicas começaram a direcionar o foco para a inovação em saúde. Ele afirma, entretanto, que a P&D em saúde ainda não se tornou na prática uma prioridade na agenda do TDR, cujas concepções e interesses também influenciam a formação da agenda internacional de saúde.

Mesmo diante da hegemonia do paradigma biomédico e do controle de doenças tropicais como prioridade na agenda internacional de saúde, no final da década de 1970 fortaleceu-se o movimento, impulsionado por sanitaristas, em prol das idéias e interesses da medicina comunitária. Segundo Brown, Cueto e Fee (2006), um marco nesse processo foi a Conferência sobre Cuidados Primários à Saúde realizada em 1978, na cidade de Alma-Ata no Cazaquistão. Nessa ocasião, formou-se um consenso entre os agentes internacionais atuantes no debate da saúde global sobre o papel da medicina comunitária e da atenção primária como um meio para alcançar a meta ‘Saúde para todos no ano 2000’.

Pode-se atribuir como um dos fatores que facilitou a formação desse consenso o amadurecimento da Saúde Coletiva como um campo de investigação e de intervenção. Esse processo resultou na formação de um pacto global, cujas idéias e interesses de diferentes instituições foram sistematizados na Declaração de Alma-Ata.

De acordo com Koivusalo e Ollila (1997), esse pacto global incluiu novos princípios, diretrizes e concepções na agenda internacional de saúde, tais como: a participação social, a intersectorialidade, a multidisciplinaridade e a equidade em saúde<sup>98</sup>. Esse movimento,

---

<sup>98</sup> A equidade é o reconhecimento de necessidades distintas, de sujeitos também diferentes, para atingir direitos iguais. É o caminho da ética prática para a materialização dos direitos humanos universais, entre eles o direito à vida, representado, neste debate, pelo direito à saúde. A equidade é o princípio que permite resolver parte razoável das distorções na distribuição do acesso à saúde, ao aumentar as possibilidades para segmentos

continuam as autoras, pretendia mudar o paradigma vigente no debate da saúde global, ao propor a priorização da promoção da saúde; a incorporação de tecnologias de baixo custo e apropriadas aos sistemas e serviços de saúde; e a relevância dos determinantes sociais no processo saúde-doença.

Mesmo assim, salientam Brown, Cueto e Fee (2006), alguns governos (ex: EUA), atores internacionais (ex: Banco Mundial), e médicos especialistas influentes na OMS consideravam a ‘Saúde para todos no ano 2000’ como uma meta idealista, irreal e inatingível. Ou seja, o princípio da universalidade como uma utopia de sanitaristas. Na verdade, os autores enfatizam que os agentes internacionais pactuaram em Alma-Ata o fortalecimento da atenção básica para a organização dos serviços de saúde. Porém, até mesmo para esse nível de atenção à saúde, continuam os autores, não se formou um consenso sobre a relevância da universalidade<sup>99</sup> como princípio básico.

Desse modo, verifica-se que o princípio da universalidade foi compreendido como idealismo sanitário. Como será visto a diante, a divergência no plano das idéias entre atores estratégicos sobre a importância da universalidade, direcionou o debate para a equidade, que passou a ser o princípio orientador das intervenções e investigações no âmbito da saúde global.

Brown, Cueto e Fee (2006) apontam que a OMS participou ativamente do movimento a favor da atenção básica, atribuindo à gestão de Half Mahler na Direção-Geral da Organização, no período de 1973 a 1988, a tentativa de incorporar na agenda institucional as idéias e interesses expressos na Declaração de Alma-Ata. Durante essa gestão da OMS, Koivusalo e Ollila (1997) destacam que a Organização aprofundou a discussão sobre o papel da atenção básica nos sistemas e serviços de saúde. Como reflexo desse movimento, prosseguem as autoras, a agenda institucional da Organização passou a ser intitulada, ‘Saúde para todos no ano 2000’ (SPT/2000)<sup>100</sup>, o que repercutiu conseqüentemente na agenda internacional de saúde.

Segundo elas, esperava-se, então, que a Organização concentrasse seus esforços nessa área. Mesmo defendendo as idéias e interesses da Declaração de Alma-Ata, a OMS, paradoxalmente, continuou promovendo a busca incessante por medidas preventivas e curativas para doenças específicas. Na prática, continuam as autoras, as intervenções e

---

populacionais que demandam maiores cuidados ou são, normalmente, marginalizados da atenção à saúde (GARRAFA; OSELKA; DINIZ, 1997).

<sup>99</sup> A universalidade é o princípio que prevê a atenção à saúde para todas as pessoas, sem qualquer custo, distinções ou restrições (BRASIL, 2005b).

<sup>100</sup> *Health for All* (HFA/2000).

pesquisas ainda privilegiavam abordagens biomédicas, negligenciando, conseqüentemente, o caráter social do processo-saúde doença.

Essa contradição pode ser constatada ao observar os investimentos da OMS para a CT&I/S. Nos anos 80, a Organização destinou de seu orçamento global cerca de US\$ 60 milhões por ano para o fomento à investigação em diarreia, HIV/aids, doenças tropicais e mortalidade materno-infantil (COMMISSION ON HEALTH, 1990). A expectativa seria que a OMS ampliasse o investimento para pesquisas em sistemas e serviços de saúde, bem como, estudos sobre os determinantes sociais da saúde. No entanto, isso não ocorreu.

Koivusalo e Ollila (1997) identificam que a estrutura orçamentária da OMS pode ter sido o principal fator que dificultou a aplicação das novas idéias e interesses inseridos na agenda institucional. As autoras explicam que na década de 1980 o orçamento regular da instituição não aumentou de modo significativo, ao contrário dos fundos extras. Essa modalidade de financiamento possibilitou uma maior imposição da agenda dos doadores, que continuavam interessados em investir em programas verticais de combate a doenças, em detrimento do fortalecimento da atenção básica. Nesse período, EUA e Japão eram os maiores contribuintes do orçamento regular, 25% e 11,7% respectivamente, além de juntos serem responsáveis por 27% das doações voluntárias para o fundo extra.

De acordo com um consultor da OMS, há dois tipos de influência que possibilitam aos atores exercer seu poder sobre outros. A primeira apresenta uma dimensão técnico-política e a outra modalidade de influência deve-se ao poder econômico, sendo esta última a que mais contribui para a imposição unilateral da agenda dos doadores, explica o entrevistado. Segundo ele, a influência econômica passou a predominar na OMS a partir dos anos 80. As análises de Koivusalo e Ollila (1997) e de Brown, Cueto e Fee (2006) sobre a estrutura de financiamento da Organização vão ao encontro das afirmações desse entrevistado.

Isso sugere que os doadores voluntários passaram a liderar o processo de formação e de evolução da agenda da OMS, em detrimento da Assembléia Mundial de Saúde, instância criada para assegurar a definição de prioridades, alternativas e soluções políticas para a saúde global, mediante um processo de pactuação entre os Estado-membros.

Brown, Cueto e Fee (2006) afirmam que a OMS reproduziu internamente as assimetrias e desigualdades presentes no globo, realçando a cisão entre países receptores e doadores. De um lado, os investidores, majoritariamente provenientes dos países desenvolvidos, definiam a agenda institucional e conseqüentemente influenciavam a formação da agenda internacional de saúde, juntamente com outros atores internacionais, principalmente, o Banco Mundial. No outro lado, continuam os autores, a Assembléia

Mundial de Saúde, composta em sua maioria por países em desenvolvimento, lhes permitia interferir apenas no orçamento regular da OMS, que estava congelado desde o início da década de 1980.

Ainda segundo esses autores, essa lógica criou um complexo dilema para a OMS, o que fragilizou sua credibilidade e legitimidade junto à comunidade internacional. Embora as doações se somassem ao orçamento geral da Organização, elas eram irregulares e sua continuidade dependia, basicamente, da satisfação dos doadores com as escolhas e andamento das intervenções e pesquisas financiadas pelos fundos extra. Além disso, continuam os autores, os Estados-membros não podiam definir a alocação, tampouco as prioridades desses investimentos. Esse cenário dificultou a manutenção de espaços democráticos dentro da OMS, a coordenação e a articulação de seus programas, assim como, o desenvolvimento de respostas integradas às necessidades sanitárias mundiais em longo prazo (BROWN; CUETO; FEE, 2006).

Observa-se, portanto, que a influência associada ao poder econômico dos doadores, resultou em um enfraquecimento do exercício da democracia no processo de tomada de decisão sobre questões de interesse à saúde global. Isso gerou contradições na agenda da OMS que podem ter repercutido nas agendas internacional, regionais e nacionais de saúde, devido à influência técnico-política da Organização.

Paralelamente a esse processo, os entrevistados apontam que os anos 80 foram marcados por um crescente interesse de outros agentes internacionais pelos problemas globais de saúde. Entre eles, destaca-se o Banco Mundial que apesar de ser uma agência de desenvolvimento tipicamente envolvida com questões da área econômica, afirma um consultor da OMS, passou a exercer crescente influência na agenda internacional de saúde e, conseqüentemente, em seus diversos setores, como a CT&I/S. Mas, para identificar as idéias e interesses dessa agência de desenvolvimento no que se refere ao fomento científico e tecnológico em saúde, é necessário entender primeiro o processo de ascensão do Banco Mundial e crise da OMS no cenário da saúde global.

De acordo com um ex-diretor do TDR, as tensões internas na OMS em decorrência da sua estrutura de financiamento, o interesse pessoal das lideranças do Banco Mundial e, especialmente, a expansão do neoliberalismo geraram uma conjuntura favorável para que essa agência de desenvolvimento ampliasse sua influência no campo da saúde.

O Banco Mundial surgiu em 1946 para apoiar a agenda de desenvolvimento dos países, como a reconstrução da Europa, por exemplo (BROWN; CUETO; FEE, 2006). Sua prioridade são os investimentos em infra-estrutura, até por ser uma agência de

desenvolvimento, afirmam os autores. Contudo, a partir dos anos 70, eles salientam que o Banco também incluiu em sua agenda institucional o controle populacional, a saúde e a educação. Com essa perspectiva, criou em sua estrutura o *Population, Health, and Nutrition Department*<sup>101</sup> no ano de 1979 e adotou uma política de financiamento própria para investir em seus programas e projetos de saúde, bem como, os liderados por outros atores internacionais<sup>102</sup>, ressaltam os autores. Afinal, como explicar o interesse do Banco Mundial pelo debate da saúde global?

Segundo um consultor da OMS, as idéias e valores neoliberais desencadearam um movimento maciço a favor da privatização, cortes orçamentários das políticas sociais e redução do papel do Estado, a partir da implementação de políticas de ajuste macroeconômico. Esse processo, no entanto, continua o entrevistado, trouxe como efeito um desequilíbrio na área social, principalmente nos países em desenvolvimento, como exemplifica o aumento da situação de pobreza e das taxas de morbi-mortalidade na população economicamente ativa. Isso poderia ocasionar uma instabilidade na relação entre Estado, mercado e sociedade, podendo resultar no enfraquecimento dos ideais neoliberais, o que representava uma ameaça para a sustentabilidade do capitalismo globalizado e do próprio neoliberalismo, explica o entrevistado.

*A ruptura da hegemonia neoliberal nos países em desenvolvimento poderia resultar também em um declínio do crescimento econômico dos países capitalistas avançados, pois eles são os maiores exportadores de bens, conhecimentos e tecnologias em um mundo aberto para o mercado internacional. Não seria interessante para os países desenvolvidos, portanto, o enfraquecimento do neoliberalismo (afirma um consultor da OMS).*

Esse efeito cascata, continua o entrevistado, motivou a inclusão das políticas sociais, especialmente de saúde, de educação e de redução da pobreza, na agenda internacional de desenvolvimento, conduzida, basicamente, por atores envolvidos com a área econômica, como o Banco Mundial. Nesse contexto, os atores internacionais envolvidos nessa agenda passaram a investir na formulação e na implementação de políticas sociais, a fim de garantir o equilíbrio da economia política internacional no contexto do capitalismo globalizado, explica o entrevistado.

Os entrevistados da OMS e da OPAS afirmam que o Banco Mundial, inicialmente, solicitava apoio técnico aos profissionais dos escritórios regionais da OMS, que prestavam

<sup>101</sup> Departamento para População, Saúde e Nutrição.

<sup>102</sup> Esse é o caso do TDR. O Banco Mundial doa recursos financeiros para um programa da OMS e participa da co-gestão do mesmo.

esporadicamente consultorias para o Banco, quando ele necessitava de estudos e informações relacionadas com a área da saúde. Na medida em que essa agência de desenvolvimento foi fortalecendo sua ação no âmbito da saúde global, continuam esses entrevistados, surgiu a necessidade de se criar um quadro técnico próprio no Banco Mundial. Esses entrevistados salientam que alguns pesquisadores renomados internacionalmente passaram a fazer parte da equipe de saúde dessa agência, entre eles John Evans<sup>103</sup>. Foram contratados especialistas, principalmente na área de epidemiologia e de economia da saúde, para desenvolver estudos, elaborar estratégias e orientar a política do Banco Mundial no campo da saúde. Segundo um pesquisador que também integrou esse grupo, a atuação de John Evans nessa agência de desenvolvimento foi um dos principais fatores que contribuiu para o fortalecimento da saúde na agenda do Banco Mundial, bem como, para a atuação desse ator na agenda internacional de saúde.

Brown, Cueto e Fee (2006) também apontam o crescimento da influência do Banco Mundial nas agendas nacionais de saúde na década de 1980. De acordo com eles, esse ator internacional começou a fazer empréstimos diretamente para os ministérios e as instituições de saúde, principalmente, nos países em desenvolvimento, impulsionando o processo de reforma sanitária em alguns deles. No entanto, essa modalidade de investimento do Banco Mundial tradicionalmente esteve vinculada a condicionalidades, explicam os autores. Elas são alternativas políticas do Banco para assegurar a adesão dos países aos principais interesses dessa agência - o Estado mínimo e o livre mercado (BROWN; CUETO; FEE, 2006). Como será apresentado no próximo capítulo, nota-se que essas prioridades do Banco Mundial orientaram a formação de suas idéias, interesses e recomendações no que se refere à saúde e à área de CT&I/S.

Esses autores destacam que, mesmo diante dos elevados juros impostos pelo Banco Mundial, muitos países em desenvolvimento decidiram realizar empréstimos e aderir às condicionalidades, devido à escassez de fundos públicos para o setor saúde. Ainda segundo eles, isso provocou severas críticas e dividiu opiniões<sup>104</sup> sobre até que ponto esse ator internacional poderia interferir nas agendas sanitárias nacionais. Mesmo assim, essa prática

---

<sup>103</sup> John Evans, pesquisador canadense, foi dirigente do Departamento de População, Saúde e Nutrição do Banco Mundial. Liderou os trabalhos da Comissão de Pesquisa em Saúde para o Desenvolvimento e também assumiu cargos de direção na Fundação Rockefeller (COMMISSION ON HEALTH, 1990). Ao analisar os trabalhos do Banco Mundial no campo da saúde, é válido também salientar a atuação do economista Dean T. Jamison.

<sup>104</sup> Atualmente, ainda há divergências de opiniões quanto ao papel do Banco Mundial no campo da saúde. Os entrevistados do TDR, COHRED e *Global Forum* apóiam a atuação do Banco Mundial como membro dos conselhos (*board*) das organizações internacionais de saúde. Particularmente o representante do COHRED foi contrário à atuação direta do Banco Mundial junto aos ministérios ou instituições de saúde dos países em desenvolvimento. Por outro lado, o pesquisador da Universidade da Califórnia entrevistado defendeu a atuação do Banco Mundial nos planos locais e global.

tornou-se comum com o tempo, ressaltando a crescente influência do Banco Mundial na esfera local, regional e global, afirmam os autores.

Por outro lado, Brown, Cueto e Fee (2006) enfatizam que os anos 80 foram marcados por um constante declínio no prestígio da OMS. Um relevante sinal de fragilidade foi quando os Estados-membros deliberaram o congelamento do orçamento regular da Organização durante a Assembléia Mundial da Saúde de 1982. Após esse fato, prosseguem os autores, seguiu-se a decisão dos EUA, em 1985, de suspender sua contribuição ao orçamento regular. Isso ocorreu devido às constantes crises internas na Organização, mas também como protesto ao Programa de Medicamentos Essenciais<sup>105</sup> da OMS, que foi contrário aos interesses das principais empresas farmacêuticas dos EUA, explicam os autores.

Mesmo diante dos conflitos e instabilidades institucionais, um ex-diretor do TDR afirma que a comunidade internacional demandava a ampliação de investimentos para a pesquisa em saúde, preferencialmente nas atividades de P&D em HIV/aids, por considerar essa a principal ameaça à saúde da população mundial na década de 1980. De acordo ele, o crescente avanço da epidemia e a descoberta de novos casos em diferentes localidades, independente do poder econômico dos países e de grupos populacionais, foi um dos fatores que fez convergir o interesse de diferentes atores internacionais para essa questão.

No ano de 1986, a Comissão de Pesquisa em Saúde para o Desenvolvimento (1990)<sup>106</sup> estimou que as OIs investiram cerca de US\$ 110 milhões para a pesquisa em saúde, entretanto, as doenças tropicais ainda eram as prioridades de investigação na agenda internacional de saúde.

Em 1988, quando Hiroshi Nakajima assumiu a posição de Diretor-Geral da OMS, agravaram-se ainda mais as tensões externas e internas (KOIVUSALO; OLLILA, 1997). Sua eleição foi amplamente criticada, pois havia alegações de corrupção e notório privilégio dos interesses das indústrias farmacêuticas e dos governos do Japão e EUA na agenda da Organização, afirmam as autoras. Brown, Cueto e Fee (2006) acrescentam que a gestão de Nakajima foi marcada por uma abordagem tecnicista e gerencial e sua dificuldade em estabelecer articulações políticas com outros atores consistiu em outro agravante para o enfraquecimento do protagonismo da OMS no debate da saúde global.

“No final dos anos 80 e início dos 90, o Banco Mundial deslocou-se confiantemente para ocupar o vácuo criado por uma crescente ineficiência da OMS” (BROWN; CUETO;

---

<sup>105</sup> *Essential Drug Program*.

<sup>106</sup> Ao longo do texto foram utilizadas as fontes Comissão (1990) e *Commission on Health* (1990), como uma tradução e simplificação da referência bibliográfica *Commission on Health Research for Development* (1990).

FEE, 2006, p.637). Tornou-se uma força dominante na saúde global, cuja vantagem com relação a outros atores internacionais consistia na sua capacidade de mobilizar grandes somas de recursos financeiros, afirmam os autores.

Ainda de acordo com eles, no início da década de 1990, os fundos extras da OMS já haviam ultrapassado em US\$ 21 milhões o orçamento regular, representando 54% do total de recursos financeiros da Organização. Inserida em um ciclo de declínio, a OMS se deparou com a diminuição dos seus fundos extras, principalmente, em decorrência da insatisfação dos doadores com a gestão de Nakajima (BROWN; CUETO; FEE, 2006). Segundo um ex-diretor do TDR, isso desencadeou o redirecionamento de parcela ou da totalidade das contribuições de alguns doadores para o funcionamento de outras organizações internacionais.

Nesse contexto de crises e instabilidade, continua esse entrevistado, a produção de conhecimento científico e tecnológico permaneceu à margem dos debates da Organização e conseqüentemente da agenda internacional de saúde. A Comissão de Pesquisa em Saúde para o Desenvolvimento (1990) verificou que o orçamento regular anual da OMS, de aproximadamente US\$ 500 milhões, destinava apenas 2% para as atividades de pesquisa, sendo, portanto, as doações voluntárias as maiores fontes de financiamento para essa área.

O TDR e o HRP foram os atores internacionais que mais investiram em pesquisa em saúde até o início dos anos 90 (COMMISSION ON HEALTH, 1990). Esses programas, juntos, destinaram um valor global de aproximadamente US\$ 40 a 50 milhões por ano, para financiar estudos e treinar pesquisadores, em sua maioria, dos países em desenvolvimento. Segundo um ex-diretor do TDR, esses recursos correspondiam, basicamente, às contribuições dos doadores.

Diante da discussão exposta, este capítulo conclui que a OMS e o Banco Mundial foram os principais atores que influenciaram o processo formação da agenda internacional de saúde até meados da década de 1990; um devido ao conhecimento técnico; o outro em decorrência de seu poder econômico. A agenda da OMS, no entanto, foi influenciada, predominantemente, pelas idéias e interesses capitalistas dos países desenvolvidos que elegeram as doenças transmissíveis como prioridade de pesquisa e de intervenção. Além disso, a crise institucional e a hegemonia do paradigma biomédico geraram profundas lacunas na produção de conhecimento sobre políticas, sistemas e serviços de saúde. Por conseguinte, esses valores, concepções e preferências foram reproduzidos na agenda internacional de saúde e podem também ter sido incorporados nas esferas nacionais e regionais. Entender esse movimento da saúde global pode, portanto, contribuir para identificar e explicar a hegemonia

de certos paradigmas na atenção à saúde e de determinadas áreas como foco do fomento à pesquisa científica e tecnológica em saúde no Brasil.

No cenário internacional, as tensões da OMS e o crescimento da influência do Banco Mundial, no âmbito da saúde global, motivaram o surgimento de novos atores nesse debate. Aos poucos, eles assumiram a liderança na discussão sobre CT&I/S, passando a elaborar conceitos, arcabouço teórico-metodológico e recomendações para essa área, além de sugerir um conjunto de prioridades de pesquisa em saúde. Esse movimento resultou, principalmente, na criação do *Global Forum* e na mobilização da OMS para as questões relacionadas com a CT&I/S, conforme será apresentado detalhadamente no próximo capítulo.

### Capítulo 3 - Problemas, Atores e Processo Político: esforços internacionais na década de 1990 em prol da pesquisa em saúde

De acordo com os entrevistados, os anos 90 marcaram-se por um profundo debate sobre o fomento científico e tecnológico em saúde no cenário internacional. Nesse período, foram relevantes os esforços da *Commission on Health Research for Development* (Comissão de Pesquisa em Saúde para o Desenvolvimento), *Task Force on Health Research for Development* (Força Tarefa de Pesquisa em Saúde para o Desenvolvimento), *World Bank* (Banco Mundial) e *WHO/Advisory Committee on Health Research* (Comitê Assessor de Pesquisa em Saúde da OMS, também conhecido com Comitê Ad Hoc).

As iniciativas lideradas por esses atores foram amplamente divulgadas por meio de relatórios, publicados na seguinte seqüência:

- *Health research: essential link to equity in development*<sup>107</sup>, em 1990, pela Comissão.
- *Essential National Health Research (ENHR): a strategy for action in health and human development*<sup>108</sup>, em 1991, pela Força Tarefa.
- *Investing in health: world development indicators*<sup>109</sup>, em 1993, pelo Banco Mundial.
- *Relating to future interventions options: investing in health*<sup>110</sup>, em 1996, pelo Comitê Ad Hoc.

Segundo os entrevistados esses documentos são os marcos institucionais que impulsionaram o fortalecimento da pesquisa em saúde na agenda de saúde global na década de 1990. Além disso, criou-se o *Global Forum for Health Research* em 1998, a partir da expectativa e da mobilização desses atores internacionais.

Nessa perspectiva, este capítulo pretende apresentar as idéias e interesses que a Comissão, Banco Mundial e Comitê Ad Hoc buscaram inserir na agenda internacional de saúde. Esse exercício é necessário para se compreender como as expectativas dos atores internacionais impulsionaram a criação do *Global Forum* e o aumento da participação da OMS no debate sobre CT&I/S. O entendimento desse movimento internacional ajuda também a compreender as concepções, preferências e prioridades do *Global Forum*, bem como, a formação de uma comunidade epistêmica internacional interessada pela área de CT&I/S.

---

<sup>107</sup> Pesquisa em saúde: conexão essencial para a equidade no desenvolvimento.

<sup>108</sup> Pesquisa Nacional Essencial em Saúde (ENHR): uma estratégia para a ação em saúde e desenvolvimento humano.

<sup>109</sup> Investindo em saúde: indicadores mundiais de desenvolvimento.

<sup>110</sup> Relacionando a opções de intervenções futuras: investindo em saúde.

Com esse propósito, foram consideradas as principais questões discutidas nos relatórios de 1990, 1991, 1993 e 1996, principalmente no que concerne à CT&I/S, buscando estabelecer um diálogo com as falas dos entrevistados e contextualizando o cenário da saúde global nesse período. Para melhor desenvolver essas questões, o presente capítulo foi estruturado em quatro seções, cada uma delas apresenta os esforços liderados por cada um dos atores internacionais mencionados acima. Desse modo, a primeira seção apresenta as iniciativas da Comissão, a segunda aborda a Força Tarefa, a terceira parte concentra-se no Banco Mundial e a última no Comitê Ad Hoc.

### **I. Os esforços da Comissão de Pesquisa em Saúde para o Desenvolvimento e da Força Tarefa: caracterização do problema e lançamento da estratégia *Essential National Health Research* (ENHR)**

Segundo um ex-diretor do TDR um grupo de doadores redirecionou parte dos seus recursos financeiros, anteriormente destinados à OMS, para a estruturação e funcionamento de outros agentes internacionais independentes. Isso possibilitou a ampliação do debate sobre CT&I/S em diferentes fóruns, ocasionando uma perda da hegemonia da OMS na definição de uma agenda de prioridades de investigação em saúde, afirma o entrevistado.

Além das tensões internas e externas da OMS, ele salienta que a década de 1990 foi marcada pela pandemia<sup>111</sup> do HIV/aids e disputa de interesses no debate sobre propriedade intelectual no campo da saúde. Essas questões, continua o entrevistado, também foram fatores que motivaram a criação de novos atores internacionais e a mobilização dos já atuantes na saúde global - Banco Mundial, por exemplo - para liderar iniciativas a favor do fortalecimento da CT&I/S na agenda internacional. Esse movimento, afirmam os entrevistados, contribuiu para a renovação e qualificação do debate sobre o papel da área de CT&I/S, especialmente da pesquisa em saúde, nos sistemas e serviços de saúde.

Carvalho (1999) enfatiza que, durante a década de 1990, os atores internacionais passaram a defender uma agenda denominada ‘Saúde para todos com equidade no ano 2000

---

<sup>111</sup> Segundo Maurício Pereira (1995), a pandemia corresponde ao aumento de casos de doenças, agravos e fenômenos em diferentes continentes do globo, superando as taxas (incidência ou prevalência) ou as ocorrências que seriam teoricamente esperadas. O termo ‘agravos’ faz referência aos quadros que não representam, obrigatoriamente, uma doença classicamente definida, como os acidentes, a violência, os envenenamentos, dentre outros (Brasil, 2005b).

(SPT/2000)’. Entretanto esse debate não inseriu o princípio da integralidade<sup>112</sup>, tampouco o da universalidade, que vinha perdendo força até mesmo nas reflexões teóricas.

Para o Banco Mundial, afirmam Brown, Cueto e Fee (2006), a universalidade era considerada um idealismo dos sanitaristas. Era preferível, defendia o Banco, estabelecer políticas de saúde focalizadas para a população que vive em situação de pobreza, como uma alternativa para promover a equidade em saúde. De acordo com os autores, essa visão liberal acreditava que os governos, principalmente dos países em desenvolvimento, não teriam recursos financeiros suficientes para promover a atenção à saúde de modo universal. Isso aumentaria os gastos públicos e poderia enfraquecer o mercado.

Caberia ao Estado, portanto, continuam os autores, regular o setor privado na prestação de serviços e na produção de insumos estratégicos à saúde, criando incentivos para o crescimento do mercado como um meio de reduzir as despesas públicas e de promover o desenvolvimento do país. Por outro lado, os governos com base na equidade se responsabilizariam pela provisão de um conjunto de intervenções, no nível da atenção básica, para a população de baixa renda. Com base nessas idéias e interesses, a equidade tornou-se, na década de 1990, o princípio preponderante e orientador do processo de formação de agendas e de políticas públicas no âmbito da saúde global.

Isso trouxe reflexos, por conseguinte, no campo da pesquisa em saúde. Ao vincular a equidade à CT&I/S, os atores internacionais demandaram a reformulação de marcos teóricos, a análise e redefinição de prioridades de P&D em saúde. Nesse contexto se desenvolveram os trabalhos da Comissão de Pesquisa em Saúde para o Desenvolvimento<sup>113</sup>.

Criado em 1987, esse grupo independente, liderado por John Evans - importante pesquisador do Banco Mundial - surgiu com o objetivo de desenvolver estudos que analisassem o panorama da pesquisa em saúde no cenário mundial, identificando os problemas, o fluxo de recursos para a P&D em saúde, as assimetrias, as contradições e os desafios no campo da CT&I/S. A síntese do trabalho da Comissão foi publicada no relatório ‘*Health research: essential link to equity in development*’ (COMMISSION ON HEALTH, 1990).

<sup>112</sup> A integralidade é o princípio que pressupõe a atenção à saúde de modo integral, abrangendo as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso 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 um conjunto de ações ou enfermidades específicas (BRASIL, 2005b).

<sup>113</sup> A Comissão surgiu, principalmente, devido à vontade conjunta de 16 doadores internacionais distribuídos na Europa, América do Norte, Ásia ou América Latina. Dentre esses atores destacaram-se: o Banco Mundial e diversas fundações como a Ford, a Rockefeller, Edna MacConnell Clark, além de agências de pesquisa como a *International Development Research Centre* (IDRC - Centro Internacional de Desenvolvimento de Pesquisa) e *Gesellschaft für Technische* (GTZ- Cooperação Técnica Alemã) (COMMISSION ON HEALTH, 1990).

O documento apresenta uma discussão conceitual sobre como o fomento científico e tecnológico em saúde deve se estruturar nos países em desenvolvimento, apontando áreas prioritárias de pesquisas em saúde e propondo uma agenda global para ação.

A ausência de governos e de organismos internacionais intergovernamentais na criação da Comissão (1990), possibilitou aos seus participantes analisar as políticas e práticas de saúde, manifestando livremente suas idéias, valores e interesses. A Comissão foi composta por 12 membros, sendo 8 representantes de países em desenvolvimento. O grupo era formado por especialistas em ciências biomédicas e sociais, nutrição, direito, economia e administração (TASK FORCE, 1991).

Com base no conhecimento técnico, nas idéias e nos interesses de seus membros, a Comissão abordou em suas análises a relação entre a saúde e o desenvolvimento. Havia o consenso no grupo de que o alcance da meta ‘Saúde para todos no ano 2000’, dependeria de um conjunto de fatores relacionados entre si, tais como: vontade política dos gestores; adesão dos atores nacionais e internacionais à agenda ‘SPT/2000 com equidade’; disponibilização de recursos humanos e financeiros para o setor saúde; implementação de programas de saúde com ampla cobertura, principalmente para a população com baixa renda e no nível da atenção básica; e produção de conhecimento para qualificar a tomada de decisão (COMMISSION ON HEALTH, 1990).

Após a identificação dessas questões, a Comissão (1990) selecionou a pesquisa em saúde como a atividade estratégica para alcançar essa meta. Por conseguinte, considerou fundamental que o processo de gestão em saúde fosse baseado em evidências científicas para otimizar a alocação dos investimentos em consonância com a necessidade sanitária nacional. Desse modo, os trabalhos da Comissão centraram-se no diagnóstico situacional e na elaboração de estratégias que contribuíssem para a estruturação de sistemas nacionais de pesquisa em saúde, principalmente nos países em desenvolvimento, uma vez que havia evidências empíricas que eles negligenciavam a área de CT&I/S em suas agendas governamentais.

A fim de aprofundar o debate e propor recomendações, os membros da Comissão (1990), por mais de 24 meses, revisaram informações disponíveis, elaboraram artigos e consultaram atores relacionados à área de CT&I/S em diferentes países. A Comissão realizou estudo de casos em 10 países em desenvolvimento, entre eles o Brasil. Essa escolha se baseou na identificação de pares atuantes nos países em desenvolvimento capazes de realizar uma análise crítica das atividades de pesquisa em saúde em seus respectivos países.

Além disso, a Comissão (1990) realizou seminários (*workshops*) em alguns países em desenvolvimento. Esses eventos contaram com a participação de representantes dos ministérios da saúde, da OMS e da Unicef, além de pesquisadores sanitaristas e especialistas na área do desenvolvimento, como economistas e administradores. Uma constante dessas reuniões foi a ênfase que os pesquisadores dos países em desenvolvimento atribuíram à negligência de seus respectivos países com as atividades de fomento à investigação em saúde. O Brasil foi um dos casos mencionados, afirma a Comissão (1990).

De acordo com um ex-dirigente do TDR, esses fóruns consistiam em espaços políticos, que possibilitavam compartilhar experiências, idéias e interesses, conhecer a situação da CT&I/S dos países e pactuar alternativas e soluções políticas. Nessas ocasiões, a Comissão promovia ações de *advocacy*, buscando disseminar suas estratégias e concepções nos países em desenvolvimento. Por outro lado, esse ator internacional coletava as informações apresentadas pelos países para subsidiar a formulação de recomendações para a agenda de saúde global.

Nota-se que esses eventos foram utilizados como instrumento político para construir consensos e formar coalizões de *advocacy* com atores nacionais estratégicos e que o conhecimento e a ‘expertise’ foram usados como um recurso de poder no processo de argumentação e de persuasão.

Em seu relatório lançado em 1990, a Comissão aponta os principais problemas mundiais no campo da CT&I/S, principalmente no que se refere à pesquisa em saúde. Esse ator internacional constatou que havia uma tradicional concentração dos investimentos na pesquisa biomédica e experimental (em fases pré-clínica e clínica), em detrimento de estudos sobre gestão, políticas, sistemas e serviços de saúde (COMMISSION ON HEALTH, 1990). No caso dos países em desenvolvimento, a Comissão (1990) observou que o cenário era ainda mais grave. O fomento à CT&I/S apresentava instabilidade institucional, descontinuidade de financiamento e poucas oportunidades e incentivos para a carreira profissional nesse campo.

Nesse grupo de países, as políticas de ajuste macroeconômico provocavam crescentes cortes no orçamento para a CT&I em geral. Além de serem escassos os recursos para essa área, os investimentos nacionais para o setor de CT&I/S eram destinados basicamente à infraestrutura de institutos de pesquisa em saúde e universidade, assim como, para pagamento de salários dos pesquisadores. Verificou-se também uma intensa migração de cientistas -

fenômeno do ‘*brain-drain*’<sup>114</sup>. Em suma, a falta de um ambiente nacional propício para o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde (COMMISSION ON HEALTH, 1990).

Além disso, a Comissão (1990) observou que a formação dos profissionais de saúde, para as atividades de gestão, de assistência ou de pesquisa, não era apropriada às demandas e necessidades dos países em desenvolvimento. Havia também uma baixa participação social na área de CT&I/S e uma desarticulação entre academia e serviços de saúde. Conseqüentemente, a produção científica e tecnológica nesses países não era orientada por um conjunto de prioridades de pesquisa em saúde legitimadas nacionalmente. A Comissão (1990) destaca que isso dificultava a incorporação do conhecimento gerado nos sistemas e serviços de saúde, gerando um desequilíbrio entre o conhecer e o fazer (*know-do-gap*).

No que se refere ao plano internacional, a Comissão (1990) verificou que os doadores internacionais normalmente condicionavam os investimentos em P&D em saúde a suas agendas próprias de pesquisa, as quais poderiam não estar em consonância com as prioridades do país receptor. Esses fundos externos, entretanto, apoiavam, preferencialmente, treinamento de pesquisadores e a execução de projetos de curto prazo, levando à pulverização dos recursos dentre as diversas instituições de pesquisa de um determinado país. Promoveu-se, assim, afirma a Comissão (1990), um crescimento pontual da área de CT&I/S ao longo do tempo, a fragmentação de programas de pesquisa em saúde e a predominância da agenda de prioridades de pesquisa dos doadores em detrimento dos interesses nacionais.

Em outras palavras, o investimento proveniente de doações internacionais não promoveu devidamente o fortalecimento da gestão de CT&I/S nos países em desenvolvimento. Na verdade, esse processo que demanda a sustentabilidade institucional, financiamento estável e uma agenda legitimada nacionalmente que considere as prioridades da política de saúde e da população.

Nos seus estudos sobre fluxo de recursos financeiros, a Comissão (1990) rastreou o investimento mundial em pesquisa em saúde, estimando em aproximadamente US\$ 30 bilhões o montante alocado para essas atividades em 1990. Desse total, os países em desenvolvimento, especialmente seus governos, destinaram cerca de US\$ 684 milhões. No entanto, três quartos desses recursos provinham de oito países - Arábia Saudita, Argentina, Brasil, China, Coréia do Sul, Índia, México e Taiwan, os quais juntos representavam 40% do PIB dos países em desenvolvimento.

---

<sup>114</sup> De acordo com a Comissão, o fenômeno ‘fuga de cérebros’ decorre principalmente devido a um ambiente nacional desfavorável para as atividades de pesquisa. A Comissão constatou essa migração de pesquisadores entre regiões de um país, bem como, para fora do país (COMMISSION ON HEALTH, 1990).

Do total de US\$ 30 bilhões para a pesquisa em saúde, a grande quantia eram contribuições dos países avançados, especialmente das indústrias farmacêuticas, agências públicas (conselhos de pesquisa médica, institutos nacionais de saúde) e OIs. Em particular, as companhias farmacêuticas transnacionais investiram US\$ 13 bilhões, alocando apenas cerca de US\$ 300 milhões desses recursos para a P&D de interesse aos países em desenvolvimento - por exemplo, produção de vacinas para a malária e esquistossomose, de medicamentos antiparasitários e de melhores inseticidas para o controle vetorial. Os doadores internacionais aplicaram, portanto, a maioria dos seus investimentos para as prioridades de pesquisa dos países desenvolvidos (COMMISSION ON HEALTH, 1990).

Esse mapeamento contribuiu para que a Comissão (1990) constatasse a existência de uma profunda iniquidade no campo da CT&I/S, especialmente da pesquisa em saúde, fenômeno que ela denominou de desequilíbrio 10/90 - '10/90 gap'. Isso significa que menos de 10% dos investimentos, de origem pública ou privada, destinados para a pesquisa em saúde são direcionados para 90% dos problemas de saúde global da população (GLOBAL FORUM, 2004). A expressão '10/90 gap' tornou-se um símbolo mundial que tenta qualificar a iniquidade no âmbito da pesquisa em saúde desencadeada pela assimetria na distribuição de recursos financeiros para o fomento científico e tecnológico em saúde (GLOBAL FORUM, 1999).

A Comissão (1990) explicou que esse desequilíbrio se formou, dentre outras causas, devido ao fato de os países desenvolvidos terem priorizado em suas agendas governamentais o financiamento para a pesquisa em saúde, investindo principalmente em P&D que buscasse atender às necessidades de sua população. Iniciativa que não ocorreu com a mesma força nos países em desenvolvimento. De acordo com a Comissão (1990), os investimentos para a P&D em saúde cresceram continuamente particularmente nos EUA, Japão e Alemanha desde a II Guerra Mundial, proporcionando que esses países se tornassem os principais investidores no campo da CT&I/S na década de 1990.

No relatório de 1990, também foi ressaltado o papel das universidades, centros de pesquisa, agências de C&T e fundações privadas dos EUA e da Europa, algumas das quais historicamente desempenharam um importante papel no desenvolvimento e financiamento de estudos sobre os problemas de saúde da população dos países em desenvolvimento. Entre as instituições européias, foram destacados a *London School of Hygiene and Tropical Medicine*<sup>115</sup> e a *Royal Tropical Institute*<sup>116</sup> na Holanda, centros de pesquisa na Escandinávia e

---

<sup>115</sup> Escola de Londres de Higiene e Medicina Tropical.

<sup>116</sup> Instituto Tropical Real.

o Instituto Pasteur na França. No que se refere às instituições dos EUA, a Comissão (1990) ressaltou a atuação da *Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health*<sup>117</sup>, *National Institutes of Health*<sup>118</sup> (NIH) e *Centers for Disease Control*<sup>119</sup> (CDC). Foram ressaltadas também a atuação do *International Development Research Centre* (IDRC), da *Swiss Agency for Development and Cooperation*<sup>120</sup> (SAREC) e da Fundação Rockefeller.

Segundo a Comissão (1990), esses atores internacionais, frente às lacunas na agenda da OMS, assumiram, mesmo com limitados recursos, um papel relevante na mobilização da comunidade internacional na tentativa de fortalecer a CT&I/S na agenda internacional de saúde. Isso foi possível devido à independência, flexibilidade, capacidade técnica e sustentabilidade dessas instituições, bem como, o desenvolvimento de ações de longo prazo, salienta a Comissão (1990).

Desse modo, observa-se, ao analisar o Relatório de 1990, que, para facilitar o processo de pactuação e a formação de coalizões de *advocacy* em torno de uma agenda específica, a Comissão buscou produzir um arcabouço teórico-metodológico com base no reconhecimento dos problemas e desafios desse campo, na identificação dos principais agentes internacionais envolvidos com a área CT&I/S, assim como, nas experiências dos atores estratégicos que participaram nos estudos de caso e nos *workshops*. Constata-se no texto do relatório, ainda, um esforço direcionado para a sistematização de idéias e interesses mediante a elaboração de conceitos. Isso sugere também que, para estruturar um arranjo institucional em um tema específico, um passo inicial consiste na construção e pactuação de conceitos básicos. Exercício importante para facilitar o diálogo entre diversos atores, com concepções e visões de mundo distintas, e para organizar os esforços, buscando fazer convergir interesses em torno de uma determinada idéia.

Nessa lógica, nota-se no documento que a Comissão reconheceu e destacou a relação existente entre saúde e desenvolvimento, defendendo a idéia de que a pesquisa em saúde é a principal atividade capaz de promover o desenvolvimento equânime de um país. A equidade, desse modo, foi enfatizada como o valor básico. Com esse raciocínio, a Comissão (1990) defendeu que os investimentos em saúde deveriam ter alta prioridade na agenda das instituições responsáveis pelo planejamento e financiamento - por exemplo, Ministério da Fazenda. Além disso, continua a Comissão (1990), a pesquisa em saúde deveria ser reconhecida pelos governos dos países em desenvolvimento e pelas agências de

---

<sup>117</sup> Escola de Saúde Pública e Higiene Johns Hopkins.

<sup>118</sup> Institutos Nacionais de Saúde.

<sup>119</sup> Centros para Controle de Doenças.

<sup>120</sup> Agência Suíça para Desenvolvimento e Cooperação.

desenvolvimento internacional como uma atividade capaz de melhorar as condições de saúde da população e a gestão dos sistemas e serviços de saúde.

Com essa visão, a Comissão (1990) apontou como o principal objetivo da pesquisa em saúde a identificação e solução de problemas de saúde da população, assim como, dos sistemas e serviços de saúde. O fomento à investigação foi reconhecido, então, como necessário, devendo direcionar os investimentos para a análise do perfil epidemiológico da população; a identificação dos determinantes sociais do processo saúde-doença; o desenvolvimento de novas ferramentas e estratégias para a gestão dos sistemas e serviços de saúde, salientou esse ator internacional.

Verifica-se desse modo que o principal interesse da Comissão era promover o fortalecimento da pesquisa operacional<sup>121</sup> nos países em desenvolvimento, justificando que a aplicação do conhecimento gerado contribuiria de modo mais eficiente para resolver problemas do setor saúde e reduzir iniquidades em saúde no plano doméstico. O argumento que a Comissão adotou era que os países em desenvolvimento deveriam primeiro estruturar um ambiente propício para as atividades de pesquisa, a fim de qualificar a indução e identificar a demanda. Posteriormente a essa etapa, esses países direcionariam parte dos fundos para as atividades de pesquisa que necessitem de alto investimento em longo prazo e que apresentem maiores riscos, como a pesquisa básica e a P&D em saúde. Nesse sentido, a Comissão foi enfática em defender que os países em desenvolvimento deveriam alocar seus recursos financeiros para estudos sobre os problemas locais de saúde.

Com base nessas idéias e interesses, a Comissão (1990) recomendou que os países em desenvolvimento estruturassem sistemas nacionais de pesquisa em saúde, formulassem uma política pública para esse campo e construíssem uma agenda nacional de prioridades de investigação em saúde. Esses eram os alicerces da estratégia *Essential National Health Research* (ENHR), lançada pela Comissão, na tentativa de inserir suas concepções e prioridades nas agendas nacionais de saúde.

Trata-se de uma estratégia, cuja concepção expressa como idéias centrais o desenvolvimento de capacidades nacionais para a investigação em saúde e a utilização do conhecimento no processo de tomada de decisão, articulando de forma dinâmica o ciclo formado pela pesquisa, política e ação. Como diretrizes básicas, a estratégia fundamentou-se

---

<sup>121</sup> Pesquisa operacional pode ser também entendida como pesquisa aplicada ou pesquisa em serviço. Corresponde aos estudos que analisam as necessidades de saúde da população, o perfil epidemiológico, o aperfeiçoamento dos sistemas de informação, os mecanismos de financiamento, a alocação dos investimentos em saúde, a avaliação de programas e outras questões relacionadas à operacionalização dos sistemas e serviços nacionais de saúde (COMMISSION ON HEALTH, 2002; BRASIL, 2002a).

na inclusividade - participação de diversos atores; e na extensividade - capacidade de pesquisa em toda a cadeia do conhecimento. Como princípios, a estratégia destacou a relevância da intersectorialidade e da equidade (COMMISSION ON HEALTH, 1990).

