

Agenda Nacional de Prioridades na Pesquisa em Saúde no Brasil (ANPPS): foco na subagenda 18 – Promoção da Saúde¹

National Agenda of Priorities in Health Research (NAPHR): focus on agenda 18 – Health Promotion

Marco Akerman

Livre-Docente. Professor Titular da Faculdade de Medicina do ABC e da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Endereço: Av. Príncipe de Gales, 821, CEP 09060-650, Santo André, SP, Brasil.

E-mail: marco.akerman@gmail.com

André Fischer

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina do ABC.

Endereço: Av. Príncipe de Gales, 821, CEP 09060-650, Santo André, SP, Brasil.

E-mail: andrefischers@yahoo.com.br

¹ Este artigo foi o resultado de processo apoiado e financiado pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), Departamento de Ciência e Tecnologia, (DECIT).

Resumo

A Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde tem como pressuposto “respeitar as necessidades nacionais e regionais de saúde e aumentar a indução seletiva para a produção de conhecimentos...” A ANPPS está composta por 24 subagendas de pesquisa em saúde. O presente artigo narra o processo desenvolvido em 2010 para revisar a ANPPS publicada em 2006 no que concerne à subagenda 18 - Promoção da Saúde. Os resultados do processo de priorização são narrados de maneira incremental, buscando mostrar os passos trilhados por meio do relato dos fatos, acontecimentos e diálogos efetuados entre pesquisadores e gestores. Oitenta e seis pessoas foram convidadas a participar, das quais 34 pessoas não responderam e 52 aceitaram o convite e participaram. Foram desenvolvidos dez passos para o processo de priorização, sendo definidos cinco eixos temáticos e 34 linhas de pesquisa e 10 prioridades foram definidas. São analisadas as consequências em curto, médio e longo prazo desse processo de priorização.

Palavras chaves: Promoção da saúde; Prioridades em pesquisa; Agenda nacional de pesquisas.

Abstract

One of the aims of the National Agenda of Priorities in Health Research (NAPHR) is “to respect national and regional health needs and increase the selective induction for producing knowledge...”. The NAPHR is composed of 24 sub-agendas for health research. This article shows the process developed in 2010 to review the ANPPS published in 2006 regarding sub-agenda 18 - Health Promotion. The results of the prioritization process are narrated incrementally in order to show the steps taken by reporting the facts, events and dialogues that took place between researchers and managers. A total of 86 people were invited to take part, 34 of whom did not respond and 52 accepted the invitation and participated fully. We developed 10 steps in the process of prioritizing, with five priority themes, 34 lines of research and ten priorities defined. The consequences in the short-, medium- and long term of this prioritizing process are analyzed.

Keywords: Health Promotion; Research Priorities; National Research Agenda.

Introdução

A primeira rodada da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS) foi realizada no Brasil entre 2003 e 2004 e publicada em 2006; em 2010 ela foi revisada. O presente trabalho apresenta esse exercício de revisão com o foco na subagenda 18 - Promoção da Saúde, uma dentre as 24 subagendas revisadas (Brasil, 2006).

A Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde tem como pressuposto “respeitar as necessidades nacionais e regionais de saúde e aumentar a indução seletiva para a produção de conhecimentos e bens materiais e processuais nas áreas prioritárias para o desenvolvimento das políticas sociais” (Brasil, 2008, p. 13). Essa agenda constituiu-se como o primeiro exercício de definição de prioridades de pesquisa em saúde realizada no Brasil.

A ANPPS está composta por 24 subagendas de pesquisa em saúde (Ministério da Saúde, 2008): (1) saúde dos povos indígenas; (2) saúde mental; (3) violência, acidentes e traumas; (4) saúde da população negra; (5) doenças não transmissíveis; (6) saúde do idoso; (7) saúde da criança e do adolescente; (8) saúde da mulher; (9) saúde dos portadores de necessidades especiais; (10) alimentação e nutrição; (11) bioética e ética na pesquisa; (12) pesquisa clínica; (13) complexo produtivo da saúde; (14) avaliação de tecnologias e economia da saúde; (15) epidemiologia; (16) demografia e saúde; (17) saúde bucal; (18) promoção da saúde; (19) doenças transmissíveis; (20) comunicação e informação em saúde; (21) gestão do trabalho e educação em saúde; (22) sistemas e políticas de saúde; (23) saúde, ambiente, trabalho e biossegurança; (24) assistência farmacêutica.

Não são muitos os estudos que se debruçaram sobre a priorização de temas de pesquisa em promoção da saúde (Guedes e Ferreira Júnior, 2010; Lira e col., 2009; Silva e col., 2007), o que evidencia a necessidade de realização de exercícios mais ampliados que indiquem prioridades de pesquisa nesse campo.

