

Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde: a Agenda de Prioridades

José da Rocha Carvalheiro*

Faz-se cada vez mais necessário analisar com profundidade as estratégias de uma política relacionada com a pesquisa e o desenvolvimento tecnológico em saúde. No Brasil, uma Conferência Nacional, promovida pelo Ministério de Ciência e Tecnologia em 2001 (MCT, 2001), apropriou-se de um novo discurso: não mais apenas “ciência e tecnologia” (C&T), também “inovação” (CT&I), já no próprio nome da Conferência. No âmbito internacional, torna-se hegemônico o discurso da importância da saúde, e da pesquisa em saúde, para o desenvolvimento dos povos. Existe uma necessidade imperiosa de participar mais intensamente do debate no cenário internacional, questionando o paternalismo explícito nas propostas circulantes e construindo de maneira clara um sistema científico e tecnológico mais maduro. Com resultados concretos no sentido da busca de uma inserção no mundo moderno, regido pelo domínio não apenas do “saber”, mas também do “saber fazer”.

As inovações devem ser consideradas em seu real significado: destinam-se a melhorar as condições de vida e a reduzir as iniquidades, ou “apenas” a melhorar o desempenho econômico de empresas, classes sociais, ou países? É bem verdade que isto aponta para um debate não superado, de como se deve organizar a vida em sociedade, do papel do mercado e da crítica à sua supremacia no mundo atual. O exemplo dos agronegócios, com seu potencial econômico de um setor com grande “competitividade”, é paradigmático: no esforço por ocupar o mercado mundial, o Brasil desenvolveu um modelo de P&D estreitamente a serviço dos grandes produtores/ exportadores, financiado por recursos essencialmente públicos. O setor saúde é contraditório: embora entendido como “social”, participa intensamente no processo de acumulação. Não só pelo dinamismo do terciário da economia, os serviços de saúde; também pela exuberante presença do assim chamado complexo médico-industrial. Derivam daí dificuldades que, se nos dão notoriedade, também nos colocam em xeque nos fóruns internacionais: na interpretação do acordo TRIPS (Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights) se a quebra de patentes dos genéricos; na difícil questão da importação de equipamentos com incorporação tecnológica avançada; nos avanços da informática, da bio-informática, da nanotecnologia, da engenharia genética e da biologia molecular. A Epidemiologia, entendida como “tecnologia não material” de organização

do setor saúde, deve colaborar com as Agências da área da saúde em sua função regulatória e, ainda, zelar pela estrita obediência aos postulados internacionais da ética na pesquisa, facilmente violados por grupos envolvidos na disputa do mercado internacional de equipamentos, medicamentos, vacinas, soros, reagentes e “kits” diagnósticos, etc. Outros elementos recentes no cenário internacional exigem análise urgente: as CRO (“Contract Research Organization” ou “Clinical Research Organization”), multinacionais já instaladas no Brasil, que representam a terceirização da pesquisa, um novo mecanismo de acumulação; a tendência mundial de criação de redes; a chamada “advocacy” por soluções, de grande impacto potencial na redução das iniquidades, que pode ser usada como novo aríete dos interesses das grandes corporações.

Eleição de prioridades temáticas da pesquisa em saúde

Diversas propostas circulam internacionalmente com declarada intenção de encaminhar a definição de prioridades de pesquisa em saúde capazes de contribuir para o desenvolvimento, especialmente dos países pobres. Num país, como o Brasil, do estrato intermediário no âmbito econômico, de acordo com a classificação do Banco Mundial, devemos levar em conta a complexidade do processo de globalização. Não se pode impunemente minimizar a importância de países emergentes que já disputam mercados mundiais de bens com pesada incorporação tecnológica, sejam duráveis ou de consumo: aviões e vacinas recombinantes. Tratando-os no mesmo patamar de análise em que se situam países de estratos econômicos muito baixos.

Os “manuais para estabelecer prioridades de pesquisa” usando a estratégia ENHR (Essential National Health Research), difundidos pelo Council on Health Research for Development (COHRED, 2000), são ilustrados por um conjunto de peneiras dispostas em série que vão tamisando “problemas de saúde”; “questões de pesquisa em saúde”; “prioridades em pesquisa” e, por fim, “áreas de alta prioridade em pesquisa”. Essa imagem visual dá bem idéia da natureza do discurso: parece que pode haver no mundo real de um país complexo uma

* Coordenador da CIP - Coordenação dos Institutos de Pesquisa-SSES/SP

racionalidade que conduz de problemas de saúde a áreas de alta prioridade em pesquisa. Não se cogita na existência de disputas, legítimas ou escusas, num permanente esforço por ocupar espaços.