Os principais objetivos da ENHR, salientou a Comissão (1990), eram incrementar o fomento para a pesquisa operacional, especialmente em sistemas e serviços de saúde, o que facilitaria ao gestor de saúde compreender os problemas sanitários nacionais; otimizar a alocação dos escassos recursos financeiros; fortalecer a inovação e aumentar a capacidade de vocalização dos países em desenvolvimento no processo de formação da agenda internacional de saúde.

A ENHR previa que o fomento científico e tecnológico em saúde deveria adotar duas abordagens complementares. A primeira concepção, denominada '*Country-specific health research*<sup>122</sup>', enquadravam-se as pesquisas operacionais. Esses estudos deveriam apresentar também um componente de desenvolvimento de capacidades individuais, institucionais e sistêmicas (COMMISSION ON HEALTH, 1990).

Segundo a Comissão (1990), esse tipo de pesquisa contribuiria para a produção de conhecimento específico às questões internas ao país, a fim de promover o fortalecimento do setor saúde. Além disso, esses estudos também poderiam trazer benefícios que ultrapassassem as fronteiras nacionais, contribuindo para a outra abordagem da ENHR, intitulada de '*Global health research*<sup>123</sup>' (TASK FORCE, 1991). Para exemplificar essa assertiva, a Comissão (1990) mencionou os estudos de Carlos Chagas sobre doença de Chagas, que ao descobrir o parasita e o vetor relacionados com essa doença, trouxe contribuições para a saúde global.

De acordo com a Comissão (1990), a abordagem '*Global health research*' seria responsável por gerar conhecimento tecnológico em saúde. A Comissão acreditava que a descoberta e o desenvolvimento de novos insumos estratégicos à saúde resultariam da agregação dos esforços nacionais de pesquisa em saúde desenvolvidos por cada país. Diante desse desafio, a Comissão (1990) recomendava que os pesquisadores dos países em desenvolvimento deveriam estar integrados a redes internacionais de pesquisa em saúde. Mesmo assim, ela defendia que caberia aos países desenvolvidos liderar esses esforços, pois detinham '*expertise*' e maiores recursos financeiros (TASK FORCE, 1991).

A Comissão (1990) recomendou, portanto, que os países capazes de desenvolver estudos a partir desse prisma concentrassem os investimentos em pesquisas sobre diabetes, cardiopatias, hipertensão arterial e câncer. O foco dessas investigações deveria ser o

---

<sup>122</sup> Pesquisa em saúde específica para o país.

<sup>123</sup> Pesquisa em saúde global.

desenvolvimento ou a adaptação de tecnologias, a produção de medicamentos, drogas, vacinas, kits diagnósticos e outros insumos estratégicos à saúde. Segundo a Comissão (1990), o uso dos resultados/produtos de pesquisas possibilitaria aos países enfrentar os problemas presentes no âmbito internacional, pois a Comissão acreditava que os estudos da abordagem '*Global health research*' produziriam conhecimentos transferíveis aos diversos países.

Ao analisar esses argumentos, entretanto, observam-se contradições no que se refere principalmente à diretriz extensividade. No texto do relatório de 1990, é possível identificar claramente que, para a Comissão, os países em desenvolvimento deveriam concentrar seus esforços na pesquisa operacional em detrimento da pesquisa básica e tecnológica, as quais não foram consideradas como estratégicas para o fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde nesse grupo países.

Por outro lado, caberia aos países desenvolvidos fomentar os diferentes tipos de pesquisa em saúde, principalmente as atividades de P&D em saúde, aplicando as duas abordagens propostas pela ENHR. A partir dessa reflexão, surgem alguns questionamentos: os países em desenvolvimento em geral teriam condições de aplicar de modo complementar as duas abordagens propostas pela ENHR? Quais seriam os interesses dos países avançados em desenvolver a capacidade de pesquisa, assim como, transferir os novos conhecimentos científicos e tecnológicos em saúde para os países em desenvolvimento? Os produtos/resultados de pesquisa em saúde poderiam ser transferidos e homogeneamente utilizados, independente das especificidades locais? O conhecimento gerado a partir da abordagem '*Global health research*' seria de fato transferido? A que custo? Em quanto tempo? O que garantiria esse processo? Quais seriam os interesses do mercado? Será que a estruturação de um sistema nacional de pesquisa em saúde desarticulado com o desenvolvimento tecnológico e de inovação em saúde é o melhor caminho para reduzir o desequilíbrio 10/90? Fomentar predominantemente pesquisa aplicada seria suficiente para ampliar de modo efetivo a capacidade de vocalização dos países em desenvolvimento no cenário internacional? A estratégia ENHR conseguiria de fato reduzir as assimetrias no campo da pesquisa em saúde? Em outras palavras, ela ajudaria a superar o '*10/90 gap*'?

A essas questões somam-se outras. De acordo com Chaves et al (2007), o sistema internacional de propriedade intelectual<sup>124</sup> vem sofrendo transformações que refletem as mudanças ocorridas no desenvolvimento econômico, científico e tecnológico dos países, assim como, na dinâmica do comércio internacional. Esses autores ressaltam que, desde a

---

<sup>124</sup> O sistema internacional de propriedade intelectual foi criado em 1883 na Convenção da União de Paris (CUP) (CHAVES et al, 2007).

década de 1980, esse sistema tem se tornado cada vez mais favorável aos interesses do detentor da patente, inclusive no âmbito da saúde.

Isso significa que o sistema de propriedade intelectual tem privilegiado os interesses dos ‘donos’ do conhecimento científico e tecnológico em saúde. Desse modo, outra questão se coloca como pertinente diante dos argumentos da Comissão. Como ficariam as questões relacionadas ao direito de propriedade intelectual no que diz respeito à abordagem ‘*Global health research*’? Como favorecer o acesso aos resultados de pesquisa aos países que não tem a capacidade de desenvolver estudos sob esse prisma da ENHR?

Além de não abordar esses temas e os reais interesses do mercado, a Comissão não se aprofundou nos fatores que influenciariam e, principalmente, que poderiam contribuir para ampliar a inserção dos países em desenvolvimento nos estudos sobre os problemas globais de saúde. Na verdade, o relatório de 1990 expressa enfaticamente que esse grupo de países deveria priorizar a pesquisa operacional, cabendo a cada país avaliar suas próprias capacidades para decidir se poderia ou não desenvolver estudos de interesse à saúde global.

Com relação à construção de agendas nacionais de pesquisa em saúde, a Comissão (1990) recomendou que os países em desenvolvimento deveriam selecionar as prioridades de investigação com base no perfil de morbi-mortalidade de sua população e nos problemas do setor saúde, nas preferências da comunidade científica e na capacidade nacional de pesquisa.

O processo de definição de prioridades, continua a Comissão (1990), deveria reunir uma gama de atores envolvidos com a pesquisa em saúde para formar consensos e conquistar a legitimidade. A Comissão defendia que a agenda de investigação em saúde deveria ser o documento-base para o estabelecimento do diálogo com doadores, agências e programas externos, o que facilitaria a inserção dos interesses nacionais na agenda internacional, bem como, evitaria a imposição das prioridades de doadores em âmbito local (TASK FORCE, 1991). Entretanto, a Comissão (1990) destacou que a agenda nacional de pesquisa em saúde, por si só, não garantiria a sua implementação. Era preciso, portanto, a adesão dos atores à estratégia ENHR como um todo.

No caso dos países em desenvolvimento, a construção da agenda nacional de investigação em saúde, enfatizou a Comissão (1990), seria um grande desafio, especialmente devido à dificuldade de priorizar diante do fenômeno de transição epidemiológica<sup>125</sup>. O

---

<sup>125</sup> 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). Os autores afirmam que o processo de transição epidemiológica engloba as seguintes mudanças básicas: o deslocamento da carga de morbi-mortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos; o decréscimo da taxa de incidência das

estabelecimento de critérios seria fundamental para orientar o exercício de priorização. Entre eles, a Comissão (1990) sugeriu a análise de custo-efetividade<sup>126</sup> e a quantificação dos anos de vida perdidos devido a uma doença ou um agravo específico. Para a Comissão (1990), os coeficientes de morbi-mortalidade não eram indicadores<sup>127</sup> capazes de ser utilizado como critério único para selecionar e ordenar o grau de prioridade de pesquisa entre as doenças e os agravos, uma vez que esses indicadores não são os mais adequados para mensurar as morbidades que causam mais incapacidades do que mortalidade - por exemplo, transtornos mentais.

Para o debate internacional, a Comissão (1990) lançou o desafio de aprofundar as discussões sobre os indicadores, métodos e processos capazes de aprimorar o processo de definição de prioridades de pesquisa em saúde, propondo também uma agenda para ação a ser considerada pelos atores nacionais e externos, com as seguintes recomendações:

- emprego da estratégia ENHR, especialmente nos países em desenvolvimento, os quais deveriam investir no mínimo 2% do seu PIB nessa estratégia. O setor saúde, por sua vez, deveria alocar no mínimo 2% do seu orçamento para o fortalecimento de capacidades individuais e institucionais e para o fomento à investigação em saúde. Os governos deveriam promover incentivos fiscais para que o setor privado amplie o investimento em pesquisa em saúde;
- alocação de no mínimo 5% dos recursos financeiros investidos pelas agências internacionais de desenvolvimento para o fortalecimento da capacidade de pesquisa em saúde nos países em desenvolvimento;
- adoção do mérito técnico-científico e da relevância sanitária como critérios para avaliar a qualidade das pesquisas a serem financiadas;
- fomento à pesquisa em saúde deveria priorizar as seguintes áreas: doenças diarréicas, infecções respiratórias agudas, saúde reprodutiva, tuberculose, deficiências de micronutrientes (vitamina A, iodo e ferro), saúde mental, saúde e meio-ambiente,

---

doenças transmissíveis; e o aumento gradativo da incidência de doenças não-transmissíveis e agravos. Segundo o *Global Forum* (2004), a transição epidemiológica consiste em um fenômeno presente, predominantemente, nos países em desenvolvimento. Caracteriza-se por gerar três quadros epidemiológicos distintos, explica essa ONGI: grupo I- 'doenças pré-transicionais' (doenças transmissíveis, desnutrição e morbi-mortalidade materno-infantil), cuja incidência está mais relacionada à situação de pobreza; grupo II- 'doenças pós-transicionais' (doenças crônico-degenerativas, por exemplo, câncer, distúrbios cardiovasculares e transtornos mentais) são aquelas mais relacionadas ao aumento da expectativa de vida e envelhecimento populacional; e o grupo III- agravos (ex: violência, acidentes de trânsito, queimaduras, envenenamento).

<sup>126</sup> A análise de custo-efetividade é capaz de mensurar o impacto de uma determinada intervenção em saúde em comparação com outras, levando em conta o custo por unidade monetária gasta e os efeitos, em unidades clínico-epidemiológicas (BRASIL, 2005c).

<sup>127</sup> O termo indicador é utilizado em geral para representar ou medir aspectos não sujeitos à observação direta (PEREIRA, M., 1995).

saúde do trabalhador, fatores de risco de doenças não-transmissíveis (diabetes, cardiopatias e hipertensão arterial), políticas, gestão, sistemas e serviços de saúde;

- financiamento de estudos que avaliem as intervenções comportamentais efetivas para reduzir os agravos, as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e a dependência química;
- fortalecimento de parcerias internacionais, principalmente, para a geração de conhecimento transferível sobre problemas globais de saúde e a construção de capacidades nos países em desenvolvimento;
- aumento dos investimentos para o HRP, o TDR e as comissões de investigação, como o Comitê Assessor de Pesquisa em Saúde;
- realização de concursos internacionais para destacar as contribuições dos países para a área de CT&I/S, incentivando a atuação de jovens pesquisadores;
- criação de uma instituição internacional independente que monitore o progresso da pesquisa em saúde, desenvolva ações de *advocacy* e promova apoio técnico-financeiro. Esse ator enfocaria em suas ações os países em desenvolvimento, elaborando estudos que subsidiem outros agentes e programas internacionais. A instituição não deveria, portanto, operar programas específicos.
- realização de um seminário anual, com a participação de pesquisadores, gestores, doadores, agências de desenvolvimento e fundações. Esse evento contribuiria para o intercâmbio de informações, experiências, métodos e resultados de pesquisas, além de possibilitar a mobilização de doadores para promover a assistência técnica e financeira para um determinado país (COMMISSION ON HEALTH, 1990).

Nota-se que as duas últimas recomendações inseriram no debate internacional as idéias e interesses iniciais do que viriam a ser, posteriormente, as atividades do *Global Forum for Health Research*. Após o término de suas análises, a Comissão iniciou um esforço para que suas concepções e prioridades fossem incorporadas em outras agências internacionais.

Em fevereiro de 1990, ela apresentou suas reflexões e recomendações na 15ª Conferência Nobel, em Estocolmo. Como desdobramentos desse esforço, a OMS inseriu na pauta da 43ª Assembléia Mundial de Saúde, em maio do mesmo ano, a discussão sobre o papel da pesquisa em saúde no fortalecimento dos sistemas e serviços de saúde (TASK FORCE, 1991). Nessa ocasião, a investigação em saúde foi mencionada como uma das atividades estratégicas para alcançar a meta 'Saúde para todos no ano 2000'. Os Estados-

membros acordaram em implementar e fortalecer as concepções da ENHR em cada país, incorporando-a como um componente estratégico para as agendas sanitárias nacionais e internacional (WHO, 1990).

Na Assembléia de 1990, foi aprovada a resolução 43.19 que sistematizou a pactuação estabelecida pelos Estados-membros, correspondendo à primeira regulamentação da OMS específica para as questões relacionadas ao fomento científico e tecnológico em saúde, em particular, a gestão da pesquisa em saúde (TASK FORCE, 1991). Basicamente, a Organização ratificou as recomendações da Comissão. Além disso, o Diretor-Geral comprometeu-se em desenvolver uma estratégia mais efetiva para fortalecer a investigação em saúde dentro da própria agenda da OMS (WHO, 1990).

Ao analisar o resultado desse esforço, observa-se que a Comissão foi um importante ator internacional, que impulsionou a reorientação de idéias e interesses na agenda internacional no que se refere à CT&I/S. Esse agente ressaltou a relevância das Ciências Sociais e Humanas para a pesquisa em saúde, incluindo os estudos sobre políticas, sistemas e serviços de saúde no conjunto de prioridades de investigação da agenda de saúde global. Outro importante avanço consistiu no reconhecimento da autoridade sanitária nacional como um dos principais demandantes, financiadores, indutores e usuários da pesquisa em saúde. Qualificar o processo de tomada de decisão passou a ser o principal mote da produção do conhecimento em saúde, não o limitando mais apenas ao controle de doenças e desenvolvimento de tecnologias. Esse movimento internacional pode também ter contribuído para a inserção da pesquisa em saúde na agenda governamental de alguns países em desenvolvimento.

Não obstante a esses avanços, verifica-se que a Comissão empregou, nas suas recomendações para os países em desenvolvimento, o conceito de pesquisa operacional como sinônimo de investigação estratégica, ou como preferia chamar, de pesquisa essencial. Restringiu-se, assim, a concepção de pesquisa estratégica ou essencial, a qual, segundo Gadelha (2005), deve ser aquela que atende aos interesses sanitários e econômicos do país, não se limitando apenas à produção de conhecimento direcionado para a alimentação de sistemas básicos de informação em saúde - os de morbi-mortalidade, por exemplo. A pesquisa estratégica em saúde deve, na verdade, considerar as prioridades e as capacidades do Estado e do mercado nacional no campo da CT&I/S - por exemplo, a capacidade instalada para as atividades de P&D em saúde, afirma esse autor.

Além disso, a Comissão também não realizou a devida diferenciação entre os conceitos de cooperação e assistência internacional. Esses termos foram principalmente

utilizados no relatório de 1990 para abordar o tema ‘desenvolvimento de capacidades nacionais de pesquisa em saúde’. Uma análise mais profunda do documento mostra que a Comissão constatou as iniquidades na área de CT&I/S, particularmente no que se refere à pesquisa em saúde, dividindo o globo em dois grupos. Os países desenvolvidos foram reconhecidos como os que detêm ‘expertise’, conhecimento, ferramentas, experiência e recursos humanos e financeiros. Do outro lado, os países em desenvolvimento foram mencionados como aqueles que, em geral, têm pouca ou nenhuma capacidade de pesquisa, atribuindo-lhes a necessidade de ‘ajuda externa’. Reforçou-se, desse modo, a assistência internacional e a cooperação Norte-Sul<sup>128</sup> como estratégias para qualificar os países em desenvolvimento.

Com base nessas constatações, alguns questionamentos apresentam-se como relevantes para orientar a discussão ao longo desta dissertação. Qual o interesse dos países avançados em desenvolver a área de CT&I/S nos países em desenvolvimento? A comunidade internacional quer de fato corrigir as iniquidades no campo da CT&I/S? Como seria possível estabelecer a cooperação internacional, buscando o benefício mútuo entre os países desenvolvidos e os em desenvolvimento? Como países com pouca capacidade de pesquisa poderiam contribuir para os países já com ampla tradição na produção de conhecimento científico e tecnológico em saúde? Que estratégias podem fortalecer a cooperação Sul-Sul<sup>129</sup>? Essas reflexões, todavia, ainda precisavam ser fortalecidas nos fóruns internacionais, como se verá adiante.

Após a conclusão dos trabalhos da Comissão, seus membros e doadores verificaram que apesar de o conceito ENHR ter sido amplamente aceito na comunidade epistêmica internacional, ainda era preciso estabelecer mais parcerias na esfera local, para formar grupos de *advocacy*, compostos por atores estratégicos na área de CT&I/S, com capacidade de influência política na agenda sanitária nacional. Esses atores estratégicos utilizariam o conhecimento como recurso de poder e liderariam a mobilização nacional a favor da formação de consensos em torno da estratégia ENHR.

Para atender a esse interesse, a Comissão impulsionou a criação de um novo agente internacional no ano de 1990, a Força Tarefa de Pesquisa em Saúde para o Desenvolvimento. Seu principal desafio passaria a ser a elaboração de um plano de ação para implementar as recomendações da Comissão, em particular, a operacionalização da ENHR, mediante o

---

<sup>128</sup> Entende-se por cooperação Norte-Sul aquela que envolve países desenvolvidos e países em desenvolvimento.

<sup>129</sup> Compreende-se por cooperação Sul-Sul aquela que somente envolve países em desenvolvimento.

desenvolvimento de projetos-pilotos em alguns países, entre os quais o Brasil (TASK FORCE, 1991).

De acordo com um ex-diretor do TDR, o Brasil foi um dos países selecionados pela Força Tarefa por apresentar uma significativa capacidade nacional de pesquisa em saúde quando comparado com outros países em desenvolvimento; e por ser um país estratégico na região latino-americana. A Fiocruz foi a instituição escolhida para liderar a formação de consensos dentro do país, a favor da adesão à ENHR, em decorrência de sua tradicional produção científica e tecnológica no campo da saúde (TASK FORCE, 1991). Segundo o dirigente da Fiocruz entrevistado, Carlos Morel foi um dos atores estratégicos selecionados para coordenar esse esforço em âmbito nacional, devido à sua ampla experiência como gestor e pesquisador, bem como, à sua atuação em diferentes instituições nacionais e internacionais. Desse modo, Fiocruz e Carlos Morel foram os principais responsáveis, nesse primeiro momento, por estabelecer um canal para a circulação de idéias e interesses entre as instituições nacionais e internacionais atuantes na área de CT&I/S.

Com o propósito de orientar os esforços locais, a Força Tarefa (1991) recomendou que os países considerassem os seguintes elementos no processo de implementação da ENHR: ações de *advocacy*<sup>130</sup>; estruturação de mecanismos de fomento; construção de uma agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde; desenvolvimento de capacidades; formação de redes de pesquisa com abrangência nacional, regional e global; financiamento contínuo e crescente às atividades de pesquisa em saúde; e monitoramento e avaliação do processo de fomento científico e tecnológico em saúde. Apesar de não se tratar de um ordenamento linear de atividades a serem desenvolvidas de modo seqüencial, essa lista correspondeu a uma espécie de guia (*'check-list'*) para os gestores públicos de saúde.

De acordo com a Força Tarefa (1991)<sup>131</sup>, mesmo contemplando esses sete elementos básicos mencionados acima, seria essencial que os países em desenvolvimento estabelecessem uma sólida articulação política, tanto em âmbito nacional quanto internacional. Isso possibilitaria, por sua vez, institucionalizar a CT&I/S no país, promover o fortalecimento da capacidade nacional de pesquisa em saúde e maximizar o impacto da pesquisa na promoção da equidade em saúde e do desenvolvimento, afirma esse ator internacional.

---

<sup>130</sup> As ações de *advocacy* deveriam promover a sensibilização e mobilização de pesquisadores, gestores, profissionais de saúde e população sobre a necessidade de uma nova estratégia para a gestão do fomento científico e tecnológico em saúde nos países, no caso a ENHR. Como resultados, seriam formados grupos de *advocacy* que deveriam, por sua vez, pressionar atores estratégicos do setor público a inserirem ou fortalecerem a pesquisa em saúde na agenda da autoridade sanitária nacional do país em questão (TASK FORCE, 1991).

<sup>131</sup> Ao longo do texto, foram utilizadas as referências Força Tarefa (1991) e *Task Force* (1991) como tradução e simplificação da fonte secundária *Task Force on Health Research for Development* (1991).

A adesão à ENHR requeria, portanto, a presença de lideranças locais fortes e capazes de estabelecer coalizões para assegurar o apoio político. Entre os aliados deveriam ser incluídos os seguintes atores: ONGs nacionais e internacionais; OIGs; doadores (públicos e privados); conselhos nacionais de pesquisa, os gerais e os específicos para a saúde; institutos de pesquisa; Ministério da Saúde, especialmente os setores envolvidos com epidemiologia e planejamento; universidades; e representantes da população (TASK FORCE, 1991).

Além da formação de bases políticas, a Força Tarefa (1991) enfatizou a importância de se promover uma mobilização nacional para divulgar o conceito ENHR e discutir qual seria o arranjo institucional capaz de implementar a estratégia no país. Recomendou-se a realização de um seminário, no qual os atores pactuariam uma agenda local de ação para a ENHR.

Em outubro de 1991, finalizaram-se os trabalhos da Força Tarefa (1991), com a publicação do relatório *‘Essential National Health Research: a strategy for action in health and human development’*. O documento sistematizou o esforço desenvolvido por esse agente internacional, reiterando as recomendações da Comissão e apresentando as diretrizes operacionais para a implementação da estratégia ENHR em âmbito nacional. Segundo um ex-diretor do TDR, a Força Tarefa contribuiu significativamente para o fortalecimento do debate sobre a pesquisa em saúde na agenda internacional, assim como, para a formação de coalizões de *advocacy*, as quais impulsionaram a inserção da CT&I/S nas agendas sanitárias nacionais e a formulação de uma política pública para essa área.

Como resultado dos esforços internacionais liderados, inicialmente, pela Comissão e depois pela Força Tarefa, criou-se o *Council on Health Research for Development* (COHRED). Essa OI surgiu a partir da expectativa de diversos agentes internacionais, entre eles o Banco Mundial, que se mobilizaram e decidiram fundar uma instituição permanente para apoiar, especificamente, a estruturação e fortalecimento de sistemas nacionais de pesquisa em saúde (GLOBAL FORUM, 1999). Trata-se de uma ONGI, afirma um dirigente do COHRED, que tinha como principal missão nesse período apoiar os países em desenvolvimento na implementação da estratégia ENHR. Sua atuação, continua o entrevistado, direcionava-se para os esforços nacionais e o público-alvo de suas atividades era, predominantemente, ministérios da saúde, universidades e ONGs nacionais (GLOBAL FORUM, 2004).

Entretanto, argumenta um ex-dirigente do TDR, as ações do COHRED desenvolvidas na década de 1990 se concentraram na África e na Ásia. Dentre outros fatores, como as precárias condições sanitárias nos países africanos, o entrevistado destaca que a presença de representantes desses continentes no conselho (*board*) do COHRED contribuiu para o

direcionamento geográfico das atividades institucionais dessa OI. A atuação desse ator internacional na América Latina e Caribe, prossegue o entrevistado, tornou-se mais significativa somente a partir do ano de 2005.

Verifica-se que aos poucos se formava uma comunidade epistêmica internacional de saúde interessada pelo tema CT&I/S. No entanto, as estratégias para o fortalecimento institucional ainda eram, predominantemente, voltadas para a esfera local. Era preciso, portanto, aprofundar a discussão sobre os arranjos institucionais no plano regional e global. Reflexões que foram fomentadas, principalmente, pelos países desenvolvidos e agências internacionais, com destaque para a atuação do governo britânico e do Banco Mundial como será apresentado a seguir.

## **II. Banco Mundial<sup>132</sup>: concepções, valores e prioridades no campo da ciência, tecnologia e inovação em saúde**

Segundo um ex-coordenador da *Alliance for Health Policy and Systems Research Initiative*<sup>133</sup>, a ampliação do debate, na década de 1990, sobre o papel da CT&I/S, particularmente da pesquisa em saúde, nos sistemas e serviços de saúde fortaleceu esse tema na agenda governamental britânica. Esse movimento, continua o entrevistado, resultou na criação de uma espécie de ‘*British forum for health research*’<sup>134</sup>, com o propósito de fazer da pesquisa em saúde uma prioridade política nacional. Complementarmente a esse Fórum de atuação local, o *Department for International Development*<sup>135</sup> (DFID) atuava em nível global, divulgando as idéias e interesses das instituições britânicas no cenário internacional. O entrevistado afirma que a partir dessas iniciativas, o governo inglês impulsionou o debate e ampliou sua influência no campo da CT&I/S, nos planos local e global. Além disso, fez do *British Forum* uma referência, na qual os atores internacionais se basearam para propor uma instituição de abrangência global, o que viria a ser posteriormente o *Global Forum for Health Research*, destaca o entrevistado.

Concomitantemente a esses esforços, o Banco Mundial também estimulava o debate da CT&I/S no ambiente global. De acordo com os entrevistados, a publicação do 16º *World*

<sup>132</sup> Ao longo do texto foi utilizado Banco Mundial (1993) ou Banco (1993) como uma tradução e simplificação da referência bibliográfica *World Bank* (1993).

<sup>133</sup> Iniciativa Aliança para a Política de Saúde e Sistemas de Pesquisa.

<sup>134</sup> Fórum Britânico de Pesquisa em Saúde.

<sup>135</sup> Departamento para o Desenvolvimento Internacional.

*Development Report*<sup>136</sup> do Banco Mundial, intitulado ‘*Investing in health: world development indicators*’ também foi um marco institucional que contribuiu para o fortalecimento da CT&I/S na agenda internacional de saúde. Esse documento consolida os estudos realizados pelo quadro técnico do Banco Mundial, liderado pelo pesquisador Deam T. Jamison, em parceria com a OMS (WORD BANK, 1993).

Embora a comunidade internacional já reconhecesse a grande influência do Banco Mundial na agenda de saúde, principalmente devido à sua força econômica, esse ator decidiu envolver a OMS em suas discussões, por considerá-la uma instituição com capacidade técnica e que, mesmo em crise, ainda tinha legitimidade técnico-política, principalmente junto aos ministérios de saúde de seus Estados-membros, os quais eram predominantemente, de acordo com Brown, Cueto e Fee (2006), países em desenvolvimento. Isso se refletiu claramente no relatório de 1993, no qual o Banco reconheceu o crédito da OMS, considerando-a um parceiro integral em todos os estágios de preparação do documento.

Segundo, Brown, Cueto e Fee (2006, p.637), “(...) as circunstâncias indicavam ser vantajoso para ambas as partes que o Banco e a OMS trabalhassem em conjunto”. A principal contribuição da OMS para o desenvolvimento desse documento consistiu na avaliação da carga global de doença<sup>137</sup> (WORLD BANK, 1993). De acordo com Carvalheiro (1999), a partir desse exercício, o Banco Mundial criou um novo indicador para mensurar a carga de doença, o DALY<sup>138</sup>. O pesquisador do Banco Mundial entrevistado confirmou essa assertiva, acrescentando que esse indicador foi desenvolvido como uma resposta às recomendações da Comissão de Pesquisa em Saúde para o Desenvolvimento.

Lançado em 1993, esse relatório foi amplamente difundido, divulgando a visão do Banco Mundial sobre a relação entre saúde e crescimento econômico. Entre os temas abordados, há uma seção específica que discute a área de ciência, tecnologia e inovação em saúde. Para entender as idéias e interesses referentes a essa temática, é necessário, inicialmente, identificar a concepção desse ator internacional sobre saúde e o seu

---

<sup>136</sup> Relatório Mundial de Desenvolvimento. Anualmente, o Banco Mundial elabora essa publicação, abordando uma temática específica e relacionando-a com a agenda internacional de desenvolvimento.

<sup>137</sup> Carga global de doença (*global burden of disease*) significa a magnitude dos problemas globais de saúde (GLOBAL FORUM, 2004).

<sup>138</sup> *Disability-adjusted life years* (DALY - anos de vida ajustados por incapacidades) corresponde a um indicador que mensura os anos de vida perdido por morte prematura, morbidades e incapacidades, corroborando para a análise de carga de doença. Possibilita identificar e analisar o custo social e econômico das morbidades, incapacidades e mortes prematuras. O DALY surge, então, na perspectiva de fortalecer o uso de critérios da economia da saúde para orientar a definição de prioridades de investimento em saúde, por exemplo, a alocação de recursos para o fomento científico e tecnológico em saúde (WORLD BANK, 2003; GLOBAL FORUM, 2004).

posicionamento no que se refere ao papel do Estado e do setor privado na provisão da atenção à saúde.

Ao analisar o conteúdo do relatório, nota-se que a idéia central não associa a saúde à concepção de direito social e de cidadania<sup>139</sup>. Ao contrário, o Banco a reconhece, perante a comunidade internacional, como um bem público global (*global public good* - GPG) essencial para o desenvolvimento de um país. Afinal, o que significa esse conceito?

Para Smith et al (2003), a discussão sobre bem público global surgiu a partir da análise dos economistas na busca de lidar com as externalidades decorrentes do processo de globalização. Esses autores apresentam a seguinte definição: para um bem ser público, é preciso que seus benefícios não se restrinjam a um grupo específico nem seu consumo a um indivíduo, a uma nação ou a outros integrantes de um determinado grupo. Em outras palavras, o bem público global é aquele que promove o benefício coletivo, não podendo ser excludente, nem gerar a competição entre os consumidores para o acesso a esse bem no âmbito mundial - por exemplo, o meio-ambiente.

Nessa perspectiva, continuam os autores, a saúde não é um bem público, nem nacional; tampouco global. Para eles, a condição de saúde é um bem privado que beneficia apenas o próprio indivíduo. Os autores destacam que, no caso da saúde, os benefícios para a coletividade se restringem aos resultados das ações de vigilância em saúde, sejam elas: sanitária, epidemiológica ou ambiental, particularmente o controle de doenças transmissíveis. Eles justificam essa assertiva, argumentando que o acesso à promoção da saúde, à prevenção e ao tratamento de doenças é excludente em nível nacional, regional e mundial. Desse modo, Smith et al (2003) apenas reconhecem como um bem, efetivamente público, no âmbito da saúde global, o combate às doenças transmissíveis que incidem, ao mesmo tempo, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, como por exemplo, o HIV/aids.

Por outro lado, segundo Olson (1971), entende-se por bem público global todo programa, política ou serviço, cuja produção gera impactos que transcendam as fronteiras nacionais e regionais, podendo causar externalidades negativas ou positivas. Embora exista interesse comum no usufruto de seus benefícios, não há interesse entre os atores de um determinado grupo dividir o ônus para a obtenção de um bem público específico.

---

<sup>139</sup> Esta dissertação adota o conceito de Marshall (1967) sobre cidadania, a qual é definida como a conjugação dos direitos civis, políticos e sociais, a fim de assegurar um mínimo de igualdade para atender as necessidades sociais básicas, como a saúde, e a redução da desigualdade e da estratificação social. Em sua 'teoria sobre cidadania', Marshall (1967) tentou compatibilizar liberdade com igualdade, defendendo a garantia dos mínimos sociais. Ele não se contrapôs à existência de desigualdades sociais, afirma Faleiros (1999), uma vez que Marshall defendia a necessidade de se atingir uma igualdade humana básica, via direitos sociais, que se materializariam mediante a formulação e implementação de políticas públicas sociais. Não sendo, portanto, incompatível com as desigualdades sócio-econômicas resultantes do capitalismo, enfatiza Faleiros (1999).

Mesmo sem justificar porque considera a saúde como um bem público global, ao analisar as idéias e interesses do Banco Mundial, pode-se sugerir que ele segue a corrente teórica de Olson. Os principais argumentos defendidos no relatório de 1993 concentram-se em três linhas de ação: a definição de um pacote básico de intervenções de saúde para a população de baixa renda, o incentivo ao crescimento econômico e a melhoria do nível educacional para as mulheres. De acordo com o Banco Mundial (1993)<sup>140</sup>, todos os países deveriam priorizar o investimento nessas áreas para reduzir as taxas de morbi-mortalidade e de incapacidades, combater a pobreza e evitar potenciais externalidades negativas que as doenças transmissíveis, a poluição e certos hábitos (uso de bebidas alcoólicas e de drogas) podem ocasionar.

Ao analisar o conteúdo do relatório de 1993, constata-se que o Banco Mundial adota uma perspectiva biomédica e hospitalocêntrica, desconsiderando a relevância dos determinantes sociais no processo saúde-doença. Nesse raciocínio, esse ator internacional associa a melhoria das condições de saúde da população, estritamente, ao acesso a tecnologias, medicamentos e serviços assistenciais. *É preciso considerar que o Banco atende à lógica dos ministros da economia, os quais indicam onde é preciso investir*, afirma o consultor da OMS entrevistado.

Além disso, o Banco Mundial argumenta nesse documento que a saúde é um meio que contribui para o crescimento econômico por proporcionar a redução da morbi-mortalidade de trabalhadores e de escolares. Essa lógica retoma as idéias do modelo sanitarista inglês<sup>141</sup> do século XIX implantado no período da Revolução Industrial, quando a abordagem da saúde pública enfocava, predominantemente, o saneamento das cidades, a prevenção e o controle de doenças em grupos específicos, principalmente, os trabalhadores. Consistia em um mecanismo para manter uma classe operária produtiva, o que proporcionaria o crescimento econômico do país (MENDES, 1985).

Com base nessas concepções, o Banco Mundial (1993) discutiu o papel dos setores público e privado no campo da saúde coletiva. Para ele, caberia ao Estado a oferta de um conjunto específico de intervenções no nível da atenção primária para a população de baixa renda, os *'best buys'* para o setor saúde, como esse ator internacional denominou o pacote básico de intervenções de saúde. Nessa perspectiva, o governo deveria priorizar a prevenção

---

<sup>140</sup> Ao longo do texto foi utilizado Banco Mundial (1993) ou Banco (1993) como uma tradução e simplificação da referência bibliográfica *World Bank* (1993).

<sup>141</sup> De acordo com Mendes (1985), o sanitarismo inglês ficou conhecido como medicina da força de trabalho ou polícia sanitária. Seu objetivo era controlar o nível de saúde dos segmentos populacionais de baixa renda, com a finalidade de reprodução da força de trabalho.

de doenças como um meio para diminuir custos na média e alta complexidade (WORLD BANK, 1993). Os consultores da OMS e da OPAS entrevistados explicaram que essa recomendação demandaria que os ministérios da saúde estruturassem um pacote de intervenções de saúde, o que eles chamaram de *cesta básica de serviços e procedimentos de saúde para a população pobre*.

Nessa perspectiva, essa agência de desenvolvimento recomendou a inserção das seguintes áreas no pacote básico: imunização; serviços de saúde para escolares, assegurando a assistência farmacêutica<sup>142</sup> e nutricional; planejamento familiar; programas para a redução do consumo do tabaco e de bebidas alcoólicas com o propósito de reduzir o risco de doenças crônico-degenerativas<sup>143</sup>; ações regulatórias; sistema de informação; algumas ações de saneamento básico; e ações de prevenção à transmissão do HIV, adotando uma abordagem de grupos de risco (WORLD BANK, 1993).

Caberia aos governos também, segundo o Banco Mundial (1993), impulsionar a diversidade e a competição entre prestadores de serviços e produtores de medicamentos e equipamentos, devendo atuar nas falhas e crises do mercado, a fim de garantir a estabilidade econômica. Por outro lado, continua essa agência de desenvolvimento (1993), o setor privado se responsabilizaria pela oferta de serviços para o restante da população e pelo investimento em P&D e na produção de insumos estratégicos no âmbito da saúde.

Diante dessa lógica, qualificada de *economicista e neoliberal* por entrevistados da OMS e da OPAS, verifica-se que as idéias do Banco Mundial apresentam como interesse central a estruturação de sistemas de saúde fragmentados, com políticas e programas seletivos para a população de baixa renda, a qual deveria ser o público-alvo do Estado que se responsabilizaria, por sua vez, em implementar ações focalizadas para determinadas doenças e grupos específicos dentro desse segmento populacional - como criança, mulheres e trabalhadores. A discussão da equidade não se apresentou vinculada ao princípio da integralidade, tampouco da universalidade. Ao contrário, os argumentos expressos no relatório de 1993 defendiam políticas e intervenções de saúde seletivas como um mecanismo capaz de otimizar a alocação dos escassos recursos financeiros do setor saúde, sendo a melhor alternativa política para reduzir as iniquidades em saúde.

---

<sup>142</sup> Esta dissertação adota o seguinte conceito para o termo 'assistência farmacêutica': um grupo de atividades relacionadas aos fármacos e medicamentos, englobando a pesquisa; o desenvolvimento; a segurança; a eficácia terapêutica; o controle de qualidade; a produção; a distribuição; a conservação; o armazenamento; a difusão de informações; e a avaliação do uso. Trata-se de uma atividade crítica do setor saúde para prover a atenção à saúde da população (BRASIL, 2005b).

<sup>143</sup> As doenças crônico-degenerativas fazem parte do grupo de doenças não-transmissíveis.

O Banco Mundial (1993) mencionou a falta de consenso sobre a seletividade ou a universalidade no acesso ao conjunto de intervenções de saúde oferecidas nesse pacote básico, reconhecendo que a exclusão do segmento populacional de ‘média renda’ poderia provocar uma queda na qualidade dos serviços prestados pelo setor saúde. Em outras palavras, uma saúde pobre para pobre. Mesmo assim, essa agência de desenvolvimento (1993) defendeu que era preciso garantir primeiro alguns procedimentos no nível da atenção primária, principalmente para a população de baixa renda; posteriormente ao alcance dessa cobertura, os governos poderiam ampliar o leque de intervenções a serem ofertadas gratuitamente em seu pacote básico de saúde. Mas quem iria prover a atenção à saúde na média e alta complexidade para esse segmento populacional?

Para o Banco Mundial (1993), a responsabilização do mercado com as questões que envolvem maiores investimentos e riscos seria uma forma de otimizar a alocação dos investimentos do Estado e de assegurar a equidade como o princípio orientador das ações de saúde. Esse ator internacional destacou também como alternativa para os países em desenvolvimento com escassos recursos financeiros, a solicitação de doações ou empréstimos financeiros à comunidade internacional (WORLD BANK, 1993). Verifica-se, desse modo, que o Banco Mundial também reforçou o papel da assistência internacional e suas concepções e prioridades expressam as contradições existentes no conflito de interesses presente na relação entre Estado, mercado e sociedade.

Por conseguinte, as idéias e interesses mencionados acima também permearam as reflexões do Banco Mundial sobre a área de CT&I/S. De acordo com esse ator internacional, o investimento em pesquisa em saúde poderia ocasionar significativa melhoria na situação de saúde da população, na medida em que geraria conhecimento e informações que, ao serem divulgadas para a população, os gestores e os profissionais de saúde do setor público e privado, poderiam, por sua vez, qualificar o processo de tomada de decisão. Além disso, os avanços da ciência poderiam beneficiar todos os países, continua essa agência de desenvolvimento (1993), salientando que a assistência e a cooperação internacional poderiam ser mecanismos capazes de catalisar esse processo. Sustentando essas idéias, o Banco Mundial (1993) recomendou aos países em desenvolvimento a estruturação de sistemas de saúde com base em evidências científicas, defendendo a adesão à estratégia ENHR, conforme sugerido pela Comissão de Pesquisa em Saúde para o Desenvolvimento em 1990.

Nesse sentido, caberia ao Estado liderar o processo de indução, financiamento, execução e incorporação dos resultados dos estudos epidemiológicos, contemplando toda a população, inclusive os usuários do setor privado, com o conhecimento gerado por essas

investigações (WORLD BANK, 1993). O Banco (1993) sugeriu as seguintes áreas como prioritárias para a pesquisa em saúde nos países em desenvolvimento: saúde da mulher; avaliação da satisfação do usuário; análise de custo-efetividade das intervenções de saúde; avaliação das práticas médicas; e estudos sobre a assistência farmacêutica, abordando a automedicação e a resistência antimicrobiana. Verifica-se, então, que a pesquisa operacional continuou a ser entendida como a investigação essencial ou estratégica para esse grupo de países.

Em âmbito global, o Banco (1993) recomendou que a comunidade internacional ajudasse os países em desenvolvimento na coleta de dados, quando necessário, de modo a possibilitar a realização de estudos comparativos. A assistência internacional também foi mencionada como fundamental para o desenvolvimento de capacidades locais de pesquisa em saúde nesse grupo de países (WORLD BANK, 1993). De acordo com os argumentos dessa agência de desenvolvimento (1993), os atores internacionais deveriam criar arranjos institucionais, como iniciativas globais, para financiar pesquisas biomédicas e experimentais (fase pré-clínica e clínica) desde que os potenciais benefícios pudessem transcender as fronteiras nacionais ou quando o setor privado não se interessasse pelo problema em questão, por exemplo, as doenças negligenciadas<sup>144</sup>. Essas iniciativas globais, reforçou o Banco (1993), precisariam envolver pesquisadores dos países em desenvolvimento.

Nessa perspectiva, caberia, preferencialmente ao setor privado, o fomento à pesquisa básica e tecnológica no campo da saúde (WORLD BANK, 1993). O desenvolvimento dessas atividades, entretanto, precisaria de apoio governamental, mediante subsídios ou intervenções para minimizar os riscos e possíveis falhas ou crises do mercado, destacou o Banco Mundial (1993). No relatório de 1993, esse ator internacional também afirmou que o conhecimento gerado pela P&D em saúde é um bem público global. Mesmo sem aprofundar o debate sobre o direito de propriedade intelectual, o Banco (1993) justificou seu argumento, explicando que após o período de vigência de uma determinada patente, o conhecimento científico e tecnológico em saúde se tornaria amplamente disponível para a coletividade.

---

<sup>144</sup> Observa-se que o termo ‘doenças negligenciadas’ vem sendo amplamente utilizado no cenário internacional, incorporando em suas discussões as doenças tropicais. O *Global Forum* (2005a) define as doenças negligenciadas como um conjunto de enfermidades associadas à situação de pobreza. Segundo esse ator internacional, as precárias condições de vida e as iniquidades em saúde são os principais fatores responsáveis pela incidência de doenças negligenciadas. Apesar de serem responsáveis por quase metade da carga de doença nos países em desenvolvimento, afirma essa ONGI, os investimentos em P&D tradicionalmente não priorizaram essa área. O *Global Forum* (2004) aponta as seguintes enfermidades como doenças negligenciadas: tuberculose, leishmaniose, doença do sono, malária, hanseníase, doença de Chagas, dengue, aids, osteoporose e fístula obstétrica.

Na visão do Banco, observa-se que a proteção do conhecimento gerado pela P&D em saúde, por um período limitado, foi apontada como um mecanismo para incentivar o mercado a investir nessa área e assegurar lucros. Diante desse posicionamento do Banco Mundial, observa-se que a restrição do acesso de determinados segmentos populacionais aos benefícios da P&D em saúde por certo tempo, período de vigência de uma patente, por exemplo, seria um ‘preço a ser pagar’ para o progresso da ciência e a continuidade no financiamento das atividades de P&D. Caberia, assim, ao Estado, agir nessa lacuna, por meio de parcerias público-privadas (PPPs), incentivando a P&D em áreas tradicionalmente desconsiderados pelo mercado, como as doenças transmissíveis que incidem, predominantemente, na população que vive em situação de pobreza - malária e doença de Chagas, por exemplo.

Buscando aproximar os interesses do mercado às necessidades de saúde da população mundial, o Banco (1993) recomendou que o indicador DALY, a análise de custo-efetividade e a equidade fossem considerados como critérios para priorizar a alocação dos investimentos para a P&D em saúde nos países em desenvolvimento. Além disso, esse ator internacional (1993) reforçou que o Estado deveria apresentar um importante papel na regulação das atividades do setor privado. Como prioridades para a P&D em saúde nos países em desenvolvimento, o Banco Mundial (1993) apontou os seguintes temas: difteria, poliomielite, tétano, doenças diarreicas e pneumonia (kits diagnósticos e vacinas mais custo-efetivas); tuberculose (kits diagnósticos mais simples, desenvolvimento de instrumentos capazes de monitorar a resistência antimicrobiana e de novos medicamentos); acidente vascular cerebral e doença isquêmica do coração (métodos diagnósticos).