O glossário de orientação contido em “Seleção de prioridades de pesquisa em saúde - Guia PPSUS” (Brasil, 2008) traz a seguinte definição de promoção da saúde que balizou o processo de priorização dos eixos e linhas de pesquisa para a subagenda 18:

A promoção da saúde consiste em proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma. Para alcançar um estado adequado de bem-estar físico, mental e social um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar suas aspirações, de satisfazer suas necessidades e de modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser percebida, pois, não como o objetivo, e sim como a fonte de riqueza da vida cotidiana. Trata-se, portanto, de um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (OPAS, 1987, p. 1).

Os resultados do processo de priorização serão narrados de maneira incremental, buscando mostrar os passos trilhados através do relato dos fatos, acontecimentos e diálogos efetuados.

O pesquisador - no caso, aqui, “o priorizador” - coloca-se mais como um recolhedor das experiências, inspirado pela vontade de priorizar coletivamente, do que como um analisador à cata de explicações (Dutra, 2002; Lira e col., 2003).

Contexto para a priorização em pesquisa

Priorizar é fazer escolhas. Toda escolha implica renúncias, consequências e responsabilidades. As escolhas podem ser desenvolvidas, exclusivamente, dentro de um marco tecnoburocrático imposto por critérios de racionalidade econômica ou serem pautadas por um conjunto de valores éticos e sociais de interesse público comprometidos com um propósito claro de melhorar a vida de contingentes importantes da população (Santos, 2008; Fleury, 2011). Nesse sentido, e fazendo a opção implicada e comprometida com as necessidades sociais, as agendas de pesquisa precisam refletir perguntas que interroguem qual política ou qual procedimento seria mais eficaz e mais efetivo em determinado contexto, diante de problemas específicos, e para qual população (Guimarães e col., 2006; Santos e col., 2010).

Entretanto, quando se observa a “vida real”, parece que não é isso que acontece. Um relatório publicado pela Organização Mundial da Saúde mostra dissonâncias entre o financiamento destinado à pesquisa em saúde e a carga de doenças que afeta a população mundial. Esse “desequilíbrio é conhecido como *gap 10/90*, significando que menos de 10% dos recursos financeiros de origem pública e privada que são destinados à pesquisa em saúde são direcionados para estudos em doenças e agravos que correspondem a 90% dos problemas de saúde que afetam a população mundial. O *gap 10/90* tem elevado custo econômico e social e é agravado pelo fato de que mesmo os 10% disponíveis não estão sendo utilizados em áreas nas quais poderiam assegurar maior impacto na saúde. A expressão *gap 10/90* tornou-se um símbolo mundial que tenta qualificar a profunda iniquidade existente no âmbito da pesquisa em saúde decorrente da assimetria na distribuição de recursos financeiros para o fomento científico e tecnológico em saúde” (Global Fórum for Health Research, 1999, p. 29).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988, no Capítulo da Saúde, indica no Artigo 200, Inciso V, entre as competências do Sistema Único de Saúde (SUS) o incremento do desenvolvimento científico e tecnológico no campo da saúde. Em 2000, o Ministério da Saúde (MS) estruturou o Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) e, em 2003, criou a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE). Esses caminhos institucionais deram sustentação política, operacional e financeira para a discussão de uma Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) que apoiou chamadas para a construção de uma Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. A política e a agenda caracterizam-se como instrumentos de gestão para a SCTIE e servem para balizar as ações de fomento à pesquisa realizada pelo MS (Brasil, 2006, 2008; Santos e col., 2010; Santos, 2008).

Os princípios e valores da PNCTIS anunciam seu compromisso ético-político em atender às necessidades sociais e na aposta pela inversão do *gap 10/90* no Brasil: (1) compromisso ético e social de melhoria das condições de saúde da população brasileira; (2) contribuir para a superação de todas as formas de desigualdade e discriminação (regionais, sociais,

étnicas, de gênero e outras); (3) respeito à vida e à dignidade das pessoas; (4) assegurar o desenvolvimento e implementação de padrões elevados de ética na pesquisa em saúde; (5) fortalecer o princípio da pluralidade na abertura a todas as abordagens filosóficas e metodológicas adequadas ao avanço do conhecimento; (6) inclusão do cidadão na sociedade do conhecimento, por meio da educação científica, tecnológica e cultural; e (7) estímulo ao controle social (Global Forum for Health Research, 2004, 2005).