As tentativas já realizadas no Brasil tiveram sempre vieses decorrentes da encomenda feita a grupos específicos (o que é inevitável!). A questão do poder está sempre presente no ambiente científico, competitivo ao extremo. É imprescindível analisar como se dá o “viés de resposta” nas diversas fases do processo de eleição de prioridades e que limites estabelecer quanto ao resultado final. Como comparar resultados, fruto de um esforço com viés no sentido da “inovação”, com os anteriores; por exemplo, com o que identificou as doenças “emergentes e re-emergentes” como prioritárias.

A definição das prioridades

Embora consideremos imprescindível uma abordagem teórico-conceitual e metodológica de maior rigor, vamos neste momento mencionar apenas o “pragmatismo” do *Ad Hoc Committee on Health Research*, da OMS, em sua proposta dos “5 passos” para o processo decisório de alocação de recursos limitados (GFHR, 2000). Baseia-se na relevância do fardo da doença (*Burden of a health problem*) e no confronto, representado num sistema de eixos de coordenadas, entre a cobertura e a “eficácia combinada” das ações propostas. Há necessidade de fugir de classificações simplistas do campo da pesquisa, baseadas nas “motivações” do investigador: contrastando o avanço “puro” do saber, verdadeira fruição, com o pragmatismo da invenção para “apenas” resolver problemas, conquistar mercados, dominar o mundo. Num campo essencialmente aplicado como o da pesquisa em saúde, sem desmerecer a transcendência de indagações sobre a origem e a natureza da vida, torna-se indispensável explicitar quais são as prioridades e como se chegou a elas.

É ilusório imaginar um processo que simplifique o problema de eleição de prioridades a uma lista única, consensual. Mais sensato é adotar uma abordagem como a proposta pela *Commission on Health Research for Development* (GFHR, 2000). Em suas diversas aplicações, geralmente identificou “áreas prioritárias”: problemas de doenças, dos serviços de saúde e sócio-culturais (Tanzania, 1999); agenda de pesquisa para comportamento em saúde, para sistema de saúde, doenças transmissíveis, demografia, medicamentos & indústria, ambiente & saúde ocupacional, alimentos e nutrição, doenças não transmissíveis (Indonésia, 2000-2005). Em alguns casos o método foi mais específico com relação a doenças e agravos prioritários: violência & trauma, tuberculose, nutrição, HIV/AIDS, DST, câncer, doenças diarreicas, infecções respiratórias, saúde mental, malária (África do Sul, 1999). De qualquer modo, os modelos atualmente

mais aceitos pela comunidade científica indicam que um **campo científico** é socialmente construído. Para cada área de ação o campo científico exhibe uma arquitetura particular, quase impossível de definir e padronizar como um procedimento normativo.

Nesta questão devem ser considerados: o conceito de “campo” de Bourdieu (In Bakirtzief, 2001) ; a “produção social do objeto científico”, de Latour & Woolgar (1997); as Redes de Callon (1989) e os “representantes” de campos especiais de uma área disciplinar científica ou tecnológica no complexo processo de criação (as bibliotecas, as revistas, os livros, mas também os equipamentos por mais complexos ou simples, como um termômetro, representam toda a complexidade do desenvolvimento da ciência); as idéias de Fleck (1979), especialmente a questão da “origem e evolução” de fatos científicos e o poder de fecundação das interfaces e das “más interpretações”. Há ainda um longo caminho a percorrer antes de chegarmos a um porto seguro.

Referências

- BAKIRTZIEF, Z (2001) Conhecimento científico e controle social: a institucionalização do campo da Hanseníase (1897-2000). Tese de Doutorado em Psicologia Social, PUC, São Paulo, mimeo.
- CALLON, M (1989) La science et ses réseaux: genèse et circulation des faits scientifiques. Paris: Éditions La Découverte.
- COHRED (2000) A manual for research priority setting using the ENHR strategy. Geneva: COHRED Document 2000. 3.
- FLECK, L (1979) Genesis and Development of a Scientific Fact. Chicago: The University of Chicago Press.
- GFHR (2000) The 10/90 Report on Health Research. Geneva: Global Forum for Health Research.
- LATOUR, B. & WOOLGAR, S. (1997) A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- MCT (2001) Ciência, tecnologia e inovação: desafio para a sociedade brasileira. Brasília: Ministério da Ciência e Tecnologia / Academia Brasileira de Ciências.