Como agenda para ação, o Banco Mundial (1993) recomendou à comunidade internacional a criação de arranjos institucionais como mecanismo capaz de promover o desenvolvimento de capacidades e de assegurar o investimento, público e privado, para as atividades de pesquisa em saúde de abrangência local, regional e global. De acordo com o Banco (1993), esses arranjos deveriam se formar a partir da combinação de diferentes instituições. Entre elas, esse ator destacou as seguintes: TDR; HRP; redes de centros de pesquisa em saúde; iniciativas globais; comitês assessores; fundos globais; doadores; e organizações internacionais. Desse modo, o Banco Mundial (1993) sugeriu que esses atores formassem parcerias e uma de estrutura de trabalho, na perspectiva de contribuir para o fortalecimento da pesquisa em saúde nas agendas sanitárias locais, regionais e global.

### III. Atuação do Comitê Ad Hoc de Pesquisa em Saúde da OMS

Mesmo diante dos esforços da Comissão, Força Tarefa, COHRED e Banco Mundial, a área de CT&I/S continuava à margem da agenda da OMS, afirmou o ex-diretor do TDR. A reeleição de Nakajima em 1993, como Diretor-Geral da Organização, foi uma das causas, afirma o entrevistado, pois sua gestão priorizava as ações de controle de doenças sem relacioná-las com o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde. De acordo com o entrevistado, o 2º mandato de Nakajima representou uma verdadeira ameaça para a sustentabilidade do TDR: *ele queria incorporar o orçamento do programa na estrutura financeira da OMS, transformando-o em um departamento da Organização, ao invés de mantê-lo como um ator internacional autônomo, cuja gestão era compartilhada entre a OMS e outros doadores (ex-diretor do TDR).*

Paradoxalmente, afirma o entrevistado, o Banco Mundial foi a principal instituição que apoiou a continuidade do TDR, mantendo a autonomia financeira e a descentralização das atividades do Programa. Essa agência de desenvolvimento doava cerca de US\$ 1,5 milhões por ano para o Programa, *trata-se de um valor insignificante para o Banco. Isso faz com que seus representantes defendam uma agenda mais próxima aos seus interesses e vontades individuais do que das orientações políticas do Banco*, afirma um ex-diretor do TDR. O apoio desse ator internacional estratégico<sup>145</sup> aos especialistas do TDR facilitou o processo de negociação com a OMS nos períodos de maior instabilidade institucional, salientou o entrevistado.

Esse foi um dos principais embates que ameaçou o fortalecimento da pesquisa em saúde nas agendas sanitárias locais, regionais e global. O poder técnico-político e a legitimidade da OMS junto aos ministérios da saúde possibilitavam a ela ainda influenciar de modo significativo os processos de formação e evolução dessas agendas. Observaram-se, assim, contradições intrínsecas às orientações políticas da Organização, pois mesmo participando e apoiando as iniciativas lideradas pela Comissão, Força Tarefa e Banco Mundial, as idéias e interesses da OMS ainda não priorizavam o fomento científico e tecnológico em saúde. Era preciso encontrar alternativas políticas para fortalecer esse debate na Organização.

Frente a esse desafio, afirma um ex-diretor do TDR, formou-se uma aliança dentro da própria OMS, composta por membros desse Programa e alguns funcionários da Organização,

---

<sup>145</sup> O Banco Mundial foi mencionado como um ator estratégico por influenciar significativamente os processos de formação e de evolução da agenda internacional de saúde desde os anos de 1980.

que consideravam a pesquisa em saúde relevante para o controle de doenças e o fortalecimento de sistemas e serviços de saúde. A partir dessa iniciativa, prosseguiu o entrevistado, esses atores conseguiram participar no processo de reestruturação do Comitê Assessor de Pesquisa em Saúde da OMS. Esse movimento resultou na inserção de atores estratégicos no Comitê Ad Hoc, afirma o entrevistado, entre eles destaca-se o pesquisador Deam T. Jamison, que também liderou a elaboração do relatório de 1993. *Acreditava-se que, mediante o fortalecimento dessa instância, seria possível ampliar o debate sobre pesquisa em saúde dentro e fora da OMS* (ex-diretor do TDR).

Segundo os entrevistados, em 1994, os membros do Comitê Ad Hoc começaram a se reunir com economistas e sanitaristas do Banco Mundial, principalmente com os que estiveram envolvidos na preparação do relatório de 1993. Um dos fatores que impulsionou essa interação foi o interesse de aprimorar as metodologias disponíveis para o processo de definição de prioridades de pesquisa em saúde. Recomendação proposta pela Comissão de Pesquisa em Saúde para o Desenvolvimento (1990) com a finalidade de melhorar a alocação de investimentos para a área de CT&I/S.

O passo seguinte, continuam os entrevistados, consistiu na elaboração de um estudo como uma resposta às reflexões e sugestões propostas pelo Banco Mundial em sua publicação *'Investing in health'* - o relatório de 1993 - no que diz respeito à pesquisa em saúde. Com essa perspectiva, o Comitê Ad Hoc buscou desenvolver, principalmente, um novo método para auxiliar a priorização dos investimentos para a P&D em saúde, afirmam os entrevistados. Esse esforço foi sistematizado na publicação *'Relating to future interventions options: investing in health'*, lançada em 1996, cuja elaboração também foi liderada por Dean T. Jamison (AD HOC COMMITTEE, 1996).

Com base nos relatórios de 1990, 1991 e 1993, o Comitê Ad Hoc (1996)<sup>146</sup> aprofundou a análise sobre os principais problemas de saúde da população mundial e as áreas que demandam maiores investimentos em P&D em saúde. Nessa perspectiva, o relatório de 1996 direcionou o debate para os países em desenvolvimento, destacando os seguintes desafios para a comunidade internacional, os quais formavam o que o Comitê denominou de agenda inconclusa de saúde (*'health unfinished agenda'*): o *'10/90 gap'*; o crescimento da incidência de doenças não-transmissíveis e agravos (Dants), especialmente em decorrência do tabagismo; a persistência de doenças transmissíveis, principalmente, HIV/aids, malária,

---

<sup>146</sup> Ao longo do texto foram utilizadas as fontes Comitê Assessor (1996), Comitê Ad Hoc (1996), Comitê (1996) e *Ad Hoc Committee* (1996) como uma tradução ou simplificação da referência bibliográfica *Ad Hoc Committee on Health Research* (1996).

tuberculose e infecções respiratórias agudas; a resistência antimicrobiana e as iniquidades no acesso à atenção à saúde (GLOBAL FORUM, 1999).

A partir de suas análises, o Comitê Ad Hoc (1996) reiterou as prioridades de P&D em saúde apontadas no relatório de 1993, propondo os seguintes temas de pesquisa para a agenda inconclusa de saúde:

- morbi-mortalidade materno-infantil, uma vez que ainda persistiam as mortes prematuras devido a causas preveníveis, principalmente na população de baixa renda;
- resistência anti-microbiana, sendo o *Mycobacterium tuberculosis*, o *Streptococcus pneumoniae*, o *Plasmodium falciparum* e o HIV as principais ameaças para a comunidade internacional;
- doenças não-transmissíveis e agravos (Dants), com destaque para as cardiopatias, transtornos mentais, neoplasias e doenças respiratórias crônicas, devido à necessidade de desenvolver intervenções mais custo-efetivas para prevenir, diagnosticar e tratar essas morbidades;
- equidade em saúde e eficiência dos sistemas e serviço de saúde.

Para responder à agenda inconclusa de saúde, o Comitê Ad Hoc (1996) salientou a necessidade de desenvolver atividades de pesquisa e intervenções no campo da saúde de modo coordenado e articulado. A pesquisa em saúde destacou-se, nessa perspectiva, como uma ação estruturante nesse processo. Entretanto, os recursos financeiros para o fomento científico e tecnológico em saúde são limitados e, na maioria dos países em desenvolvimento, escassos, afirmou o Comitê (1996). É preciso, portanto, utilizar critérios racionais capazes de direcionar a alocação dos investimentos para as prioridades de pesquisa em saúde de cada um dos temas dessa agenda. Frente a esse desafio, o Comitê Ad Hoc (1996) desenvolveu um método para orientar o processo de definição de prioridades de investigação em saúde, intitulado '*Five-Steps Process*' (Processo de Cinco Passos).

- Passo 1 - Magnitude do problema: estima a carga de doença com base em métodos e indicadores já padronizados, como o DALY.
- Passo 2 - Determinantes: analisa os determinantes sociais e fatores de risco responsáveis pela persistência da doença ou agravo.

- Passo 3 - Conhecimento: avalia o conhecimento disponível para lidar com os fatores de risco, assim como, para reduzir ou eliminar a carga de uma doença ou agravo específico.
- Passo 4 - Custo-efetividade: compara distintas intervenções de saúde, cujos custos são econômicos e os efeitos em unidade clínico-epidemiológica, analisando quais são as intervenções necessárias e qual dessas é a mais barata e tem a capacidade de reduzir a carga de uma doença ou agravo específico.
- Passo 5 - Fluxo de recursos: identifica e calcula o investimento direcionado para a pesquisa sobre uma doença ou agravo específico (AD HOC COMMITTEE, 1996).

Com relação ao debate sobre a relevância da área de CT&I/S nos sistemas nacionais de saúde, o Comitê seguiu a mesma linha de raciocínio dos atores que o antecederam, a Comissão, a Força Tarefa e o Banco Mundial. Recomendou-se, então, que os países em desenvolvimento estruturassem sistemas nacionais de pesquisa em saúde, construísssem uma agenda nacional de prioridades de investigação em saúde e formulassem uma política pública para orientar as ações nesse campo. Enfatizou-se também o papel da autoridade sanitária nacional no fomento à pesquisa operacional, ainda entendida como sinônimo de investigação estratégica, e a relevância das parcerias público-privadas (PPPs) para o fortalecimento da P&D em saúde.

Ao analisar o conteúdo do relatório de 1996, entretanto, verifica-se que, apesar de ratificar as recomendações propostas pela Comissão, o Comitê Ad Hoc não adotou em sua publicação o termo *Essential National Health Research* (ENHR). Nota-se que a divergência de idéias e interesses entre os atores nacionais e externos pode ter ocasionado a mudança da terminologia utilizada pela comunidade epistêmica internacional de saúde que aos poucos se formava. Os atores internacionais passaram, então, a adotar os termos ‘sistema nacional de pesquisa em saúde’, ‘agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde’ e ‘política nacional de pesquisa em saúde’, ao invés de vinculá-los à expressão ‘estratégia ENHR’.

De acordo com um ex-diretor do TDR, isso ocorreu devido à falta de consenso do que viria a ser pesquisa essencial. *Gerou-se uma dificuldade de interpretação sobre os reais interesses dos países desenvolvidos nos conceitos que empregavam, o que fragilizou a sustentabilidade da estratégia ENHR*, afirma o entrevistado. Segundo ele, os atores estratégicos de alguns países em desenvolvimento, como o Brasil, não consideravam a pesquisa operacional como sinônimo de investigação estratégica ou essencial. Para eles, continua o entrevistado, além dos estudos sobre políticas e sistemas e serviços de saúde, era

preciso também fomentar a pesquisa básica, biomédica, experimental (em fase pré-clínica e clínica) e a P&D em diversas áreas da saúde. Caberia aos países decidir em qual área investir, de acordo com a realidade sanitária nacional e a capacidade de pesquisa local e regional - por exemplo, Brasil e América Latina, respectivamente, explica o entrevistado.

Os atores estratégicos nacionais dos diferentes países em desenvolvimento, ainda segundo o entrevistado, compreenderam que os agentes internacionais estavam interessados em divulgar, por meio da estratégia ENHR, a idéia de que caberia aos países em desenvolvimento concentrar predominantemente seus esforços na pesquisa operacional, o que poderia limitar a ação desses na P&D em saúde e, por conseguinte, na criação e produção de insumos de saúde patenteados. *Diante desse impasse, a comunidade internacional ampliou a discussão sobre o papel dos países em desenvolvimento na pesquisa de ponta e de alta tecnologia na área de saúde (ex-dirigente do TDR).*

Nesse sentido, observa-se que o Comitê Ad Hoc (1996) avançou nessa discussão ao estimular as PPPs nos países em desenvolvimento como uma alternativa para ampliar os investimentos na P&D em saúde, cujas atividades deveriam gerar novos conhecimentos e produzir determinados insumos estratégicos à saúde, levando em conta os temas da agenda inconclusa, tais como: novos métodos anticoncepcionais; vacinas para a pneumonia e diarreia; melhoria da vacina existente para *Haemophilus influenza B*; kits diagnósticos, vacinas e medicamentos para tuberculose, malária, pneumonia, HIV/aids e outras DSTs. Para alcançar esse propósito, o Comitê (1996) destacou como fundamental a ação do Estado na regulação e incentivo às PPPs, de modo a aproximar o mercado das necessidades sanitárias nacionais.

Complementarmente a essas recomendações direcionadas para as agendas nacionais de saúde, o Comitê (1996) destacou a necessidade de se criar uma instituição permanente para fortalecer a área de CT&I/S na agenda internacional. Seria uma espécie de fórum global, mencionou o Comitê (1996). Esse fórum seria um novo ator internacional estratégico que deveria desenvolver estudos e reunir outros agentes relevantes - investidores, gestores, pesquisadores, representantes do setor privado e organizações internacionais - para refletir sobre os desafios, os progressos e as perspectivas para a CT&I/S (AD HOC COMMITTEE, 1996). O Comitê (1996) também sugeriu que o fórum global desenvolvesse estudos sobre carga de doença e fluxo de recursos para a P&D em saúde, além de colaborar com as iniciativas mundiais em andamento. De acordo com um ex-coordenador da Aliança, o Comitê Ad Hoc se baseou na experiência do *British Forum* para propor um modelo de instituição de abrangência global que fosse capaz de fortalecer o diálogo da comunidade internacional sobre a CT&I/S, em particular a pesquisa em saúde.

Por conseguinte, criou-se, em 1998, o *Global Forum for Health Research* (Fórum Global de Pesquisa em Saúde - GFHR) como desdobramento das idéias, interesses e expectativas desses atores internacionais apresentados.

Com base na discussão desenvolvida neste capítulo, conclui-se que, a partir da década de 1990, novos atores internacionais surgiram no cenário mundial e passaram a influenciar o processo de formação e de evolução da agenda sanitária internacional. Os esforços desses agentes externos impulsionaram a discussão sobre a equidade como um princípio orientador da atenção à saúde e sobre o papel da pesquisa em saúde na consolidação e sustentabilidade dos sistemas e serviços de saúde. Nessa perspectiva, a pesquisa operacional, principalmente os estudos sobre políticas, sistemas e serviços de saúde, foi defendida como o tema prioritário a ser inserido, particularmente, nas agendas sanitárias regionais e nacionais dos países em desenvolvimento. O movimento desses atores internacionais mobilizou também a OMS, a qual passou a participar mais ativamente nas discussões e iniciativas relacionadas com a pesquisa em saúde. Entender esse processo pode contribuir para explicar porque o Brasil decidiu fortalecer o sistema nacional de pesquisa em saúde, construir uma agenda nacional de prioridades de investigação em saúde e formular uma política pública para esse setor, possibilitando analisar quais idéias, interesses e instituições internacionais influenciaram o processo desenvolvido em âmbito nacional.

A atuação desses atores internacionais gerou, portanto, novas perspectivas para a CT&I/S na agenda de saúde global, especialmente no que se refere à investigação em saúde, como será apresentado no próximo capítulo.

#### **Capítulo 4 - *Global Forum for Health Research* e Organização Mundial da Saúde: embates ou sinergia no debate internacional sobre a ciência, tecnologia e inovação em saúde?**

A mudança de liderança na OMS no final da década de 1990 expandiu as perspectivas para a CT&I/S, particularmente para a pesquisa em saúde, na agenda sanitária internacional. Em 1998, Gro Harlem Brundtland assumiu a posição de Diretora-Geral da OMS. Na tentativa de restaurar a credibilidade da Organização, a nova liderança buscou ampliar as relações políticas e as parcerias da OMS com outros agentes internacionais, afirmam Brown, Cueto e Fee (2006). Esse movimento de abertura política da OMS juntamente com a mobilização de atores internacionais interessados pela área de CT&I/S, como o Banco Mundial e o Comitê Ad Hoc da OMS, contribuíram para a criação do *Global Forum for Health Research*.

Desse modo, essa ONGI surgiu no cenário internacional a partir da expectativa de diversos atores em divulgar as idéias e interesses propostas nos relatórios publicados na década de 1990. De acordo com o pesquisador do Banco Mundial entrevistado, *o Global Forum foi pensado como um mecanismo capaz de catalisar a operacionalização, principalmente das recomendações propostas na publicação de 1996 do Comitê Ad Hoc*. Para um consultor da OMS, *o Global Forum foi a alternativa encontrada para formar consensos, a partir da estruturação de uma plataforma de debate permanente capaz de reunir diferentes atores interessados em discutir as perspectivas para a pesquisa em saúde*.

Diante desses relatos, colocam-se como relevantes os seguintes questionamentos: qual a necessidade de se estruturar uma nova instituição para lidar com as questões referentes à CT&I/S, se a OMS e o Banco Mundial eram os principais atores que influenciavam na formação da agenda internacional de saúde? Por que caberia a uma ONGI liderar o processo de formação de consensos no que se refere ao debate sobre pesquisa em saúde, se a OMS ainda tinha legitimidade e influência técnico-política, bem como, poder normatizador e regulador?

Para abordar melhor essas questões o presente capítulo foi estruturado em duas seções. A primeira apresenta os esforços conduzidos pelo *Global Forum* e pela OMS, no período de 1998 a 2004. A outra parte desenvolve reflexões sobre as iniquidades mundiais no campo da CT&I/S e a possibilidade de correção do ‘10/90 gap’.

## **I. *Global Forum for Health Research*: idéias, interesses, estratégias e missão**

A OMS, o governo suíço e alguns doadores internacionais apoiaram a estruturação da sede do *Global Forum*, em Genebra-Suíça, no ano de 1998. As doações financeiras do SAREC e do Banco Mundial possibilitaram a contratação de quadro técnico e o financiamento dos estudos iniciais conduzidos pelo *Global Forum*. A OMS colaborou na estruturação física da sede dessa ONGI - por exemplo, o aluguel da sala, disponibilização de computadores e endereços eletrônicos, afirma um dirigente do *Global Forum*. Atualmente, essa instituição conta com o suporte técnico e/ou financeiro de seus doadores e colaboradores, entre os quais se destacam: Fundação Rockefeller, Banco Mundial, OMS, governos do Canadá, da Irlanda, do México, da Noruega, da Suécia e da Suíça.

De acordo com o dirigente entrevistado, o *Global Forum* é uma instituição independente de governos, apresentando um orçamento anual de aproximadamente US\$ 4 milhões, a partir de contribuições provenientes, na sua maioria, de fontes privadas com ou sem fins-lucrativos. Isso permite uma maior autonomia, flexibilidade e agilidade operacional, principalmente, no que diz respeito à definição de sua agenda institucional e à alocação de recursos financeiros, explica o entrevistado. Além disso, ele salientou que o Banco Mundial doa cerca de US\$ 1,5 milhão por ano para o *Global Forum*, correspondendo ao principal doador dessa ONGI.

Mesmo sendo independente das deliberações dos países nos processos de negociação internacional, as atividades do *Global Forum* (2004) são desenvolvidas em parceria com vários atores, por exemplo: governos, organizações internacionais, grupos feministas, ONGs nacionais, instituições de pesquisa e setor privado. Cada um desses parceiros tem assento na principal instância deliberativa do *Global Forum*, o *Foundation Council* (Conselho da Fundação). Nesse espaço político são decididas a agenda e a política institucional. O conselho é composto por 21 membros<sup>147</sup>, cujo mandato de 3 anos possibilita a rotatividade na formação desse grupo, afirma um dirigente dessa ONGI. Qualquer ator que apóie os objetivos do *Global Forum* (1999) pode se candidatar para assumir um assento nesse espaço político.

O *Strategic and Tehnical Advisory Commitee* (Comitê de Assessoria Técnica e Estratégica - STRATEC) corresponde à outra importante instância do *Global Forum*. Cabe ao STRATEC prestar assessoria técnica ao Conselho. Os membros desse comitê são

---

<sup>147</sup> O Conselho da Fundação é composto por gestores, pesquisadores, representantes do setor privado e de outras organizações internacionais. Esses participantes são de diferentes instituições e nacionalidades, abrangendo os países em desenvolvimento e desenvolvidos (GLOBAL FORUM, 1999).

pesquisadores e/ou gestores experientes na área de CT&I/S, tendo um mandato de 2 anos. O Conselho da Fundação seleciona os participantes do STRATEC (GLOBAL FORUM, 1999). O brasileiro Carlos Morel já presidiu esta instância.

Desse modo, tanto o Conselho quanto o STRATEC reúnem uma gama de atores, cujas visões e interesses podem divergir em certos aspectos. Mesmo havendo tensões e dificuldades no processo de negociação dentro dessas instâncias, no que diz respeito à definição de estratégias e à formulação da política institucional, os doadores e colaboradores não impõem agendas próprias, afirma um dirigente do *Global Forum*. As contribuições financeiras para essa ONGI, portanto, não se vinculam a condicionais.

De acordo com seu estatuto, o principal objetivo do *Global Forum* (1999) consiste em ajudar a reduzir o ‘10/90 gap’<sup>148</sup>, mediante o estabelecimento de parcerias e a estruturação de uma plataforma de debate capaz de mobilizar diversos atores para refletir sobre os esforços mundiais no campo da CT&I/S.

Na visão do *Global Forum* (2005c), a saúde é compreendida como um direito humano. Nessa perspectiva, a organização apóia iniciativas direcionadas para o exercício da cidadania e promoção da equidade social, incentivando a formação de espaços democráticos para a tomada de decisão. Reconhece também que o desenvolvimento econômico e social é o melhor caminho para promover a equidade na atenção à saúde. O *Global Forum* (2005b) identifica que as iniquidades em saúde persistem devido a alguns fatores que são complementares entre si, entre eles se destacam: o baixo investimento nos sistemas de saúde dos países em desenvolvimento; a predominância da abordagem biomédica, desconsiderando os determinantes sociais e econômicos do processo saúde-doença; a falta de investimento para as atividades de pesquisa em saúde; e a desarticulação entre pesquisa, prioridades da política de saúde e necessidades da população.

Nessa perspectiva, o *Global Forum* (2005c) considera a pesquisa em saúde como uma ferramenta fundamental para compreender o caráter social do processo saúde-doença e trazer soluções custo-efetivas capazes de ajudar na redução das iniquidades em saúde. Para isso, o *Global Forum* e Yvo Nuyens (2005) salientam que as atividades de pesquisa em saúde precisam se basear nos problemas sanitários da população e nas deficiências do setor saúde, tendo em vista a elaboração de propostas de ação.

Assim como o Banco Mundial, essa ONGI também considera o conhecimento técnico-científico um bem público global, que deve beneficiar a coletividade (GLOBAL FORUM;

---

<sup>148</sup> Esse objetivo faz parte da própria logomarca institucional do *Global Forum* (1999): ‘*Global Forum for Health Research - Helping to correct 10/90 gap*’.

NUYENS, 2005). O ‘10/90 gap’ é, entretanto, um fator limitante para que isso seja, de fato, posto em prática, afirma o *Global Forum* (1999). Como a maioria dos investimentos para o fomento a CT&I/S atendem às idéias, interesses e instituições dos países desenvolvidos, o conhecimento gerado pode ser intransferível ou inadequado à realidade sanitária dos países em desenvolvimento. Por exemplo, devido ao alto custo para os sistemas nacionais de saúde (GLOBAL FORUM, 2004). Na tentativa de reverter esse cenário de iniquidades no campo da CT&I/S, o *Global Forum* (1999) adota como estratégias o estímulo à cooperação Sul-Sul e às parcerias público-privadas (PPPs), para ajudar a corrigir o ‘10/90 gap’.

Apesar de não considerar a saúde como um bem público global, Smith et al (2003), afirmam que, teoricamente, o conhecimento pode ser. Entretanto, eles explicam que a conjuntura político-econômica contemporânea favoreceu a criação de um mercado interessado pela produção e aplicação de conhecimento científico e tecnológico no campo da saúde. Estruturado na lógica de um sistema de patentes, “o monopólio do conhecimento resulta no monopólio do direito que gera o monopólio do lucro por um período limitado”; conseqüentemente, isso restringe o acesso da coletividade aos resultados de pesquisa em saúde, excluindo parcela da população aos benefícios produzidos (SMITH et al, 2003, p.26). Por essa razão, os autores defendem que na prática o conhecimento não é um bem público global. Para lidar com essa questão, os autores apontam as seguintes alternativas políticas: modificação do regime internacional de propriedade intelectual; aumento da participação do setor público no financiamento da P&D em saúde; fortalecimento das PPPs para as atividades de P&D em saúde; produção de medicamentos genéricos a baixo custo; diferenciação dos preços dos insumos estratégicos à saúde, de acordo com a capacidade de pagamento dos países.

Segundo o *Global Forum* (2005a), o avanço da P&D em saúde é fundamental desde que esteja articulada com os principais problemas globais de saúde. Isso requer a definição de agendas de prioridades de pesquisa em saúde e a formulação de políticas públicas para esse campo, em níveis nacional, regional e global, com a finalidade de orientar a alocação dos recursos financeiros das PPPs. A participação dos governos no investimento das PPPs, no entanto, ainda é restrita. Por conseguinte, continua o *Global Forum* (2005a), o setor privado tradicionalmente vem liderando áreas estratégicas para o país, como a P&D em saúde, que repercutem em diferentes políticas públicas nacionais - de saúde e de economia, por exemplo. Mas as escolhas do setor privado se orientam pelo princípio da equidade em saúde?

A lógica das indústrias farmacêuticas prioriza o acúmulo de capital. Nesse sentido, explica o *Global Forum* (2005a), o mercado financia P&D para as doenças que podem trazer

maiores lucros, preferencialmente, em curto e médio prazo. Esforço que pode ser insuficiente para a correção do ‘10/90 gap’, uma vez que o mercado não prioriza a produção de insumos estratégicos para os problemas de saúde que incidem, predominantemente, nos países em desenvolvimento, como as doenças negligenciadas. Por outro lado, o setor privado detém ‘expertise’ e recursos financeiros que podem alavancar o desenvolvimento da P&D em saúde, afirma o *Global Forum* (2005a).

Acreditando na possibilidade de potencializar esforços e orientar a alocação dos investimentos com base na equidade, o *Global Forum* (2005a) recomenda o estabelecimento de PPPs, desde que haja uma gestão compartilhada entre os setores público e privado. O Estado deve liderar o processo de definição de prioridades de pesquisa, garantir mercado de consumo, oferecer subsídios e suporte para minimizar possíveis crises e instabilidades político-econômicas. Em contrapartida, cabe ao mercado a produção de conhecimento e o desenvolvimento de insumos estratégicos à saúde, argumenta o *Global Forum* (2005a).

Nessa perspectiva, essa ONGI (1999) defende que os países em desenvolvimento devem priorizar, em suas agendas de investigação em saúde, as atividades de P&D em doenças negligenciadas. Trata-se de um conjunto de enfermidades que apresentam alta incidência geralmente em segmentos mais empobrecidos da população, por isso não obtêm visibilidade social, nem despertam o interesse das indústrias farmacêuticas. Por conseguinte, continua o *Global Forum* (2005a), o investimento em terapêutica, kits diagnósticos e vacinas é precário e a alocação do recurso financeiro disponível é insuficiente para a geração de conhecimento científico e tecnológico para esse campo.

Além das doenças negligenciadas, o *Global Forum* (1999) também aponta como prioridades de pesquisa para os próximos anos os seguintes temas:

- relação entre política de saúde e sistemas de pesquisa em saúde;
- carga de doença (identificar os fatores que possibilitam melhorar a descrição dos óbitos e a coleta de dados sobre o perfil de morbi-mortalidade, especialmente da população que vive em situação de pobreza; e desenvolver métodos para a análise da carga de doença);
- estratégias efetivas para reduzir a desnutrição;
- saúde reprodutiva;
- doença cardiovascular, saúde mental e acidentes de trânsito nos países em desenvolvimento;
- violência doméstica (incluindo o abuso infantil);

- estratégias efetivas para a prevenção e tratamento de dependentes químicos.

Em face dessa agenda, os esforços do *Global Forum* (1999) contemplam o processo de definição de prioridades de pesquisa em saúde, a redução da pobreza, o fortalecimento de capacidades de investigação em nível institucional, o monitoramento dos investimentos para P&D em saúde e a análise da carga de doença. A equidade e as questões de gênero são consideradas dimensões transversais que devem perpassar todas as atividades institucionais.

A complexidade dos problemas globais de saúde, dos sistemas e serviços de saúde, assim como, a diversidade de interesses na área de CT&I/S colocam desafios e questionamentos, cujas respostas dificilmente são encontradas a partir da atuação isolada de atores. Desse modo, as principais estratégias de ação do *Global Forum* (1999) consistem na sensibilização de lideranças nacionais e de agentes internacionais, por meio de atividades de *advocacy*, e estabelecimento de parcerias com ministérios da saúde, instituições de pesquisa, organizações internacionais e sociedade civil, a fim de fortalecer a CT&I/S nas agendas sanitárias locais, regionais e global, a partir de uma colaboração sistêmica. Com essa lógica, o *Global Forum* desenvolve trabalhos em cooperação, especialmente, com a OMS, o COHRED e o *International Clinical Epidemiology Network* (INCLEN)<sup>149</sup>.

Frente aos desafios pertinentes ao campo da CT&I/S, o *Global Forum* (1999) organiza suas principais atividades nas seguintes linhas de ação, complementares entre si: (1) realização de um seminário internacional anualmente; (2) desenvolvimento de estudos analíticos sobre a carga global de doenças e agravos, o processo de definição de prioridades de pesquisa em saúde e o fluxo de recursos para P&D em saúde; (3) avaliação e monitoramento do progresso em direção à superação do ‘10/90 gap’; (4) divulgação de informações; e (5) criação e/ou participação de iniciativas globais. Desse modo, o *Global Forum* (1999) busca atuar como uma plataforma de diálogo, presencial e virtual, para chamar a atenção da comunidade internacional sobre as iniquidades no campo da CT&I/S, especialmente da pesquisa em saúde.

Ao analisar os documentos dessa ONGI, como seus relatórios anuais, verifica-se que suas idéias e seus interesses convergem com os do Comitê Ad Hoc e do Banco Mundial. O *Global Forum* (1999) também prioriza para os países em desenvolvimento a estruturação de sistemas nacionais de pesquisa em saúde, a definição de agendas nacionais de investigação em saúde e a formulação de políticas públicas para essa área. A pesquisa operacional e a P&D

---

<sup>149</sup> Rede Internacional de Epidemiologia Clínica.

em doenças negligenciadas são destacadas como os principais mecanismos para promover o desenvolvimento desses países com equidade.

Os seminários anuais tornaram-se o principal espaço de referência para os atores internacionais refletirem sobre os rumos, desafios e perspectivas para a CT&I/S nos níveis local, regional e global (GLOBAL FORUM, 2005b). Esse evento, intitulado como Forum e o número de sua edição (ex: Forum 10), tem a duração de aproximadamente 9 dias e reúne cerca de 700 participantes, representando diferentes setores, entre eles: OIs, universidades, institutos de pesquisa, setores público e privado. Nessa ocasião, são apontados os avanços em direção à correção do ‘10/90 gap’ e promovido o intercâmbio de experiências e lições aprendidas entre os diferentes países. Trata-se de um espaço propício para integrar iniciativas, estabelecer parcerias e implementar ações de *advocacy* na busca de construir consensos sobre questões específicas. Essas discussões fazem parte de uma espécie de ‘agenda aberta’ do evento, que dura aproximadamente 5 dias, na qual todos os atores podem participar das mesas redondas e plenárias.

A programação desse seminário também conta com uma ‘agenda fechada’. São sessões restritas aos atores envolvidos em iniciativas específicas, os quais utilizam a oportunidade do Forum para reunir os parceiros internacionais que também se encontram no evento, por exemplo, encontro do conselho (*board*) do TDR.

As discussões das ‘sessões abertas’ são consolidadas e as principais questões, reflexões e propostas são apresentadas em reunião plenária final. Para elaborar esse material, é formada uma equipe de relatoria composta por representantes de diferentes nacionalidades. Cada relator apresenta uma síntese de caráter descritivo-analítica sobre as questões debatidas nas sessões. Essas contribuições subsidiam o debate na plenária final e a elaboração de um relatório do evento que, posteriormente, é amplamente divulgado em meio impresso e digital. Esse documento juntamente com o estabelecimento de parcerias, com atores estratégicos, e a ampla produção e divulgação de informações e de estudos analíticos são os principais mecanismos utilizados pelo *Global Forum* para as ações de *advocacy* e a formação de consensos.

Ao final do seminário, o Conselho da Fundação se reúne para analisar os desdobramentos e produtos do evento, as atividades desenvolvidas pelo *Global Forum* ao longo do ano e para planejar as ações futuras.

Segundo o consultor da OMS, a grande importância dessa ONGI consiste exatamente na sua capacidade de estabelecer uma plataforma de debate, principalmente, a partir da organização do seminário anual, que consegue convocar uma ampla audiência e permite a

vocalização, na arena internacional, de atores que representam a oposição à OMS e ao Banco Mundial, como o *People's Health Assembly*<sup>150</sup> (Assembléia para a Saúde dos Povos).

A Assembléia Mundial de Saúde, continua o entrevistado, é o principal espaço de pactuação política da OMS. No entanto, por ser restrita aos Estados-membros, exclui uma gama de atores relevantes para a área de CT&I/S, tais como: a comunidade científica, as ONGs, o setor privado, os gestores de outros setores, como da área econômica, por exemplo, e outros representantes da sociedade civil. A falta de espaço político para a vocalização desses agentes sociais, argumenta o entrevistado, demandou a criação de uma instituição internacional na busca de reverter esse quadro. De acordo com esse consultor da OMS,

*historicamente os esforços para a pesquisa em saúde desenvolveram-se de modo desarticulado. A junção de diferentes atores dos setores público e privado, principalmente relacionados às áreas de saúde e economia, foi fundamental para discutir questões e desafios globais no campo da CT&I/S. Nessa lógica, a criação do Global Forum, de iniciativas e fundos globais foram essenciais para estruturar arranjos institucionais com o propósito de reduzir as iniquidades mundiais na área de ciência, tecnologia e inovação em saúde.*

Um ex-diretor do TDR concorda com essas assertivas e acrescenta que o *Global Forum* surge, então, como uma alternativa política na tentativa de superar a lacuna no debate sobre a CT&I/S na agenda internacional de saúde. Um pesquisador do Banco Mundial apresenta um pensamento semelhante, afirmando:

*(...) não é prioridade na agenda da OMS financiar, nem desenvolver pesquisas, somente alguns programas específicos, como o TDR e o HRP. São programas importantes, mas o enfoque ainda é predominantemente direcionado para doenças específicas e para o treinamento de pesquisadores. O Global Forum surge, então, como um ator internacional-chave capaz de superar o vácuo existente, mobilizar outros atores e fortalecer o debate internacional sobre pesquisa em saúde, como parceiras público-privadas e desenvolvimento de capacidades institucionais de pesquisa em saúde.*

De acordo com um ex-diretor do TDR, o *Global Forum* já conquistou a legitimidade da comunidade científica e dos atores internacionais - as OIs, por exemplo; enquanto que a OMS tem ampla influência política junto aos gestores de saúde. Desse modo, as atividades de

---

<sup>150</sup> *People's Health Assembly* (2006) é um movimento social global de oposição à OMS e ao Banco Mundial. O Movimento considera que esses atores internacionais são aliados e defendem idéias neoliberais, buscando a redução do Estado e a maximização do mercado na provisão da atenção à saúde. Na visão do Movimento, a OMS e o Banco Mundial não consideram, na prática, a saúde como um direito humano a ser assegurado para todos os povos.

ambas as organizações se complementam, salienta o entrevistado, gerando novas perspectivas para o fortalecimento da CT&I/S nas agendas sanitárias locais, regionais e global.

Outra importante contribuição do *Global Forum* consiste na produção de estudos analíticos sobre fluxo de recursos para a P&D em saúde, definição de prioridades e carga de doenças. Ao analisar essas publicações, observa-se que os relatórios de 1990, 1993 e de 1996 são adotados como referências teórico-metodológicas, a partir dos quais essa ONGI busca aprimorar processos, monitorar os avanços, identificar os desafios e propor recomendações.

Desde sua criação, o *Global Forum* (2005c) rastreia quem, quando e quanto se investe, como e onde são alocados os recursos financeiros para a P&D em saúde no mundo. O principal objetivo de desenvolver estudos sobre fluxos de recursos, afirma essa Organização (2005c), consiste em capacitar os países a desenvolver seus próprios estudos e monitorar suas ações de fomento científico e tecnológico em saúde. Para o *Global Forum* (2005c), esses estudos possibilitam analisar a relação entre a produção de conhecimentos e tecnologias com a carga de doença, bem como, identificar a mobilização de fundos nacionais e internacionais para as atividades de pesquisa em saúde.

Em seus estudos, o *Global Forum* (2005c) constatou um significativo crescimento de fundos para a P&D em saúde, de US\$ 85 bilhões em 1998 para quase US\$106 bilhões em 2001. Entretanto, cerca de 90% desses recursos financeiros provinham dos países desenvolvidos, com destaque para os investimentos do *National Institutes of Health* (NIH), da Fundação Bill e Melinda Gates e das indústrias farmacêuticas. Estimou-se também que o setor privado, tradicionalmente, respondeu por quase metade do total de investimentos para a P&D em saúde, atendendo predominantemente aos interesses dos países desenvolvidos por proporcionarem maiores vantagens para o mercado.

Esse panorama foi confirmado pelos entrevistados, que apontaram esses três atores internacionais como os maiores investidores em pesquisa em saúde desde o ano 2000, facilitando a influência deles em diferentes agendas internacionais, como a de saúde, a de propriedade intelectual e a de desenvolvimento, exemplifica um ex-diretor do TDR. De acordo com ele,

*(...) no caso da Fundação Gates, as doações são condicionadas a uma agenda própria, por considerar o sistema ONU burocrático. Os interesses da Fundação privilegiam as atividades de P&D desenvolvidas nas indústrias farmacêuticas, localizadas nos países desenvolvidos. Conseqüentemente, a maioria do conhecimento científico e tecnológico gerado pode ser intransferível em curto e médio prazo para os países em desenvolvimento, devido às questões relacionadas ao direito de propriedade intelectual, aos custos das*

*intervenções e tecnologias propostas, ou à inadequação para as realidades locais.*

Por outro lado, o *Global Forum* constatou que até 1998 nenhum país em desenvolvimento investia no mínimo 2% do seu PIB em pesquisa em saúde. Esse quadro demonstrou o paradoxo intrínseco ao fenômeno ‘10/90 gap’. Ao realizar outros estudos de fluxo de recursos, essa ONGI (2005a) observou progressos, verificando que Brasil, México, Cuba e Índia, a partir do ano 2001, passaram a alocar esse percentual mínimo, proposto pela Comissão de Pesquisa em Saúde para o Desenvolvimento, no fomento às atividades de P&D em saúde. Outra constatação do *Global Forum* (2005a) em suas investigações foi a fragilidade ou, na maioria dos casos, a ausência de sistemas de informação para CT&I/S, trazendo dificuldade em obter dados atualizados e confiáveis para monitorar o fluxo de recursos financeiros para as atividades de pesquisa em saúde.

Diante dessa conjuntura, afirmam os entrevistados, o *Global Forum* e o COHRED decidiram apoiar os países em desenvolvimento, incentivando-os a realizar seu próprio monitoramento. Segundo um consultor da OMS, sua Organização foi envolvida nessa iniciativa como um mecanismo que os atores internacionais encontraram para mobilizá-la no debate sobre pesquisa em saúde, bem como, para legitimar as idéias e interesses defendidas por essas ONGIs.

A OMS, o COHRED e o *Global Forum* (2005c) realizaram, então, uma oficina de trabalho em Genebra-Suíça, no ano de 2002, com o objetivo de transferir conhecimentos e habilidades, padronizar metodologias<sup>151</sup> e treinar pesquisadores e gestores, para que alguns países em desenvolvimento mensurassem seu próprio fluxo de recursos para a P&D em saúde. O Brasil participou dessa iniciativa, no entanto, devido à mudança de gestão no Ministério da Saúde, a execução de seu estudo foi atrasada por um tempo.

Assim como o Comitê Ad Hoc da OMS, o *Global Forum* (2004) defende que o monitoramento do fluxo de recursos para a pesquisa em saúde, as análises da carga de doença e de custo efetividade são critérios fundamentais para a definição de prioridades de investigação em saúde, devendo, portanto, orientar a pactuação entre uma gama de atores.

Especificamente com relação à construção de agendas de prioridades de pesquisa em saúde, o *Global Forum* (2004) buscou aprimorar os métodos disponíveis para facilitar a sistematização de informações e a formação de consensos. Esse esforço resultou na

---

<sup>151</sup> Adotou-se a metodologia desenvolvida pelo *Center for Economic Policy Research* (Centro para Pesquisa de Política Econômica) como o padrão a ser seguido nos estudos nacionais de fluxos de recursos para a P&D em saúde, a fim de que os dados coletados pudessem ser comparados entre os diversos países (GLOBAL FORUM, 2005c).

elaboração da ferramenta *The Combined Approach Matrix* (Matriz Combinada). Trata-se de uma estrutura matricial que combina as variáveis do ‘Processo de Cinco Passos’ do Comitê Ad Hoc, ao que o *Global Forum* (2004) chamou de dimensões econômicas, com instituições e atores, denominados por ele de dimensões institucionais: indivíduo/ família/ comunidade; Ministério da Saúde/ instituições de saúde; outros setores; e políticas macroeconômicas (Anexos).

Devido à complexa interação entre as dimensões econômicas e institucionais no processo saúde-doença, o *Global Forum* (2004) recomenda identificar as lacunas de pesquisa em saúde a partir do reconhecimento dessas interfaces. Trata-se de um exercício dinâmico e sistêmico, que deve envolver gestores públicos e privados, pesquisadores e representantes da população. No caso do setor público, o *Global Forum* (2004) enfatiza a importância de envolver no debate os ministérios da saúde e da fazenda. De acordo com essa ONGI (2004), assegurar a participação do setor privado no processo de definição de prioridades pode contribuir também para que a P&D em saúde se aproxime das prioridades sanitárias.

A Matriz pode ser aplicada em nível nacional, regional ou global. O *Global Forum* (2004) afirma, no entanto, que ela é mais direcionada para identificar lacunas de pesquisa em doenças, fatores de riscos ou grupos populacionais específicos - como gestantes e neonatais, por exemplo. Os exercícios iniciais de aplicação da Matriz em âmbito local foram realizados na Índia e no Paquistão, em parceria com seus respectivos conselhos nacionais de pesquisa médica. O TDR, por sua vez, foi o primeiro ator internacional a utilizar esse método para definir prioridades globais de pesquisa em saúde (GLOBAL FORUM, 2004).

Além dos seminários anuais e dos estudos analíticos, o *Global Forum* (1999) também vem participando de iniciativas globais em temas específicos, com destaque para duas áreas: malária e políticas de saúde com base em evidências científicas.

A *Medicines for Malaria Venture*<sup>152</sup> (MMV) é uma ONGI, criada pelo *Global Forum* (1999), que a denomina como iniciativa internacional sem-fins lucrativos. Seu principal objetivo consiste em incrementar os esforços para a P&D em malária, a partir do estabelecimento de PPPs. Também integrada à *WHO Roll Back Malaria Initiative*<sup>153</sup>, a MMV é uma das estratégias que os atores internacionais encontraram para impulsionar a produção de vacinas e medicamentos para a malária. A MMV prevê que qualquer *royalty* obtido por meio de patente será reinvestido na própria iniciativa, a fim de promover sua sustentabilidade financeira. De acordo com o *Global Forum* (1999), a MMV conta com um financiamento

---

<sup>152</sup> Medicamentos para o Risco da Malária.

<sup>153</sup> Iniciativa da OMS para a Redução da Malária.

anual de cerca de US\$ 15 milhões proveniente de doações, com destaque para as contribuições da OMS, Banco mundial, Fundação Rockefeller, *International Federation of Pharmaceutical Manufactures Association*<sup>154</sup> e *Association of British Pharmaceutical Industries*<sup>155</sup>.

Outro importante esforço internacional liderado pelo *Global Forum* (1999), em parceria com a OMS, corresponde à *Alliance for Health Policy and Systems Research Initiative*. Lançada em 2000 para atender às recomendações do Comitê Ad Hoc, a Aliança é uma ONGI que busca atuar junto a comunidades epistêmicas internacionais e nacionais, redes e comunidades de políticas públicas de saúde, com o propósito de promover a geração, a divulgação e o uso do conhecimento como um mecanismo de fortalecimento da gestão e do desempenho dos sistemas nacionais saúde.

Nessa iniciativa mundial, o *Global Forum* (1999) e outros atores internacionais vêm aprofundando a discussão sobre a última etapa do fomento à pesquisa, a incorporação do conhecimento gerado nos sistemas e serviços de saúde. Trata-se de uma fase crucial para a redução da lacuna existente entre o conhecer e o fazer (*know-do-gap*). Para alcançar esse propósito, explicam o *Global Forum* e Yvo Nuyens (2005), é importante saber, inicialmente, quem são os potenciais usuários dos resultados de pesquisa. Identificar quais são os grupos a serem beneficiados pode facilitar, continuam os autores, que o conhecimento gerado qualifique o processo de tomada de decisão, a prática de profissionais de saúde e a opinião pública, resultando em melhorias da condição de saúde da população. As principais recomendações do *Global Forum* para esse tema são apresentadas na publicação '*No development without research*' (GLOBAL FORUM; NUYENS, 2005), que aponta a necessidade de publicar os resultados de pesquisa em linguagem simples, divulgando-os em meios de comunicação de acesso aos gestores, profissionais de saúde e população.