Pontos de partida

As primeiras prioridades da agenda de pesquisa em “promoção da saúde” foram estabelecidas em 2003 e 2004, sendo referendadas pela 2ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia. Nossa subagenda, agora chamada Promoção da Saúde, foi denominada, em 2003 e 2004, “Fatores de Risco”, e cremos que este termo “deu o tom” para a definição das linhas de pesquisa prioritárias que estão marcadas pelo “conceito de risco”. Um dos autores do presente artigo (Marco Akerman) participou da primeira edição da ANPPS, em 2003, como membro do grupo “fatores de risco”.

A Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, publicada em 2006 pelo Ministério da Saúde, mostra para a subagenda 18 - Promoção da Saúde quatro grupos temáticos e 20 linhas de pesquisa (Brasil, 2006).

O Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT), órgão do Ministério da Saúde, que liderou o processo de priorização, entendeu que depois de três anos da aprovação da ANPPS em 2004 seria necessário avaliar em que medida o fomento realmente ajustou-se às subagendas que a compõem e rever a oportunidade para a elaboração de uma nova agenda. Iniciou a revisão em exercícios internos com a eliminação de redundâncias; eliminação de menções a problemas particulares de saúde; simplificação dos tópicos; eliminação de aspectos pouco claros e a indicação de procedimentos metodológicos específicos para a condução das pesquisas. Mas, tendo em vista o amplo processo participativo no qual ocorreu o processo de elaboração e aprovação da ANPPS, o DECIT respeitou e manteve todos os tópicos de pesquisa

indicados. Buscou-se apenas reduzir as duplicações e identificar o tema contido em cada uma das propostas, eliminando a menção a tipos específicos de pesquisa, abordagens, princípios já contidos na política de ciência, tecnologia e inovação em saúde e outros adendos que não diziam respeito diretamente aos temas de pesquisas. Esse procedimento, além de permitir uma visão mais adequada no escopo e da abrangência das subagendas, foi reputado como fundamental para possibilitar a classificação dos projetos financiados segundo cada um dos itens das subagendas.

O Quadro 1 mostra essa revisão, que redundou nos seguintes eixos e linhas de pesquisa para a subagenda 18.

Na revisão da ANPPS, desenvolvida em 2010, Marco Akerman foi convidado a coordenar a subagenda 18 por Leonor Maria Pacheco Santos, diretora do DECIT à época, que destacou o papel da agenda como “uma ferramenta técnica política para priorização de temas de pesquisa em saúde e que teve sua primeira edição em 2003 e aprovada em 2004 durante a II Conferência Nacional de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde, a partir da contribuição de mais de 1.000 pessoas, entre pesquisadores, gestores e representantes de usuários. Passados sete anos da criação da ANPPS faz-se necessário atualizar essa ferramenta e definir as prioridades de pesquisa em saúde para os próximos anos” (Santos e col., 2010).

O segundo passo foi definir o grupo de pessoas de referência para o exercício de priorização. Foram contatados inicialmente: (1) os 17 participantes do grupo “fatores de risco” que realizaram as prioridades da primeira edição da agenda em 2003 (10 pesquisadores, 7 gestores); (2) pesquisadores que coordenaram projetos de promoção da saúde financiados pelo DECIT; (3) os membros do GT de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Local, Integrado e Sustentável da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco); (4) autores de artigos conceituais que possuíam o descritor “promoção da saúde” no título, localizados a partir da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), ano referência 2000-2010; e (5) gestores de serviços de saúde.

2 Comunicação pessoal em correspondência de Leonor Maria Pacheco Santos enviada a Marco Akerman, em 2010.

Quadro 1 - Eixos e linhas de pesquisa da Sub-Agenda 18 em 2006

18.1. MAGNITUDE, DINÂMICA E COMPREENSÃO DOS AGRAVOS E EVENTOS

- 18.1.1 Conceito de saúde, qualidade de vida, políticas e práticas de promoção da saúde e fatores de proteção e de risco.
- 18.1.2 Determinantes biopsicossociais e culturais dos problemas de saúde e da distribuição dos riscos, redes sociais, suporte social, desigualdade regional, discriminação.
- 18.1.3 Validação e síntese de conhecimentos e tecnologias de promoção da saúde produzidos no país e no exterior.
- 18.1.4 Exposição diferenciada a situações de risco (ruído, sedentarismo, desemprego, drogadição e obesidade, poluição, dentre outros), segundo condições e modos de vida de grupos populacionais específicos.
- 18.1.5 Influências do processo de reprodução social como fator de risco para a saúde.
- 18.1.6 Exclusão social, ambiental e vulnerabilidade.
- 18.1.7 Percepção de risco dos usuários quanto aos efeitos colaterais e contraindicações de medicamentos.
- 18.1.8 Escolaridade e riscos sanitários da população brasileira.
- 18.1.9 Estudos socioantropológicos do processo saúde-doença e atenção à saúde.

