

Articulando as políticas de C&T e de Saúde¹

Reinaldo Guimarães*

Para abordar o tema do desenvolvimento atual da Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde no Brasil, é apropriado fazê-lo em duas etapas: primeiramente, realizar uma caracterização da pesquisa em saúde no Brasil, confrontando-a com a situação em outros países; depois, traçar um esboço da situação, em termos da orientação da política no momento.

Começemos então reconhecendo que, em todo o mundo, a pesquisa em saúde é o principal componente setorial de pesquisa, com a possível exceção da pesquisa militar, que assume especial relevância em alguns poucos países. Depois, registremos também que essa pesquisa em saúde é muito desigualmente distribuída. Na verdade, dos quase US\$ 73,5 bilhões gastos no ano de 1998, num universo de mais de cem países com pesquisa em saúde, apenas a pequena fração de US\$ 2,5 bilhões provieram de países em desenvolvimento. A participação do Brasil é significativa, pois juntamente com China e Índia se constituem nos três países em desenvolvimento que possuem hoje uma maior competência instalada de pesquisa em saúde em todo o mundo.

Note-se, também, que a pesquisa em saúde no Brasil é o principal componente setorial de pesquisa: a que tem maior capacidade instalada e maior massa crítica envolvida.

Dados do CNPq, de 2002, informam que dos 15.158 grupos de pesquisa, quase 5.000 desenvolviam linhas de pesquisa associadas ao setor saúde. Ou seja, 1/3 dos grupos de pesquisas realizam pesquisa em saúde, num total de quase 18.000 pesquisadores, sendo 11.000 doutores. Trata-se de um esforço gigantesco, de muitos e muitos anos de investimento predominantemente público na formação de recursos humanos, na capacitação institucional em universidades, institutos, centros etc.

Fontes selecionadas - Ministério da Saúde; Ministério da Ciência e Tecnologia, através da FINEP e do CNPq; Ministério da Educação, através da Capes; e, FAPESP – informam um desembolso público, em 2001, de cerca de R\$ 500 milhões para a pesquisa em saúde, sendo que 20% provieram do Ministério da Saúde. As duas agências citadas do MCT aportaram 32%; o Ministério da Educação, 27%; e a FAPESP contribuiu com montante equivalente ao aportado pelo Ministério da Saúde.

Uma outra característica é que destes R\$ 500 milhões de recursos públicos, a maior parte deles, cerca de 60%, diz respeito à formação de pessoal, bolsas de estudo de

mestrado, doutorado, iniciação científica etc.; e apenas 40%, isto é, R\$ 227 milhões, dizem respeito ao apoio direto à pesquisa, ao apoio a projetos de pesquisa.

A participação do setor produtivo na composição dos gastos em pesquisa em saúde é pequena, além de carecer de informações específicas. Dados preliminares de extenso levantamento recentemente realizado pelo IBGE já mostraram que todo o parque industrial brasileiro (70.000 empresas) não dispõe, sequer, de mil doutores (equivalente em tempo integral) desenvolvendo pesquisa. No Brasil, hoje, há cerca de 35 mil doutores em atividades de pesquisa nas universidades e institutos de pesquisa.

O fomento da pesquisa em saúde no Brasil apresenta três características que reputo positivas. A primeira é a transparência e a qualidade do fomento realizado pelas duas agências do MCT, pela CAPES e pelas FAPs. A segunda é a existência de uma importante tradição, que exceto pela Fiocruz e pelo Instituto Evandro Chagas, no Pará, restringe-se ao Estado de São Paulo: são os institutos de pesquisa, ligados ao setor público. E, terceira característica, um modelo de fomento descentralizado e plural.

Entre as dificuldades, relaciono duas, como particularmente relevantes. Primeiro, a baixa capacidade de indução. A tradição de transparência e de qualidade do fomento instauradas pelo CNPq, em 1951, e pela FAPESP, a partir de 1962, foi negativamente compensada por uma baixa capacidade de estabelecer prioridades para investir. A baixa capacidade de indução se sustenta num modelo linear de compreensão do progresso técnico, segundo o qual a pesquisa básica comanda o processo todo de produção de conhecimento. Foi o período que correspondeu ao grande reinado da Física como ciência fundadora do progresso técnico. Esse modelo fez com que se rompesse no Brasil uma tradição, na área da saúde, de identidade mútua entre a comunidade científica e os problemas de saúde da população, explícita ou implicitamente inseridos nas políticas de saúde. Refiro-me às realizações do período em que atuaram Emílio Ribas, Vital Brasil, Evandro Chagas, Carlos Chagas ou

* Diretor do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicas do Ministério da Saúde.