Ao analisar os documentos do *Global Forum* e o conteúdo das conferências apresentadas no Forum 10 sobre essa questão, observa-se, entretanto, que a discussão sobre o uso do conhecimento para a ação ainda é predominantemente direcionadas para atividades de *advocacy*, que buscam sensibilizar gestores e pesquisadores sobre a relevância dessa etapa do processo de fomento à pesquisa em saúde. É preciso fazer avançar o debate, propondo estratégias que possam agilizar a incorporação dos resultados de pesquisa nos sistemas e serviços de saúde. A Iniciativa Aliança para a Política de Saúde e Sistemas de Pesquisa pode ser um ator internacional estratégico para impulsionar as reflexões sobre essa questão e o

---

<sup>154</sup> Federação Internacional de Associações de Manufaturas Farmacêuticas.

<sup>155</sup> Associação das Indústrias Farmacêuticas Britânicas.

seminário anual promovido pelo *Global Forum* é um espaço político ideal, para que uma gama de atores forme consensos e defina propostas de ação a serem adotadas nos planos nacional, regional e global.

No ano de 2000, *Global Forum*, COHRED, Banco Mundial e OMS organizaram a Conferência Internacional de Pesquisa em Saúde para o Desenvolvimento, em Bangkok-Tailândia. Foram reunidos gestores e pesquisadores de diversos países com a tarefa de elaborar um plano de ação para o fortalecimento de capacidades institucionais e a estruturação de sistemas nacionais de pesquisa em saúde, orientados pela equidade. Nessa ocasião, afirma um consultor da OMS, foi salientada a relevância de os países em desenvolvimento definirem uma agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde e de formularem uma política pública para a CT&I/S (GLOBAL FORUM; NUYENS, 2005). De acordo com os entrevistados, esse foi um importante esforço internacional que pode ter repercutido nas agendas locais de saúde.

De fato, afirmam os entrevistados, os esforços do *Global Forum* corroboraram para avançar as discussões sobre CT&I/S, principalmente, devido ao estabelecimento de parcerias, redes de pesquisa e arranjos institucionais, como o caso das iniciativas globais - a MMV e a Aliança. Além disso, promoveu também a mobilização de diferentes atores, entre eles a própria OMS, a qual começou a fomentar estudos de casos sobre os sistemas nacionais de pesquisa em saúde, com o propósito de aperfeiçoar e difundir suas próprias idéias e interesses para a comunidade internacional.

Em 2004, as análises da OMS foram apresentadas na publicação '*World report on knowledge for better health: strengthening health systems*'<sup>156</sup>. Segundo os entrevistados, este documento representou um marco na discussão sobre CT&I/S, devido ao fato de a OMS apresentar publicamente, para os atores internacionais, seu posicionamento sobre essa temática, propondo recomendações direcionadas às agendas sanitárias locais, regionais e global.

Realmente, ao analisar as resoluções, relatórios anuais e publicações da Organização, verifica-se que, desde a resolução 43.19 no ano de 1990, a qual dispõe sobre o papel da pesquisa em saúde nos sistemas e serviços de saúde, essa questão não foi abordada na Assembléia Mundial de Saúde até o ano de 2004.

As idéias e os interesses da OMS apresentadas no relatório de 2004 também estão em consonância com as concepções e prioridades da Comissão, do Banco Mundial, do Comitê Ad Hoc e do *Global Forum*. Em síntese, o conhecimento foi considerado um bem público, a

---

<sup>156</sup> Relatório mundial sobre o conhecimento para melhorar a saúde: fortalecendo sistemas de saúde.

pesquisa em saúde foi mencionada como um instrumento estratégico que pode contribuir para a melhoria da economia do país e a redução das iniquidades em saúde (WHO, 2004).

A OMS (2004)<sup>157</sup> enfatizou a importância das pesquisas clínica e operacional para fortalecer a estruturação de sistemas e serviços de saúde baseados em evidências científicas. O conceito de investigação estratégica continuou a ser usado como sinônimo de pesquisa aplicada. Desse modo, a Organização (2004) recomendou que as autoridades sanitárias nacionais estruturassem sistemas de pesquisa em saúde capazes de fomentar estudos em consonância com as necessidades da população e com a política de saúde, mantendo também o foco na produção de insumos estratégicos à saúde. No caso dos países em desenvolvimento, o componente inovação deveria se concentrar na P&D em doenças negligenciadas.

Com relação à pesquisa clínica, a OMS (2004) reconheceu a extrema importância de divulgação dos resultados desse tipo de estudo, com a finalidade de que sejam de domínio público, buscando, assim, evitar a duplicidade de esforços e os problemas no que se refere à ética na pesquisa em saúde. Nessa perspectiva, a Organização (2004) recomendou a criação de um registro internacional de ensaios clínicos, para que as informações sejam amplamente acessíveis.

Dando seguimento ao movimento iniciado pela Comissão de Pesquisa em Saúde para o Desenvolvimento, no final da década de 1980, a OMS (2004) elaborou uma agenda para ação a ser considerada pelos seus Estados-membros. As recomendações foram estruturadas em três grandes áreas: sistemas nacionais de pesquisa em saúde, financiamento e aplicação do conhecimento em ação (*know-do-gap*). Destacaram-se nessa agenda as seguintes prioridades (WHO, 2004):

- Os países em desenvolvimento deveriam aumentar os investimento para as publicações científicas nacionais e regionais, melhorando a qualidade e o acesso. A comunidade internacional deveria colaborar com as iniciativas globais apoiadas pela OMS (ex: a Aliança), a fim de melhorar a divulgação dos resultados de pesquisa para os países em desenvolvimento.
- A melhoria na avaliação dos aspectos éticos nas pesquisas em saúde. Caberia aos agentes internacionais alocar parte de seus recursos financeiros para apoiar esse processo nos países em desenvolvimento.

---

<sup>157</sup> Ao longo do texto foram utilizadas as fontes OMS (2004), Organização (2004), WHO (2004), como uma tradução e simplificação da referência bibliográfica *World Health Organization* (2004).

- Os sistemas nacionais de pesquisa em saúde deveriam desenvolver indicadores para avaliar o desempenho do processo de fomento à pesquisa em saúde, abordando os seguintes aspectos: gestão, ética, financiamento, recursos humanos, parcerias interinstitucionais, sistematização de dados e informações.
- Os resultados de pesquisa deveriam ser amplamente divulgados para os outros atores nacionais e internacionais.
- O desenvolvimento de programa de apoio à investigação em saúde, contemplando da pesquisa básica à operacional. No entanto, os países em desenvolvimento deveriam concentrar, inicialmente, seus escassos recursos financeiros na investigação aplicada.
- A implementação da recomendação do relatório de 1990, no que concerne ao percentual a ser destinado por cada país para o financiamento de pesquisas em saúde. Além disso, os países deveriam também buscar formas inovadoras para conseguir ampliar os fundos para a área de C&T/S - destinar o percentual de um dado imposto para esse fim, por exemplo.
- Os países deveriam reforçar seu compromisso no esforço internacional em prol da correção do ‘10/90 gap’.
- O investimento dos países em desenvolvimento em P&D deveria ter como foco as doenças negligenciadas. Incentivo às PPPs como principal estratégia de ação.
- As evidências científicas deveriam subsidiar o processo de tomada de decisão.

Essas propostas da OMS foram apresentadas no mesmo ano para os atores internacionais durante a 8ª edição do seminário anual (Forum 8) do *Global Forum* (2005), realizada no México. Nessa ocasião, a OMS organizou na ‘agenda fechada’ do evento uma reunião com os ministros da saúde de seus Estados-membros, para pactuar a agenda de ação mencionada no relatório de 2004. A OMS apontou como prioridades de investigação em saúde para essa década, temas propostos pela Declaração do Milênio<sup>158</sup>, tais como: combate a fome e à pobreza, HIV/aids, malária, saúde materno-infantil e meio-ambiente. A Organização enfatizou que suas recomendações, no que se refere à pesquisa em saúde, ajudariam os países a alcançarem as metas de desenvolvimento do milênio em âmbito nacional e o somatório desses esforços colaboraria para os planos regional e global (GLOBAL FORUM; NUYENS, 2005).

---

<sup>158</sup> No ano 2000, as Metas de Desenvolvimento do Milênio (*Millennium Development Goals* - MDG's) tornaram-se prioridade na agenda da ONU (GLOBAL FORUM; NUYENS, 2005).

Diante do exposto, verifica-se, portanto, que o movimento internacional, conduzido inicialmente pela Comissão de Pesquisa em Saúde para o Desenvolvimento e posteriormente liderado pelo *Global Forum* e COHRED resultou na formação de uma comunidade epistêmica internacional de saúde que passou a influenciar a evolução da agenda de saúde global. Esse movimento fortaleceu a pesquisa em saúde na agenda sanitária internacional e estimulou a mobilização da OMS, que passou a participar de diversas iniciativas globais e de atividades relacionadas à área de CT&I/S. Mesmo assim, é preciso refletir sobre as perspectivas para a superação das iniquidades mundiais nesse campo.

## II. Correção do ‘10/90 gap’: sonho ou realidade?

Com o crescimento da atuação do Banco Mundial nas questões relacionadas com a saúde global, a OMS deixou de ser o ator hegemônico a influenciar a formação da agenda internacional de saúde. Essa conjuntura contribuiu também para o surgimento de novos atores, como o COHRED e o *Global Forum*, no cenário mundial. Essas ONGIs se complementam, buscando atuar nas lacunas do debate internacional sobre CT&I/S, especialmente a gestão da pesquisa em saúde.

Segundo um dirigente do COHRED, essa organização direciona seus esforços para o nível local, com o propósito de fortalecer os sistemas nacionais de pesquisa em saúde dos países em desenvolvimento. O *Global Forum*, prossegue o entrevistado, apresenta uma abordagem mais ampla, estabelecendo uma plataforma de debate que promove a circulação de idéias e interesses entre as instituições nos diferentes planos, a fim de formar consensos a partir de ações de *advocacy*.

Entretanto, esse membro do COHRED afirma que essa ONGI desenvolveu atividades pontuais durante a década de 1990, não apresentando nesse período uma atuação significativa junto aos países em desenvolvimento. *Foi um momento de estruturação do próprio COHRED, seus recursos financeiros ainda eram bastante limitados.* Com a mudança de liderança no ano de 2004 e estabelecimento de uma parceria formal com o *Global Forum* no ano seguinte, continua o entrevistado, criou-se uma conjuntura propícia para a expansão das atividades do COHRED.

Os entrevistados apresentaram uma opinião unânime sobre a liderança que o *Global Forum* assumiu desde que surgiu na discussão sobre CT&I/S na agenda internacional de saúde. Segundo os entrevistados, essa ONGI consegue exercer uma influência teórico-

metodológica nos países em desenvolvimento, mediante a elaboração e ampla divulgação de publicações sobre CT&I/S e a mobilização de atores estratégicos nos seminários anuais.

Como o *Global Forum* é fruto das expectativas, idéias e interesses dos agentes internacionais, entre eles: a OMS e o Banco Mundial, a liderança dessa ONGI no campo da CT&I/S é amplamente apoiada pelos atores envolvidos com a saúde global. Consta-se também que os esforços desenvolvidos pela Comissão, Força Tarefa, Banco Mundial, Comitê Ad Hoc e *Global Forum* impulsionaram a atuação da OMS no campo CT&I/S, resultando, além disso, na formação de uma comunidade epistêmica internacional de saúde<sup>159</sup> engajada com o debate da CT&I/S. Essa comunidade promove a circulação de valores, paradigmas, conceitos, métodos, estratégias e prioridades entre as instituições nacionais e internacionais, estabelecendo canais com os países, por meio de atores estratégicos, a fim de assegurar o fluxo de suas idéias e interesses para as agendas sanitárias nacionais e regionais.

Pode-se sugerir que esse movimento facilitou o processo de formação de consensos em torno de um conjunto de prioridades de pesquisa (ex: P&D em doenças negligenciadas, pesquisa operacional), de um arcabouço teórico-metodológico (ex: conceito de pesquisa estratégica e os métodos ‘Processo de Cinco Passos’ e ‘Matriz Combinada’) e de uma agenda para ação (ex: estruturação de sistemas nacionais de pesquisa em saúde, formulação de política pública para CT&I/S e definição de agenda de prioridade de investigação em saúde).

A atuação dessa comunidade epistêmica internacional de saúde proporcionou também a mudança de paradigmas no fomento científico e tecnológico em saúde. O consenso sobre o conceito de pesquisa operacional, o princípio da equidade e o fenômeno ‘10/90 *gap*’ formou o plano das idéias, influenciando a construção coletiva de uma visão comum sobre a realidade no campo da CT&I/S. Ao compartilhar as mesmas concepções, facilitou-se a convergência de interesses. Essas idéias e interesses foram colocados para a comunidade internacional por meio de *soft laws*, particularmente as recomendações dos relatórios publicados no período entre 1990 e 2004.

No que se refere à contribuição dos países em desenvolvimento para o esforço mundial em prol da correção do ‘10/90 *gap*’, verifica-se que a comunidade epistêmica internacional de saúde priorizou a pesquisa em sistemas e serviços de saúde e a P&D em

---

<sup>159</sup> Ao analisar os esforços globais em prol da CT&I/S, desenvolvidos na década de 1990, pode-se inferir que há uma comunidade epistêmica internacional interessada nessa área, na qual se incluem os seguintes atores internacionais: Banco Mundial, OMS, TDR, HRP, *Global Forum*, COHRED, SAREC e Fundação Rockefeller. Segundo os entrevistados, mesmo fazendo parte dessa comunidade epistêmica, OMS ainda não prioriza em sua agenda institucional a área de CT&I/S.

doenças negligenciadas, em detrimento de investigações biomédicas e experimentais (pré-clínica e clínica).

É claro que a discussão sobre P&D em doenças negligenciadas é extremamente relevante e está associada à equidade em saúde e à ética na aplicação dos recursos públicos. Esse esforço impulsiona a produção de estudos e o desenvolvimento de medicamentos e vacinas para as enfermidades que normalmente incidem na população que vive em situação de pobreza, às quais o setor privado tradicionalmente demonstrou desinteresse, por considerá-las pouco lucrativas.

Diante do fenômeno de transição epidemiológica, entretanto, os países em desenvolvimento têm que lidar com uma tripla carga de enfermidades, composta por três grupos principais. No primeiro se inserem as doenças infecciosas, a mortalidade materno-infantil e a desnutrição. No segundo grupo, as doenças crônico-degenerativas; e no terceiro, os agravos (SCHRAMM et al, 2004). Lidar com esse quadro epidemiológico complexo coloca grandes desafios para o setor saúde desses países.

No caso do Brasil, por exemplo, Schramm et al (2004) realizaram, no ano de 1998, um estudo de carga de doença, utilizando o DALY como indicador. Constataram que a carga de doença no país apresentava a seguinte distribuição: grupo I - 23,5%, grupo II - 66,3% e grupo III- 10,2%. Isso significa que as doenças crônico-degenerativas são as maiores responsáveis pela carga de doença no Brasil, o qual, por ser um país em desenvolvimento que apresenta uma considerável parcela da população vivendo em situação de pobreza, conforme afirma Potyara Pereira (2000), poderia ser esperado outro quadro epidemiológico. Ou seja, o predomínio do grupo I ou mesmo uma diferença menor entre as cargas de doença dos grupos I e II.

Face a esse exemplo, é importante que a comunidade internacional aprofunde algumas reflexões: como, então, deverá se orientar a agenda para a pesquisa diante do processo de transição epidemiológica? Será que o investimento dos países em desenvolvimento apenas para as atividades de P&D em doenças negligenciadas será suficiente para reduzir as iniquidades em saúde no campo da CT&I/S? Em outras palavras, será possível corrigir o '10/90 gap' se os países em desenvolvimento se limitarem à estruturação de sistemas nacionais de pesquisa em saúde que concentrem os investimentos para a investigação operacional e a P&D em doenças negligenciadas? Que estratégias esse grupo de países deve adotar para reduzir a carga de doenças não-transmissíveis, uma vez que essas enfermidades apresentam altos custos econômicos e sociais para os sistemas e serviços de saúde? Os países desenvolvidos liderarão o investimento nas atividades de P&D em doenças não-

transmissíveis? Como assegurar a aplicação do conhecimento para a ação? Diante do sistema de propriedade intelectual vigente, como assegurar aos países em desenvolvimento o acesso aos benefícios dessas atividades de P&D em doenças não-transmissíveis? Qual o interesse dos países desenvolvidos, considerando seus respectivos setores público, privado e doadores, em fortalecer as capacidades nacionais de pesquisa nos países em desenvolvimento? Em suma, será possível corrigir o '10/90 gap' na conjuntura contemporânea do capitalismo globalizado, em que predominam os ideais neoliberais? Essas são algumas contribuições para estimular o debate internacional. Responder a essas questões é um dos grandes desafios atuais no campo da CT&I/S.

Sem a pretensão de respondê-las, esta dissertação pretende aprofundar apenas alguns pontos. Diante do fenômeno de intensificação da interdependência assimétrica, conforme discutido no capítulo 1, observa-se que os incentivos para o fortalecimento de capacidades de pesquisa nos países em desenvolvimento inicialmente parece contraditório.

Mesmo compreendendo a complexidade e a não-linearidade do processo de produção do conhecimento, como afirma Guimarães (2005a), a atividade de pesquisa é a base para o desenvolvimento tecnológico e de inovações. Esses três componentes - pesquisa, tecnologia e inovação - formam sistemas interdependentes que precisam estar integrados e com o foco nos interesses nacionais e nas possibilidades de inserção do país no mercado internacional, explica um ex-diretor do TDR. *Não há inovação sem pesquisa*, afirma esse entrevistado.

Apesar de parecer um paradoxo, os próprios países desenvolvidos e agentes internacionais com idéias neoliberais - por exemplo, EUA e Banco Mundial, respectivamente - conseguem atender a seus interesses se impulsionarem o fomento científico e tecnológico em saúde nos países em desenvolvimento. Afinal, como isso ocorre?

De acordo com os consultores da OPAS e da OMS, os atores internacionais não têm o interesse de que os países em desenvolvimento sejam auto-sustentáveis, principalmente no que diz respeito à produção de insumos estratégicos à saúde. O incentivo à produção de vacinas e medicamentos para doenças negligenciadas, continuam os entrevistados, decorre do fato de as indústrias farmacêuticas transnacionais não considerarem essa área como um potencial nicho lucrativo.

Esses entrevistados enfatizaram que é interessante para os próprios países desenvolvidos, especialmente para suas indústrias, produzir estudos nos países em desenvolvimento, devido aos menores custos e às instituições e legislações mais flexíveis para a avaliação dos aspectos da ética na pesquisa, por exemplo, o que facilita a realização de testes pré-clínicos e clínicos.

Eles afirmaram também que alguns países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, têm massa crítica significativa; capacidade de pesquisa e de inovação; e arcabouço jurídico-normativo que regula a inovação e a ética na pesquisa. No entanto, o fomento desses países para a execução de estudos experimentais concentra-se, tradicionalmente, apenas nas fases pré-clínicas iniciais, devido, principalmente, à descontinuidade de investimento para a área de CT&I em geral e à desarticulação de políticas públicas setoriais - como a industrial, a de CT&I e a de saúde.

Desse modo, prosseguem os consultores da OPAS e OMS, os países desenvolvidos se beneficiam ao utilizar o conhecimento disponível e a capacidade de P&D dos países em desenvolvimento, como um mecanismo para reduzir os riscos das companhias farmacêuticas transnacionais na etapa de testes pré-clínicos e clínicos, bem como, para diminuir os custos econômicos na escala de produção de insumos de estratégicos à saúde.

*Na verdade, os países desenvolvidos não querem desenvolver futuros competidores no mercado internacional de saúde, mas é preciso que os países em desenvolvimento tenham capacidades individuais e institucionais para exportar os resultados dos estudos já desenvolvidos nas fases iniciais para os países industrializados, o que acelera o processo de produção das indústrias transnacionais. Não há competição, pois as etapas críticas das pesquisas, necessárias para a criação de uma patente, permanecem em sigilo nos países desenvolvidos. Esse conhecimento gerado na P&D em saúde pode ser transferido para os países em desenvolvimento, só que com o preço que o mercado decide. Forma-se, assim, um ciclo de interdependência que, geralmente, resulta em um alto custo econômico e social para os países em desenvolvimento. (afirma um consultor da OPAS).*

Esses relatos estão em conformidade com as reflexões de Panisset (1992). De acordo com esse autor, por ser a arena internacional inerentemente conflitiva e anárquica<sup>160</sup>, a transferência unidirecional de conhecimento científico e tecnológico dos países desenvolvidos para os em desenvolvimento possibilita explicar a devida existência de uma relação assimétrica de poder, na dimensão científico-tecnológica da globalização.

Nessa perspectiva, Ferreira et al (1992) destacam que é preciso considerar as contradições do sistema capitalista, a hierarquia entre os países e as assimetrias nas relações de poder, pois são questões que interferem na gestão de CT&I/S nos planos locais, regionais e global. De fato, há um forte mercado interessado no campo da saúde, afirmam esses autores, apesar de essa área não poder ser considerada meramente como uma relação de exportação e

---

<sup>160</sup> O termo 'anárquica' se associa à idéia de ausência de autoridade superior aos Estados-nacionais no ambiente internacional (RAMALHO-ROCHA, 2004).

importação de bens. As assimetrias intrínsecas ao sistema capitalista podem excluir grandes segmentos populacionais do acesso aos benefícios da pesquisa em saúde, em especial aos resultados/produtos das atividades de P&D, o que pode dificultar a promoção da equidade em saúde, explicam os autores.

Smith et al (2003) seguem esse raciocínio, acrescentando que, apesar de os atores internacionais defenderem que o conhecimento e a saúde são bens públicos globais, as restrições colocadas pelo sistema de propriedade intelectual, por exemplo, privilegiam grupos restritos. Os maiores beneficiados por essas idéias, prosseguem os autores, são os segmentos populacionais com melhores níveis de renda e o grupo de países que apresenta alta capacidade de investigação e de inovação em saúde.

Esse cenário de desequilíbrio na produção, no acesso e na aplicação da pesquisa em saúde, afirma Gadelha (2005), pode inviabilizar a consolidação de sistemas nacionais de saúde universais e integrais, assim como, a superação das iniquidades em saúde. A inversão desse quadro ou a melhoria das perspectivas, continua o autor, podem ser alcançadas a partir da estruturação e do fortalecimento de sistemas nacionais de investigação em saúde que estimulem a produção científica, o desenvolvimento tecnológico e a inovação em saúde, de modo coordenado e em consonância com os interesses sanitários e econômicos do país. Para isso, o autor salienta que é preciso articular governo, universidade e complexo produtivo.

Desse modo, pode-se concluir que, no contexto do capitalismo globalizado, a hegemonia de idéias e interesses neoliberais na agenda internacional de saúde possibilita minimizar o '10/90 gap', pois a correção desse desequilíbrio pode demandar uma ruptura na estrutura capitalista. O que a pesquisadora não acredita ser viável, na organização social contemporânea, promover tamanha transformação estrutural, alcançando a essência dos fenômenos. A explicação da pesquisadora se baseia no fato de que, diante da assimetria existente no globo, o interesse pelo acúmulo de capital, bens e poder político, econômico e/ou científico-tecnológico tende a conduzir a concentração desses em grupos restritos. Por outro lado, a correção de assimetrias demanda um movimento contrário, a redistribuição dos mesmos entre os diferentes países e outros atores, adotando a equidade como um princípio orientador das ações. Como afirmam Garrafa, Oselka e Diniz (1997), a busca pela superação das iniquidades é o passo inicial para se alcançar a igualdade.

A correção do '10/90 gap', assim, é um fenômeno que está relacionado com a conquista da simetria e da igualdade de oportunidades, de capacidades no campo da CT&I/S e de acesso aos benefícios gerados por essa área. No entanto, Garrafa, Oselka e Diniz (1997) acreditam ser um idealismo utópico alcançar a igualdade na conjuntura atual. Esse raciocínio

pode ser adotado também para afirmar que a correção do ‘10/90 *gap*’ no cenário contemporâneo pode ser inalcançável, porém deve ser um ideal a ser perseguido, para que se consiga, ao menos, reduzir as iniquidades na área de CT&I/S, ou seja, minimizar o ‘10/90 *gap*’. Isso, por sua vez, poderá contribuir para a redução das iniquidades em saúde. O fortalecimento dos princípios da equidade e da integralidade no regime internacional de propriedade intelectual talvez seja uma alternativa política para acelerar esse processo. Cabe a outros estudos desenvolver essa análise e discussão.

Nesse sentido, os esforços do *Global Forum* são fundamentais para ajudar a corrigir o ‘10/90 *gap*’, uma vez que promove a mobilização de atores estratégicos e defende o fortalecimento da área de CT&I/S nas agendas sanitárias nacionais, regionais e global. Sem esse movimento, torna-se ainda mais difícil reduzir as iniquidades em saúde e no campo da CT&I/S, apesar de que a superação dessas pode ser impossível na realidade contemporânea.

Entretanto, o debate precisa agregar outros valores, como a integralidade, para guiar o desenvolvimento de pesquisa científica e de tecnologia em saúde. Somente a equidade é insuficiente para assegurar a saúde da população, até mesmo dos grupos que vivem em situação de pobreza. Isoladamente, como foi demonstrado no capítulo 3 e 4, esse princípio vem sendo utilizado para justificar a necessidade de os países em desenvolvimento definirem um pacote básico de intervenções de saúde a serem ofertadas gratuitamente na atenção primária; e de fomentarem preferencialmente a pesquisa operacional e a P&D em doenças negligenciadas. Essas ações são insuficientes para lidar com o fenômeno da transição epidemiológica, pelo qual estão passando os países em desenvolvimento, e que coloca complexos desafios para os sistemas e serviços de saúde. Afinal, como promover a equidade em um cenário no qual as populações de baixa renda podem apresentar também uma tripla carga de enfermidades em decorrência de doenças transmissíveis, de agravos e de enfermidades não-transmissíveis? Como fazer para que o fomento à CT&I/S reduza as iniquidades em saúde diante do fenômeno de transição epidemiológica?

Se a universalidade é vista por alguns atores internacionais estratégicos - Banco Mundial, por exemplo - como uma utopia e idealismo de sanitaristas, apesar de se ter formado a agenda ‘Saúde para todos no ano 2000’, a integralidade pode ser uma alternativa para melhorar as condições de saúde da população mundial.

Nesse sentido, o presente estudo defende que a integralidade também seja um princípio orientador das iniciativas de CT&I/S, por acreditar que, juntamente com a equidade, se pode ampliar o acesso da população que vive em situação de pobreza aos benefícios dos novos conhecimentos gerados. A adesão a esses princípios no plano das idéias poderá

contribuir para a transformação da lógica de fomento, na perspectiva de assegurar que o investimento à pesquisa em saúde busque incentivar a produção de conhecimento e a descoberta de soluções que promovam a melhoria das condições de saúde da população, de modo integral, alcançando um maior número possível de pessoas.

Recomenda, assim, que, para se minimizar o ‘10/90 gap’, a comunidade epistêmica internacional de saúde amplie o conceito de pesquisa estratégica, associando-a às idéias e interesses sanitários e econômicos nacionais e regionais. Assim, o foco não se limita à pesquisa operacional, mas pode se estender ao desenvolvimento tecnológico e à inovação em saúde. Outro aspecto crucial consiste na adoção da equidade e da integralidade como os princípios básicos para o fomento científico e tecnológico em saúde. Nesse movimento, as organizações internacionais são atores estratégicos que podem estimular o debate e catalisar o processo de formação de consensos sobre os aspectos sugeridos.

Neste capítulo, conclui-se que, na década de 1990, se formou uma comunidade epistêmica internacional de saúde interessada pela CT&I/S como um objeto de política. Nesse mesmo período, o fortalecimento da Saúde Coletiva, como área do conhecimento e de práticas, assim como, a mobilização dessa comunidade epistêmica internacional de saúde resultaram na inclusão da equidade na agenda de saúde global, tornando-se o princípio básico para orientar as intervenções e a pesquisa em saúde. O *Global Forum* surgiu para fortalecer e manter o debate da CT&I/S no cenário mundial. Sua atuação vem impulsionando a mobilização da OMS e de outros atores estratégicos no que se refere à discussão desse tema. Diante do fenômeno ‘10/90 gap’, a pesquisa em sistemas e serviços de saúde e a P&D em doenças negligenciadas vêm sido defendidas como as áreas a serem priorizadas nas agendas sanitárias nacionais dos países em desenvolvimento. Desse modo, conhecer as idéias, interesses, instituições e expectativas que motivaram a criação do *Global Forum*, bem como, as estratégias e iniciativas lideradas por esse ator, seu papel de catalisador de processos e sua atuação em sinergia com a OMS podem contribuir para explicar como ocorreu a interação entre esses atores internacionais e o Ministério da Saúde do Brasil durante o processo de formulação da PNCTIS. Isso, por sua vez, ajudará a entender porque essas organizações internacionais foram citadas no texto da Política.

Com base nas descrições e análises realizadas sobre os esforços internacionais no âmbito da CT&I/S, o próximo capítulo desenvolve exercício semelhante em nível local. Será apresentada a trajetória de inserção do fomento científico e tecnológico na agenda do Ministério da Saúde e da formulação de uma política pública para a área de CT&I/S. Essa

análise pretende apresentar como e quando ocorreu a influência de atores e agendas internacionais no processo desenvolvido no Brasil.

## **Capítulo 5 - Evolução do Fomento Científico e Tecnológico em Saúde no Brasil: a relação entre pesquisa, política e ação**

Historicamente, a pesquisa científica e tecnológica em geral não foi considerada uma atividade prioritária na agenda governamental do Brasil. Isso se refletiu na ausência de uma política pública nacional específica para o tema até o ano de 2001. Mesmo existindo um sistema de C&T já consolidado desde a década de 1980, a falta de diretrizes e princípios norteadores, bem como de um conjunto de prioridades nacionais de pesquisa, contribuiu para que a produção do conhecimento apresentasse pouca relação com as reais necessidades econômicas e sociais do país. A depender da vontade política de gestores e pesquisadores influentes, os recursos financeiros para esse campo eram alocados para um ou outro tema específico. Esse cenário intensificou a desarticulação entre pesquisa e o processo de tomada de decisão nos diferentes setores, como a saúde, por exemplo (ABRASCO, 2001).

Entretanto, segundo Barreto (2004), a maior parte dos recursos humanos e financeiros para o fomento científico e tecnológico no Brasil, tradicionalmente, foi responsabilidade do Estado, ao qual também competiu a formulação e implementação de agendas e de políticas públicas. Observa-se, assim, um descompasso nessa situação.

A lógica esperada, continua Barreto (2004), seria que o Estado, por ser o principal financiador de C&T, liderasse o processo de definição de prioridades e participasse ativamente na indução do desenvolvimento científico e tecnológico, demandando estudos alinhados com os interesses nacionais. De acordo com o autor, esse comportamento do Estado contribuiria para aproximar as políticas das demandas e necessidades da população e dos interesses do mercado, buscando, conseqüentemente, promover o desenvolvimento econômico e social do país.

Recentemente, as perspectivas para a área de CT&I tornaram-se mais promissoras no Brasil, com a aprovação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação (PNCT&I) de responsabilidade do Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT). Trata-se de um conjunto de alternativas e soluções políticas, com a finalidade de construir um novo projeto nacional nesse campo, a partir da criação de um ambiente nacional favorável para o desenvolvimento científico e tecnológico do país. Além disso, essa política pública tem a intenção de alavancar o processo de inovação no país, como um mecanismo para impulsionar o crescimento da economia nacional e o reposicionamento do Brasil no mercado internacional (BRASIL, 2002c).

Guimarães (2004) afirma que essa política pública pretende articular a área de C&T aos interesses nacionais, incluindo as idéias e prioridades das diversas políticas sociais. Espera-se desse modo, acrescenta Barreto (2004), produzir conhecimento relevante para qualificar o processo de tomada de decisão ao ser apropriado pelo Estado.

Segundo Guimarães (2004), o novo projeto político nacional para o setor de CT&I pode ser capaz de considerar as contradições existentes nessa área e reverter esse quadro. À exceção da agricultura<sup>161</sup>, de um modo geral, explica o autor, as diversas áreas do conhecimento, como é o caso da saúde, tradicionalmente desconsideraram, de sua agenda, a CT&I e suas dimensões setoriais, como a CT&I/S, por exemplo. Paradoxalmente, a saúde representa 30% do esforço nacional de investigação, devido a sua relevante capacidade nacional de pesquisa. Ocupa, assim, a posição de maior destaque na produção de conhecimento científico no país, afirma o autor.

A pesquisa em saúde no Brasil é uma das mais antigas e que detém uma ampla e consolidada comunidade científica, cuja atuação é reconhecida em âmbito internacional. Entretanto, as atividades de fomento nesse campo, tradicionalmente, estiveram desvinculadas das concepções e prioridades da Política Nacional de Saúde - o Sistema Único de Saúde (SUS), das necessidades e demandas da população, assim como, dos interesses do mercado nacional (12ª CNS, 2003).

De acordo com Guimarães (2004), a área de ciência, tecnologia e inovação em saúde (CT&I/S), destaca-se como um setor estratégico para a sustentabilidade do SUS, por contribuir para a implementação dos princípios<sup>162</sup>, diretrizes<sup>163</sup> e prioridades do SUS, nas três instâncias gestoras - União, estados e municípios. Diante desses argumentos, esse autor defende que a CT&I/S demanda a formulação de uma política pública específica para esse setor, pois corresponde a um relevante componente da Política Nacional de Saúde, devendo, portanto, ser incorporada na agenda da reforma sanitária.

Para isso, a pesquisa em saúde precisa ocupar um outro patamar político, orçamentário e financeiro, o que pode ser alcançado mediante o fortalecimento desse tema na agenda da autoridade sanitária nacional e na formulação de uma política pública setorial.

---

<sup>161</sup> Os fortes interesses do Estado e do mercado na área da agricultura e a criação de uma agência própria para o fomento científico e tecnológico nesse campo - a Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa) - contribuíram para que o Estado fosse o principal indutor, financiador e usuário dos resultados de pesquisa, exercendo um processo de tomada de decisão baseado em evidências (GUIMARÃES, 2005a).

<sup>162</sup> Dentre os princípios do SUS destacam-se a universalidade, a integralidade e a equidade (BRASIL, 1990a).

<sup>163</sup> A intersetorialidade, a participação social, a humanização da saúde, a hierarquização dos níveis de atenção e o orçamento participativo entre as três instâncias gestoras de saúde são diretrizes do SUS (BRASIL, 1990a).

Esforços nessa direção foram iniciados com reorganização institucional do Ministério da Saúde (MS) a partir do ano 2000 (12ª CNS, 2003). A criação de instâncias dentro da estrutura ministerial com a responsabilidade de discutir essa temática; a construção de marcos institucionais - a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS) e a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS); e o termo de cooperação técnica com o MCT - foram iniciativas que o Ministério da Saúde liderou, com o propósito de aproximar as idéias e interesses do SUS das concepções e prioridades da PNCT&I, bem como, articular a pesquisa, a política e a ação.

Este capítulo se propõe a apresentar a perspectiva histórica do fomento científico e tecnológico em saúde. Para melhor desenvolver essa questão, o capítulo foi dividido em duas seções. A primeira caracteriza o problema e apresenta os argumentos teóricos que defendem o fortalecimento da CT&I/S na agenda sanitária brasileira. A segunda parte aponta os atores estratégicos que impulsionaram o fomento à pesquisa em saúde no país e a estruturação do sistema nacional de CT&I, abordando o período que antecedeu à criação do SUS.

## **I. Panorama da Pesquisa em saúde no Brasil: um caminho para o desenvolvimento econômico e social do país**

De acordo com Barreto (2004), nos países em desenvolvimento, em particular os ocidentais, o Estado geralmente centraliza o poder de formular políticas públicas e lidera o processo de tomada decisão no âmbito da saúde. Diante dessas competências, é necessário produzir conhecimento técnico-científico atualizado para executar de modo efetivo suas tarefas. No Brasil, a ampliação dos deveres do Estado, no final da década de 1980, aumentou sua necessidade de demandar conhecimento científico e tecnológico, para exercer de modo racional a provisão e regulação de políticas sociais.

Para garantir os princípios constitucionais da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde, continua o autor, o Estado precisa qualificar a indução do fomento científico e tecnológico, assegurar o financiamento para a área de CT&I/S e incorporar os resultados de pesquisa nos sistemas e serviços de saúde. Nesse sentido, a inclusão da pesquisa em saúde na agenda política brasileira é fundamental para a própria sustentabilidade do SUS.

A importância das atividades de investigação em saúde realizadas no Brasil é largamente reconhecida. Guimarães (2005a, p.236) afirma que “a saúde humana é o maior componente setorial de pesquisa no país”, já existindo no Brasil cerca de 6.300 grupos de

pesquisa ativos com atuação nesse campo no ano de 2004. De acordo com as estatísticas do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), em 2004, do total de 53.300 doutores, aproximadamente 34% deles (18.247) eram doutores em Ciências da Saúde e Ciências Biológicas (MOTTA; SERRUYA; ALMEIDA-ANDRADE, 2007). As autoras constataram também que dos 1.898 cursos de pós-graduação cadastrados no CNPq e na Capes em 2004, 32% eram referentes a essas áreas de conhecimento. Contando com uma significativa massa crítica, e consolidados institutos de pesquisa em saúde<sup>164</sup>, Gadelha (2005) afirma que o Brasil, portanto, apresenta a maior capacidade instalada de CT&I/S na América Latina.

Paradoxalmente a esse potencial de indução, o Brasil tradicionalmente sub-utilizou sua capacidade para orientar a produção científica e tecnológica em saúde, principalmente, devido à baixa prioridade dessa área na agenda das autoridades sanitárias nas diversas instâncias - federal, estadual e municipal. Além disso, Motta, Serruya e Almeida-Andrade (2007) ressaltam que a capacidade de pesquisa em saúde é concentrada nas regiões Sul e Sudeste do país, onde se encontra a maioria dos cursos de pós-graduação e de mestres e doutores em Ciências da Saúde e Biológicas.

Segundo o CNPq e a Capes, no ano de 2004, do total de 24.334 mestres e doutores em nessas áreas do conhecimento, aproximadamente 74% se concentravam no Sul e Sudeste do país. Situação semelhante foi constatada com a distribuição dos cursos de pós-graduação nessas áreas, uma vez que do total de 610 cursos, 79% também se encontravam na região Sul e Sudeste, no ano de 2004 (DECIT, 2006). Com base nesses dados, Motta, Serruya e Almeida-Andrade (2007) afirmam que, ao longo dos anos, os investimentos no fomento científico e tecnológico em saúde foram alocados, predominantemente, para essas regiões do Brasil, gerando um cenário de iniquidades no campo da CT&I/S dentro do país.

Com relação aos tipos de investigação em saúde, Guimarães (2006), ao analisar a plataforma de currículos *Lattes* no ano de 2004, constatou que quase 50% dos pesquisadores atuantes no campo da saúde qualificaram suas linhas de pesquisa na área de investigação clínica; enquanto a pesquisa em saúde pública e a tecnológica representaram, respectivamente, apenas 13,2% e 15,2% das linhas de pesquisa.

---

<sup>164</sup> Segundo os entrevistados, destacam-se no campo da CT&I/S do Brasil os seguintes institutos de pesquisa em saúde: Fiocruz, Instituto Butantan, Instituto de Tecnologia do Paraná (Tecpar), Instituto Nacional de Câncer (INCA), Instituto Evandro Chagas, Instituto de Pesquisas em Patologias Tropicais de Rondônia (Ipepatro) e Instituto Adolfo Lutz.

De acordo com as gestoras do Ministério da Saúde entrevistadas, é possível reverter esse cenário e garantir a auto-sustentabilidade do SUS desde que se fortaleça a produção de conhecimento científico e tecnológico em consonância com os interesses do Estado, do mercado e da sociedade. A capacidade de colaborar para o desenvolvimento econômico e social, coloca a pesquisa em saúde como um segmento estratégico para a soberania do país (II CNCTIS, 2004).

Gadelha (2005) explica que o fomento à pesquisa pode corroborar para o crescimento da economia, devido à relação entre a ciência e a inovação. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, a interseção e a articulação entre os componentes ciência, tecnologia e inovação em saúde ainda é incipiente e os esforços nessa direção são recentes. Se a agenda governamental não considerar a inter-relação e a complementaridade entre ciência, tecnologia e inovação, a Política Nacional de Saúde pode caminhar para um lado; enquanto a pesquisa, o desenvolvimento tecnológico e a inovação em saúde podem avançar para o outro, explica o autor.

No caso do Brasil, Gadelha (2005) afirma que há uma desarticulação e fragmentação da cadeia do conhecimento, resultando em uma forte dependência do país aos produtos internacionais. Segundo ele, o SUS gasta aproximadamente US\$ 4 bilhões ao ano em importação de insumos estratégicos à saúde. O país consome mais do que produz mercadorias patenteadas (BELOQUI, 2005). Esse quadro possibilita aos atores externos pressionar os sistemas nacionais de saúde, podendo comprometer sua efetividade e sustentabilidade (12ª CNS, 2003). Gadelha (2005) aponta, como exemplos, a pressão do mercado internacional para que os Estados incorporem tecnologias modernas e de alto custo e comprem medicamentos patenteados, os quais podem apresentar preços elevados.

Para garantir a priorização do interesse sanitário nacional, é necessário, portanto, integrar a produção científica e tecnológica com o setor produtivo - público e privado - mediante a articulação intersetorial. O Estado deve desempenhar um papel destacado na promoção e regulação do complexo produtivo da saúde<sup>165</sup>, por intermédio de ações que regulem a política de compras; defendam a propriedade intelectual; incentivem as parcerias público-privadas; ampliem os investimentos em infra-estrutura para a investigação; e

---

<sup>165</sup> Gadelha (2005, p.174) apresenta o seguinte conceito para a expressão 'complexo produtivo da saúde': "(...) espaço onde a produção da saúde ocorre", correspondendo ao *locus* para a concepção, desenvolvimento e produção de inovação em saúde, formado pela cadeia de relações institucionais, científicas e tecnológicas. Nessa perspectiva, o autor afirma que o complexo produtivo da saúde é composto por um conjunto de indústrias de base química e biotecnológica, lideradas pelo complexo farmacêutico, juntamente com as indústrias de equipamentos médicos e de outros insumos.

impulsionem a competitividade, financiamento e incentivo à P&D, principalmente, nas empresas públicas (II CNCTIS, 2004).

Além disso, afirma a gestora C, o estímulo à pesquisa e à produção nacional de medicamentos, imunobiológicos e tecnologias em saúde pode contribuir para que o Brasil alcance competitividade no mercado internacional. Com relação ao ambiente doméstico, continua essa entrevistada, o fortalecimento científico e tecnológico em saúde é uma importante alternativa política para assegurar a garantia dos princípios constitucionais do SUS, por exemplo, no âmbito da assistência farmacêutica. Segundo ela, o Ministério da Saúde gasta anualmente cerca de 12% do seu orçamento na compra de medicamentos. Afinal, como garantir a universalidade no acesso aos medicamentos, principalmente os importados e de alto custo? Como garantir a integralidade da atenção à saúde? Nessa perspectiva, o desenvolvimento da CT&I/S no país pode impulsionar a elaboração de alternativas e soluções políticas para ajudar a superar esses desafios que o SUS enfrenta.

Gadelha (2005) ressalta que o Brasil apresenta um grande mercado consumidor no campo da saúde, mas que não é devidamente utilizado. O setor público é o principal comprador de insumos estratégicos à saúde. Essa capacidade de barganha que o país apresenta pode lhe ser favorável desde que o Estado utilize seu poder de compra no processo de negociação. Fortalecer a articulação entre pesquisa, desenvolvimento tecnológico e inovação pode possibilitar ao Estado, continua o autor, atrair investidores para as áreas de maior interesse do setor saúde; regular o mercado nacional; diminuir gastos públicos com insumos estratégicos à saúde; e promover a equidade, universalidade e integralidade na atenção à saúde. O incentivo à P&D em saúde no âmbito nacional, portanto, pode ser o melhor caminho para reduzir custos e assegurar a distribuição gratuita de medicamentos para a população, defende Gadelha (2005).

O fomento científico e tecnológico em saúde, salienta Barreto (2004), também é relevante para promover o desenvolvimento social. A articulação entre as necessidades sanitárias, a pesquisa e a Política Nacional de Saúde pode resultar na produção de conhecimento em consonância com as prioridades da população e do SUS. Essa capacidade faz da pesquisa em saúde um importante instrumento para os gestores, os profissionais de saúde e a população, explica o autor.

As decisões baseadas em evidências científicas podem promover a equidade em saúde, reduzir custos sociais ou econômicos e proporcionar um maior impacto à saúde de um maior número possível de pessoas. Ao adotar essa estratégia, o Estado se posiciona como um crescente demandante e consumidor dos resultados de investigação. Nessa perspectiva, ‘a

pesquisa em saúde e para a saúde' possibilita a busca por estratégias e soluções capazes de minimizar os problemas sanitários, podendo romper o círculo vicioso da pobreza e doença, caso aborde o caráter social do processo saúde-doença (PELLEGRINI, 2004).

Para melhor compreender como essas questões foram inseridas e abordadas na agenda sanitária brasileira, é preciso realizar inicialmente um resgate histórico do fomento científico e tecnológico em saúde no Brasil. Discussão que será apresentada na próxima seção.

## **II. Trajetória da gestão de ciência, tecnologia e inovação em saúde no Brasil: a identificação dos atores nacionais estratégicos**

A história da produção científica e tecnológica no Brasil caminhou ao lado do desenvolvimento das bases da saúde coletiva. Embora seja difícil estabelecer um marco temporal inicial, estima-se que tanto as atividades de pesquisa quanto as intervenções sanitárias começaram a apresentar maior relevância a partir do século XIX (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; FIOCRUZ, 2006).

Graças à atuação de determinados personagens importantes para a história da saúde pública no Brasil, o fomento à investigação em saúde vem se fortalecendo no país. Nesse sentido, é válido mencionar, os pesquisadores e as instituições de excelência que contribuíram para a estruturação de um sistema nacional de pesquisa em saúde<sup>166</sup>. A identificação e descrição dos atores estratégicos foram vinculadas ao respectivo contexto do movimento sanitário nacional. Adaptando a demarcação temporal proposta por Ana Luce Lima e Maria Marta Pinto (2003) para a história da saúde coletiva no Brasil, propõe-se a seguinte periodização: primeiro momento de 1903 a 1920; segundo de 1920 a 1930; terceiro de 1930 a 1953; quarto de 1953 a 1990; e quinto período a partir da década de 1990.

---

<sup>166</sup> Ao agregar as entrevistas do grupo 2, foram identificadas as seguintes instituições federais e estaduais como integrantes do atual sistema brasileiro de pesquisa em saúde. Na esfera federal foram mencionados o Ministério da Saúde (MS); o Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT); o Ministério da Educação (MEC); o Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior (MDIC); a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); a Fiocruz e outros institutos de pesquisa em saúde; a Capes; o CNPq; a Finep; a Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial (ABDI); os Fóruns de Competitividade; as universidades federais; e as indústrias farmacêuticas brasileiras. Em nível estadual, as Fundações de Apoio à Pesquisa (FAPs); as Secretarias Estaduais de Saúde (SESS); e as universidades estaduais foram apontadas como parte desse sistema nacional.

Segundo essas autoras, a produção de conhecimento em saúde no Brasil também está diretamente relacionada à história da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), que foi criada em maio de 1900, inicialmente, com o nome de Instituto Soroterápico Federal (ISF)<sup>167</sup>.

O primeiro diretor técnico do Instituto foi o bacteriologista Oswaldo Cruz, jovem médico recém-chegado do Instituto Pasteur, em Paris-França. Em 1902, quando assumiu a direção geral, ele ampliou as atividades do ISF que passou a fomentar a pesquisa básica e alguns estudos biomédicos, investindo também na formação de recursos humanos. Ele idealizava uma estrutura que combinasse produção, pesquisa e ensino, nos moldes do Instituto Pasteur (FIOCRUZ, 2006).

Havia uma conjuntura política favorável para o incentivo à pesquisa biomédica, principalmente, sobre as doenças epidêmicas e endêmicas presentes na cidade do Rio de Janeiro e na zona rural<sup>168</sup>. Desde que assumiu a Presidência da República, Rodrigues Alves<sup>169</sup> apresentou forte interesse em articular a produção de conhecimento às necessidades sanitárias do país. Ele considerava as doenças tropicais uma ameaça às exportações nacionais. Isso fez com que, durante esse período, a pesquisa estivesse alinhada às prioridades econômicas e sanitárias do país, buscando produzir resultados que qualificassem o processo de gestão (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

No ano seguinte, Oswaldo Cruz foi nomeado Diretor do Departamento Geral de Saúde Pública, cargo que corresponde atualmente ao de Ministro da Saúde. Utilizando o Instituto Soroterápico Federal como base de apoio técnico-científico, promoveu campanhas de saneamento, especialmente na cidade do Rio de Janeiro, que na época foi acometida por surtos e epidemias de peste bubônica, febre amarela e varíola (FIOCRUZ, 2006). É nesse cenário que ocorre a Revolta da Vacina<sup>170</sup> em 1904 (PAIM, 2003).

Quatro anos depois, uma mudança no regulamento do Instituto Soroterápico Federal o transformou no Instituto Oswaldo Cruz (IOC), tornando-se uma instituição auto-sustentável. O IOC vendia os produtos biológicos de uso humano e veterinário que produzia, exceto durante epidemias, quando os insumos eram fornecidos gratuitamente ao governo. A renda obtida era usada na qualificação de novos pesquisadores e na realização de investigações

---

<sup>167</sup> O objetivo inicial desse instituto era fomentar estudos para fabricar soros e vacinas contra a peste bubônica (FIOCRUZ, 2006).

<sup>168</sup> Isso porque o Rio de Janeiro era a capital do Brasil e nesse período a principal atividade econômica do país era a produção de café (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

<sup>169</sup> Rodrigues Alves tinha esse interesse provavelmente porque sua filha faleceu em decorrência de febre amarela. Além disso, ele era fazendeiro e produtor de café (FIOCRUZ, 2006).

<sup>170</sup> Revolta da vacina foi um episódio que ocorreu devido à vacinação obrigatória da população contra a varíola (PAIM, 2003).

científicas, cujos resultados permitiam incrementar a produção de alguns insumos estratégicos à saúde. A venda desses revertia em mais recursos financeiros para o Instituto investir em ensino e pesquisa. Foi assim que o IOC conseguiu se erguer dentro de uma sociedade que não tinha tradição científica (FIOCRUZ, 2006).

Segundo Hochman (1998), nos anos de 1903 a 1909, a saúde coletiva foi marcada pela gestão de Oswaldo Cruz que estava à frente dos serviços federais de saúde. O autor explica que isso favorecia o estabelecimento de uma estreita articulação entre pesquisa e política sanitária, as quais, juntas, direcionavam os esforços para atender às prioridades nacionais do período em questão: o saneamento urbano da cidade do Rio de Janeiro; o combate às epidemias de febre amarela, peste e varíola; e o controle das endemias rurais.

Entre 1910 e 1920, o saneamento rural ganhou força como prioridade sanitária nacional, em especial o combate a três endemias rurais: ancilostomíase, malária e a então recém-descoberta doença de Chagas (LIMA; PINTO, 2003). Essa reorientação política foi fruto das expedições científicas do IOC no interior do Brasil, as quais tinham a finalidade de conhecer as condições de saúde das populações nessa área, explicam as autoras.

Em 1916, a Fundação Rockefeller deu início à sua atuação no Brasil, criando um serviço de combate às verminoses na região Nordeste. No mesmo ano, um escritório regional dessa Fundação se estabeleceu no país, com o intuito de receber pesquisadores estrangeiros. Eles pretendiam, em cooperação com o governo brasileiro, elaborar estudos, propor e executar ações de saúde para o controle epidemiológico e a erradicação da febre amarela, salientam as autoras.

Após a fase das pioneiras expedições científicas, o médico Carlos Chagas<sup>171</sup>, um importante personagem do movimento sanitarista, deu continuidade ao desenvolvimento da CT&I/S no Brasil. Na direção geral do IOC desde o falecimento de Oswaldo Cruz em 1917, Chagas incentivou o fomento a pesquisas sobre etiologia, epidemiologia e aspectos clínicos de enfermidades incidentes na zona rural, investindo também na qualificação de recursos humanos (FIOCRUZ, 2006).

Nesse contexto, ganhou destaque a Liga Pró-Saneamento, uma expressão inicial do movimento sanitário brasileiro. Fundada em 11 de fevereiro de 1918, a Liga defendia a necessidade de melhorar o saneamento e a atenção à saúde no interior do país. Na tentativa de estruturar um serviço sanitário centralizado, a Liga demandou a criação de um Ministério da

---

<sup>171</sup> Carlos Chagas foi um pesquisador de grande renome, oriundo dos quadros técnicos do IOC e Oswaldo Cruz foi o seu mentor (LIMA; PINTO, 2003).

Higiene e Saúde Pública e de um Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Essa mobilização fez com que o Estado passasse a abordar a doença como um problema político (LIMA; PINTO, 2003).

Carlos Chagas, como diretor do Departamento Geral de Saúde Pública, organizou uma ampla reforma nos serviços sanitários federais, criando no ano seguinte o DNSP, afirmam as autoras. Essa instituição era responsável por uma série de serviços e campanhas direcionados para o controle de doenças, como a febre amarela e a malária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Desse modo, ao assumir a diretoria do DNSP, ele apoiou as propostas de cooperação entre o Brasil e Fundação Rockefeller, as quais começaram, então, a entrar em vigor. É válido mencionar que a estrutura do DNSP funcionava como cerne da organização dos serviços de saúde pública no Brasil, sendo responsável pela estruturação do modelo assistencial. Nesse período, o IOC atuou como uma das principais referências do DNSP com relação à produção de conhecimento em saúde (LIMA; PINTO, 2003).

“Como diretor deste departamento, Carlos Chagas convidou a enfermeira Ethel Parsons do Serviço Internacional de Saúde da Fundação Rockefeller e chefe da missão técnica de cooperação para o desenvolvimento da enfermagem no Brasil, para montar o Serviço de Enfermeiras do Departamento e a Escola de Enfermagem Ana Nery. Esta escola exerceu papel estratégico na elaboração de uma nova política e de um novo modelo de saúde pública que começava a se delinear na década de 1920, sob a influência da Fundação Rockefeller” (LIMA; PINTO, 2003, p.1043).

Durante a segunda fase da história sanitária do país, de 1920 a 1930, a saúde passou a ser compreendida, não mais como resultado puramente de dimensões biológicas, mas também como uma questão social, afirmam as autoras. Isso significa que o caráter social do processo saúde-doença passou a ser também considerado. Essa década, portanto, foi marcada pela criação de um arcabouço institucional que defendia uma política pública de saúde de abrangência nacional articulada com a produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde (LIMA; PINTO, 2003).

Essas duas fases iniciais da saúde pública no Brasil fizeram parte do que Hochman (1998) denominou de ‘era do saneamento’, caracterizada pelo crescimento da conscientização das elites em relação aos graves problemas sanitários do país e à necessidade de o Estado nacional assumir a responsabilidade pelas questões relativas à saúde da população e ao saneamento urbano e rural. Segundo Lima, Fonseca e Hochman (2005), a incorporação dessas idéias na agenda governamental brasileira resultou na criação de uma infra-estrutura sanitária estatal presente em grande parte do território nacional.

No entanto, as instabilidades da República Velha (1889-1930) e as crises que o Brasil enfrentava na esfera política e econômica também refletiram no IOC, ainda o principal ator que fomentava pesquisas em saúde. Atingido pelo subfaturamento de seus produtos, inflação e recessão econômica, os salários dos funcionários foram reduzidos e o duplo emprego se tornou uma prática generalizada. Conseqüentemente, os avanços nas ciências biomédicas ocorridos após a 1ª Guerra Mundial não foram adequadamente absorvidos no país e a infraestrutura tecnológica do Instituto ficou desatualizada. A situação ficou ainda mais grave após a Revolução de 1930, quando Getúlio Vargas edificou um Estado intervencionista, estabelecendo uma política de saúde marcadamente centralizadora e desarticulada da área de CT&I. (FIOCRUZ, 2006).

Em 14 de novembro de 1930, o Decreto 19.402 regulamentou a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública<sup>172</sup> (MESP). O DNSP foi incorporado à estrutura ministerial, transformando-se, posteriormente, no Departamento Nacional da Saúde (DNS). É válido salientar a cisão institucional existente entre a saúde pública e a assistência médico-hospitalar se reproduziu na estruturação dos ministérios (LIMA; PINTO, 2003). Segundo Paim (2003), a saúde ocupacional e a medicina privada estavam vinculadas ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio<sup>173</sup> (MTIC), também recém-criado; enquanto o saneamento urbano e rural, o programa de vacinação e o controle de epidemias e endemias eram de responsabilidade do MESP. De acordo com um dirigente da Fiocruz, essa cisão e a desarticulação das políticas públicas na ‘Era Vargas’ podem ter sido as principais causas que enfraqueceram o fomento à CT&I/S na agenda governamental brasileira, principalmente, devido ao distanciamento entre política, pesquisa e ação.

Concomitante a esse processo que vinha se desenvolvendo no âmbito nacional, a OPAS realizou no período de 1930 a 1945 vários congressos internacionais, mantendo uma agenda regular de debates relativos à política de saúde e procurando se consolidar como fórum político entre os países da América Latina. “O modelo de gestão adotado no Brasil adequou as propostas defendidas nos encontros internacionais às características do contexto político e do projeto ideológico do novo governo” (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005,

---

<sup>172</sup> O MESP promovia a atenção à saúde dos desempregados, trabalhadores inseridos no mercado informal, ou seja, àqueles que não tinham condições financeiras para utilizar os serviços prestados pela assistência privada, nem estavam habilitados a usufruir os serviços oferecidos pelas caixas e institutos previdenciários (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

<sup>173</sup> O MTIC prestava serviços de saúde para os trabalhadores inseridos no mercado formal (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005). Posteriormente, a estrutura de assistência médico-previdenciária do MTIC foi incorporada ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), instituição que surgiu, em 1960, a partir da unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão das diversas categorias profissionais (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

p.44). Por conseguinte, afirma Campos (2006), durante esse período, o movimento de institucionalização da saúde pública no Brasil incorporou em muitos aspectos as propostas debatidas nos fóruns internacionais.

Até o final do Estado Novo, em 1945, o IOC recebeu investimentos estatais, mas perdeu muito de sua autonomia, uma vez que sua renda foi incorporada à receita geral da União e o governo já não pagava pelos insumos produzidos pelo Instituto. Insatisfeitos com o cenário nacional para a pesquisa, muitos cientistas deixaram o IOC para tentar continuar suas investigações em institutos internacionais; outros optaram pelo ensino e extensão na carreira universitária. A partir de então, o ambiente nacional para a pesquisa em saúde começou a entrar em constante declínio (FIOCRUZ, 2006).

De acordo com um dirigente da Fiocruz, a partir dos anos 40, houve uma ruptura entre a pesquisa e a política de saúde, situação que permaneceu no Brasil até meados do ano 2000. Porém, Vargas continuava a estruturar um arcabouço jurídico e institucional para a CT&I, no entanto, desarticulado com as outras políticas sociais, afirma o entrevistado.

O segundo governo Vargas, iniciado em 1951, tinha como interesse a construção de uma nação desenvolvida e independente. A industrialização pesada e a complexidade da administração pública trouxeram à tona a necessidade urgente de formação de especialistas e pesquisadores nos mais diversos ramos de atividade, entre eles: cientistas qualificados em física, matemática, química e pesquisadores em economia e em administração pública (CAPES, 2006).

Diante desses interesses, criou-se nesse ano o CNPq e a Capes<sup>174</sup>. Desde que surgiu, o CNPq passou a organizar todo o esforço brasileiro de C&T, inclusive a pesquisa em saúde, afirma Guimarães (2005a). Tornou-se a principal agência de fomento do país, liderando a indução e o financiamento de investigação nas diversas áreas do conhecimento, contemplando da pesquisa básica à operacional (GUIMARÃES, 2005a), além de investir na qualificação de pesquisadores ao oferecer bolsas de estudo nacionais e internacionais (ALBUQUERQUE; NETO, 2005). De modo complementar, prosseguem estes autores, a Capes buscou assegurar a existência de pessoal especializado para atender aos interesses nacionais que, nessa época, visavam ao desenvolvimento econômico do país.

Com a Lei 1.920 do ano de 1953, ocorreu o desdobramento do Ministério da Educação e Saúde em duas diferentes pastas, surgindo, então os ministérios da Saúde e o da Educação -

---

<sup>174</sup> Quando surgiu no cenário nacional, a Capes (2006) era chamada de Campanha Nacional de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

MS e MEC, respectivamente. Mesmo assim, permanecia a cisão institucional entre saúde pública e assistência médica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

De acordo com Lima e Pinto (2003), a prioridade do governo federal ainda era o combate às endemias rurais, que eram vistas como um obstáculo para o desenvolvimento do país, por ser esse predominantemente rural nesse período. De acordo com um ex-dirigente da Fiocruz, as poucas pesquisas que o Ministério da Saúde fomentava também atendiam a essa temática. As pesquisas epidemiológicas eram as mais demandadas e financiadas, o que dificultou a estruturação de um ambiente nacional propício para a pesquisa básica e tecnológica no campo da saúde. Além disso, o governo federal preferia investir em intervenções de saúde e na produção de vacinas já conhecidas, do que no fomento a novas pesquisas, salienta o entrevistado. Diante desse cenário, o IOC liderou, nos anos 50 e 60, o movimento a favor da criação de um ‘Ministério da Ciência’ e a transferência da gestão de CT&I para a nova instituição (FIOCRUZ, 2006).

Em 1962, surge a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (ALBUQUERQUE; NETO, 2005). Apesar de ser uma instituição estadual, os entrevistados afirmam que desde seu princípio ela apresenta importante papel no fomento científico e tecnológico em saúde, assegurando constante e significativo investimento nessas atividades.

Nos anos 60, a saúde pública continuava colocada em segundo plano e estava em constante decadência. Seus escassos recursos não alcançavam 2% do PIB nacional e suas ações se restringiam às campanhas que já vinham apresentando baixa adesão (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005). Observa-se que nesse contexto político o enfraquecimento da autoridade sanitária pode ter corroborado para a baixa priorização da produção científica e tecnológica em saúde na agenda governamental.

Segundo Guimarães (2005a), desde que foi criado, o Ministério da Saúde assumiu um perfil com relação à CT&I/S, que permaneceu praticamente o mesmo até meados do ano 2000. Nesse intervalo de tempo, continua o autor, o MS não ocupou uma posição de destaque na definição de prioridades nacionais de pesquisa em saúde, nem na organização de atividades extramuros<sup>175</sup> no fomento à investigação em saúde no país. Mesmo assim afirma a gestora A do MS, havia um movimento da comunidade científica nacional a favor da institucionalização da CT&I em geral no país.

---

<sup>175</sup> Atividades extramuros resultam da atuação de instituições que não são vinculadas diretamente ao MS, como universidades, Fundações de Amparo à Pesquisa, alguns centros de pesquisa e hospitais universitários (GUIMARÃES, 2005a).

Em julho de 1967, uma outra conquista foi alcançada nessa direção, com a criação da Financiadora de Estudos e Projetos (Finep), salientam Albuquerque e Neto (2005). Trata-se de uma empresa pública, cujo propósito inicial consistia em institucionalizar o Fundo de Financiamento de Estudos de Projetos e Programas, criado em 1965. Em 1969, o governo federal criou o Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FNDCT), com a finalidade de financiar a expansão do sistema brasileiro de C&T. Na década de 1970, a Finep promoveu intensa mobilização da comunidade científica ao financiar a implantação de novos grupos de pesquisa; criar programas temáticos; e expandir a infra-estrutura de C&T, participando, assim, no processo de consolidação institucional da pesquisa e da pós-graduação no país. A partir de 1971, a Finep passou a ter como principal objetivo promover e financiar a inovação e a pesquisa científica e tecnológica em empresas, universidades, institutos, centros de pesquisa e outras instituições públicas ou privadas, mobilizando recursos financeiros para essas atividades (FINEP, 2006).

Mesmo assim, a conjuntura política durante essa década não favoreceu ao desenvolvimento científico e tecnológico no campo da saúde. Com o golpe militar, o Ato Institucional nº 5 cassou alguns pesquisadores do IOC e pelo Ato nº 10, outros foram impedidos de exercer atividades de pesquisa e ensino em qualquer instituição pública. Conhecido como ‘Massacre de Manguinhos’, esse episódio agravou o fenômeno ‘*brain-drain*’ (‘fuga de cérebros’). Apesar disso, o Instituto conseguiu se transformar na Fundação Oswaldo Cruz.

De acordo com o ex-diretor do TDR, durante os anos 70 diversos pesquisadores brasileiros foram participar dos treinamentos promovidos pelo TDR, participando de cursos de especialização, mestrado e doutorado em medicina tropical. Nesse período, continua o entrevistado, além de financiar a formação de pesquisadores, o TDR também investiu no desenvolvimento de estudos no Brasil.

A análise desse processo ajuda a entender porque o Brasil apresenta uma considerável massa crítica especializada em doenças tropicais, estando a pesquisa biomédica e a epidemiológica em uma posição de destaque no país. Situação que não ocorre com as pesquisas sobre gestão, políticas, sistemas e serviços de saúde, as quais não foram priorizadas por um longo período. Durante os períodos históricos apresentados acima, houve um alinhamento entre as agendas nacionais e internacionais de prioridade de pesquisa em saúde. Pode-se inferir que esse movimento ocorreu devido à circulação de concepções, valores, estratégias e prioridades entre o plano local e o externo, principalmente, devido à interação de atores estratégicos nessa área. A presença de agentes internacionais no país, como o TDR e a

Fundação Rockefeller, a opção política de Vargas de incorporar as propostas pactuadas nos fóruns internacionais e o treinamento de pesquisadores brasileiros em institutos estrangeiros podem ter contribuído para a convergência de idéias e interesses no campo da pesquisa em saúde. Como resultado desse processo, a agenda governamental brasileira priorizou durante esse período as intervenções e pesquisas em endemias rurais e doenças transmissíveis, temas que atendiam aos interesses econômicos e sanitários nacionais, assim como, estavam em consonância com a agenda internacional de saúde.

A saúde pública no Brasil também foi marcada pelo fortalecimento do movimento sanitário nesse período. Liderada por intelectuais acadêmicos, a reforma sanitária reuniu representação política parlamentar e usuários do serviço de saúde, principalmente os relacionados com o movimento sindical, para lutar pela transformação de paradigmas em saúde e mudança do modelo assistencial (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005). A Abrasco foi um ator estratégico nesse processo (FALEIROS et al, 2006).

Desde o início, o movimento sanitário brasileiro apresentou um caráter contra-hegemônico aos projetos neoliberais de reforma do Estado e aos interesses a favor do modelo assistencial biomédico, privatista, hospitalocêntrico, que priorizavam a atenção especializada e individual (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2004). Nessa perspectiva, a reforma sanitária vem contribuindo para uma mudança social e estrutural do Estado, ao defender a democratização da saúde, entendendo-a como um direito social. Esse movimento ampliou o espaço de luta política, possibilitando aos diversos grupos da sociedade, inclusive aos trabalhadores informais e desempregados, discutir e refletir sobre as condições de saúde e os determinantes sociais do processo saúde-doença nas diferentes conjunturas (PAIM, 2003).

Guimarães (2005a) identifica, no entanto, um grande paradoxo intrínseco ao movimento sanitário. Apesar de ter sido impulsionado pela comunidade científica, a CT&I/S permaneceu, até o final da década de 1990, à margem do debate político dentro e fora do Ministério da Saúde, tanto como um objeto de estudo, quanto como um campo de reflexão para a formulação de política pública específica para o setor. Por outro lado, esse movimento social desenvolveu desde seu início uma reflexão teórico-metodológica direcionada para a consolidação da área da Saúde Coletiva. Os acadêmicos deste campo foram os atores estratégicos na concepção da reforma sanitária, que ocorreu contemporaneamente à constituição da própria Saúde Coletiva, como uma área do conhecimento e de práticas. Mesmo assim, eles não atribuíram a real relevância da CT&I/S durante a construção da nova Política Nacional de Saúde, o SUS, afirma o autor.

Com abertura política no país, a partir de 1985, as perspectivas para a área de CT&I/S tornaram-se mais promissoras. Nesse mesmo ano, Sergio Arouca - acadêmico e um dos líderes da reforma sanitária - assumiu a presidência da Fiocruz. Arouca inaugurou uma nova fase na Fundação, marcada pela redemocratização e estímulo à produção de conhecimento e qualificação de pesquisadores (FIOCRUZ, 2006). Além disso, afirma um dirigente da Fiocruz, a nova conjuntura política do país motivou diversos pesquisadores que estavam no exterior a retornarem para suas instituições de origem.

Nesse mesmo ano, o governo federal atendeu a uma demanda antiga da comunidade científica e tecnológica nacional, criando o Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT), órgão central responsável por essa temática. Sua área de competência abrange: o patrimônio nacional de C&T e seu desenvolvimento; a política de cooperação e intercâmbio na área de CT&I; a definição da política pública nacional para esse campo; e a participação na coordenação de políticas públicas setoriais na área de CT&I (MCT, 2006). As agências de fomento - Finep e CNPq - passaram a integrar a estrutura do MCT (ALBUQUERQUE; NETO, 2005).

Em 1986, afirma a gestora B entrevistada, o Ministério da Saúde criou em sua estrutura uma instância de C&T com maior peso político, ganhando o *status* de Secretaria. Durante a primeira fase de vigência da Secretaria de Ciência e Tecnologia, o fomento à pesquisa em saúde ainda se orientava predominantemente pelas preferências de gestores e pesquisadores influentes. Nesse período, continua a entrevistada, criou-se um programa de pesquisa em saúde, por meio de um projeto de cooperação técnica com o Banco Mundial. Contando com um orçamento de aproximadamente R\$ 2 milhões de Reais, o Programa financiou 30 pesquisas estratégicas em diferentes áreas, por um período de 2 anos.

Como resultado do processo de redemocratização do país, foi promulgada a Constituição Federal, em 1988, também conhecida como ‘Constituição Cidadã’, por apresentar um caráter nitidamente social-democrata com relação aos direitos sociais (CASTILHO, 2003). O texto constitucional define a seguridade social como a integração dos setores saúde, previdência e assistência social, caracterizando-a como uma rede de proteção social aos cidadãos (12ª CNS, 2003).

Especificamente com relação à saúde, importantes conquistas da reforma sanitária foram legitimadas e legalizadas nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal. A saúde passou a ser entendida como um direito de todos e dever do Estado. O texto constitucional também prevê que a formulação e implementação de políticas públicas sociais e econômicas devem reduzir os riscos, promover a saúde, prevenir e tratar doenças, criando o SUS como o

novo modelo sanitário brasileiro (BRASIL, 1988). O acesso universal, a equidade e a integralidade das ações de saúde, com alcance nos diversos níveis de complexidade da atenção à saúde, foram ressaltados como os princípios fundamentais para o exercício desse direito social (CASTILHO, 2003).

Com relação à área de CT&I em geral, os artigos 218 e 219 da Constituição atribuem ao Estado a responsabilidade de promover e incentivar o desenvolvimento científico e tecnológico e de capacitar recursos humanos nesse campo. O texto constitucional prevê a priorização da pesquisa básica na agenda governamental, tendo em vista a concepção de bem público e o interesse pelo progresso da ciência. A relevância da investigação tecnológica foi ressaltada para solucionar problemas e desenvolver o sistema produtivo nacional e regional. O documento também prevê a criação de um ambiente favorável à pesquisa e o envolvimento do mercado interno nas atividades de CT&I, como uma alternativa política para promover a autonomia tecnológica do Brasil e assegurar a soberania do país. Especificamente sobre a CT&I no campo da saúde, o artigo 200 da Constituição estabelece como competência do SUS o incremento do desenvolvimento científico e tecnológico em sua área de atuação (BRASIL, 1988).

Apesar desses avanços conquistados nos marcos legais, Gadelha (2005) afirma que, durante a implantação do SUS, nos anos 90, se ampliou a dicotomia entre a produção de conhecimento, a inovação e a lógica sanitária. Guimarães (2005a) identifica como a principal causa desse processo o fato de que a CT&I/S não ter sido uma prioridade na agenda da reforma sanitária, tampouco na do Ministério da Saúde. Desse modo, a CT&I/S não foi considerada desde o princípio, continua o autor, como uma área estruturante do SUS.

Mesmo assim, a gestora B salienta que o Ministério da Saúde fomentava alguns poucos estudos, considerados como estratégicos para as áreas técnicas, principalmente, por intermédio de *encomendas diretas* às instituições de pesquisa a ele vinculadas, como a Fiocruz. Guimarães (2005a) constatou que, até o final da década de 1990, a atuação do MS na área de CT&I/S era incipiente e seus investimentos concentravam-se em atividades intramuros. A gestora B aponta que o setor do Ministério responsável por vigilância em saúde (epidemiológica, sanitária e ambiental) era o que mais demandava o desenvolvimento de pesquisas científicas e tecnológicas. No entanto, ela enfatiza que o orçamento para essa atividade era extremamente escasso.

Desse modo, o sistema nacional de pesquisa em saúde, composto principalmente por instituições públicas, apresentava uma coordenação desarticulada, gerando uma gestão bifronte (GUIMARÃES, 2004). Segundo ele, o MCT, principal indutor e financiador nesse

período, tradicionalmente desconsiderou as práticas de fomento do MS, atribuindo-lhe uma visão restritiva e imediatista da atividade de pesquisa, por investir predominantemente na investigação operacional. Por outro lado, prossegue o autor, o MS percebia na maioria das ações de fomento do MCT um distanciamento entre o fomento à pesquisa em saúde e as prioridades da população e do setor saúde, o que dificultava a incorporação do conhecimento científico e tecnológico gerado. Mesmo diante dos conflitos interministeriais, afirma a gestora B, a Fiocruz liderava um movimento paralelo, junto a outras instituições nacionais de pesquisa, com a finalidade de fortalecer a CT&I/S no país.

Guimarães (2005a) realça a relevância de dois seminários internacionais, os quais geraram ‘janelas de oportunidade de política’ aos atores estratégicos nacionais, contribuindo para que eles defendessem suas idéias e interesses no processo de formação da agenda do Ministério da Saúde. Segundo o autor, o primeiro evento foi organizado pela OMS e reuniu pesquisadores e gestores de saúde para definir estratégias de enfrentamento ao avanço das enfermidades emergentes e reemergentes<sup>176</sup> nos países desenvolvidos. Esse espaço político também criou uma oportunidade para que os atores nacionais defendessem as concepções e prioridades da agenda sanitária brasileira no processo de formação da agenda internacional de saúde, afirma o autor. Ele salienta que o seminário estimulou a reflexão sobre a desarticulação entre pesquisa, política e ação. Desse modo, o autor ressalta a relevância da ação das organizações internacionais de saúde, cujos esforços e apoio político corroboraram no fortalecimento do debate nacional sobre CT&I/S.

O segundo evento foi promovido em 1989 pela Comissão de Pesquisa em Saúde para o Desenvolvimento para discutir a estratégia ENHR, afirma o autor. A Fiocruz foi a instituição nacional escolhida para liderar o evento, devido à sua tradição na pesquisa em saúde. Carlos Morel foi o coordenador do seminário, em decorrência de sua ampla experiência como gestor e pesquisador em instituições nacionais e estrangeiras. Nessa ocasião, foram apresentadas as idéias e interesses da ENHR, abordadas nos capítulos anteriores desta dissertação. A Fiocruz comprometeu-se em disseminar os valores, as abordagens, as concepções e as prioridades da estratégia ENHR no país, assumindo um papel estratégico na articulação da comunidade científica nas diversas áreas do conhecimento e no envolvimento da autoridade sanitária nacional nesse processo (TASK FORCE, 1991).

---

<sup>176</sup> Segundo Rita Barradas Barata (1997), doenças emergentes são aquelas, cuja incidência vem aumentando nas últimas duas décadas e tende a continuar crescendo - o HIV/aids, por exemplo. Como também podem ser antigas enfermidades que surgem novamente no cenário mundial, porém com novas características clínico-epidemiológicas. Por outro lado, as doenças reemergentes, explica a autora, são aquelas que estavam anteriormente controladas e reaparecem no debate sanitário mundial - cólera e tuberculose, por exemplo.

A Comissão (1990) identificou no Brasil algumas questões cruciais que precisavam, ainda, ser consideradas para que fosse possível fortalecer a CT&I/S na agenda sanitária nacional. Segundo esse ator internacional, a comunidade acadêmica necessitava entender a ENHR como uma ferramenta fundamental para qualificar políticas, sistemas e serviços de saúde, ou seja, apoiar o processo de tomada de decisão. Nessa perspectiva, a estratégia não se limitaria à geração de novos conhecimentos científicos e tecnológicos em saúde, mas deveria promover a incorporação desses nos sistemas nacionais de saúde. O segundo ponto enfatizado correspondia à necessidade de promover um maior envolvimento da autoridade sanitária nacional nesse movimento, a fim de restabelecer no país a articulação entre a política e a pesquisa em saúde. Para alcançar esse propósito, a Comissão (1990) recomendou que a Fiocruz mobilizasse os atores estratégicos no campo da CT&I/S e o Ministério da Saúde para definir uma agenda nacional de investigação em saúde, deixando, assim, de fomentar projetos de pesquisa isolados e orientados pelos interesses de pesquisadores e gestores influentes. Por último, esse ator internacional também mencionou a necessidade de criar redes nacionais e regionais de investigação em saúde para ajudar no processo de institucionalização da CT&I/S.

Mesmo diante desse movimento extramuro, afirma a gestora B, a CT&I/S perdeu espaço político dentro do Ministério da Saúde no início da década de 1990, dificultando, ainda mais, a sua inserção na agenda da autoridade sanitária nacional. O principal motivo que essa entrevistada apontou foi a extinção da Secretaria de Ciência e Tecnologia da estrutura do Ministério da Saúde em 1990. *Com apenas uma canetada do Presidente Fernando Collor, a Secretaria sumiu do organograma, atrasando o trabalho desenvolvido por quatro anos dentro do Ministério e por alguns representantes da comunidade científica*, afirma a gestora B.

Considerando o conceito de instituição proposto por March e Olsen (1998) e por Hall e Taylor (2003), pode-se explicar como causas desse episódio, o fato de não se ter conseguido construir um conjunto relativamente estável de práticas, regras, procedimentos ou normas formais para definir o comportamento e a atuação apropriada dos atores no campo da CT&I/S. Em outras palavras, a criação de instâncias na estrutura do Ministério da Saúde não significa necessariamente a institucionalização da CT&I/S na agenda ministerial.

Frente a essas circunstâncias, o Brasil iniciou um importante esforço para organizar e fortalecer seu sistema nacional de pesquisa em saúde, buscando construir marcos institucionais legítimos e bases políticas sólidas, com o propósito de institucionalizar a CT&I/S na agenda governamental do país. Esse movimento de institucionalização vem reinserindo a CT&I/S na discussão nacional, colocando-a como uma área estratégica para o

desenvolvimento do Brasil. Com essa visão, atores estratégicos se mobilizaram para que o tema CT&I/S conquistasse um novo patamar político na agenda governamental brasileira, a fim de assegurar investimentos contínuos e crescentes, independente da vontade política ou do interesse pessoal de determinadas lideranças. Com base nessas expectativas, alguns atores estratégicos do plano doméstico iniciaram, mais tarde, o processo de formulação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS).

Neste capítulo, conclui-se que a presença de acadêmicos em posição de alto escalão nas instituições responsáveis pela saúde pública contribuiu para a articulação entre a pesquisa, a política e a ação, no começo do século XX. Nesse período, a Fundação Rockefeller, o TDR e a OPAS apresentaram uma forte interação com a agenda sanitária nacional. Havia uma convergência entre as idéias e os interesses internos e externos, o que facilitou o alinhamento das agendas sanitárias nos diferentes planos. Desde a década de 1940, no entanto, a centralização e a fragmentação das políticas públicas distanciaram as atividades de pesquisa das prioridades sanitárias nacionais. Somente a partir de meados dos anos 90, começou a ganhar força o processo de reaproximação entre a academia e a gestão, em decorrência da mobilização de alguns representantes da comunidade científica, da criação do SUS e do fortalecimento do papel do Ministério da Saúde, como autoridade sanitária nacional. Essa rearticulação, por sua vez, contribuiu para impulsionar o processo de formulação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, como será apresentado no próximo capítulo.

Desse modo, é fundamental saber quem impulsionou esse movimento, quais eram suas idéias e interesses, como e quando surgiram as ‘janelas de oportunidade de política’ que possibilitaram inserir e fortalecer a CT&I/S na agenda do Ministério da Saúde. O conhecimento desse ‘jogo’ político poderá contribuir para institucionalizar a CT&I/S na agenda governamental brasileira, fazendo da PNCTIS uma política de Estado, ao invés de uma política de governo. O próximo capítulo apresenta e analisa o processo de formulação dessa política pública a partir da década de 1990.

## Capítulo 6 - Formação da Agenda do Ministério da Saúde: ciência, tecnologia e inovação em saúde como uma prioridade política

Os interesses econômicos e a orientação política de um dado país também são fatores que podem interferir no desenvolvimento da capacidade nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde e na sustentabilidade dessa área na agenda governamental, afirma um consultor da OMS. Segundo ele, o Brasil é visto pela comunidade internacional como um país com amplo potencial para desenvolver pesquisas e inovação em saúde. Mas o fortalecimento dessas atividades, explica o entrevistado, depende da priorização desse tema na agenda política brasileira.

Conforme foi apresentado no capítulo anterior, o início do século XX foi marcado por uma articulação entre as prioridades de pesquisa e os interesses sanitários e econômicos nacionais. A partir dos anos 40, no entanto, houve um distanciamento entre pesquisa, política e ação. Quando o Ministério da Saúde surgiu no cenário nacional em 1952, a CT&I/S já havia perdido força no debate da saúde pública, o que resultou na exclusão dessa temática do conjunto de prioridades políticas e de financiamento da agenda ministerial.

Segundo Machado (2005), em 1990, novas perspectivas surgiram para a CT&I/S com o início da implantação do novo projeto sanitário nacional - o SUS - e com o fortalecimento do Ministério da Saúde como autoridade federal<sup>177</sup> no campo da saúde pública. Mesmo assim, afirma Guimarães (2005a), somente no final da década de 1990, atores estratégicos conseguiram promover a reaproximação entre política e pesquisa em saúde.

Diante dessas reflexões, surgem alguns questionamentos: quais foram as orientações políticas do Brasil que possibilitaram reestabelecer a articulação entre pesquisa, política e ação? Quais foram as ‘janelas de oportunidade de política’ que favoreceram a inserção da CT&I/S como uma prioridade na agenda do Ministério da Saúde? Que temas o MS priorizou na década de 1990? Como ocorreu esse processo ao longo da consolidação do SUS? Quem foram os atores nacionais estratégicos? Como o *Global Forum* e a OMS atuaram nesse processo?

---

<sup>177</sup> Com a criação do SUS, o Ministério da Saúde se fortalece politicamente e financeiramente, incorporando em sua estrutura, no ano de 1990, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), o qual era vinculado ao Ministério da Previdência e da Assistência Social. O Inamps foi a instituição sucessora do INPS, sendo, até os anos 90, a instituição responsável pela gestão e prestação da assistência médico-previdenciária. Desse modo, a partir da década de 1990, a assistência médica-previdenciária e privada, assim como, a saúde pública passaram a compor, de modo integrado, o escopo da Política Nacional de Saúde, rompendo-se com a cisão institucional pré-existente (MACHADO, 2005).

Para descrever e analisar esse processo, o presente capítulo foi estruturado em três seções. A primeira apresenta as prioridades da agenda sanitária nacional na década de 1990, realçando o *locus* da CT&I/S no debate do SUS e da reforma sanitária nesse período, explicando como esse tema ingressou na agenda política do Ministério da Saúde. Essa discussão também aborda o processo de reestruturação de instâncias específicas para a CT&I/S na estrutura do Ministério da Saúde. A segunda parte se dedica à descrição e análise do processo de construção dos marcos institucionais de CT&I/S no Brasil - a Política e a Agenda, abordando a influência de atores e agendas internacionais nesse processo. A terceira seção desenvolve reflexões sobre o processo de formulação dos marcos institucionais, mencionando algumas recomendações para o movimento de institucionalização da CT&I/S na agenda governamental brasileira. Nessa perspectiva, foram discutidos alguns aspectos relacionados com a atuação do Brasil no cenário regional e internacional, no que concerne ao debate da saúde global, particularmente no campo da CT&I/S.

### **I. O debate da ciência, tecnologia e inovação em saúde ao longo da reforma sanitária**

No Brasil, a década de 1990 foi marcada pela construção do novo modelo de atenção à saúde, que apresenta concepções e interesses pactuados na Declaração de Alma-Ata, como o fortalecimento da medicina comunitária e da atenção básica (MACHADO, 2005). A abrangência da reforma sanitária levou à reflexão sobre um conjunto de temas centrais, que Guimarães (2005a, p.249) denominou de “núcleo duro do SUS”, para os quais se direcionaram os esforços de produção de conhecimento e de formulação de políticas públicas setoriais. Entre esses temas, afirma o autor, destacaram-se: educação em saúde; municipalização; controle social; economia da saúde; vigilância em saúde; e grupos populacionais específicos (mulher, criança, adolescente, idoso, negro, índio, trabalhador urbano e rural, e outros).

De acordo com Machado (2005), os anos 90 caracterizaram-se no Brasil pelo crescimento das idéias neoliberais, resultando na formação de duas ‘macro-agendas’ reformistas com interesses conflitantes que trouxeram repercussões para o SUS. Uma era a agenda de reforma do Estado que defendia os ideais neoliberais. A outra, continua a autora, era a agenda da reforma sanitária brasileira com concepções e prioridades contrárias à visão neoliberal. Essa divergência de idéias e interesses pode ter interferido na definição de prioridades da agenda do Ministério da Saúde, explica a autora.

Ainda segundo ela, três temas se mantiveram na agenda da autoridade sanitária nacional no período de 1990 a 2002: o combate ao HIV/aids, a Estratégia Saúde da Família e a descentralização operacional-administrativa da gestão e da atenção à saúde. A autora identificou que esses temas entraram e continuaram na agenda ministerial, devido à formação de uma base de apoio político nacional e internacional. Isso contribuiu para que essas três áreas fossem caracterizadas como políticas públicas setoriais de Estado, afirma a autora.

De acordo com a gestora B entrevistada, para atender a essas agendas, o Ministério da Saúde fortaleceu nesse período a área técnica de planejamento, que passou a apresentar uma função estratégica para a consolidação do SUS.

Guimarães (2005a) enfatiza, no entanto, que as atividades de CT&I/S raramente eram incorporadas no campo das idéias, valores, práticas e interesses da reforma sanitária. Não obstante, o crescimento da área de Saúde Coletiva, por meio de suas pesquisas, fortalecia indiretamente esse setor. Isso significa que, “o vetor que partia da saúde coletiva, em direção à reforma desenvolveu-se plenamente. Já o vetor no sentido oposto da reforma em direção à pesquisa em saúde, permaneceu atrofiado” (GUIMARÃES, 2005a, p.249).

Essa afirmação pode ser confirmada pela análise dos relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde (CNS), que sistematizam as deliberações pactuadas e legitimadas pelas três instâncias gestoras do SUS - União, Estados e Município. Apesar de a pesquisa em saúde ser usualmente abordada nas Conferências como uma atividade meio das diferentes áreas temáticas de saúde (ex: vigilância epidemiológica, saúde da mulher, etc.), principalmente desde a 9ª CNS, somente em 2000 na ocasião da 11ª CNS, a gestão de CT&I/S aparece no relatório final de modo integrado e como um setor que demanda a estruturação de uma área técnica específica para a condução do processo de fomento científico e tecnológico em saúde.

Paradoxalmente à ausência desse tema no debate da reforma sanitária, observa-se que existe, desde 1991, uma instância no Conselho Nacional de Saúde própria para discutir essas questões, junto ao controle social. Trata-se da Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia<sup>178</sup>, cuja finalidade é promover a articulação e a complementaridade de políticas públicas, programas e ações no campo da C&T que sejam de interesse do SUS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1991).

---

<sup>178</sup> Quando surgiu, a Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia era composta pelas seguintes instituições: Ministério da Saúde; Fiocruz; MEC; Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras; Secretaria de Ciência e Tecnologia/ Presidência da República; Associação Nacional dos Docentes do Ensino Superior; Instituto de Tecnologia de Alimentos; Confederação Nacional da Indústria; Associação Brasileira da Indústria de Equipamentos Médico-Odontológico-Hospitalares; Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC); Instituto de Pesquisa Tecnológica de São Paulo; e Coordenação de Pós-Graduação de Pesquisa da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1991).

Além disso, afirmam os entrevistados, o Conselho Nacional de Saúde, tradicionalmente, disponibilizou quatro assentos para a área de CT&I/S - dois titulares e dois suplentes, afirmam os entrevistados<sup>179</sup>. Segundo eles, tradicionalmente a Abrasco e o Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) representaram o setor de CT&I/S nessa instância do controle social. No entanto, o debate sobre esse tema se concentrava, basicamente, nas questões relacionadas com a ética na pesquisa, apontam os entrevistados. Não houve uma reflexão aprofundada sobre a relevância da CT&I/S para o SUS, tampouco a articulação política nessa arena na perspectiva de impulsionar a formulação de uma política pública para esse setor, explica um dirigente da Fiocruz. Os entrevistados também mencionam que a ausência de uma área técnica específica para CT&I/S dentro da estrutura do Ministério da Saúde dificultou a consideração desse tema como um objeto de política pública.

Segundo um dirigente da Fiocruz, o Ministério da Saúde destinou escassos recursos financeiros para a pesquisa em saúde nos anos 90. Nesse período, o Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde (Cenepi/Funasa) era a instância ministerial que mais demandava e financiava alguns estudos, em sua maioria pesquisas epidemiológicas. Em 2003 com a extinção do Cenepi, suas atividades foram transferidas para a recém-criada Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde, a qual passou a ser uma das áreas técnicas que mais demandava o desenvolvimento de pesquisas científicas e tecnológicas em saúde, afirma o entrevistado. Inclusive, ele atribui os esforços do Cenepi e da SVS, em produzir evidências científicas para qualificar o processo de tomada de decisão, principalmente, à vontade política de Jarbas Barbosa da Silva Júnior<sup>180</sup>, epidemiologista cuja atuação na gestão foi marcante para a saúde pública do Brasil.