¹ Texto produzido a partir da apresentação do autor no Seminário de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde, realizado na FUNDAP, São Paulo, 05/06/2003.

Oswaldo Cruz, para citar alguns. Esses pesquisadores, num modelo microbiológico, “pasteuriano”, fizeram pesquisa de alta qualidade, formaram pesquisadores e técnicos, criaram periódicos científicos, além de estabelecerem alguns vínculos com o setor produtivo de soros e vacinas, sempre em nítida sintonia com os problemas concretos que atingiam a saúde da população. Esse tipo de ação desapareceu ou foi muito atenuada, no caso da saúde, a partir da década de 50.

A segunda dificuldade provém da ausência de uma instância coordenadora das ações a serem desenvolvidas pelos principais atores do setor. Refiro-me especialmente a uma necessária articulação entre os ministérios da Saúde e da Ciência e Tecnologia. O fomento federal da pesquisa em saúde é regido pelo que poderíamos designar como um modelo bifronte: de um lado, há o Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde, uma política nacional de saúde e, de outro, com tímidos canais de articulação entre ambos, há um Sistema Nacional de Ciência e Tecnologia, o Ministério da Ciência e Tecnologia e uma política nacional de ciência e tecnologia. Trata-se de um problema muito grave. Isso vai se expressar, em termos práticos, na baixa capacidade de articulação entre as ações de fomento científico e tecnológico e o desenvolvimento da política nacional de saúde. Como conseqüência, apontamos uma baixa capacidade de transferir conhecimento à indústria, ao setor de serviços e à sociedade em geral.

Mas, além disso, os recursos públicos colocados à disposição da pesquisa em saúde no Brasil são escassos. Para comprovar essa afirmação basta olharmos o panorama de um outro componente setorial de pesquisa, aquele de maior sucesso no Brasil nos últimos 20 ou 30 anos - a pesquisa agropecuária. A medida desse sucesso é dada tanto pela sua presença internacional (cerca de 3% da pesquisa agropecuária mundial, contra uma presença média brasileira para todas as áreas de pouco mais de 1%), quanto pelo impacto de suas contribuições ao agronegócio no país.

Em 2001, cada pesquisador vinculado à pesquisa em saúde no Brasil recebeu em média R\$ 28.000,00 de fundos públicos destinados à pesquisa*, enquanto o valor correspondente para cada pesquisador no setor agropecuário foi de R\$ 38.000,00. O MS participou com cerca de 20% daquele valor, enquanto o Ministério da Agricultura participou com quase 40% deste último. Nesses números estão a chave do problema a ser enfrentado, bem como a direção em que penso devamos caminhar para enfrentá-lo.

A pesquisa agropecuária no Brasil começou a mudar quando, em 1973, o Ministério da Agricultura tomou a si a tarefa de estruturar o esforço de pesquisa no setor. Para isso, (1) formulou uma política nacional explícita de pesquisa e (2) criou uma agência para ser sua guardiã e

principal implementadora, a EMBRAPA. Com todas as diferenças decorrentes das especificidades da área de saúde e, principalmente, da conjuntura política que vivemos hoje em relação à da década de 70, estou convencido de que as mudanças que devemos operar na pesquisa em saúde devem orientar-se por movimentos semelhantes. Se o fizermos, estaremos em condições de colocar a pesquisa em saúde no Brasil em outro patamar, político e financeiro. E o fato é que cabe ao MS a tarefa de estruturar o esforço de pesquisa em saúde no país, a partir de uma política pública explícita.

Para refletirmos sobre o que seria uma política de pesquisa em saúde é necessário recordarmos alguns eventos. No final dos anos 80, com a discussão sobre as doenças emergentes e reemergentes, com a necessidade de impactar a AIDS etc., iniciou-se um esforço internacional, liderado pela OMS, visando colocar a pesquisa em saúde num patamar mais elevado de visibilidade, de investimentos, de intensidade, de criação de massa crítica. Posteriormente, aderiram a esse movimento outras instituições, organizações não-governamentais, fundações privadas, órgãos públicos.

O Brasil inseriu-se nesse movimento, ainda no seu início, o que se deveu muito à iniciativa de Carlos Morel, então Presidente da Fundação Oswaldo Cruz, ao realizar, em 1989, uma primeira oficina de trabalho internacional sobre pesquisa em saúde. A Primeira Conferência Internacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, realizada em 1994 - de certa forma uma conseqüência daquele evento de 1989 - estabeleceu, entre outras muitas coisas, essa frase singela, mas de enorme significado para a questão de pesquisa em saúde: a política de ciência e tecnologia em saúde deve ser um componente da política nacional de saúde. Efetivar essa idéia significa um esforço de grandes proporções, particularmente no que se refere a superar o modelo bifronte a que me referi acima.