Mesmo assim, o entrevistado afirma que era preciso ainda estruturar o processo de fomento à CT&I/S dentro do Ministério da Saúde, principalmente os componentes indução e financiamento, mediante a construção de bases institucionais. A partir de 1992, afirma a gestora B, as questões de C&T/S começaram a ser discutidas dentro da área técnica de planejamento.

*Apenas duas pessoas respondiam pela área de C&T. Era uma espécie de balcão, que basicamente recebia as demandas espontâneas dos pesquisadores. A C&T subsidiava as ações de*

---

<sup>179</sup> A palavra ‘entrevistados’ nesse capítulo se refere ao dirigente da Fiocruz e às gestoras A, B e C do Ministério da Saúde que participaram deste estudo, ou seja, o grupo 2.

<sup>180</sup> Jarbas Barbosa foi diretor do Cenepi no período de 1997 a 2003, Secretário da SVS de 2003 a agosto de 2006, Secretário-Executivo do Ministério da Saúde de agosto de 2006 a 2007 e atualmente assume a posição de chefe do setor de vigilância em saúde na sede da OPAS, em Washington (CNPq, 2006).

*planejamento, estando marginal na estrutura, orçamento e poder de decisão no Ministério da Saúde, afirma a gestora B.*

Com o fortalecimento do Plano Plurianual (PPA) como instrumento nacional de gestão, continua a entrevistada, cada área técnica reservava, a depender da vontade política de sua liderança, um percentual do seu orçamento para o fomento à pesquisa em temas relacionados ao seu interesse. Ela cita como exemplo o caso da área de saúde mental, que investiu parte de seus recursos para financiar estudos sobre a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) no SUS. Ainda segundo a gestora B, o mecanismo de fomento adotado privilegiava os principais especialistas do país e os grupos de pesquisa já consolidados, os quais eram normalmente contratados para responder as lacunas de conhecimento do Ministério da Saúde. Praticamente, não havia a livre concorrência entre os pesquisadores e era pouca a transparência do processo de seleção dos projetos de pesquisa que buscavam financiamento no MS, afirma a entrevistada. Conseqüentemente os recursos financeiros se concentravam nos grupos de pesquisa já tradicionais.

A gestora C acrescenta que, *o Ministério da Saúde contratava o pesquisador e financiava a pesquisa pelo Fundo Nacional de Saúde*. No entanto, continua a entrevistada, a lógica do Fundo é direcionada para o estabelecimento de convênios e a compra de produtos com o menor custo, racionalidade que não se aplica no fomento à pesquisa. Ela enfatiza que os projetos de investigação com o orçamento mais barato, não são necessariamente os que trarão respostas mais adequadas ao SUS ou produzirão resultados capazes de beneficiar um maior número de pessoas. A gestora B concorda, afirmando que, *diante da falta de agilidade e de operacionalidade do Fundo, os poucos recursos que as áreas técnicas do Ministério aplicavam em pesquisa muitas vezes eram perdidos ou eram devolvidos com baixo percentual de execução, devido aos entraves burocráticos do Fundo*.

Concomitantemente ao movimento dentro do Ministério da Saúde em favor da institucionalização da CT&I/S, a comunidade científica nacional reagiu à mobilização internacional impulsionada desde o final dos anos 80. De acordo com um dirigente da Fiocruz, o movimento nacional acompanhou desde o início os esforços internacionais: *as iniciativas em prol da gestão de CT&I/S no Brasil ocorreram concomitantemente ao processo desenvolvido no ambiente internacional. O Brasil soube aproveitar o movimento que se desenvolvia na esfera internacional, para fortalecer o debate em âmbito nacional*, afirma o entrevistado.

Segundo Guimarães (2004), a Academia Brasileira de Ciências (ABC) e a Finep patrocinaram a realização de uma oficina de trabalho no início de 1994, como resposta aos atores internacionais. Nesse evento, já havia a intenção de se definir uma agenda de prioridades de pesquisa em saúde para o Brasil. Essa tentativa, entretanto, não obteve êxito porque a oficina de trabalho, praticamente, não envolveu os gestores de saúde, explica o autor. Mesmo assim, ele ressalta que o evento foi um importante esforço da comunidade científica na busca pela reaproximação do debate da saúde pública ao da pesquisa.

Outra importante iniciativa nessa direção foi a 1ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia em Saúde (I CNCTS), realizada em 1994 sob a liderança da Fiocruz e coordenação de Carlos Morel. Para Guimarães (2004), essa foi a mobilização nacional mais importante na década de 1990, que tentou inserir a CT&I/S na agenda da reforma sanitária e do SUS. A Conferência foi um espaço técnico-político, que contou com a participação de gestores, pesquisadores e da Comissão Intersetorial de C&T do Conselho Nacional de Saúde, afirma um dirigente da Fiocruz. Barreto (2004) reconhece essa Conferência como o marco inicial para o processo de reaproximação entre Estado e comunidade científica.

Durante esse evento, foi proposto enfaticamente o interesse de se formular uma política pública setorial para a área de C&T/S, cuja coordenação e gestão caberiam à autoridade sanitária nacional. Para executar essa tarefa, os participantes da 1ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde (1994) deliberaram a reestruturação de uma instância de C&T, com *status* de Secretaria, na estrutura do MS. Guimarães (2004) afirma que, nessa ocasião, foi recomendada também a articulação da pesquisa com a Política Nacional de Saúde, a fim de qualificar a indução, uma vez que a baixa seletividade era uma das características históricas do sistema de fomento brasileiro no campo da saúde. De acordo com um dirigente da Fiocruz, o componente inovação ficou à margem do debate nessa fase inicial e, praticamente, o setor privado não foi envolvido nesse momento.

Guimarães (2004) afirma que, apesar do mérito desse esforço nacional, por várias razões conjunturais, como o curto governo de Itamar Franco, por exemplo, a maioria das deliberações da 1ª Conferência de C&T/S não foi imediatamente implantada. De qualquer modo, ele destaca que essa foi uma iniciativa de alta relevância, a partir da qual se fortaleceu um conjunto de idéias e interesses que permanece vigente até hoje.

Nessa primeira metade da década de 1990, o entrevistado da Fiocruz identifica como marcos políticos para a área de CT&I/S no país as três iniciativas já apresentadas: o seminário de 1989 sobre a estratégia ENHR liderado pela Fiocruz; a oficina de trabalho de 1994 conduzido pela Finep e ABC; e a 1ª Conferência Nacional de C&T/S organizada pela Fiocruz.

Para ele, esses esforços contribuíram de maneira significativa para a interação entre gestores e pesquisadores, fase inicial para a inserção da área de CT&I/S na agenda do MS. *Desde a época de Carlos Chagas e de Oswaldo Cruz, esses foram os primeiros esforços que conseguiram reunir gestores de C&T, pesquisadores sanitaristas e biomédicos para debater o futuro da gestão da pesquisa em saúde no Brasil*, afirma um dirigente da Fiocruz.

De acordo com as falas desse entrevistado, pode-se inferir que essas arenas políticas possibilitaram a pactuação de idéias e interesses entre atores estratégicos, contribuindo para a formação de grupos de *advocacy*, de alianças políticas e de uma comunidade de política pública.

Segundo a gestora B, a partir da segunda metade da década de 1990, criou-se uma instância de C&T, ainda incipiente, dentro da área técnica de planejamento. Mesmo assim, esse novo setor não tinha um orçamento próprio e sua responsabilidade era atender à livre demanda de gestores e pesquisadores. Como o planejamento começou a perder força no MS, ressurgiu a ameaça para o movimento interno que vinha buscando institucionalizar o setor de CT&I/S no SUS. A mobilização de gestores interessados por esse objeto de política, continua a entrevistada, conseguiu estruturar, em 2000, o Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit) na Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde. Por conseguinte, a CT&I/S ganhou novo *status* na estrutura do Ministério, passando a ter um orçamento específico e contínuo para essa área, ampliando, assim, as perspectivas para o setor na agenda do SUS, enfatiza a gestora B.

Os entrevistados destacam que o recém-criado Departamento concentrou seus esforços na inserção da pesquisa em saúde na agenda do Ministério. Essa mobilização inicial, afirma a gestora A, conseguiu colocar no mesmo ano a CT&I/S pela primeira vez na pauta de uma Conferência Nacional de Saúde (CNS). Dentre as deliberações da 11ª CNS, recomendou-se a realização da 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, enfatizando a necessidade de aprofundar o debate sobre o componente inovação (11ª CNS, 2000). Segundo Guimarães (2004), a 11ª CNS contribuiu para a mobilização de diversos atores atuantes no campo da pesquisa em saúde e que começaram a apresentar propostas para uma política pública específica para essa área. Mesmo diante dessa evolução, os entrevistados afirmam que a CT&I/S ainda não era uma prioridade para o Ministério da Saúde. Eles identificam como uma das causas o fato de a agenda governamental durante a presidência de Fernando Henrique Cardoso não ter atribuído a devida relevância à área de CT&I em geral, o que se refletiu nos diferentes setores, como a CT&I/S.

*O Ministério da Saúde, por apresentar um caráter, eminentemente, político-partidário, estava composto por um alto-escalão que reproduzia a visão do governo federal. A política externa do governo FHC incentivava o aumento das importações, o que repercutia no setor saúde. Não houve um incentivo para o fortalecimento da CT&I/S em âmbito nacional nesse período. Isso contribuiu também para que o Ministério da Saúde entendesse seu papel para o fomento da pesquisa aplicada. Isso resultou na restrição do conceito de pesquisa em saúde que era vista como sinônimo de pesquisa operacional dentro do Ministério, afirma a gestora A.*

A gestora B acrescenta que,

*não se sabia ao certo o papel do Ministério da Saúde na pesquisa. Mas havia um entendimento lá dentro de que a pesquisa aplicada é que deveria ser foco de financiamento público. Além disso, o conceito de pesquisa em saúde era restrito, pois era entendido como o mesmo que pesquisa aplicada e pesquisa estratégica.*

Por conseguinte, a entrevistada ressalta que as ações do Ministério, por meio do Decit, direcionaram-se, no princípio, basicamente para a pesquisa operacional, desconsiderando o conflito de interesses presentes na relação entre Estado, mercado e sociedade.

Com bases nesses relatos, pode-se sugerir que houve nesse período a convergência de conceitos, idéias e interesses entre a pauta institucional do Ministério da Saúde e a agenda internacional, no que concerne ao papel da autoridade sanitária dos países em desenvolvimento no fomento à CT&I/S. Ao analisar o primeiro relatório de gestão do Decit, é possível identificar as concepções e prioridades do MS nessa área.

O documento apresenta as principais iniciativas de fomento que a autoridade sanitária nacional executou no período de 2000 a 2002. Trata-se da primeira fase de atuação do Decit, até então vinculado à Secretaria de Políticas de Saúde. Sob a direção de Beatriz Tess, os esforços do Ministério da Saúde, operacionalizados pelo Departamento, concentraram-se no fomento à pesquisa aplicada nos estados brasileiros, no financiamento de alguns projetos de pesquisa, por meio de ‘encomenda direta’, e no início do processo de formulação de uma política pública setorial de CT&I/S (BRASIL, 2002d).

Essa agenda do Decit também foi confirmada pelos entrevistados. Como o Ministério tinha interesse na pesquisa operacional, afirma a gestora A, as primeiras iniciativas se direcionaram para o desenvolvimento de capacidades institucionais em nível local e na aproximação entre academia, serviços de saúde e gestão. Com esses propósitos, criou-se o

Programa Gestão Compartilhada em Saúde<sup>181</sup> no ano de 2001, interessado em desenvolver a capacidade estadual de pesquisa em saúde, fomentar investigação operacional e articular a pesquisa, a política e a ação. A operacionalização do Programa ocorria por meio da parceria entre Ministério da Saúde, Unesco, Secretarias Estaduais de Saúde (SESS) e Fundações de Apoio à Pesquisa (FAPs).

O envolvimento desse ator internacional no processo foi a alternativa encontrada para contornar as dificuldades que Fundo Nacional de Saúde apresentava para ‘contratar’ os projetos de pesquisa, afirma a gestora C. A entrevistada explica que a Unesco recebia os investimentos do setor saúde para as atividades de pesquisa e estabelecia convênios com as FAPs, repassando para elas os recursos financeiros, a fim de que as FAPs destinassem esses recursos para os coordenadores das pesquisas. Em síntese, esse organismo internacional realizava tarefas pertinentes a uma agência de fomento. Os entrevistados apontam que a lógica administrativa e os mecanismos de financiamento da Unesco também não eram apropriados às atividades de fomento científico e tecnológico. O problema ainda persistia e a lentidão no processo de repasse financeiro ainda era uma realidade, enfatiza a gestora C, o que dificultava a continuidade das pesquisas e a credibilidade das ações do Ministério da Saúde como indutor e financiador de CT&I/S.

Os investimentos para a pesquisa nesse período ainda eram limitados. Apesar de outras áreas técnicas ainda destinarem escassos recursos financeiros para a pesquisa em saúde, afirma a gestora B, o Decit aos poucos concentrava, dentro do Ministério, as atividades e investimentos para o fomento à CT&I/S. No período de 2000-2002, o Departamento contou com um orçamento de R\$ 34,06 milhões, correspondendo a aproximadamente US\$ 16,22 milhões<sup>182</sup> (BRASIL, 2002d). Essa restrição orçamentária, o processo de consolidação institucional e a profunda lacuna entre a produção científica e as necessidades sanitárias do país podem justificar a priorização inicial do Ministério da Saúde pela pesquisa operacional.

Durante essa gestão, iniciou-se também a formulação de uma política pública para a CT&I/S. Observa-se que esse processo buscou estabelecer coalizões políticas e produzir evidências científicas para subsidiar a tomada de decisão. Mesmo assim, *havia tensões entre a comunidade científica e os gestores sobre o papel do Ministério da Saúde no fomento à CT&I/S*, afirma a gestora A. Apesar desses conflitos, foram organizados esforços dentro e fora do Ministério da Saúde para obter apoio político em âmbito nacional. O programa Gestão

---

<sup>181</sup> A partir do ano 2004, o Programa foi reformulado, passando a ser denominado de Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS): gestão compartilhada em saúde.

<sup>182</sup> Com base na taxa de conversão para a moeda Dólar utilizada pelo Banco Central, em fevereiro de 2006, aplicou-se para esse cálculo a seguinte cotação: R\$1,00 corresponde a US\$ 2,1 dólares.

Compartilhada em Saúde favoreceu à pactuação de idéias e interesses entre diferentes instituições estaduais, contribuindo para a formação de alianças políticas.

*Mesmo adotando um conceito limitado sobre pesquisa em saúde, o fato de ter priorizado o fortalecimento das instituições estaduais que compõem o sistema nacional de pesquisa em saúde qualificou o debate sobre a proposta de política para CT&I/S e possibilitou a construção de bases políticas sólidas e democráticas, afirma gestora A do Ministério da Saúde.*

O movimento interno liderado pelo Decit, continua a entrevistada, impulsionou a criação de um grupo de trabalho (GT) composto por técnicos do próprio Departamento. Ela afirma que o objetivo do GT era elaborar um primeiro esboço do texto da Política. O primeiro passo consistiu, então, na consulta de legislações, documentos e publicações nacionais e internacionais referentes à área de CT&I em geral. Na segunda etapa, prossegue a gestora A, foram identificados os aliados dentro e fora do Ministério da Saúde. Estabeleceu-se um diálogo com as diversas áreas técnicas do MS, com o propósito de inserir suas contribuições para o texto em construção da Política para o tema CT&I/S. De modo complementar, ressalta a entrevistada, à medida que o Programa Gestão Compartilhada em Saúde organizava fóruns regionais para discutir o fortalecimento da C&T/S no plano estadual, a equipe técnica do Decit aproveitava esse espaço para estabelecer articulações políticas e conhecer as demandas das instituições estaduais - universidades, FAPs e SESs. Durante esse exercício, ela afirma que os técnicos do Decit também reforçavam a relevância da pesquisa em saúde para os sistemas e serviços locais de saúde, trabalhando essa temática sob a perspectiva do problema, da solução e dos atores responsáveis.

Ainda segundo a mesma entrevistada, simultaneamente a essas iniciativas, a diretora do Decit convidou sanitaristas atuantes no debate da CT&I/S - Naomar Almeida Filho e Luis Eugênio Portela, por exemplo - para opinar sobre como deveria ser o escopo da política pública para esse setor, ou seja, seus objetivos, diretrizes, princípios e estratégias. Ela salienta que os especialistas convidados realizaram uma vasta revisão de literatura para fundamentar seus argumentos. *De fato, as organizações internacionais, como a OMS, Global Forum e COHRED, principalmente as duas últimas, colaboraram nesse processo. Suas publicações ajudaram a justificar a importância de uma política para orientar as atividades de pesquisa em saúde,* explica a gestora A.

De acordo com ela, sob a forma de artigos científicos, os especialistas sugeriram as orientações básicas, justificativas, objetivos e algumas questões a serem abordadas no escopo da política. Além disso, analisaram a viabilidade e a necessidade de formular a política

pública para a área de CT&I/S, bem como, apontaram algumas prioridades de pesquisa em saúde. Como resultado desse esforço, o GT elaborou a primeira versão do texto da PNCTIS, afirma a entrevistada.

A etapa seguinte correspondeu à divulgação da proposta preliminar do texto da Política, com o propósito de analisar a adesão dos atores às idéias e interesses do Ministério da Saúde. Desse modo, afirma a gestora A, a proposta foi apresentada nos estados, distribuída para a comunidade científica de saúde e apresentada em fóruns políticos relacionados à área de C&T, entre eles a 1ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação (1ª CNCT&I), organizada no ano de 2001, pelo MCT.

Nessa ocasião, foram reunidos pesquisadores e gestores para refletir sobre os desafios e perspectivas para o desenvolvimento científico e tecnológico no Brasil. O resultado mais relevante dessa Conferência foi a aprovação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação (PNCT&I), a qual apresenta os objetivos e diretrizes nacionais que orientarão as ações nesse campo até o ano de 2012. O texto da PNCT&I apresenta como principais interesses o incentivo à formulação de políticas setoriais de CT&I - por exemplo, uma direcionada para o campo da saúde, como o caso da PNCTIS - e o fortalecimento da inovação em âmbito nacional, como um meio para o crescimento da sua atuação do país no mercado internacional (BRASIL, 2002c).

Ainda em 2001, com a publicação da Lei 10.322, cria-se o Fundo Setorial, que consiste em um mecanismo de estímulo desenvolvido pelo MCT para o fortalecimento do desenvolvimento científico e tecnológico nacional (BRASIL, 2001). O objetivo do Fundo Setorial é garantir a ampliação e estabilidade do financiamento para a área de CT&I, bem como, a criação de um novo modelo de gestão, que deve manter o foco em resultados e está fundado no estabelecimento de estratégias de longo prazo, na definição de prioridades e na participação de vários segmentos sociais (BRASIL, 2005b). O Fundo Setorial assegura, portanto, um percentual fixo de recursos financeiros para diferentes categorias, entre elas a pesquisa em saúde (CT-Saúde) e a biotecnologia e recursos genéticos (CT-Biotecnologia) (BRASIL, 2001).

Segundo a gestora A, a 1ª CNCT&I, organizada pelo MCT, foi uma importante arena política para divulgar a idéia de que era preciso formular uma política pública de CT&I/S que considerasse as necessidades da população e as prioridades do SUS. Nessa oportunidade, a equipe técnica do Decit distribuiu uma síntese da primeira versão da PNCTIS, destacando as principais visões e interesses do Ministério da Saúde, tais como: a importância da autoridade sanitária nacional participar ativamente no fomento científico e tecnológico em saúde e a

priorização de seus investimentos para a pesquisa operacional. Esse foi mais um esforço na busca de garantir a legitimidade do processo, afirma a entrevistada.

Essa mobilização sugere que a Conferência liderada pelo MCT e a aprovação da PNCT&I criaram ‘janelas de oportunidade’ para a articulação de comunidades de políticas públicas, a formulação da PNCTIS e o incentivo para o fortalecimento da discussão sobre inovação no campo da saúde.

Outra iniciativa realizada para identificar a adesão de atores às idéias e interesses do MS consistiu na submissão da proposta preliminar da PNCTIS para especialistas. *Uma espécie de consulta pública*, afirma a gestora A. O documento foi enviado para 90 pesquisadores, mas apenas 30% enviaram suas análises para o Decit, afirma a entrevistada. Ela identifica que esse episódio foi interpretado como uma baixa adesão da comunidade científica de saúde ao primeiro texto da proposta de Política. A entrevistada aponta como possíveis causas a incipiente articulação política entre os gestores de saúde e os pesquisadores, assim como, a falta de consenso sobre o papel do setor saúde no fomento científico e tecnológico em saúde.

*O texto da Política não valorizou o histórico de ação de outros atores, como o CNPq e o MCT, os quais tradicionalmente atuavam no fomento à pesquisa em saúde no Brasil. Além disso, a comunidade científica não teve uma participação direta na elaboração do texto da Política. Havia também uma divergência de concepções sobre o papel do Ministério da Saúde no fomento à pesquisa em saúde. O Ministério tinha uma visão limitada e considerava somente a pesquisa estratégica aquela com aplicabilidade prática para a gestão, objeto de sua discussão. Pesquisa básica, desenvolvimento tecnológico, inovação e insumos estratégicos não eram considerados como foco para receber financiamento do setor saúde. Havia muitos conflitos de interesses. Por isso, a versão preliminar da Política não teve uma boa aceitação pelos especialistas, principalmente os pesquisadores biomédicos. No entanto, a comunidade científica se manifestou positivamente favorável à iniciativa de se formular uma política para a área de CT&I/S e contribuiu para o sucesso dessa empreitada, pois a construção de uma política precisa mais da adesão dos atores à idéia do que à forma e conteúdo do texto. Isso é que traz a sua legitimidade, explica a gestora A.*

De acordo com os entrevistados, era preciso, portanto, reformular o texto, aprofundando a discussão sobre o componente inovação e o papel do MS na pesquisa básica e tecnológica, uma vez que a PNCTIS, enfatiza Guimarães (2005a), deveria expressar a interseção entre as prioridades do SUS, definidas pelo setor saúde, e os interesses da PNCT&I, liderada pelo MCT.

Nota-se que a aprovação da PNCTI&I tornou mais claros os interesses e as diretrizes nacionais para o desenvolvimento científico e tecnológico do país. O cenário para esse campo tornou-se mais promissor, o que motivou a mobilização da sociedade civil. Segundo a gestora A, o fortalecimento da CT&I na agenda do governo de Luiz Inácio Lula da Silva e a exclusão da comunidade científica na elaboração do texto preliminar da Política para CT&I/S podem ter sido fatores que contribuíram para que a Abrasco conduzisse, paralelamente ao MS, a formulação de uma outra proposta de Política para essa área.

A entrevistada salienta que importantes sanitaristas interessados nesse objeto de política pública participaram do processo de elaboração da proposta de Política da Abrasco, tais como: Reinaldo Guimarães, Rita Barradas Barata, Maurício Barreto e José Carvalheiro. Esses atores eram membros da comissão de C&T da Abrasco, afirma a entrevistada.

Mesmo diante dessa duplicidade de esforços, a equipe do Decit continuou a pactuar sua versão preliminar da Política com as demais áreas técnicas do Ministério da Saúde. Desse modo, ao final de 2001 havia dois textos para a PNCTIS um elaborado pelo GT do Decit e outro pela Abrasco.

A partir de 2002, o cenário político favoreceu o debate nacional sobre CT&I em geral. De acordo com os entrevistados, ao assumir a Presidência da República, Lula priorizou o desenvolvimento do país, mediante o fortalecimento de instituições nacionais. Nessa perspectiva, a CT&I passou a ser compreendida como uma área estratégica para o desenvolvimento econômico e social do Brasil. A mudança de paradigma, afirmam os entrevistados, reorientou os interesses nacionais para a pesquisa, desenvolvimento tecnológico e inovação, favorecendo a inserção desse campo na agenda governamental. A nova conjuntura política trouxe também reflexos para o campo da saúde. Segundo os entrevistados, esse movimento ampliou a visão do Ministério da Saúde sobre o conceito de pesquisa estratégica, que passou a considerar os interesses econômicos e sanitários do país, tendo em vista a promoção do desenvolvimento nacional. Por conseguinte, fortaleceu-se o debate sobre o papel do Estado na inovação em saúde, afirmam os entrevistados. Além disso, eles acrescentam que o setor saúde passou a utilizar o seu poder de compra para negociar com o setor produtivo o investimento em pesquisas científicas e tecnológicas prioritárias para o SUS. Desse modo, verifica-se que a conjuntura macropolítica nacional apresentava perspectivas favoráveis para a formulação de uma política pública setorial de saúde para o campo de CT&I. Mas como vinha se desenvolvendo esse processo internamente na agenda do Ministério da Saúde?

Nesse mesmo ano, afirma a gestora A, o Secretário de Políticas de Saúde, na ocasião Cláudio Duarte da Fonseca, decidiu formar um novo grupo de trabalho<sup>183</sup> (GT-2) composto por pesquisadores e gestores para analisar as duas propostas de Política já elaboradas, a do Decit e a da Abrasco. A partir de então, a comunidade científica começou a participar diretamente no processo de formulação do documento, pois anteriormente o envolvimento desse segmento tinha um caráter mais consultivo do que deliberativo, enfatiza a gestora A.

Isso demonstra que havia disputa de poder na etapa inicial de formulação da Política. Enquanto a comunidade científica não tinha clareza de qual seria o seu papel no processo de construção dos marcos institucionais do país para a área de CT&I/S, ela apresentou certa resistência aos esforços em andamento, mesmo havendo convergência no plano das idéias. Ao ser inserida diretamente no processo, a comunidade científica tornou-se parceira do Ministério da Saúde, integrando, assim, a comunidade de política pública de CT&I/S que se formava.

A gestora A salienta que foram integrados ao GT-2 do Decit/Secretaria de Políticas de Saúde representantes da comissão de C&T da Abrasco, como Reinaldo Guimarães e Rita Barata. Ao analisar as propostas de Política, continua a entrevistada, o GT-2 pactuou que o texto deveria apresentar como conteúdo um diagnóstico situacional da área de CT&I/S no Brasil, objetivos, princípios e diretrizes gerais. Desse modo, deliberou-se que a versão da Abrasco seria adotada como o texto base, a ser aprimorado e pactuado nas diversas instâncias gestoras do SUS. Por outro lado, prossegue a entrevistada, a proposta de Política anteriormente elaborada pelos técnicos do Decit se tornaria um manual de diretrizes operacionais, pois apresentava um conjunto de atividades que precisariam ser executadas para a implementação da PNCTIS.

Baseado nos relatos apresentados, pode-se inferir que esse momento caracterizou-se pela formação de uma comunidade nacional de política pública de CT&I/S, formada por gestores do MS, pesquisadores, representantes da sociedade civil e membros da comunidade epistêmica nacional de saúde e de outras comunidades de políticas. Isso pode ter contribuído para a formação de uma rede de políticas públicas interessada por um mesmo tema, a CT&I em geral.

Ainda segundo a gestora A, em novembro de 2002, o Ministério da Saúde organizou uma oficina de trabalho em Brasília, com o propósito de apresentar e debater o texto da PNCTIS. Consistiu em uma reunião ampliada que envolveu investigadores, sociedade civil e gestores estaduais e nacionais de outros setores além da saúde. Esse espaço político, afirma a

---

<sup>183</sup> Fizeram parte desse grupo representantes do Decit/MS, Abrasco, Fiocruz, Finep, CNPq, universidades, SESs, Capes, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e OPAS (BRASIL, 2002e).

entrevistada, contou com a participação de membros do MCT, CNPq, Finep, Capes, ABC, SBPC, FAPs e outras instituições. Divididos em grupos de trabalho, os participantes analisaram o documento-base e sugeriram as recomendações necessárias. O consolidado dessas contribuições resultou na publicação ‘Proposta de Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde’ (BRASIL, 2002e). A partir de então, esse texto, continua a entrevistada, tornou-se o documento de referência a ser pactuado em nível local e nacional, para que essa política pública setorial conseguisse ser aprovada no ano de 2004. Afinal, os atores internacionais apresentaram alguma interface no processo desenvolvido no período de 2000 a 2002?

Nessa fase, os entrevistados afirmam que o COHRED e o *Global Forum* convidaram representantes da Fiocruz e do Decit/MS para participar do estudo internacional sobre fluxo de recursos para P&D em saúde. Durante a estruturação do Departamento, aponta a gestora A, já se tinha identificado a necessidade de conhecer quem financiava a pesquisa em saúde no país, como e quanto se investia, quem eram os atores beneficiados por esse financiamento e quais eram as áreas que recebiam maiores investimentos. Guimarães (2004) também aponta essa convergência de interesses, entre os planos doméstico e externo, para rastrear o fluxo de recursos em P&D em saúde no Brasil. De acordo com o autor, eram precárias as estimativas sobre os gastos com a pesquisa em saúde no país e essas informações eram necessárias para orientar a implementação de uma política pública para a CT&I/S.

Desse modo, a gestora A afirma que, a partir de uma iniciativa internacional, o Brasil, sob a coordenação do MS, iniciou a análise de fluxo de recursos financeiros para a P&D em saúde. Um técnico da equipe do Decit foi para Genebra-Suíça, com o objetivo de participar da oficina de trabalho que essas OIs organizaram. Na ocasião, buscou-se homogeneizar conceitos e métodos a serem adotados nos estudos em nível nacional, conforme descrito no capítulo 4. Posteriormente a essa capacitação, a entrevistada afirma que o Decit elaborou um edital<sup>184</sup> de concorrência pública, a fim de selecionar a instituição que receberia o financiamento para desenvolver a investigação sobre fluxo de recursos no Brasil entre o período de 2000 a 2002. A Universidade Estadual do Rio de Janeiro foi escolhida e conduziu o estudo sob a coordenação do Departamento. *Essa foi a primeira experiência de interação direta entre o Decit e atores internacionais atuantes na pesquisa em saúde*, afirma a gestora A.

Os resultados desse estudo foram divulgados, no ano de 2006, na publicação ‘Fluxo de recursos financeiros para a pesquisa e desenvolvimento em saúde no Brasil 2000-2002’. As

---

<sup>184</sup> O termo edital também é usualmente empregado como chamadas públicas.

principais conclusões destacam que, nesse período foram investidos US\$ 1,7 bilhão<sup>185</sup> em pesquisa em saúde. O setor público (governos federal e estadual) investiu cerca de US\$1,2 bilhão, correspondendo a 72,8% do valor global. A participação das organizações internacionais no financiamento da P&D em saúde foi baixa entre os anos de 2000 a 2002, correspondendo a 3,5% do montante total, o restante representa o investimento do setor privado (BRASIL, 2006b).

O MEC, o MCT e MS foram as instituições federais analisadas. Juntos, investiram US\$ 571,5 milhões na P&D em saúde. O MEC respondeu por aproximadamente 63,1% e o Ministério da Saúde por 14,4% desse total investido pelo governo federal. No entanto, o investimento do MEC era, predominantemente, destinado ao pagamento dos honorários dos pesquisadores e professores, em detrimento do desenvolvimento de projetos de pesquisa em si. Esse estudo constatou também que o *locus* da produção científica e tecnológica estava concentrado nos institutos públicos de pesquisa e nas universidades federais. O envolvimento dos serviços de saúde, instâncias gestoras do SUS e indústrias nacionais foi incipiente no período de 2000 a 2002, ainda que existissem esforços para incrementar a participação desses atores no fomento à pesquisa em saúde no Brasil (2006b).

Diante da escassez de recursos financeiros para as atividades de pesquisa em saúde, os entrevistados apontam algumas alternativas políticas para tentar reverter esse quadro. A primeira consiste no aumento da participação das agências reguladoras<sup>186</sup> subordinadas ao MS no fomento à CT&I/S, idéia também apoiada por Guimarães (2004). Outra opção mencionada pelo dirigente da Fiocruz entrevistado corresponde à taxação sobre alguns produtos, como o tabaco e as bebidas alcoólicas. Parte do imposto recolhido seria destinada para a pesquisa em saúde. Por último, os entrevistados salientam que a criação de uma agência específica para o fomento à CT&I/S pode ser uma alternativa política estratégica para assegurar recursos financeiros e garantir a estabilidade institucional da CT&I/S no país.

Esses esforços conseguiram inserir a CT&I/S no conjunto de prioridades da agenda do Ministério da Saúde, ampliando as perspectivas para a institucionalização dessa área no SUS.

---

<sup>185</sup> Em 2000, foram investidos um total de aproximadamente US\$ 677,7 milhões; no ano de 2001 cerca de US\$ 569 milhões; e em 2002 ao redor de US\$ 472,6 milhões. A taxa de conversão para a moeda Real se baseou na seguinte cotação: R\$1,83 em 2000; R\$ 2,35 em 2001 e R\$ 2,92 em 2002 (BRASIL, 2006b).

<sup>186</sup> Anvisa e ANS.

## **II. Evolução do processo de construção dos marcos institucionais de ciência, tecnologia e inovação em saúde no Brasil: a Política e a Agenda**

Os entrevistados apontam o reaparecimento de uma instância com *status* de Secretaria no organograma do Ministério da Saúde, como um sinal inicial que indica o avanço na direção da institucionalização da CT&I/S na agenda governamental brasileira. Eles realçam que, em seu novo formato, a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), criada em 2003, apresenta desta vez uma dimensão política maior, demandando, conseqüentemente, mais atenção política e orçamentária para a área de CT&I/S. O Decit, juntamente com, o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos à Saúde (DAF) e o Departamento de Economia da Saúde (DES) foram integrados a SCTIE. Nesse momento político, houve uma preocupação maior por parte dos atores estratégicos em formular marcos institucionais legitimados nacionalmente, a fim de institucionalizar, de fato, a CT&I/S no Brasil, evitando que a continuidade das ações de fomento do MS nesse campo dependesse, estritamente, da vontade política de suas lideranças.

A partir de então, afirmam Serruya, Motta e Almeida-Andrade (2007), a autoridade sanitária nacional passou a liderar a gestão de CT&I/S, tornando-se um importante agente financiador, indutor e usuário da pesquisa em saúde. As ações de fomento científico e tecnológico do Ministério da Saúde, continuam as autoras, tornam-se foco de atenção política e de recursos financeiros crescentes.

O relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde também registrou os avanços alcançados nesse campo. Nessa arena política, a CT&I/S aparece pela primeira vez como um eixo estruturante do SUS. Houve debate direcionado para o fomento científico e tecnológico em saúde, resultando em deliberações, entre as quais se destacaram: a inserção da C&T/S no Plano Nacional de Saúde, a necessidade de formular e implementar a PNCTIS e de construir uma agenda de prioridades de investigação em saúde (12ª CNS, 2003).

Nesse mesmo ano ocorreram mudanças na direção do Decit, iniciando a segunda fase na gestão de CT&I/S do Ministério da Saúde. Reinaldo Guimarães assume a posição de diretor do Departamento e sua notória experiência profissional em diferentes instituições de C&T - Fiocruz, Capes, CNPq, Faperj e SBPC, por exemplo (CNPq, 2006) - pode ter contribuído para ampliar as perspectivas para a CT&I/S interna e externamente ao Ministério da Saúde.

De acordo com as gestoras entrevistadas, essa nova gestão foi marcada por três prioridades: criação da agência nacional de fomento para a CT&I/S, construção da Agenda

Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS) e formulação da PNCTIS. As referências bibliográficas, particularmente as publicações do próprio Reinaldo Guimarães, também confirmam esses interesses. Afinal, houve influência das idéias e interesses de atores internacionais nessa fase da formulação da PNCTIS e na construção da ANPPS? O Ministério da Saúde as incorporou? Como isso ocorreu?

No que diz respeito à criação da agência de fomento, observa-se que os atores nacionais têm a expectativa de que, ao se estabelecer uma nova instituição nesse formato, será possível garantir mais autonomia e continuidade às ações de fomento à CT&I/S, bem como, um crescente orçamento. Pode-se inferir que a agência é uma alternativa política que pode contribuir para assegurar a implementação da PNCTIS e da ANPPS e garantir a sustentabilidade da CT&I/S na agenda governamental, ou seja, institucionalizar essa área no Brasil. Goldbaum e Serruya (2006) afirmam que, no cenário internacional, os países líderes na produção de conhecimento e tecnologias em saúde estruturaram instâncias desse tipo, argumento que também vem sendo enfatizado por Guimarães (2004) e Camargo e Sant'Anna (2004).

Segundo Guimarães (2004), no continente americano, apenas nos EUA e no Canadá a autoridade sanitária nacional é historicamente o principal responsável pelo fomento à CT&I/S. Um dos fatores que pode ter contribuído para o fortalecimento desse tema na agenda sanitária dos EUA e do Canadá, continua o autor, pode ter sido a atuação de suas agências específicas para o fomento à pesquisa em saúde - *National Institutes of Health* (NIH) e *Canadian Institutes of Health Research*<sup>187</sup> (CIHR), respectivamente. Ambos os países realizam um fomento verticalizado, alocando significativo investimento para a CT&I/S, de acordo com as diretrizes e interesses governamentais, afirma o autor. Além disso, ele ressalta que o crescente orçamento dessas agências e sua capacidade de articular pesquisa, desenvolvimento tecnológico e inovação em saúde têm resultado também no aumento de produtos patenteados.

Camargo e Sant'Anna (2004) defendem a criação de agências de C&T para áreas estratégicas, como a saúde, e a integração entre elas por meio de um programa nacional. Esse esforço, continuam os autores, poderia fortalecer a gestão de CT&I/S no país e ampliar os investimentos, comprometendo os institutos de pesquisa, universidades e o mercado com as diretrizes do Ministério da Saúde.

Com relação à formulação de uma política pública para CT&I/S, Guimarães (2004) aponta que ela precisa estar subordinada à Política Nacional de Saúde e em consonância com

---

<sup>187</sup> Institutos Canadenses de Pesquisa em Saúde.

a política do MCT, a PNCT&I. O autor indica como desafios fomentar o avanço científico e tecnológico no setor saúde e orientar o complexo produtivo em saúde na produção de tecnologias e inovações de insumos estratégicos à saúde, por meio de um conjunto de prioridades pactuadas entre Estado, mercado e sociedade. Nessa perspectiva, o autor defende a interseção entre a política industrial e a PNCTIS, de modo a conduzir as atividades de P&D em saúde em conformidade com os interesses sanitários, buscando oferecer seus resultados para o maior número possível de pessoas.

A política para a pesquisa em saúde, continua Guimarães (2004), deve, portanto, apresentar como fundamento básico o compromisso de reduzir as iniquidades em saúde. Para isso, o autor ressalta que é preciso contemplar os diversos tipos de pesquisa e toda a cadeia do conhecimento. *Mesmo que o SUS demande predominantemente a pesquisa em serviço, é necessário investir em pesquisa básica, pré-clínica, clínica e de alta tecnológica, como o caso dos estudos sobre células-tronco. Temos que tentar acompanhar o movimento mundial,* afirma um dirigente da Fiocruz.

Seguindo essa linha de raciocínio, Guimarães (2004) enfatiza que a PNCTIS precisa estar articulada com os interesses sanitários e político-econômicos do país, buscando divulgar o conhecimento gerado para a sociedade, serviços de saúde, indústrias nacionais e atores internacionais. Para alcançar esse propósito, o autor aponta a necessidade de construir uma agenda brasileira de pesquisa em saúde, com o propósito de orientar a implementação da PNCTIS. Esse conjunto de prioridades de investigação deve incorporar potencialmente toda a diversidade de temas de pesquisa científica e tecnológica que tenha como finalidade, imediata ou mediata, contribuir para a melhoria da condição de saúde da população e o aprimoramento da gestão do SUS.

De acordo com Guimarães (2004), essas idéias não devem sugerir uma visão reducionista da Política, tampouco uma restrição da originalidade, capacidade de criação e liberdade filosófica da comunidade científica. Pelo contrário, reconhecendo a complexidade dos processos de produção da ciência, explica o autor, a PNCTIS deve contemplar toda a cadeia do conhecimento e os diversos tipos de pesquisa em saúde, mas precisa também considerar os interesses nacionais, a fim de reestabelecer o ciclo virtuoso da pesquisa, política e ação. Em outras palavras, o autor enfatiza que essa política pública setorial deve ser extensiva e inclusiva<sup>188</sup>, mantendo o compromisso com a ética e com a equidade social, sendo

---

<sup>188</sup> Ou seja, extensividade e inclusividade como diretrizes da Política. No texto da PNCTIS, essas diretrizes são mencionadas como eixos condutores.

a construção da ANPPS uma das principais estratégias para conduzir a implementação da PNCTIS.

Segundo um dirigente da Fiocruz, havia uma pressão por parte da OMS e do COHRED, que as concepções e interesses da estratégia ENHR fossem incorporadas nos países em desenvolvimento. O entrevistado considera que essa interferência apresentou aspectos positivos ao funcionar como um apoio político para o movimento que os atores nacionais vinham conduzindo em prol da institucionalização da CT&I/S. Desse modo, acrescenta a gestora A, atores estratégicos aproveitaram essa pressão internacional para justificar suas idéias e interesses no processo de formação da agenda do Ministério da Saúde.

Por outro lado, o entrevistado da Fiocruz salienta que, à medida que o debate da CT&I/S ganhou força no cenário internacional nos anos 90, criou-se uma polêmica sobre o papel dos países em desenvolvimento na produção de conhecimento científico e tecnológico em saúde. Ele afirma que não havia um consenso se esses países deveriam, inicialmente, restringir seus investimentos para responder as lacunas de pesquisa referentes aos problemas locais de saúde, fomentando investigações operacionais. Um ex-diretor do TDR explica que, na visão dos pesquisadores de alguns países em desenvolvimento, entre eles os brasileiros, a negligência da pesquisa básica e tecnológica no processo de fortalecimento dos sistemas nacionais de investigação em saúde poderia intensificar ainda mais as assimetrias na área de CT&I/S entre os países desenvolvidos e os em desenvolvimento.

O entrevistado da Fiocruz identifica, portanto, que o interesse de elaborar uma agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde e de formular uma política pública para esse campo no Brasil se baseou nas recomendações do *Global Forum for Health Research*, COHRED e OMS. Esses atores internacionais, continua o entrevistado, influenciaram, principalmente, a construção de uma base técnica, disponibilizando para a comunidade internacional algumas estratégias, metodologias e reflexões teóricas. Esse arcabouço teórico-metodológico, prossegue o entrevistado, pode orientar e fundamentar cientificamente a estruturação de sistemas nacionais de pesquisa em saúde e pode facilitar também a sistematização de processos, como a definição de prioridades de pesquisa, por exemplo. Ele ressalta que essas OIs apresentam e comparam experiências de diferentes países, defendem alguns princípios básicos e apontam algumas atividades que são cruciais para a sustentabilidade do fomento científico e tecnológico em nível nacional. Mesmo assim, ele enfatiza que mais importante do que as recomendações e as ferramentas técnicas, é preciso estabelecer bases políticas sólidas para elaborar uma agenda de pesquisa e formular uma

política pública. É isso que realmente irá garantir a continuidade da CT&S na agenda do Ministério da Saúde, explica o entrevistado.

Segundo os entrevistados, o Brasil apresenta uma massa crítica capaz de se apropriar de concepções, estratégias e prioridades internacionais que sejam relevantes e adequadas para o país. Um dirigente da Fiocruz afirma que, no campo da CT&I/S, essa relação ocorreu da seguinte forma: *à medida que as OIs introduziam no debate suas recomendações e agendas, os atores brasileiros analisavam, pactuavam e estabeleciam alianças para incorporar ou rejeitar as demandas externas.*

Esse movimento sugere que os esforços internacionais desenvolvidos na década de 1990 geraram ‘janelas de oportunidade de política’ que os atores nacionais aproveitaram para defender e justificar suas idéias e interesses na agenda governamental.

De acordo com os entrevistados, a partir de 2003 o processo político para a formulação dos marcos institucionais de CT&I/S do Brasil - a PNCTIS e a ANPPS - passou a se desenvolver de modo agregado. Para facilitar a explicação das etapas que se seguiram até a aprovação dos mesmos, serão analisadas inicialmente as fases que antecederam a construção da Agenda para, em seguida, se retomar a discussão sobre a etapa final de formulação da Política.

Os entrevistados afirmam que a definição de um conjunto de prioridades de pesquisa em saúde tem o propósito de orientar as ações de fomento à CT&I/S no país e a implementação da Política. Inicialmente, continuam os entrevistados, havia um receio por parte da comunidade científica de que essa iniciativa limitasse a originalidade e a liberdade na produção de conhecimento. Além disso, afirma a gestora C, a própria Fiocruz não tinha internamente um consenso sobre a relevância de a autoridade sanitária liderar o processo de fomento em torno de uma agenda de prioridades nacionais de pesquisa em saúde. Na visão de alguns pesquisadores da Fiocruz, esse movimento poderia resultar em cortes orçamentários para essa instituição. Mesmo diante dos conflitos, o Ministério da Saúde, por intermédio do Decit/SCTIE, explica a entrevistada, continuou a pactuar com diversos atores nacionais a idéia de se definir uma agenda de pesquisa em saúde de abrangência nacional.

Nesse processo, afirma um dirigente da Fiocruz, o envolvimento de Gastão Wagner de Sousa Campos foi crucial para o sucesso desse esforço. Importante personagem da reforma sanitária e com ampla experiência acadêmica, Gastão estava, nesse período, no alto escalão do Ministério da Saúde, na posição de Secretário Executivo. Quando a mídia abordava os aspectos positivos da pesquisa para a saúde da população, continua o entrevistado, a alta cúpula do MS se sensibilizava. Mas, a ampliação do orçamento do Decit e o fortalecimento

político da área de CT&I/S na agenda do MS deveu-se, principalmente, ao apoio político de Gastão Wagner, enfatiza o entrevistado: *ele deu carta branca para a formulação da Política e da Agenda*. Essa pactuação, aponta o entrevistado, foi fundamental para a evolução do processo de elaboração dos marcos institucionais de CT&I/S.

Após essa fase, afirmam os entrevistados, era preciso definir que critérios seriam utilizados para selecionar as prioridades de pesquisa em saúde. A gestora B salienta que, a princípio, não se tinha claro como seria orientada a discussão para formar consensos sobre o conjunto de prioridades nacionais de investigação em saúde.

Desse modo, menciona a gestora C, o primeiro passo consistiu em conhecer experiências de outros países na construção de uma agenda de pesquisa. A equipe técnica do Decit realizou, continua a entrevistada, uma ampla busca na internet, consultando publicações do *Global Forum*, COHRED e outras referências bibliográficas nacionais e internacionais. Além disso, foram encomendados a especialistas textos com o objetivo de indicar algumas lacunas de pesquisa em saúde. O consolidado dessas contribuições resultou na publicação ‘Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa’ (BRASIL, 2006c). Segundo a gestora C, esse esforço corroborou para a indicação de algumas sub-agendas, também entendidas como grandes temas<sup>189</sup> (ex: doenças transmissíveis, saúde da criança, gestão do trabalho em saúde e outros). Verifica-se, desse modo, que, novamente, houve o interesse dos gestores em conduzir o processo de tomada de decisão com base em evidências científicas.

Selecionar as sub-agendas, no entanto, não era suficiente. Era preciso também definir linhas de pesquisa específicas para cada grande área. Mas como orientar tecnicamente esse debate? Quais os critérios a serem adotados? É exatamente na resposta desses questionamentos que se destaca o papel das OIs no processo desenvolvido no Brasil, afirma a gestora B. De acordo com um dirigente da Fiocruz, a base técnica desenvolvida pelas OIs - o *Global Forum*, por exemplo - influenciou a seleção de critérios, assim como, a operacionalização e a sistematização do processo de formação de consenso em torno das prioridades de pesquisa em saúde no Brasil.

Guimarães (2004) afirma que o exercício de construção da ANPPS adotou critérios para definir as prioridades de pesquisa, os quais foram recomendados pelas OIs e já validados em experiências internacionais. Desse modo, foram selecionadas como critérios as seguintes

---

<sup>189</sup> Entende-se por temas de pesquisa os tópicos mais gerais de uma determinada área, ao passo que por linha de pesquisa os tópicos mais específicos relacionados a cada tema - por exemplo, saúde da mulher e avaliação da morbi-mortalidade em gestantes (BRASIL, 2006c).

análises: carga de doença medida por DALY; determinantes da carga de doenças; estado da arte do conhecimento disponível; custo-efetividade das possíveis intervenções; impactos na equidade; e aceitabilidade ética, política, social e cultural.

Ainda segundo esse autor, a elaboração da Agenda de pesquisa em saúde é um processo de construção coletiva que envolve dimensões técnicas e políticas. As OIs disponibilizaram o arcabouço teórico-metodológico, os atores estratégicos nacionais adaptaram-no à realidade do país e estabeleceram a base política ao longo do território brasileiro. Os entrevistados também enfatizam que a influência do ambiente internacional no plano doméstico durante a construção da Agenda e a formulação da Política ocorreu, principalmente, na esfera técnica. Os esforços internacionais disponibilizaram uma diversidade de instrumentos e metodologias, facilitando que os atores nacionais escolhessem os mais adequados para conduzir o processo de formação de consenso no Brasil entre gestores e pesquisadores.

Por outro lado, o ‘como fazer’, destaca um dirigente da Fiocruz, foi planejado de acordo com as características do SUS, considerando seus princípios e diretrizes - especialmente a equidade, a integralidade, a participação social e a intersetorialidade - e a lógica de suas principais instâncias político-deliberativas, os conselhos e as conferências de saúde. *A construção da Agenda e da Política foi um processo autóctone, porque foi desenvolvido de dentro para fora a partir da formação de uma base política nacional. Não pode ser considerado como um processo desenvolvido de fora para dentro por imposição de agendas internacionais.*

Desse modo, pode-se inferir que a incorporação de algumas recomendações propostas pela agenda internacional de saúde ocorreu no Brasil principalmente devido à existência de uma comunidade nacional de política pública atuante, que, mesmo tendo algumas divergências no plano das idéias, tinha determinados interesses comuns aos dos atores internacionais, como a estruturação de sistemas nacionais de pesquisa em saúde, a formulação de uma política pública para a CT&I/S, a construção de uma agenda nacional de prioridades de pesquisa e o envolvimento da autoridade sanitária nacional como uma liderança no fomento científico e tecnológico em saúde.

No que diz respeito à formação dessa base política no processo de construção da ANPPS e de pactuação da proposta de PNCTIS, os entrevistados apontam que a articulação política entre academia e gestão foi uma questão crucial para que se pudesse avançar no processo de formulação desses marcos institucionais e assegurar sua legitimidade.

Guimarães (2004) afirma que o processo de elaboração da agenda de pesquisa em

saúde avançou no ano de 2003, sendo desenvolvido em uma seqüência de fases. Para estabelecer a discussão em instâncias técnicas e políticas, o Decit/SCTIE/MS criou um Comitê Técnico Assessor (CTA), composto por 20 membros, dentre gestores de saúde reconhecidos nacionalmente e pesquisadores em biociências, em epidemiologia e em pesquisa clínica (BRASIL, 2006c). Como a pesquisa em saúde é um campo onde atuam diferentes atores, com experiências e visões distintas, destaca Guimarães (2004), agregá-los para refletir sobre o conteúdo da Agenda e formar um consenso técnico-político foram as ações mais desafiadoras, porém as mais relevantes para garantir a credibilidades e transparência no processo.

O Comitê realizou uma vasta revisão de literatura, utilizando evidências científicas para subsidiar a seleção de temas prioritários que seriam considerados como sub-agendas de pesquisa. Com base nos critérios mencionados acima, o Comitê escolheu os grandes temas que iriam ser as sub-agendas de pesquisa. A partir desse momento, começou a discussão sobre as linhas de pesquisa que iriam integrar cada sub-agenda (BRASIL, 2006c).

Diante desse desafio, o Decit/SCTIE/MS organizou um seminário<sup>190</sup> em novembro de 2003, para definir a primeira proposta de Agenda de pesquisa em saúde. De acordo com Guimarães (2005b), nessa ocasião, reuniram-se 408 participantes atuantes na área de CT&I/S, sendo 68% pesquisadores e o restante, gestores e profissionais de saúde. Durante o seminário, o autor afirma que os participantes foram divididos em grupos de trabalho, formados por 15 a 25 pessoas, para discutir uma sub-agenda específica. Novamente, foram adotados os critérios anteriormente mencionados para conduzir as discussões e a pactuação das linhas de pesquisa prioritárias indicadas para compor uma dada sub-agenda (BRASIL, 2006c). Os entrevistados salientam que o processo de formação de consenso foi árduo. *À medida que as pessoas priorizam elas podem perder algum espaço*, afirma a gestora B. Guimarães et al (2006) destacam que o exercício de priorização, portanto, é complexo e difícil principalmente porque demanda a compatibilização entre interesses pessoais e coletivos.

Segundo a gestora B, o processo de pactuação do conjunto de prioridades nacionais de investigação em saúde foi marcado pelo conflito de interesses e pela dificuldade em reestabelecer o diálogo entre a comunidade científica e os sanitaristas. *Não basta somente reunir diferentes atores, mas é importante que conceitos, idéias e concepções básicas da área sejam de domínio comum entre eles*, salienta a entrevistada. Ela também ressalta que, durante

---

<sup>190</sup> A gestora B afirma que a escolha dos nomes ocorreu por meio de consulta à Plataforma Lattes do CNPq e por indicação das áreas técnicas do MS. Ela explica que se buscou convidar os principais especialistas e gestores atuantes em cada um dos temas propostos pelo Comitê como sub-agenda da ANPPS.

o seminário, os participantes tiveram dificuldade em estabelecer a diferença entre uma questão de pesquisa<sup>191</sup> e um problema de intervenção<sup>192</sup>.

Mesmo sendo uma tarefa complexa, afirma Guimarães (2005b), reunir esses atores estratégicos foi fundamental para agregar conhecimentos, experiências, visões e interesses que se complementaram e contribuíram para a definição das questões nacionais que demandam pesquisa em saúde. Nesse processo, a participação dos gestores de saúde foi crucial para apontar os principais problemas de saúde da população e dos sistemas e serviços de saúde, os quais necessitam de intervenção. Por outro lado, os pesquisadores apontaram as lacunas do conhecimento em saúde, apresentando os problemas que precisam de investigação, explica o autor.

Como resultado desse seminário, foram definidas 21 sub-agendas, conforme apresenta o quadro 1 (GUIMARÃES et al, 2006). Entretanto, a escolha das linhas de pesquisa para a sub-agendas de dengue e de violência, acidentes e traumas foi realizada em um outro seminário organizado no mesmo ano, contando com a participação de 102 especialistas, dentre gestores e pesquisadores. Decidiu-se discutir separadamente esses dois grandes temas, explica o autor, porque estava planejado lançar um edital público no mesmo ano específico para cada uma dessas sub-agendas. Ao final dessa etapa, Guimarães (2005b) afirma que foi elaborada a versão preliminar da ANPPS, composta no total por 21 sub-agendas (quadro 1), cada qual contendo de 15 a 40 linhas de pesquisa. Foi um processo de construção coletiva, enfatiza o autor, que envolveu um total de 510 participantes.

---

<sup>191</sup> Os problemas de pesquisa são formulados a partir das lacunas de conhecimento existentes. São questões, cuja solução depende da geração de conhecimento científico ou tecnológico.

<sup>192</sup> 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.

## Quadro 1 - Sub-agendas propostas para a versão preliminar da Agenda Nacional de Prioridades Pesquisa em Saúde do Brasil.

---

**21 sub-agendas da proposta preliminar de Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde**

---

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

---

Fonte: adaptação de Guimarães et al (2006).

O passo seguinte consistiu na submissão da Agenda preliminar para a consulta pública. Durante 45 dias o documento foi divulgado e consultado pelo *website* do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006c). Os principais propósitos dessa ação, afirma a gestora C, foram coletar sugestões e comentários da população e dos profissionais saúde, assim como, democratizar o processo de definição de prioridades nacionais de pesquisa em saúde. Foram totalizados 2.500 acessos e enviadas 600 contribuições para o conjunto das 21 sub-agendas, previamente selecionadas (BRASIL, 2006c). Segundo os entrevistados, a equipe técnica do Decit/SCTIE/MS analisou, sistematizou e integrou, ao conteúdo da Agenda preliminar, as sugestões e comentários pertinentes. Apesar desse esforço, para aprovar a ANPPS e a PNCTIS, continuam os entrevistados, era preciso ainda submeter esses documentos ao controle social, seguindo a lógica dos conselhos e conferências de saúde, conforme prevê a Lei n. 8142/90 (BRASIL, 1990b).

No período de abril a julho de 2004, realizaram-se as etapas prévias à 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (II CNCTIS). O Conselho Nacional de Saúde e as comissões organizadora e executiva da II CNCTIS reuniram os esforços para mobilizar conselheiros estaduais e municipais de saúde; integrantes da comunidade científica; profissionais de saúde; representantes de movimentos sociais; gestores estaduais de diferentes setores, entre eles: saúde, C&T e educação; e outros atores envolvidos com a área de CT&I. A iniciativa resultou na realização de 24 conferências estaduais e 307 dentre as municipais ou regionais de CT&I/S. Apenas os estados de Goiás, Roraima e Tocantins não promoveram conferências (II CNCTIS, 2004).

Segundo Guimarães (2005b), essa fase preparatória envolveu aproximadamente 15.000 participantes. A partir dessa mobilização, os estados elaboraram o seu relatório, sistematizando as discussões e apresentando as sugestões para os documentos da Política e da Agenda de pesquisa. O somatório dessas contribuições subsidiou a elaboração do Relatório do Consolidado Nacional (II CNCTIS, 2004).

Em julho de 2004, realizou-se a 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde<sup>193</sup>, sendo essa a etapa final da formulação da Política e da Agenda. É importante enfatizar que o Ministério da Saúde liderou a iniciativa de organizar esse momento político (GUIMARÃES, 2005b). Nessa ocasião, destacam as gestoras entrevistadas, o componente inovação recebeu maior atenção política e a criação de uma agência de fomento específica para a CT&I/S também foi inserida na pauta de discussão, juntamente com os marcos institucionais. Coube ao acadêmico e sanitarista Moisés Goldbaum representar o Conselho Nacional de Saúde na comissão organizadora da II CNCTIS (2004). Durante o período de 2003 a 2005, esse importante personagem da reforma sanitária brasileira assumia também a posição de presidente da Abrasco.

Na Conferência, os participantes foram divididos em grupos de trabalhos para discutir a Política, a Agenda e a agência de fomento para CT&I/S. Após três dias de intenso trabalho, afirmam Guimarães et al (2006), aprovou-se em plenária final a PNCTIS e a ANPPS, sendo que nessa última foram acrescentadas mais três sub-agendas: saúde da população negra; saúde do portador de necessidades especiais e saúde bucal, cada qual com suas respectivas linhas de pesquisa. Desse modo, o conjunto de prioridades de investigação em saúde, legitimadas nacionalmente, contemplou 24 sub-agendas (II CNCTIS, 2004).

Por outro lado, a estruturação da agência de fomento para a pesquisa em saúde perdeu força no debate político. De acordo com os entrevistados, não houve um consenso sobre essa questão. Alguns conselheiros de saúde e representantes de usuários do SUS, continuam os entrevistados, entenderam que essa nova instituição poderia facilitar a privatização da saúde. Guimarães (2004) afirma que a polêmica entre MCT, MS e controle social em torno dessa alternativa política, na ocasião da II CNCTIS, levou a retirada dessa temática da pauta de discussão do próprio MS, antes mesmo de se aprofundarem as reflexões nas instâncias gestoras do SUS.

---

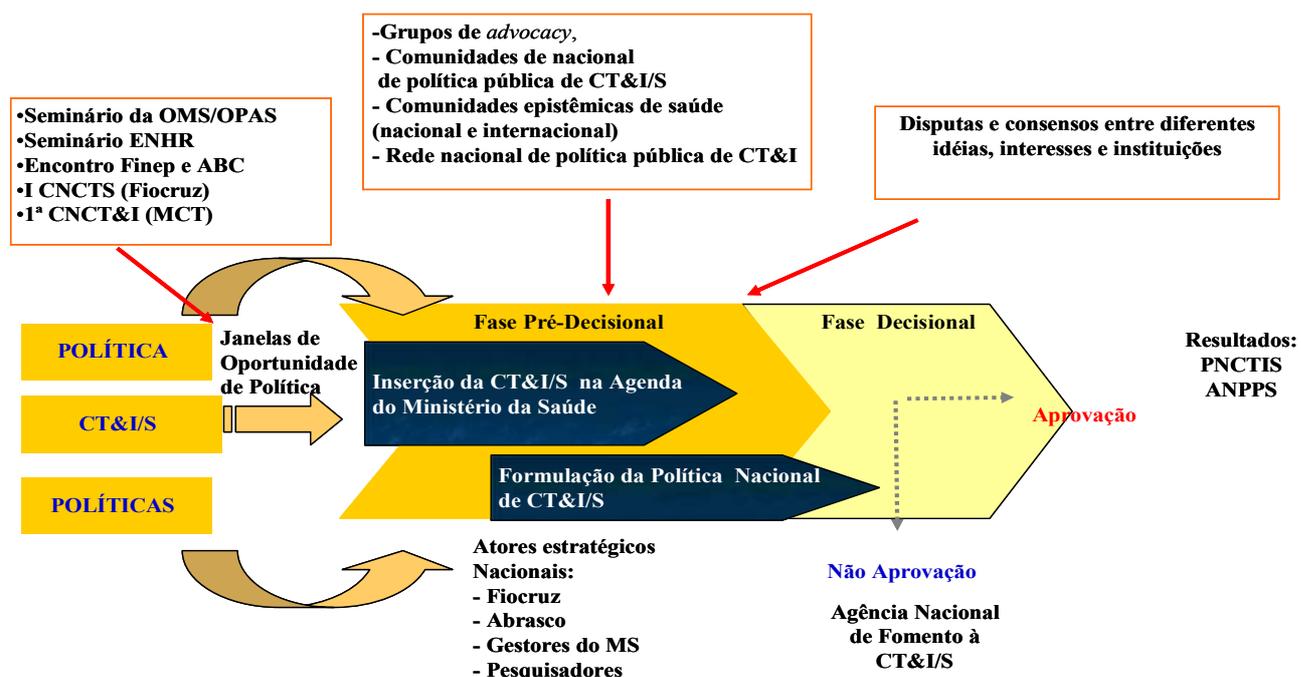
<sup>193</sup> A 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (2004) contou com a participação de gestores nacionais, estaduais e municipais; pesquisadores; população; representantes das agências de fomento e do complexo produtivo; profissionais de saúde; representante dos conselhos nacional, estadual e municipal de saúde. Esse esforço reuniu 644 pessoas, sendo 431 delegados que tinha o poder de voto, os outros eram convidados ou observadores. Dentre os delegados, o setor saúde contava com 299 representantes, distribuídos na seguinte proporção: 146 usuários do SUS, 82 profissionais de saúde e 68 gestores (GUIMARÃES, 2005b).

Segundo os entrevistados, será preciso intensificar o debate sobre essa questão nos conselhos e conferências municipais e estaduais de saúde, para que se consiga aprovar a criação da agência na próxima Conferência Nacional de CT&I/S, que deverá se realizar em 2008. Com base nesses relatos, pode-se sugerir que caso as instituições continuem a apresentar divergência no plano das idéias, poderá ser difícil formar consenso em torno de um interesse comum, a implantação da agência de fomento para CT&I/S no Brasil.

Os entrevistados enfatizam que os produtos da 2ª Conferência, a ANPPS e a PNCTIS, tornaram-se os marcos institucionais de CT&I/S, cuja implementação e continuidade são fundamentais para fortalecer o fomento à pesquisa em saúde na agenda política brasileira. Guimarães (2004) afirma que o conjunto de prioridades de pesquisa selecionado pode contribuir para que a Política seja mais indutiva, conduzindo a escolhas racionais e otimizando a alocação de recursos financeiros. O processo de fomento passa também a considerar a capacidade nacional de CT&I/S, os interesses sanitários e econômicos do país. Isso poderá promover uma mudança de paradigma na produção científica e tecnológica no Brasil, pois antes da elaboração da Agenda não havia um conjunto de prioridades de pesquisa legitimadas que orientasse as ações de fomento no país, explica o autor.

Ainda segundo Guimarães (2004), os interesses de pesquisadores e gestores influentes era o fator preponderante que tradicionalmente orientou a alocação dos investimentos para a pesquisa em saúde. Além disso, a antiga desarticulação intrasetorial no Ministério da Saúde possibilitava às áreas técnicas investir em suas próprias prioridades de investigação que eram, às vezes, contraditórias entre si. A mudança inicial, salienta o autor, consistiria em unificar as prioridades de pesquisa do Ministério da Saúde em uma única agenda e pactuar os princípios, diretrizes e estratégias que orientariam a implementação das ações de CT&I/S. A figura 3 sistematiza o processo de inserção da CT&I/S na agenda do Ministério da Saúde, resultando na construção da ANPPS e na formulação da PNCTIS.

**Figura 3 - Aplicação do modelo de John Kingdon para os processos de formação da agenda do Ministério da Saúde e de formulação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde do Brasil.**



Fonte: adaptação de Carvalho et al (2005), elaboração própria.

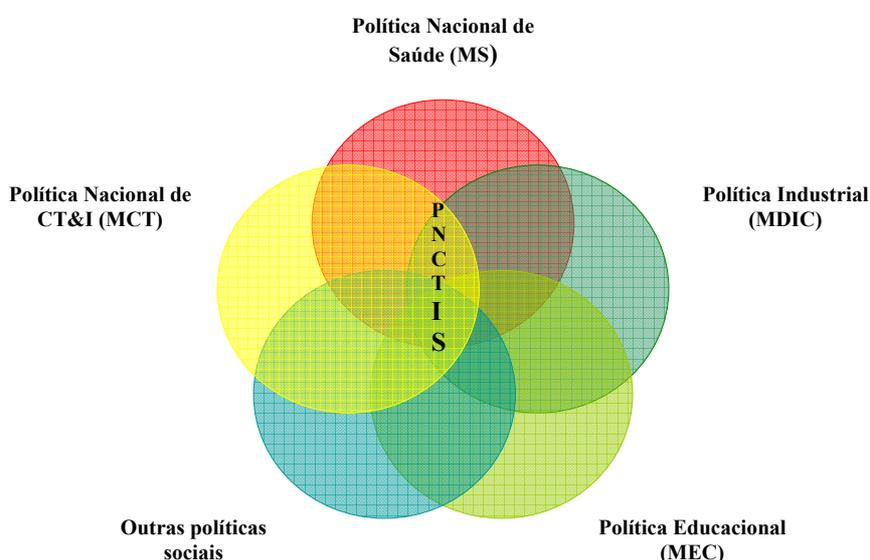
Analisando os dados primários e secundários, observa-se que, como um primeiro exercício de definição de prioridades nacionais, a ANPPS atendeu à expectativa dos atores, ao conseguir formar um consenso entre Estado, mercado e sociedade. Apesar do êxito alcançado, a Agenda é um instrumento dinâmico que precisa ser revisada sistematicamente, para que se mantenha em consonância com as necessidades sanitárias da população brasileira e com os interesses econômicos nacionais.

A PNCTIS, por sua vez, destaca Guimarães (2004), proporcionará uma direcionalidade ao fomento científico e tecnológico no âmbito da saúde. Ela poderá “contribuir para que o desenvolvimento nacional se faça de modo sustentável, e com o apoio na produção de conhecimento técnico e científico ajustados às necessidades econômicas, sociais, culturais e políticas do país” (II CNCTIS, 2004, p.45). Para isso, a Política precisará considerar a ANPPS e promover a articulação intra e intersectorial.

“Uma PNCTIS, voltada para as necessidade de saúde da população, terá como objetivos principais desenvolver e otimizar os processos de produção e absorção de conhecimento científico e tecnológico pelos sistemas, serviços e instituições de saúde, centros de formação de recursos humanos, empresas do setor produtivo e demais segmentos da sociedade. Assim a PNCTIS deverá ser vista também como um componente das políticas industrial, de educação e demais políticas sociais” (II CNCTIS, 2004, p.46).

Nessa perspectiva, a PNCTIS surge como uma interseção entre políticas públicas de diferentes setores, conforme ilustra a figura 4.

**Figura 4 - Interface da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde do Brasil com outras políticas públicas.**



Fonte: II CNCTIS (2004), elaboração própria.

Outra questão que a Política propõe em seu escopo é o equilíbrio entre dois critérios para orientar a produção de conhecimento em saúde, a relevância sanitária e o mérito técnico-científico (II CNCTIS, 2004). Os entrevistados afirmam que a combinação dessas dimensões pode contribuir para a melhoria da qualidade dos projetos de pesquisa a serem financiados, podendo proporcionar maiores impactos para a população e o setor saúde. A Política adota os seguintes valores básicos: equidade em saúde, ética na pesquisa, participação social, intersetorialidade e pluralidade filosófica e metodológica. Além disso, ressalta as diretrizes inclusividade e extensividade como eixos condutores da Política, considerando, assim, a

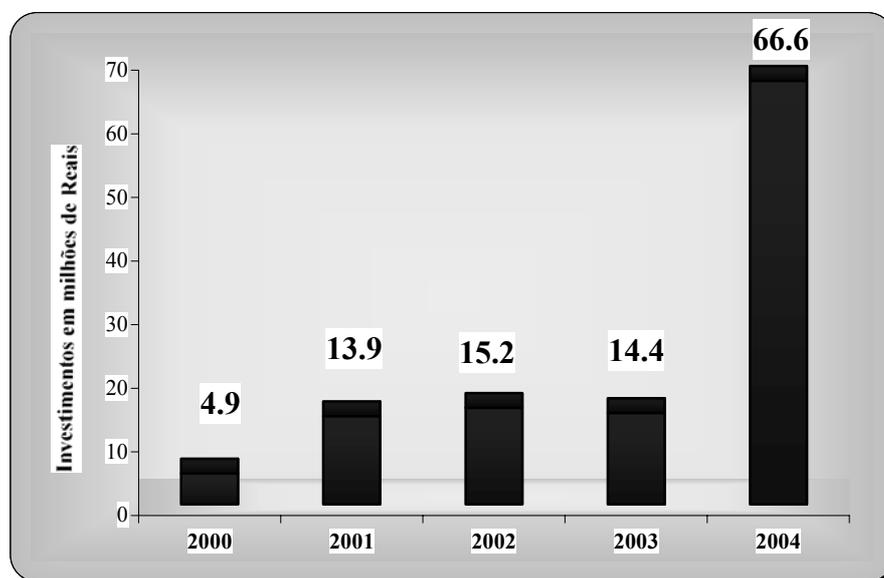
necessidade de envolver uma gama de atores na gestão de CT&I/S e de se investir em diversos tipos de pesquisa em saúde, abrangendo toda a cadeia do conhecimento (II CNCTIS, 2004).

O texto da Política prevê a liderança do Estado na gestão de CT&I/S, ao qual compete: (1) regulação dos fluxos de produção e incorporação de tecnologias; (2) incentivo à inovação e às parcerias-público privadas; e (3) indução e financiamento das atividades de P&D em saúde, de acordo com a Agenda e os indicadores epidemiológicos de cada região do país (II CNCTIS, 2004). Cabe ao setor público, portanto, estimular, mas, ao mesmo tempo, regular a ação do mercado no que se refere à área de CT&I/S. Desse modo, a PNCTIS tem o desafio de envolver diferentes atores, cujas concepções e interesses podem ser divergentes ou contraditórios.

Guimarães (2004) também trabalha essa questão e enfatiza que a realidade atual no campo da CT&I/S coloca complexas questões para as agendas de saúde. Surgem novas instituições e problemas de saúde com maior magnitude; soma-se a isso o fato de que os interesses (nacionais e internacionais) em ‘jogo’, no âmbito da saúde, são às vezes divergentes e suas repercussões não se limitam mais a uma única região, nação ou comunidade, explica o autor.

Verifica-se, assim, que a formação de grupos de *advocacy* e de uma comunidade nacional de política pública, ao longo do processo de formulação dos marcos institucionais de CT&I/S, ampliaram os horizontes para essa área no Brasil, resultando também em uma crescente atenção política e orçamentária da agenda do Ministério da Saúde para esse setor. Um sinal que indicou essa conquista foi o significativo aumento dos recursos financeiros destinados especificamente para o Decit/SCTIE/MS, conforme apresenta a figura abaixo.

**Figura 5 - Orçamento do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, em unidade de milhão de Reais, no período de 2000 a 2004.**



Fonte: Brasil (2002a; 2005d), elaboração própria.

Segundo os entrevistados, outro importante avanço conquistado em 2004 consistiu na assinatura do termo de cooperação entre MS e MCT, na perspectiva de estreitar as relações interministeriais e de promover a intersetorialidade na gestão de CT&I/S. A partir de então, afirmam os entrevistados, o CNPq e a Finep passaram a atuar em parceria com o Decit/SCTIE/MS no fomento científico e tecnológico em saúde, o que promoveu uma agilidade no processo e uma maior credibilidade da comunidade científica frente às ações desenvolvidas. Os editais tornaram-se o principal mecanismo de fomento, buscando assegurar a concorrência pública e a transparência no processo de seleção e de financiamento das pesquisas científicas e tecnológicas em saúde (BRASIL, 2006c).

Outro resultado alcançado pela comunidade nacional de política pública de CT&I/S foi a inserção dessa área no Plano Nacional de Saúde<sup>194</sup> (PNS). Trata-se de um importante instrumento de referência do SUS para o planejamento das ações e a gestão tripartite em saúde. No que concerne à CT&I/S, o Plano define as seguintes diretrizes (BRASIL, 2004):

<sup>194</sup> O Plano Nacional de Saúde (PNS), intitulado ‘Um pacto pela saúde no Brasil’, foi aprovado em dezembro de 2004. Sua elaboração se baseou nas deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde e no Plano Plurianual 2004-2007. O PNS é um documento que apresenta intenções políticas, estratégias, prioridades, diretrizes, objetivos e metas do setor saúde a serem alcançadas até 2007 (BRASIL, 2004).

- implementação e revisão sistemática da ANPPS, considerando que a metodologia a ser utilizada nesse processo deve se basear nas experiências internacionais e nacionais voltadas para esse fim;
- regulação do processo de incorporação de tecnologias, mediante o desenvolvimento de pesquisas de avaliação de tecnologias em saúde (ATS), elaboração de uma política pública setorial para esse campo e formulação de um plano de incorporação de tecnologias em saúde;
- incentivo às parcerias público-privadas para incrementar a P&D em insumos estratégicos à saúde.

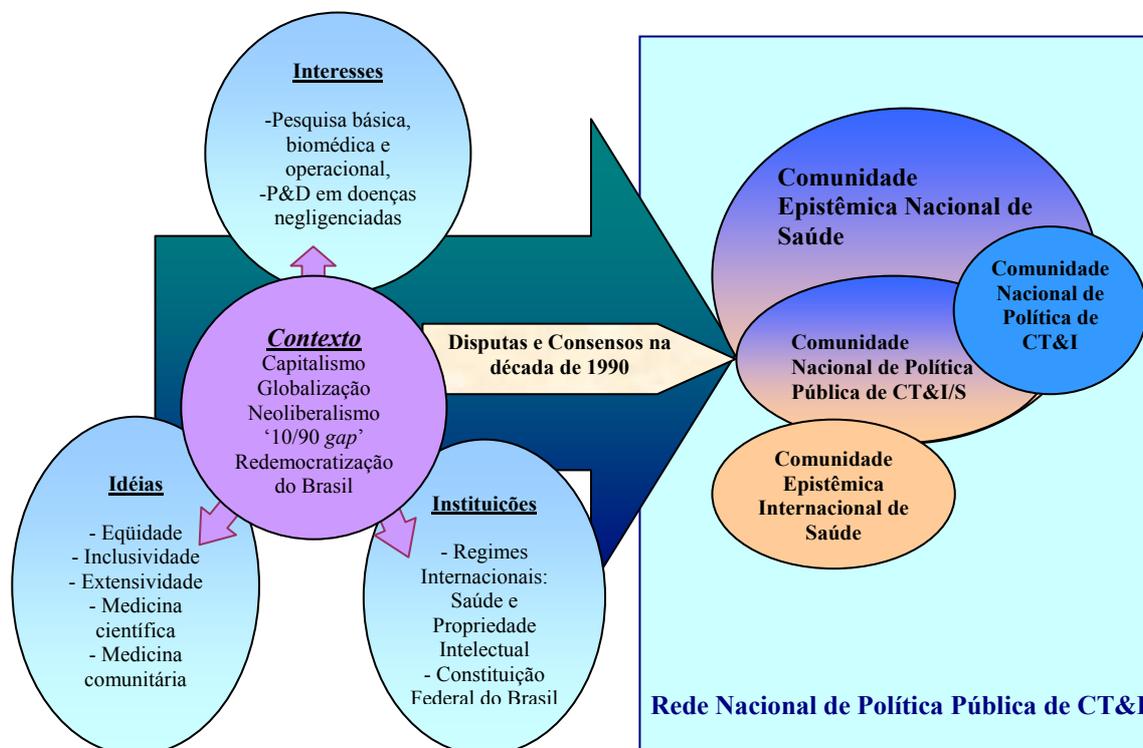
No ano de 2005, novamente ocorreram mudanças na gestão do Ministério da Saúde. Moisés Goldbaum assumiu a posição de Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos e Suzanne Jacob Serruya tornou-se a diretora do Decit, ambos com o desafio de fortalecer a CT&I/S na agenda do Ministério da Saúde e de conduzir a implementação da Política e da Agenda.

### **III. Caminhos para a institucionalização da ciência, tecnologia e inovação em saúde no Brasil: reflexões sobre o processo**

A descrição e análise do processo de elaboração dos principais marcos institucionais para a CT&I/S leva a alguns questionamentos, tais como: até que ponto houve a influência dos atores internacionais ao longo da construção da Agenda e da Política? Como ocorreu a interface entre o plano nacional e o internacional nesse campo? Quais são as perspectivas para o Brasil no cenário internacional no que se refere à pesquisa científica e tecnológica em saúde? Na tentativa de desenvolver algumas reflexões sobre esses pontos é válido destacar as contribuições dos entrevistados sobre essas questões.

Segundo eles, a construção da ANPPS e da PNCTIS é um produto decorrente do amadurecimento da reforma sanitária e do próprio SUS. Um dirigente da Fiocruz identifica que as conquistas e avanços na área de CT&I/S no Brasil foram alcançados principalmente devido à atuação de atores estratégicos interessados por esse setor. O comprometimento deles com o processo de formulação da Agenda e da Política, continua o entrevistado, corroborou para o estabelecimento de um elo com os atores e agendas internacionais. Ele afirma que, no período de 1990 a 2004, o Ministério da Saúde e a Fiocruz não apresentavam uma interação significativa com os agentes internacionais, no que se refere à área de CT&I/S. Ambas as instituições priorizavam a consolidação de bases políticas no âmbito doméstico, a estruturação e o fortalecimento de instituições nacionais, a fim de inserir o tema CT&I/S na agenda política brasileira e de institucionalizá-lo. Desse modo, o entrevistado salienta que indivíduos-chave promoveram a interface entre as esferas doméstica e externa, com a finalidade de justificar suas escolhas e de conquistar apoio político para defender suas idéias e interesses na condução do processo de mudanças institucionais. A figura abaixo sistematiza as principais idéias, interesses e instituições nacionais e internacionais que em um determinado contexto influenciaram o processo de formulação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde no Brasil, a partir da formação, inicialmente, de uma comunidade nacional de política pública de CT&I/S.

**Figura 6 - Influência de idéias, interesses e instituições nacionais e internacionais no processo de formação da rede de política pública de ciência, tecnologia e inovação no Brasil.**



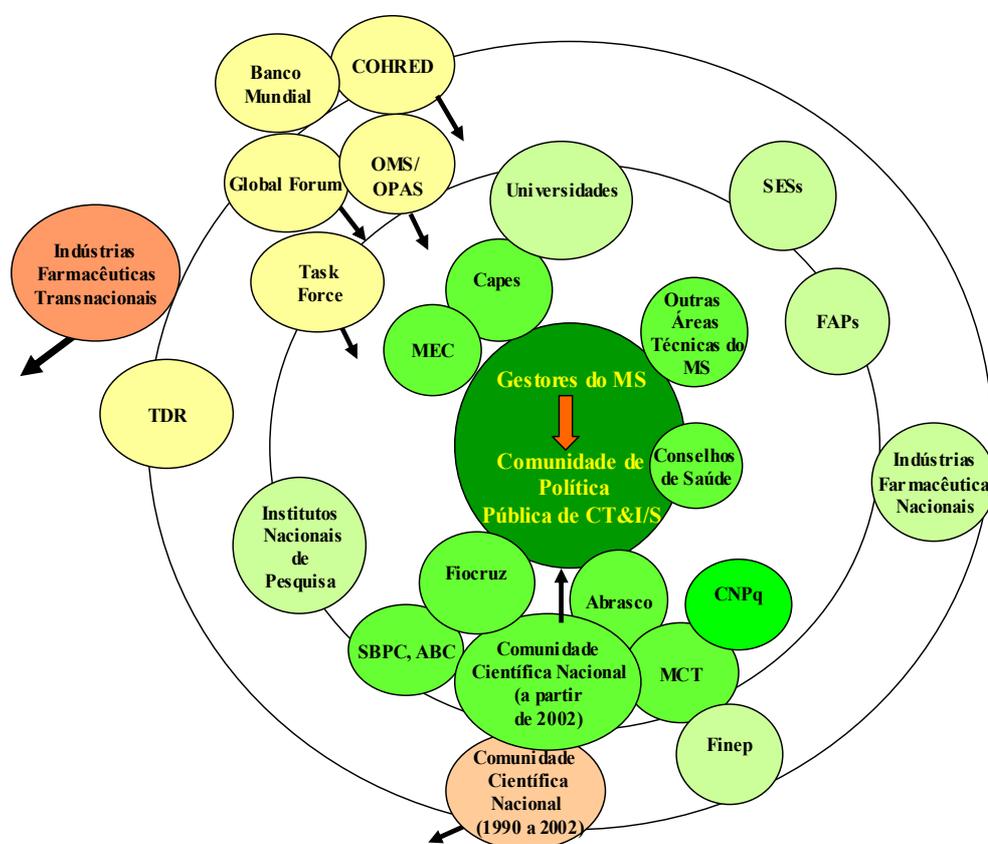
Fonte: adaptação de Carvalho et al (2005), elaboração própria.

Com base nos dados primários e secundários, constata-se que a mobilização de importantes personagens reconhecidos no campo da Saúde Coletiva e da CT&I em geral, bem como, a inserção desses atores na academia e na gestão foram cruciais para a inclusão da CT&I/S na agenda da autoridade sanitária nacional. A presença desses indivíduos em distintas instituições, liderando diversos fóruns, possibilitou a circulação de suas idéias e interesses em diferentes espaços políticos. Isso pode ter contribuído para a formação de uma comunidade nacional de política pública de CT&I/S e sua interação com outras comunidades epistêmicas e de políticas, possibilitando, assim, a criação de uma rede de políticas públicas interessada no desenvolvimento científico e tecnológico do país. Além disso, a atuação desses atores estratégicos pode ter promovido o estabelecimento de um canal entre os planos local e internacional, possibilitando estreitar as relações entre as agendas sanitárias nacional, regional e global.

A figura 7 ilustra a dinamicidade do processo de formulação da Política e da Agenda, destacando as instituições envolvidas, direta ou indiretamente, no movimento de construção

desses marcos institucionais de CT&I/S do país. Os vetores (setas) usados na figura abaixo, a depender do sentido, realçam os atores favoráveis e os que apresentaram certa resistência em algum momento do processo desenvolvido, inicialmente por gestores de saúde (1990 a 2002) e posteriormente conduzidos pela comunidade nacional de política pública de CT&I/S (2002 a 2004), para formular a Política Nacional de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde.

**Figura 7 - Instituições envolvidas, direta ou indiretamente, na formulação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde do Brasil (1990 a 2004).**



Fonte: adaptação de Carvalho et al (2005), elaboração própria.

De acordo com um dirigente da Fiocruz, até o ano de 2004, dentre os países em desenvolvimento, somente Tailândia, Filipinas e Brasil conseguiram construir uma agenda de pesquisa em saúde como um projeto nacional. Membros do *Global Forum*, COHRED e OMS destacam, em particular, a iniciativa brasileira, apontando-a como um exemplo de sucesso. As lições aprendidas nessa experiência, segundo eles, podem colaborar para os esforços conduzidos em outros países em desenvolvimento. Afinal, os atores internacionais atuaram diretamente no processo desenvolvido no Brasil?

Um ex-diretor do TDR explica que, até meados de 2004, o debate sobre CT&I/S dentro da própria OMS ainda era incipiente e as atividades do *Global Forum* e COHRED estavam mais direcionadas para o Paquistão, Índia e África, principalmente, devido à presença de um Conselho de Pesquisa Médica<sup>195</sup> atuante nesses países. Somente a partir de 2005, prossegue o entrevistado, o COHRED e o *Global Forum* começaram a se fazer presentes na América Latina e Caribe. O interessante é que o entrevistado identifica que a aproximação desses atores internacionais na região, entre outros fatores, é fruto também do êxito alcançado pelo Brasil no processo de construção da Agenda e de formulação da Política.

Por outro lado, o entrevistado considera que o Brasil precisa melhorar sua atuação no plano internacional, incluindo a saúde global na agenda do SUS e no escopo da política externa do país. Segundo ele, o Brasil apresenta uma significativa capacidade de pesquisa e de inovação em saúde, além de ter voz nos principais fóruns internacionais. No entanto, ele enfatiza que a reforma sanitária e o setor saúde do país historicamente atribuíram pouca relevância a essas questões. Além disso, a contribuição do Brasil para as organizações internacionais de saúde, basicamente, se limita ao orçamento regular da OMS/OPAS. Outro agravante, salienta o entrevistado, consiste no tradicional despreparo da delegação brasileira para defender os interesses nacionais na Assembléia Mundial de Saúde. Apesar disso, o entrevistado afirma que esse quadro vem melhorando desde a gestão de José Serra<sup>196</sup> como Ministro da Saúde e de Paulo Buss<sup>197</sup> na presidência da Fiocruz. Ainda segundo esse entrevistado, o Brasil tem potencial para liderar os esforços na área de CT&I/S na América Latina e Caribe, com a perspectiva de fortalecer o fomento científico e tecnológico em saúde na região. Para isso, ele sugere que o Brasil amplie sua atuação em nível regional e global.

O representante da Fiocruz segue a mesma linha de raciocínio, recomendando que o Ministério da Saúde amplie sua interface com as agendas e atores internacionais,

---

<sup>195</sup> *Medical Research Council*.

<sup>196</sup> José Serra foi Ministro da Saúde no período de 1998 a 2002 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

<sup>197</sup> Paulo Buss assumiu a presidência da Fiocruz em janeiro de 2001 (FIOCRUZ, 2006).

especialmente, no que se refere ao tema avaliação de tecnologias em saúde<sup>198</sup> (ATS), que ainda é incipiente no Brasil.

As falas desses entrevistados sugerem que, durante o período estudado, o Brasil atuou de modo ainda restrito no debate do movimento da saúde global, mesmo participando de algumas iniciativas. Como apresentado no capítulo 2, desde a década de 1980 as doações voluntárias<sup>199</sup> para o orçamento extra da OMS vêm sendo o mecanismo, por meio do qual os atores exercem maior influência na agenda da Organização. Nos anos 90, o Banco Mundial e as novas OIs de saúde (ex: COHRED e *Global Forum*), conforme apresentado no capítulo 3, também passaram a influenciar no processo de construção de consensos e de formação e evolução da agenda de saúde global. As idéias e interesses desses atores internacionais, por sua vez, são o resultado da pactuação estabelecida entre os representantes de seus respectivos conselhos (*board*), como mencionado nos capítulos 3 e 4.

As reflexões apresentadas sugerem, portanto, que se a CT&I/S for priorizada na agenda governamental brasileira e entendida como uma área estratégica da Política Nacional de Saúde e das políticas externa, econômica e industrial do país, o Brasil poderá promover o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, o qual pode contribuir, por sua vez, para a redução das iniquidades em saúde. Para isso, a gestão de CT&I/S precisa buscar a autonomia do país no desenvolvimento e na produção de insumos estratégicos para o SUS; a incorporação dos resultados/produtos de pesquisa no SUS; a articulação entre governo, setor privado, universidade, sociedade e organizações internacionais; o fortalecimento regional; a inserção do complexo produtivo da saúde nacional e regional no mercado mundial; e a ampliação da influência do país na arena internacional. Isso poderá contribuir para a sustentabilidade do SUS e a implementação de ações, de acordo com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Saúde, assegurando, para a população brasileira, a saúde como um direito social. Além disso, a depender da articulação entre Estado, mercado e sociedade, essas alternativas políticas podem fazer com que o desenvolvimento do complexo produtivo da saúde nacional e regional traga benefícios para a população da América Latina e Caribe.

Recomenda-se, assim, que o Brasil amplie sua atuação nos fóruns regionais e globais e junto às organizações internacionais como uma estratégia política para institucionalizar a CT&I/S na agenda governamental. Para tanto, sugere-se as seguintes ações: (1) realização de

---

<sup>198</sup> De acordo com os entrevistados, surge em 2005, no Decit/SCTIE/MS, uma coordenação responsável pela gestão de tecnologias em saúde. Esse setor, todavia, não foi ainda oficializado no organograma do Ministério da Saúde.

<sup>199</sup> Conforme apresentado em capítulos anteriores, atualmente, a influência financeira, mediante doações extras, é o principal mecanismo para que os atores interfiram na agenda da OMS.

atividades de *advocacy* dentro do país e no exterior, principalmente nos países em desenvolvimento; (2) formação de redes nacionais e regionais de investigação em saúde; (3) estabelecimento de cooperação internacional, preferencialmente Sul-Sul; (4) participação em iniciativas globais e de P&D em saúde; e (5) conquista do *status* de colaborador ou parceiro de ONGs estratégicas que tenham uma atuação direta ou indireta no campo da saúde, participando nos seus conselhos (*board*). Essas ações, provavelmente, contribuam para que as idéias, estratégias e interesses do Brasil possam ser inseridos mais facilmente nas agendas sanitárias regional e global. Esse movimento permite aos atores nacionais estratégicos utilizar o movimento dos agentes internacionais, assim com, as concepções, valores e prioridades do debate da saúde global para pressionar a continuidade da CT&I/S na agenda governamental brasileira.