É surpreendente que, apesar da importância da pesquisa em saúde no Brasil, ainda não contemos com uma política estruturada, específica para a saúde. A maioria dos países que contam com esforço significativo de pesquisa em saúde munuiu-se de uma política explícita, geralmente coordenada por uma agência específica. É o caso dos NIH (National Institutes of Health), nos Estados Unidos; do INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale), na França; o Canadian Institutes of Health Research ou o Indian Council of Medical Research, no Canadá. A Alemanha, embora não apresente uma instituição específica, conta com uma política muito claramente estabelecida em torno de uma agenda de prioridades em saúde. Acredito que falta entre nós uma semelhante instância capaz de estruturar uma política nacional de pesquisa em saúde, articulando os diversos atores. Enfim, uma política integrada, configurada em torno de 4 pontos. Primeiro: uma política de ciência e tecnologia em saúde deve ser entendida como um

componente do Sistema Nacional de Inovação. Segundo: uma política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde deve ser implementada como um exercício de lógicas complementares, já que, da perspectiva de seus objetivos, ela deve se nutrir em grande parte das prioridades da política nacional de saúde; e da perspectiva dos seus meios, ela se nutre das regras do fomento em pesquisa, que são distintas das anteriores. Terceiro: a política de ciência, tecnologia e inovação no Brasil deve possuir um forte componente regulatório. Finalmente, quarto aspecto norteador: a abordagem dessa política de pesquisa em saúde deve ser necessariamente uma abordagem setorial, ou seja, capaz de tratar de maneira inclusiva todos os atores da pesquisa em saúde, definida pela finalidade da pesquisa em questão. A Conferência de 1994 já havia delineado esses traços.

Aliás, das deliberações daquela Conferência pouca coisa foi implementada. A atual gestão do governo federal implementou uma delas quando criou no âmbito do Ministério da Saúde a Secretaria Nacional de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Mas é necessário que sejam implementadas novas mudanças e o momento para discuti-las será a II Conferência Nacional, que está programada para ocorrer em junho de 2004.

Quais seriam as diretrizes e ações de uma tal política? Em nosso entendimento, são cinco as diretrizes fundamentais, com destaque para as duas primeiras: objetivar a redução da desigualdade em saúde e orientar-se por padrões éticos no exercício da pesquisa em saúde. A terceira diretriz é a de envolver o conjunto da cadeia de conhecimento, ou seja, não restringir-se à resolução imediata dos problemas do SUS, mas envolver o conjunto dos atores atuantes no processo de pesquisa e inovação. Quarta: promover a sinergia, a integração dos esforços institucionais, através de um exercício de lógicas complementares. E, quinta, fortalecer a capacidade de indução nas ações de fomento à pesquisa em saúde.

Será necessário superar alguns desafios, como o representado pela desarticulação entre as várias tradições históricas que convivem no seio do Ministério da Saúde. Este é um organismo profundamente complexo; ali se acumulam três ou quatro nítidas tradições culturais, construções histórico-institucionais que ali se sedimentaram, que representam evidente complexidade administrativa e política. Tarefa necessária seria fazê-las convergir em prol de uma política pactuada, sustentada. Para modificar este quadro, o ministro Humberto Costa assinou portaria criando o Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação do MS, cuja missão será colocar a coordenação das ações de C&T do MS num patamar adequado. O Conselho será presidido pelo Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos em Saúde. O mesmo vale para as relações do MS com demais integrantes setoriais representados na Esplanada: MCT,

o Ministério da Agricultura, do Meio Ambiente e outros.

Outro importante instrumento a ser acionado se refere à imensa capacidade regulatória do MS, que repousa sobre suas atividades de compra de serviços, equipamentos, vacinas, medicamentos, e que podem vir a contribuir com as ações de fomento para a pesquisa em saúde. Deveremos ainda buscar novos recursos, como os que poderão provir de segmentos econômicos geradores de enorme dívida sanitária com a sociedade, como o é a indústria do tabaco.

Quanto à gestão do fomento, é imprescindível a pactuação entre os diversos atores para a construção de uma agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. As agências de outros países, citadas acima, todas contam com uma agenda a orientar, a induzir a produção de conhecimento e tecnologia de interesse para a saúde. Mas deve ser uma agenda extensiva para que o campo de pesquisa seja igualmente abrangente. É necessário haver lugar para pesquisa tecnológica, estratégica, operacional e, também, para a pesquisa básica.