Na tentativa de mensurar os aspectos relacionados com a interação entre os planos nacional, regional e global no âmbito da CT&I/S, a pesquisadora propõe alguns indicadores quali-quantitativos (Anexos) que podem apontar o seguinte movimento dialético: a influência de um país nas agendas regional e global de saúde; e a interferência de atores internacionais na agenda sanitária nacional. Esses indicadores são algumas sugestões para orientar a gestão de CT&I/S de um país na perspectiva de fortalecer esse tema na agenda governamental; de assegurar a implementação de uma política pública para essa área, em consonância com as prioridades sanitárias nacionais, regionais e globais; e de ampliar a participação dos países em desenvolvimento no debate da saúde global. Futuras pesquisas podem desenvolver com mais profundidades esses indicadores, analisando a possibilidade de aplicação para subsidiar a coleta de dados e a alimentação dos sistemas de informação em CT&I/S.

## Conclusões

O fortalecimento do tema ciência, tecnologia e inovação em saúde (CT&I/S) no movimento da saúde global ocorreu a partir da década de 1990. Os esforços de atores internacionais foram cruciais para esse processo. Entre os que tiveram especial relevância, pode-se destacar: OMS; TDR; *Commission on Health Research for Development, Task Force on Health Research for Development, Council on Health Research for Development* (COHRED), Banco Mundial, *Ad Hoc Committee on Health Research* e *Global Forum for Health Research*. Os seminários, conferências, fóruns, publicações científicas e relatórios mundiais foram os principais instrumentos utilizados pelas organizações internacionais para divulgar suas concepções e preferências. Gestores e pesquisadores da área de saúde destacaram-se como público-alvo desse processo. Impulsionou-se, assim, a formação de grupos de defesa de interesses específicos (*advocacy*, no termo mais utilizado pelos analistas) e de coalizões políticas, alcançando os diferentes continentes do globo. Essa mobilização contribuiu para promover o alinhamento entre as agendas sanitárias nacional e internacional no que se refere ao tema CT&I/S. Como resultado dessa mobilização, formou-se uma comunidade epistêmica internacional de saúde, que passou a influenciar, nos planos doméstico e externo, o processo de formação de agendas sanitárias.

No que se refere ao papel dos países em desenvolvimento na área de CT&I/S, as expectativas, as idéias e os interesses dessa comunidade epistêmica internacional convergiram para o fortalecimento da autoridade sanitária no fomento científico e tecnológico em saúde, a partir da estruturação de sistemas nacionais de pesquisa em saúde, da formulação de uma política pública nesse campo e da definição de um conjunto de prioridades nacionais de investigação em saúde. Elegeu-se o fomento a estudos epidemiológicos, à pesquisa em sistemas e serviços de saúde e à P&D em doenças negligenciadas, como o principal *locus* de ação desse grupo de países. Como diretriz e princípio orientadores das ações no campo da CT&I/S, foram escolhidas a inclusividade e a equidade. Por conseguinte, essas concepções, valores e preferências conseguiram ser inseridos na agenda internacional de saúde na década de 1990, tornando-se prioridades no movimento da saúde global.

O Brasil foi um dos países em desenvolvimento que participou e acompanhou essas iniciativas desenvolvidas ao longo dos anos 90. Mesmo assim, o tema CT&I/S somente conseguiu se tornar uma prioridade política na agenda do Ministério da Saúde a partir do ano 2000, devido à criação de uma conjuntura macropolítica favorável ao desenvolvimento

científico e tecnológico do país, à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e ao esforço de uma comunidade nacional de política pública interessada pela CT&I/S.

Para realçar e justificar suas escolhas, inicialmente, os atores nacionais estratégicos aproveitaram as ‘janelas de oportunidade de política’ e o arcabouço teórico-metodológico que os agentes internacionais produziram no campo da CT&I/S. Apesar de haver algumas divergências no plano das idéias, como, por exemplo, o papel dos países em desenvolvimento no fomento à pesquisa básica e tecnológica em saúde, prevaleceu um interesse comum entre os atores domésticos e externos, a saber, o fortalecimento da CT&I/S na agenda sanitária.

Face a esse cenário, os atores nacionais impulsionaram o processo de formulação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, com vistas a criar um novo projeto nacional nesse campo, que articulasse pesquisa, política e ação. Nesse esforço, a interação entre gestores públicos e pesquisadores da área de saúde resultou na formação de uma comunidade nacional de política pública de CT&I/S.

Em busca de apoio político para inserir suas idéias e interesses na agenda do Ministério da Saúde, essa comunidade se articulou com outras comunidades de políticas e comunidades epistêmicas de saúde (nacional e internacional), formando uma rede de políticas públicas composta por agentes interessados em promover o desenvolvimento científico e tecnológico do país. Isso facilitou, por sua vez, a interação entre os planos doméstico e externo e a circulação de concepções, conceitos, estratégias, diretrizes, princípios, preferências e prioridades entre diferentes instituições.

A comunidade nacional de política pública de CT&I/S utilizou a mobilização das organizações internacionais como uma pressão positiva para apoiar política e tecnicamente sua argumentação, ampliando sua capacidade de persuasão. Essa foi uma das estratégias adotadas por essa comunidade de política pública para justificar a relevância da CT&I/S para a sustentabilidade do SUS. Concomitantemente a esse processo, constituiu-se uma forte coalizão política de abrangência nacional, envolvendo diferentes instituições, a partir da atuação de grupos de *advocacy*.

Verifica-se, portanto, que a formação da agenda do Ministério da Saúde e a formulação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, bem como, a definição de suas estratégias, a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, por exemplo, resultaram de iniciativas e mobilizações internas e do aproveitamento de ‘janelas de oportunidade de política’ criadas pelos atores internacionais.

Entretanto, a formulação de uma política pública não garante a sua implementação. Para assegurar a execução dessa fase do ciclo de políticas, é preciso, contudo, que o objeto de

política pública em questão permaneça como um tema prioritário na agenda governamental, mantendo-se, conseqüentemente, como foco de atenção política e orçamentária. Ou seja, institucionalizar uma determinada temática no debate nacional.

O exame do objeto de política abordado neste estudo, a CT&I/S, requer a consideração de quatro dimensões interdependentes, que podem contribuir para que esse tema continue parte da agenda do Ministério da Saúde, favorecendo, assim, a implementação da Política e da Agenda.

A primeira dimensão tem caráter ideológico e consiste no fortalecimento do tema CT&I/S no universo das idéias da reforma sanitária brasileira, de modo que a pesquisa em saúde seja vista como um componente estruturante do SUS e como uma atividade estratégica para o país.

A segunda apresenta um caráter institucional, correspondendo à liderança do Ministério da Saúde na gestão de CT&I/S e ao direcionamento das ações de fomento para as prioridades sanitárias nacionais. Para isso, é fundamental: (1) fortalecer a articulação intra e intersetorial, a fim de qualificar a indução; (2) aumentar o aporte de recursos financeiros para o fomento científico e tecnológico em saúde; (3) desenvolver capacidades individuais e institucionais nas três instâncias gestoras do SUS; (4) promover a interação entre academia, governo e indústria; (5) envolver o controle social e a mídia no debate da CT&I/S; (6) divulgar o conhecimento gerado; e (7) incorporar os resultados de pesquisa no SUS, de modo a beneficiar o maior número possível de pessoas, buscando reduzir as iniquidades em saúde. A criação de uma agência nacional de fomento específica para a área de CT&I/S pode ser uma alternativa política que facilite esse processo.

As outras dimensões são eminentemente políticas. Consistem em negociações específicas no ambiente doméstico e no externo. Internamente, é preciso revisar sistematicamente as prioridades sanitárias nacionais; identificar o interesse do mercado interno; e fortalecer a capacidade nacional de pesquisa, de desenvolvimento tecnológico e de inovação em saúde. Sugere-se, para tanto, a ampliação das parcerias público-privadas; o envolvimento de outros setores nos processos consultivos e deliberativos e no fomento às atividades de pesquisa em saúde; e a participação do Ministério da Saúde nas diversas comissões, comitês e instâncias de debate das políticas públicas nacionais relacionadas com as questões econômicas, comerciais e industriais.

A quarta e última dimensão corresponde à política externa. Atualmente, esse aspecto deve ser considerado pelo setor saúde, uma vez que as idéias e interesses das instituições nacionais e internacionais ultrapassam as fronteiras geográficas dos países e dos continentes.

Nessa lógica, verifica-se que a reforma sanitária brasileira e o SUS interferem nas agendas regional e global de saúde, mas também sofrem os impactos das ações dos agentes internacionais. Compreender os processos em curso na saúde global e considerar a mobilização dos atores no ambiente externo pode facilitar o aproveitamento de ‘janelas de oportunidade de política’; a formação de coalizões políticas transnacionais; e a inclusão de idéias e interesses nacionais e regionais sobre um determinado tema no dinâmico processo de formação da agenda internacional de saúde. A inserção de atores nacionais estratégicos como membros de importantes organizações internacionais e a participação em fóruns, conferências e iniciativas regionais e globais podem ser alternativas políticas que favoreçam a defesa de determinados valores, concepções e preferências nacionais e regionais na evolução da agenda de saúde global. Isso, por sua vez, pode contribuir para que os atores nacionais pressionem em favor da continuidade de um dado tema na agenda governamental do país em questão.

No caso do Brasil, além das questões apresentadas acima, recomenda-se também, no campo das intervenções, o fortalecimento da articulação entre o Ministério da Saúde, o Ministério das Relações Exteriores (Itamaraty) e a Agência Brasileira de Cooperação. Além disso, é fundamental que o setor saúde amplie sua participação no debate global e regional sobre o tema ciência, tecnologia e inovação em geral, para compreender com profundidade e qualificar suas ações, principalmente nas questões relacionadas com o direito de propriedade intelectual em saúde.

Para avançar a discussão apresentada, sugere-se que outras pesquisas analisem a interferência de atores e agendas internacionais na fase de implementação dos marcos institucionais de CT&I/S do Brasil. Além disso, recomenda-se o desenvolvimento de estudos comparados entre os diferentes países em desenvolvimento, abordando a atuação de seus sistemas nacionais de investigação em saúde, a articulação e o fluxo entre os componentes pesquisa, tecnologia e inovação em saúde. A identificação dos distintos processos de gestão de CT&I/S estruturados em cada país, requer, ainda, a indicação de potenciais atividades a serem desenvolvidas por meio da cooperação internacional Sul-Sul e a elaboração de estratégias para incrementar a P&D em saúde nos países em desenvolvimento.

O argumento desenvolvido nesta dissertação aponta respostas para as questões de fundo, inicialmente apresentadas, havendo, portanto, alcançado os objetivos que motivaram a realização deste estudo: contribuir para a literatura acadêmica, apontar algumas lacunas de pesquisa sobre o tema em questão e produzir conhecimento e recomendações úteis para o fortalecimento da gestão de CT&I/S no SUS.

## Referências Bibliográficas

- ABBOTT, K., et al. The concept of legalization. **International Organization**, v. 54, n.3, p. 401- 419. 2000.
- ABRAHAMSON, P. Neoliberalismo, pluralismo de bem-estar e configuração das políticas sociais. In: BOSCHETTI, et al. (Org.). **Política social: alternativas ao neoliberalismo**. Brasília: Universidade de Brasília, 2004, p. 109-134.
- AD HOC COMMITTEE ON HEALTH RESEARCH. **Relating to future interventions options: investing in health**. Geneva: World Health Organization, 1996. 278p.
- ALBUQUERQUE, L.; NETO, I. **Ciência, tecnologia e regionalização: descentralização, inovação e tecnologias sociais**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. 294p.
- ALCOFORADO, F. **Globalização**. São Paulo: Nobel, 1997.168 p.
- ALMEIDA, P. Na contramão do neoliberalismo: o debate da assistência no serviço social dos anos oitenta. **Ser Social**, Brasília, v.4, p.263- 305, jan/jun. 1999.
- ALVES, J. **Relações internacionais e temas sociais: a década das conferências**. Brasília: IBRI, 2001. 432p.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Manifesto da Abrasco enviado ao plenário da Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p 501-502, jul/dez. 2001.
- AXELROD, R.; KEOHANE, R. Achieving Cooperation under anarchy: strategies and institutions. In: BALDWIN, D. **Neorealism and neoliberalism: the contemporary debate**. New York: Columbia University, 1993, p.85-115.
- BALL, S. Cidadania global, consumo e política educacional. In: SILVA, L. (Org.). **A escola cidadã no contexto da globalização**. Petrópolis: Vozes, 1998, p. 121-137.
- 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. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n5/2310.pdf>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2007.
- BARRETO, M. Conhecimento científico e tecnológico como evidência para políticas e atividades regulatórias de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.2, p. 329-338, abr/jun. 2004.
- BASCH, P. Technology transfer and the international health profession. In: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **International health: a north south debate**. USA: PAHO/WHO, 1992, p. 249-259.
- BELOQUI, J. Controle social e prioridades de pesquisa em saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE (II CNCTIS), 2ª, 2004, Brasília. **Anais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 223-238p.
- BÖRZEL, T. What's so special about policy networks? An exploration of the concept and its usefulness in studying European governance. **European Integration Online Papers**, v.1, n.16, 1997. Disponível em: <<http://eiop.or.at/eiop/texte/1997-016a.htm>>. Acesso em: 10 de dezembro de 2006.
- BOTTMORE, T. **Dicionário do pensamento marxista**. Tradução de Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: < <http://www.senado.gov.br/>>. Acesso em: 10 de abril de 2006.
- \_\_\_\_\_. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 12 de janeiro de 2006.

\_\_\_\_\_. Lei n.8.142, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 12 de janeiro de 2006.

\_\_\_\_\_. Lei n.10.322, de 19 de dezembro de 2001. Institui mecanismo de financiamento para o Programa de Ciência e Tecnologia para o Agronegócio, para o Programa de Fomento à Pesquisa em Saúde, para o Programa Biotecnologia e Recursos Genéticos - Genoma, para o Programa de Ciência e Tecnologia para o Setor Aeronáutico e para o Programa de Inovação para Competitividade e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.mct.gov.br/index.php/content/view/5057.html#Art.%201º>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2007.

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

\_\_\_\_\_. Decreto n.4143, de 25 de fevereiro de 2002b. Dispõe sobre o mecanismo de financiamento para o Programa de Fomento à Pesquisa em Saúde (CT Saúde e CT Biotecnologia). Disponível em: <<http://www.mct.gov.br/index.php/content/view/22771.html?secao=Decretos&cod=754>>. Acesso em: 02 de janeiro de 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Ciência e Tecnologia. **Livro branco: ciência, tecnologia e inovação**. Brasília: Ministério da Ciência e Tecnologia, 2002c. 80p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Relatório de gestão 2000-2002**: Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2002d. 86p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Proposta de Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002e. 30p

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Plano Nacional de Saúde**: um pacto pela saúde no Brasil. Portaria n. 2607/GM, de 10 de dezembro de 2004. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs/colecoes>>. Acesso em: 03 de junho de 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Comissão para elaboração da política de gestão tecnológica no âmbito do Sistema Único de Saúde - CPGT**. Portaria n. 2.510/GM, de 19 de dezembro de 2005a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs/colecoes>>. Acesso em: 03 de junho de 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Glossário temático: economia da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c. 56p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Relatório de gestão 2004**: Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2005d. 184p.

\_\_\_\_\_. 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. Tradução de Priscila Almeida Andrade. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 87p. Título Original: The Combined Approach Matrix: a priority-setting tool for health research.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Fluxo de recursos financeiros para a P&D em saúde no Brasil 2000-2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 46p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Processo de definição de prioridades de pesquisa em saúde**: a experiência do Brasil. Lobo, M.; Almeida-Andrade, P. (Edit.). Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 44p.

BROWN, Th.; CUETO, M.; FEE, E. A transição de saúde pública 'internacional' para 'global' e a Organização Mundial da Saúde. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 623-47, jul/set. 2006.

BUSS, P. International health: approaches to concepts and practices. In: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **International health: a north south debate**. USA: PAHO/WHO, 1992, p.239-248.

CAMARGO E.; SANT'ANNA, O. Institutos de pesquisa em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.2, p. 295-302, abr/jun. 2004.

CAMPOS, A. **Políticas internacionais de saúde na Era Vargas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.318p.

CARNOY, M. **Estado e teoria política**. 10.ed. São Paulo: Papirus, 1988. 339p.

CARVALHEIRO, J. Os desafios para a saúde. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 7-20, jan/abr, 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40141999000100002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141999000100002)>. Acesso em: 18 de janeiro de 2007.

CARVALHO, D., et al. **Mapeamento das iniciativas de vigilância, prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 1999-2005**: subsídios para a formulação de uma política nacional de vigilância integrada. Brasília, 2005. 158p. Trabalho não publicado.

CASTELLS, M. The global economy. In: HELD, D.; MCGREW, A. **The global transformations reader: an introduction to the globalization debate**. USA: Blackwell Publishers, 2000, p. 259-273.

CASTILHO, C. O Sistema Único de Saúde: filosofia, história e visão panorâmica da atualidade. In: REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **A presença da mulher no controle social das políticas de saúde**: anais da capacitação de multiplicadoras em controle social das políticas de saúde. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2003, p.33-50.

CASTRO, M. **De Westphalia a Seattle**: a teoria das relações internacionais em transição. Brasília: Universidade de Brasília, 2001. 66p. Disponível em: <[http://www.unb.br/irel/rel/rel\\_unb\\_publica\\_cadernos.html](http://www.unb.br/irel/rel/rel_unb_publica_cadernos.html)>. Acesso em: 1 de fevereiro de 2006.

CERNY, P. From iron triangles to golden pentangles? Globalizing the policy process. **Global Governance**, v. 7, n.4, p. 397-410, oct. 2001.

CERVO, A. O final do século XX: dificuldades para a construção de uma ordem global. In: SARAIVA, J. **Relações internacionais: dois séculos de história**. Brasília: IBRI, 2001. v.2, p.175-210.

\_\_\_\_\_; BERVIAN, P. **Metodologia científica**. São Paulo: Printice Hall, 2002. 254p.

CHAVES, G., et al. A evolução do sistema internacional de propriedade intelectual: proteção patentária para o setor farmacêutico e acesso a medicamentos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, fev. 2007.

CHESNAIS, F. Um programa de ruptura com o neoliberalismo. In: HELLER, A., et al. **A crise dos paradigmas em ciências sociais e os desafios para o século XXI**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1999, p. 77-107.

COMMISSION ON HEALTH RESEARCH FOR DEVELOPMENT. **Health research: essential link to equity in development**. New York: Oxford University Press, 1990. 136p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA EM SAÚDE (I CNCTS), 1ª, 1994. Brasília. **Política nacional de ciência, tecnologia em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. 38p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE (II CNCTIS), 2ª, 2004, Brasília. **Anais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 271p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (11ª CNS), 11ª, 2000, Brasília. **O Brasil falando como quer ser tratado**: efetivando o SUS - acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 199p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (12ª CNS), 12ª, 2003, Brasília. **Conferência Sergio Arouca**: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 230p.

CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO (CNPq). **Plataforma Lattes**. 2006. Disponível em: <<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/index.jsp>>. Acesso em: 12 de dezembro de 2006.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Institui as comissões intersetoriais nacionais, integrantes do Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.11, de 31 de outubro de 1991. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/legislacao/index.htm>>. Acesso em: 15 de outubro de 2006.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR (CAPES). **História**. 2006. Disponível em: <<http://www.capes.gov.br/sobre/historia.html>>. Acesso em: 10 de outubro de 2006.

DAGNINO, R. **Metodologia de análise de políticas públicas**. São Paulo: UniCamp, 2002. 46 p. Disponível em: <[http://www.campus\\_oei.org/sahctsi/rdagnino1.htm](http://www.campus_oei.org/sahctsi/rdagnino1.htm)>. Acesso em: 30 maio 2005.

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1995. 273 p.

\_\_\_\_\_. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2000. 216p

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA (DECIT). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos estratégicos. Ministério da Saúde. Programa de fomento à pesquisa para os sistemas e serviços locais de saúde: gestão compartilhada em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 6, 2006.

DIAS, R.; LÓPEZ, S. Conhecimento, interesse e poder na produção de políticas curriculares. **Currículo sem Fronteiras**, v.6, n.2, p.53-66, jul/dez, 2006. Disponível em: <<http://www.curriculosemfronteiras.org/vol6iss2articles/dias-lopez.pdf>>. Acesso em: 21 de dezembro de 2006.

DOWDING, K. Model or metaphor? A Critical Review of the Policy Network Approach. **Political Studies**. v. XLIII, p. 136-58. 1995.

DRAIBE, S. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: BARREIRA, C.; CARVALHO, M. (Org.) **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001, p.13-42.

DUMENIL, G.; LÉVY, D. O imperialismo na era neoliberal. In: BOSCHETTI, et al (Org.). **Política social: alternativas ao neoliberalismo**. Brasília: Universidade de Brasília, 2004, p. 9-38.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D.; EDLER, F. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N., et al (Org.). **Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 59-82.

FALEIROS, V. As reformas da seguridade social: o contexto mundial e o caso canadense. **Ser Social**, Brasília, v.4, p. 195-233, jan/jun. 1999.

\_\_\_\_\_, et al. A construção do SUS: história sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 297p.

FARIA, C. Idéias, conhecimento e políticas públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n.51, p.21-29, fev. 2003.

FERREIRA, J., et al. Overview of the Quebec meeting. In: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **International health: a north south debate**. USA: PAHO/WHO, 1992, p. xvii- xxxiii.

FINANCIADORA DE ESTUDOS E PROJETOS (FINEP). 2006. **Marcos históricos**. Disponível em: <[http://www.finep.gov.br/o\\_que\\_e\\_a\\_finep/a\\_empresa.asp?codSessaoOqueeFINEP=2](http://www.finep.gov.br/o_que_e_a_finep/a_empresa.asp?codSessaoOqueeFINEP=2)>. Acesso em: 03 de dezembro de 2006.

FRENK, J; CHACÓN, F. Conceptual bases for education and research in international health. In: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **International health: a north south debate**. USA: PAHO/WHO, 1992, p. 205-222.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **A história da Fundação Oswaldo Cruz**. 2006. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=1080&sid=194>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2007.

GADELHA, C. Complexo produtivo da saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE (II CNCTIS), 2ª, 2004, Brasília. **Anais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 171-178p.

GARRAFA, V.; OSELKA, G.; DINIZ, D. Saúde pública, bioética e equidade. **Bioética**, v. 5, n.1, p.27-33. 1997.

GLOBAL FORUM FOR HEALTH RESEARCH. **The 10/90 report on health research 99: promoting research to improve the health of poor people**. Geneva: Global Forum, 1999. 174p. Disponível em: <[http://www.globalforumhealth.org/Site/002\\_\\_What%20we%20do/005\\_\\_Publications/001\\_\\_10%2090%20reports.php](http://www.globalforumhealth.org/Site/002__What%20we%20do/005__Publications/001__10%2090%20reports.php)>. Acesso em: 10 de junho de 2006

\_\_\_\_\_. **The Combined Approach Matrix: a priority-setting tool for health research**. Geneva: Global Forum, 2004. 68p.

\_\_\_\_\_. **Poverty, equity & health research: a report on Forum 9, Mumbai**. Geneva: Global Forum, 2005a. 63p. Disponível em: <[http://www.globalforumhealth.org/filesupld/forum9/report/Rap\\_Forum9.pdf](http://www.globalforumhealth.org/filesupld/forum9/report/Rap_Forum9.pdf)> . Acesso em: 10 de junho de 2006.

\_\_\_\_\_. **The Global Forum update on research for health**. Geneva: Global Forum, v.2, 2005b. 193p. Disponível em: <[http://www.globalforumhealth.org/filesupld/global\\_update2/7\\_addressing.pdf](http://www.globalforumhealth.org/filesupld/global_update2/7_addressing.pdf)>. Acesso em: 10 de junho de 2006.

\_\_\_\_\_. **Monitoring financial flows for health research 2005: behind the global numbers**. Geneva: Global Forum, 2005c. 91p. Disponível em: <[http://www.globalforumhealth.org/Site/002\\_\\_What%20we%20do/005\\_\\_Publications/004\\_\\_Resource%20flows.php](http://www.globalforumhealth.org/Site/002__What%20we%20do/005__Publications/004__Resource%20flows.php)>. Acesso em: 10 de junho de 2006.

\_\_\_\_\_; NUYENS, Y. **No development without research: a challenge for capacity strengthening**. Geneva: Global Forum, 2005. 45p.

GOLDBAUM, M.; SERRUYA, S. O Ministério da Saúde e a política de ciência, tecnologia e inovação em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.3, p. 470-471. 2006.

GRAVEL, L.; LAMARCHE, P. A survey of international health. In: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **International health: a north south debate**. USA: PAHO/WHO, 1992, p. 105-112.

GUIMARÃES, R. Bases para uma política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.2, p.375-388, abr/jun. 2004.

\_\_\_\_\_. Ciência, tecnologia e inovação: um paradoxo na reforma sanitária. In: LIMA, N., et al (Org.). **Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005a, p. 235-256.

\_\_\_\_\_. Setting and implementing a health research priority agenda in Brazil. In: Global Forum Health Research. **The Global Forum update on research for health**. Geneva: Global Forum, v.2, 2005b, p.96-99.

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

\_\_\_\_\_, et al. Defining and implementing a national policy for science, technology, and innovation in health: lessons from the Brazilian experience. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.9, p.1775-1794, set. 2006.

HAAS, E. **When knowledge is power**: three models of change in international organization. Oxford: University of California Press, 1990. 266p.

HAAS, P. Introduction: epistemic communities and international policy coordination. **International Organization**, v. 46, n.1, p.1-35. 1992.

HALL, P. The Role of interests, institutions and ideas in the comparative political economy of the industrialized nations. In: LICHBACH, M.; ZUCHERMAN, A. (Org.). **Comparative politics**: rationality, culture, and structure. Cambridge: Cambridge University Press, 1997, p.174-207.

\_\_\_\_\_; TAYLOR, R. As três versões do neo-institucionalismo. In: **Lua Nova**, São Paulo, n. 58, p.193-223, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-64452003000100010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452003000100010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 10 de janeiro de 2007.

HERZ, M.; HOFFMANN, A. **Organizações internacionais**: história e práticas. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. 268 p.

HOCHMAN, G. **A era do saneamento**: as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: Hucitec/Anpocs, 1998. 261p.

IKENBERRY, G. The international spread of privatization policies: inducements, learning, and 'policy bandwagoning'. In: SULEIMAN, E; WATERBURY J.(Org.). **The Political economy of public sector reform and privatization**. Boulder: Westview, 1990, 388p.

KEOHANE, R. **After hegemony**: cooperation and discord in the world political economy. Princeton: Princeton University Press, 1984. 290p.

\_\_\_\_\_; NYE, J. **Power and interdependence**. 3. ed. New York: Longman, 2001. 334p.

KINGDON, J. **Agendas, alternatives and public policies**. 2. ed. New York: Harpercollins, 1995. 254p.

KOIVUSALO, M., OLLILA, E. **Making a health world**: agencies, actors & policies international health. New York: Zedbooks LTD, 1997. 258p.

KRASNER, S. Structural causes and regimes consequences: regimes as intervening variables. **International Organization**, v.36, n.2, p.1-21. 1982.

LIMA, A.; PINTO, M. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, set/dec. 2003.

LIMA, N.; FONSECA, C.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N., et al (Org.). **Saúde e democracia**: histórias e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 27-58.

LOPES, C. **Cooperação e desenvolvimento humano**: agenda emergente para o novo milênio. São Paulo: Editora Unesp, 2005. 210 p.

LUSTHAUS, C.; ADRIEN, M-H.; PERSTINGER, M. Capacity development: definitions, issues and implications for planning, monitoring and evaluation. **Universalía Occasional Paper**. n.35, p. 1-21, sep. 1999.

MACEDO, C. The great challenges of the nineties and their impact on international health. In: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **International health**: a north south debate. USA: PAHO/WHO, 1992, p.1-6.

MACHADO, C. **Direito universal, política nacional**: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002. 2005. 391f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

MARCH, J.; OLSEN, J. The institutional dynamics of the international political order. **International Organization**, v. 52, n 4, p. 42-63.1998.

MARSHAL. Cidadania e classe social. In: \_\_\_\_\_. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967, p. 57-114.

MARTINS, H. Introdução ao governo matricial: o problema da fragmentação. Congreso Internacional del CLAD, IX, nov, 2004, Madrid. **La reforma del Estado y de la administración pública**. p. 2-5. Disponível em: <<http://www.clad.org.ve/fulltext/0049615.pdf>>. Acesso em: 20 de janeiro de 2007.

MELO, M. Escolha institucional e a difusão dos paradigmas de política: o Brasil e a segunda onda de reformas previdenciárias. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 1, p. 169-206. 2004.

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

MENICUCCI, T.; BRASIL, F. **Construção de agendas e inovações institucionais**: análise comparativa da reforma sanitária e da reforma urbana. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2006. 31p. Disponível em: <<http://www.eg.fjp.mg.gov.br/publicacoes/material/textos/353.pdf>>. Acesso em: 05 de janeiro de 2007.

MINAYO, C. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 4ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1996. 269p.

\_\_\_\_\_, et al. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 1994. 80p.

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA E TECNOLOGIA (MCT). **Destaques**: sobre o MCT. 2006. Disponível em: <<http://www.mct.gov.br/index.php/content/view/105.html>>. Acesso em: 02 de dezembro de 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Institucional**. 2006. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=125](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=125)>. Acesso em: 19 de dezembro de 2006.

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

MOTTA, M.; SERRUYA, S.; ALMEIDA-ANDRADE, P. Operational research support program for the local health systems: shared management in the health sector. In: Forum, 10, 2006, Cairo. **Combating disease and promoting health**. 2007. 12p. Disponível em: <[http://www.globalforumhealth.org/filesupld/forum10/F10\\_finaldocuments/posters\\_F10.htm](http://www.globalforumhealth.org/filesupld/forum10/F10_finaldocuments/posters_F10.htm)> Acesso em: 22 de janeiro de 2007.

NETO, E.; BRITO, I.; SOUZA, A. International health and Latin American integration: outline of proposed program in international health. In: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **International health: a north south debate**. USA: PAHO/WHO, 1992, p. 223-238.

NORONHA, J.; LIMA, L.; MACHADO, C. A gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil**: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p.45-94.

NOVELLI, J. **Instituições, política e idéias econômicas**: o caso do Banco Central do Brasil (1965-1998). São Paulo: Annablume/Fapesp. 2002. 214p.

OLSON, M. **The logic of collective action**: public goods and the theory of groups. Boston: Harvard University Press, 1971. 186 p.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **História**. 2006. Disponível em: <[http://www.onu-brasil.org.br/conheca\\_hist.php](http://www.onu-brasil.org.br/conheca_hist.php)>. Acesso em: 10 de outubro de 2006.

PAIM, J. La salud colectiva y los desafíos de la práctica. In: OPS. **La crisis de la salud pública**: reflexiones para el debate. Washington: OPS, 1992, p.151-167.

\_\_\_\_\_. Políticas de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M.; NAOMAR, A. (Org.). **Epidemiologia & Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003, p. 587-603.

PALIER, B.; SUREL, Y. Les << Trois I >> et l'analyse de l'état en action. **Revue française de science politique**, Paris, v. 55, n. 1, p. 7-32, fév. 2005.

PANISSET, U. Reflections on health as an international issue. In: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **International health: a north south debate**. USA: PAHO/WHO, 1992, p. 165-192.

PELLEGRINI, A. Science for health: notes on the organization of scientific activity for the development of health in Latin America and the Caribbean. **Pan American Journal of Public Health**, Washington, v.7, n.5, p.345-349. 2000.

\_\_\_\_\_. Pesquisa em saúde, política de saúde e equidade na América Latina. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.2, p.339-350. 2004.

PEOPLE'S HEALTH ASSEMBLY. **People's Charter for Health**. 2006. Disponível em: <<http://www.phmovement.org/>>. Acesso em: 02 de dezembro de 2006.

PEREIRA, M. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 1995. 596p.

PEREIRA, P. A questão social e as transformações das políticas sociais: respostas do Estado e da sociedade civil. In: **Ser Social**, Brasília, v.6, p.119-132, jan/jun. 2000.

PLATIAU, A.; VARELLA, M.; SCHLEICHER, R. Meio ambiente e relações internacionais: perspectivas teóricas, respostas institucionais e novas dimensões de debate. **Revista Brasileira de Política Internacional**. Brasília, v. 47, n.2, p.100-130, jul/dez. 2004.

RAMALHO-ROCHA, A. Evolução do sistema internacional contemporâneo: implicações para a inserção internacional do Brasil. In: AVELAR, L; CINTRA, A (Org.). **Sistema político brasileiro**. Rio de Janeiro; São Paulo: Fundação Konrad Adenauer/ Unesp, 2004, p. 359-374.

RITTBERGER, V. Approaches to the study of foreign policy derived from international relations theories. In: ANNUAL MEETING OF THE INTERNATIONAL STUDIES ASSOCIATION. **European foreign policy analysis: dead or alive?** New Orleans: International Studies Association, 2002, p.1-29.

ROSENAU, J. Sovereignty in a turbulent world. In: LYONS, G.; MASTANDUNO, M. **Beyond Westphalia?** State sovereignty and international intervention. Baltimore: The John Hopkins University Press, 1995, p. 191-227.

ROVERE, M. International dimension of health. In: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **International health: a north south debate**. USA: PAHO/WHO, 1992, p. 149-164.

RUA, M. **Análise de políticas públicas**: conceitos básicos. 1998. 19 p. Disponível em: <<http://www.ufba.br/%7Epaupopen/AnalisedePoliticadasPublicas.doc>>. Acesso em: 12 de julho de 2006.

SABATIER, P. An advocacy coalition framework of policy change and the role of policy-oriented learning therein. **Policy Sciences**, v. 21, n. 2-3, p. 129-68. 1988.

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.

SEITENFUS, R. **Manual das organizações internacionais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1997. 352 p.

SERRUYA, S.; MOTTA, M.; ALMEIDA-ANDRADE, P. Priority-setting for health research: the Brazilian experience. In: Forum, 10, 2006, Cairo. **Combating disease and promoting health**. 2007. 11p. Disponível em: <[http://www.globalforumhealth.org/filesupld/forum10/F10\\_finaldocuments/posters\\_F10.htm](http://www.globalforumhealth.org/filesupld/forum10/F10_finaldocuments/posters_F10.htm)>. Acesso em: 22 de janeiro de 2007.

SMITH, R., et al. **Global public goods for health: health economic and public health perspectives**. New York: Oxford Press University/WHO, 2003. 287p.

STEIN, A. Coordination and collaboration: regimes in an anarchic world. In: KRASNER, S. **International Regimes**. Ithaca: Cornell University Press, 1983, p. 115-140.

STEIN, R. A nova questão social e as estratégias para seu enfrentamento. In: **Ser Social**, Brasília, v.6, p.133-168, jan/jun. 2000.

SUREL, Y. L' intégration Européenne vue par l'a approche cognitive et normative dès politiques publiques. **Revue française de science politique**, Paris, v. 50, n. 2, p. 235-254, fev, 2000. Disponível em: <[http://www.persee.fr/showPage.do?urn=rfsp\\_0035-2950\\_2000\\_num\\_50\\_2\\_395466](http://www.persee.fr/showPage.do?urn=rfsp_0035-2950_2000_num_50_2_395466)>. Acesso em: 12 de janeiro de 2007.

TASK FORCE ON HEALTH RESEARCH FOR DEVELOPMENT. **Essential National Health Research: a strategy for action in health and human development**. Geneva: UNDP, 1991. 73p.

TAVARES, R. **As organizações não-governamentais nas Nações Unidas**. Brasília: Instituto Rio Branco, 1999. 204p.

VIOLA, E. O regime internacional de mudança climática e o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 17, n. 50, p. 25-46. 2002.

WEIR, M. Ideas and the politics of bounded innovation. In: STEINMO, S., THELEN, K. E LONSTRETH, F. (Org.). **Structuring Politics: historical institutionalism in comparative analysis**. Cambridge: Cambridge University Press, 1994. 251p.

WORLD BANK. **Investing in health: world development indicators**. Word Development Report, 16. New York: Oxford University Press, 1993. 329p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Constitution (1948). **Constitution of the World Health Organization**. Geneva, publishing in 7 April 1948. Disponível em: <<http://www.who.int/gb/bd/PDF/BDenglish/Constitution.pdf>>. Acesso em: 10 march 2006.

\_\_\_\_\_. Discuss the role of health research in the national health systems. Resolution 43.19, of the 7 may 1990. In: TASK FORCE ON HEALTH RESEARCH FOR DEVELOPMENT. **Essential National Health Research: a strategy for action in health and human development**. Geneva: UNDP, 1991. 73p.

\_\_\_\_\_. **World report on knowledge for better health: strengthening health systems**. Geneva: World Health Organization, 2004. 162p.

\_\_\_\_\_. **Countries**. 2006. Disponível em: <<http://www.who.int/countries/en/>>. Acesso em: 10 de dezembro de 2006.

YERGIN, D; STANISLAW, J. The woven world. In: HELD, D.; MCGREW, A. **The global transformations reader: an introduction to the globalization debate**. Malden: Blackwell Publishers, 2000, p. 319-322.

# **Anexos**



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Carta  
Nº 729/2006 -CEP/SES-DF

Brasília, 4 de setembro de 2006.

Senhor (a)  
Priscila Almeida Andrade  
SQN 309 Bloco A apt. 219  
Brasília DF  
70755-010

Assunto: Encaminhamento de **Parecer de Aprovação**

Senhor (a) Pesquisador (a),

Encaminhamos a V. Sa. o Parecer Nº **138/2006** referente ao projeto de pesquisa Nº: **151/06 - Análise da política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde: A influência de atores e agentes internacionais;** aprovado por este Comitê de Ética em Pesquisa, por dois anos.

Na oportunidade, destacamos os Incisos IX.1 e IX.2 da Resolução 196/96 CNS/MS concernentes às responsabilidades do pesquisador no desenvolvimento do projeto.

Informamos que será encaminhada correspondência à Diretoria de Promoção e Assistência à Saúde (DIPAS) e à Direção do (a) Dep. Ciência e Tec/MS, para conhecimento da aprovação do projeto.

**Ressaltamos que a conduta do pesquisador, assim como o seu acesso à unidade de saúde devem seguir as normas e os procedimentos preconizados pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. O pesquisador deve se apresentar ao diretor da unidade de saúde para os procedimentos administrativos necessários.**

Atenciosamente.

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes  
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF  
Coordenadora

## **Roteiro para a condução das entrevistas**

### **A) Roteiro para o Grupo 1**

#### Objetivos:

- Analisar a dinâmica de funcionamento da OMS e do *Global Forum for Health Research*
- Identificar as contradições e as relações de poder presentes nessas Organizações Internacionais.
- Conhecer a visão dessas organizações sobre a atuação do Brasil no que diz respeito à gestão da pesquisa em saúde.

#### Perguntas:

- a- Quais foram os atores internacionais que influenciaram a formação e evolução da agenda sanitária internacional no período de 1990 a 2004?
- b- Quais são os marcos institucionais internacionais para a CT&I em saúde?
- c- Quais foram as agendas prioritárias de pesquisa em âmbito internacional entre 1990 e 2004?
- d- Qual o interesse dos países desenvolvidos em fortalecer a CT&I em saúde nos países em desenvolvimento?
- e- Quando, como e por que a gestão da pesquisa em saúde entrou na agenda de discussão da OMS?
- f- Quais atores internacionais apresentaram um relevante papel no fortalecimento da CT&I/S na agenda internacional?
- g- Por que os atores internacionais deliberaram a criação do *Global Forum*?
- h- Como e qual o apoio que a OMS, o Banco Mundial, a Fundação Rockefeller e os governos do Canadá, da Irlanda, do México, da Noruega, da Suécia e da Suíça proporcionam ao *Global Forum*?
- i- Algum desses atores coloca condicionalidades para atuação do *Global Forum*?
- j- Como outro ator pode se tornar um colaborador do *Global Forum*?
- k- Como e quem desenvolve as metodologias e recomendações publicadas e divulgadas pelo *Global Forum*?
- l- Qual sua opinião sobre a atuação do Brasil no que diz respeito à gestão da pesquisa em saúde (definição de prioridades, capacidade de indução, financiamento e utilização dos resultados de pesquisa no processo de tomada de decisão)?

## **B) Roteiro para o Grupo 2**

### Objetivos:

- Descrever o processo de construção da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde e da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde;
- Identificar a participação de atores e a aplicação de experiências internacionais no processo político desenvolvido no Brasil.

### Perguntas:

- a- Como era a gestão de CT&I em saúde antes da ANPPS e da PNCTIS?
- b- Quais eram os principais atores nacionais responsáveis por essa área?
- c- Quais foram os atores internacionais que apresentaram um relevante papel no fortalecimento da CT&I/S no Brasil?
- d- Antes da criação do Decit/SCTIE, qual a área técnica do Ministério da Saúde que se responsabilizava pela CT&I em saúde.
- e- Como se desenvolveu o processo político, principalmente com o Ministério da Ciência e Tecnologia, para a elaboração da ANPPS e da PNCTIS?
- f- Quem foram os atores que participaram na elaboração da ANPPS e da PNCTIS?
- g- Quais foram as 'janelas de oportunidade de política' que facilitaram a inclusão da gestão de CT&I em saúde na agenda do Ministério da Saúde?
- h- O processo de construção da ANPPS e da PNCTIS se baseou em alguma experiência internacional? Qual?
- i- Qual a relação do Decit/SCTIE/MS com o *Global Forum*, a OMS e outros atores internacionais?
- j- Qual a sua opinião sobre as recomendações desses atores internacionais mencionados acima, no que concerne às seguintes etapas da gestão da CT&I/S?

**Matriz Combinada: desenvolvida pelo *Global Forum* para auxiliar a definição de prioridades de pesquisa em saúde**

	<b>Indivíduo, família, comunidade</b>	<b>Ministério da Saúde e outras instituições de saúde</b>	Outros setores	<b>Políticas Macroeconômicas</b>
<b>1. Carga de doença</b>				
<b>2. Determinantes</b>				
<b>3. Nível atual de conhecimento</b>				
<b>4. Custo- efetividade</b>				
<b>5. Fluxos de recurso</b>				

Fonte: *Global Forum for Health Research* (Brasil,2006a).

## Indicadores qualitativos e quantitativos: apontando o ‘jogo’ político entre os atores e agendas nacionais e internacionais no campo da ciência, tecnologia e inovação em saúde

Indicadores		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quantidade de recursos financeiros investidos em CT&amp;I/S no país por ano.</li> <li>• Percentual de investimento nacional aplicado para a P&amp;D em saúde.</li> <li>• Presença do controle social na elaboração e implementação de políticas públicas nacionais.</li> <li>• Número de programas de pós-graduações em Ciências da Saúde, Sociais e Biológicas no país.</li> <li>• Número de pesquisadores em ciências da Saúde, Sociais e Biológicas por 100.000 habitantes.</li> <li>• Percentual de recursos financeiros do PIB nacional investidos para a área de CT&amp;I/S.</li> <li>• Participação de instituições nacionais (públicas ou privadas) em iniciativas regionais e globais de P&amp;D em saúde.</li> <li>• Percentual de recursos financeiros nacionais investidos em iniciativas regionais e globais de P&amp;D em saúde.</li> <li>• Participação de pesquisadores nacionais em cursos, treinamentos, projetos de pesquisa internacionais, bolsas e financiamentos internacionais (<i>leaderships, fellowships &amp; grants</i>).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentual de investimento dos atores internacionais para a área de CT&amp;I/S de um determinado país.</li> <li>• Prioridades de financiamento dos atores internacionais na área de CT&amp;I/S de um determinado país.</li> <li>• Quantidade de artigos científicos de pesquisadores nacionais publicados por ano em base de dados de referência regional e global.</li> <li>• Quantidade de revistas nacionais que publicam os resultados/produtos de pesquisa em saúde desenvolvida nos níveis nacional, regional e global.</li> <li>• Participação de atores internacionais no processo de formulação de políticas públicas e na definição de prioridades de pesquisa em âmbito nacional.</li> <li>• Capacidade de utilização (extrapolação) dos resultados de pesquisas nacionais para a escala regional e global.</li> <li>• Participação de atores internacionais no processo de tomada de decisão em nível nacional.</li> <li>• Participação de empresas transnacionais nas parcerias público-privadas para fomento à P&amp;D em um determinado país.</li> <li>• Quantidade de institutos de pesquisa em saúde (públicos e privados) no país.</li> <li>• Existência de agência nacional de fomento específica para a área de CT&amp;I/S.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existência de uma política pública nacional para a CT&amp;I/S e de uma agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde.</li> <li>• Percentual de recursos financeiro/ por país destinado às organizações internacionais.</li> <li>• Quantidade de recursos financeiros que o país contribui para as organizações internacionais de saúde.</li> <li>• Quantidade de pesquisas desenvolvidas por meio de projetos de cooperação internacional do tipo Norte-Sul.</li> <li>• Quantidade de pesquisas desenvolvidas por meio de projetos de cooperação internacional do tipo Sul-Sul.</li> <li>• Presença de projetos de assistência internacional na área de CT&amp;I/S, em um determinado país.</li> <li>• Número de redes regionais e globais na área C&amp;T/S que o país participa.</li> <li>• Contribuição financeira de um país as iniciativas regionais e globais no campo da CT&amp;I/S.</li> <li>• Presença de atores nacionais na posição de liderança (<i>chair</i>) e nos conselhos (<i>board</i>) das organizações internacionais, redes, iniciativas e programas regionais e globais no campo da CT&amp;I/S.</li> </ul>