18.2 ORGANIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS, PROGRAMAS E SERVIÇOS

- 18.2.1 Efeitos adversos das práticas de prevenção e controle de riscos desenvolvidos pelo sistema de saúde (iatrogenias).
- 18.2.2 Novas formas de gestão do Estado e políticas públicas, intersetorialidade e a redefinição do papel do Estado e sociedade na promoção da saúde e da qualidade de vida.
- 18.2.3 Políticas públicas, melhoria da qualidade de vida e promoção da saúde.
- 18.2.4 Políticas de regulação da produção, promoção e consumo de alimentos, medicamentos, hemoderivados e outros produtos e tecnologias com efeitos na saúde.
- 18.2.5 Avaliação de práticas de promoção da saúde e prevenção de riscos em programas de saúde.
- 18.2.6 Avaliação do papel do agente comunitário de saúde no desenvolvimento da autonomia dos sujeitos coletivos.
- 18.2.7 Estudos sobre a inter-relação das políticas de promoção de saúde com outras políticas que estão sendo colocadas no âmbito nacional e internacional para melhoria da qualidade de vida.

18.3. AVALIAÇÃO, DESENVOLVIMENTO E APLICAÇÃO DE TECNOLOGIAS

- 18.3.1 Avaliação de desenvolvimento de tecnologias usadas nas práticas de educação e saúde.
- 18.3.2 Desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos responsáveis pelas maiores taxas de morbimortalidade.

18.4. INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE/ SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

- 18.4.1 Avaliação de informações divulgadas para a população em atividades de promoção da saúde.
- 18.4.2 Desenvolvimento de metodologias e instrumentos de comunicação social para difusão de informações, conhecimentos e práticas de promoção da saúde em todos os meios de comunicação.

Esse processo redundou na identificação de 86 pessoas (46 das regiões Sul e Sudeste, 40 de outras regiões brasileiras; 37 do GT Abrasco, 39 de fora do GT; 24 gestores), convidadas a participar do exercício de priorização por meio de convite enviado pelo DECIT em outubro de 2010. Dos 86 convidados abordados, 34 não responderam ao convite e 52 aceitaram participar.

Pontos de chegada

Essas 52 pessoas receberam, por *e-mail*, as primeiras instruções contextualizando a tarefa e sugerindo um cronograma de trabalho, de três semanas.

- Primeira semana (até 26 de outubro): analisar as linhas atuais propostas e fazer sugestões de inclusão de novas linhas de pesquisa não contempladas na atual subagenda;

- Segunda semana (até 2 de novembro): propor modificações, ou não, na forma como está atualmente estruturada a subagenda, subdividida assim: 18.1. magnitude, dinâmica e compreensão dos agravos e eventos; 18.2. organização e avaliação de políticas, programas e serviços; 18.3. avaliação, desenvolvimento e aplicação de tecnologias; 18.4. informação e comunicação em saúde /sistemas de informação e excluir, ou não, as linhas anteriormente estabelecidas;
- Terceira semana (até 10 de novembro): circular entre todos o produto das primeiras duas semanas para sugestões e conformação da proposta da nossa subagenda.

Das 52 pessoas que aceitaram, 44 participaram efetivamente (30 das regiões Sul e Sudeste, 14, outras regiões). O método Delphi, do qual especialistas participam em rodadas sucessivas de análise e reanálise dos temas em questão, serviu como marco metodológico da consulta.

O método Delphi é um procedimento metodológico estritamente prospectivo, objetiva a análise de ideias sobre o futuro em consulta a um grupo de especialistas em um campo do conhecimento, com vistas a encontrar um consenso de opinião. Foi usado no início dos anos cinquenta dentro do centro de pesquisa dos EUA Rand Corporation, por Olaf Helmer e Theodore Gordon J, no início da Guerra Fria, para investigar o impacto da tecnologia na guerra e, mais tarde, como uma ferramenta para fazer previsões de um desastre nuclear. O Delphi inicia com a seleção de um grupo de especialistas que são convidados a dar um parecer sobre questões relativas a eventos futuros. As estimativas de especialistas são feitas em rodadas sucessivas, a fim de buscar um consenso, mas com o máximo de autonomia dos participantes. Portanto, o poder preditivo do Delphi é baseado no uso sistemático de uma visão intuitiva, dada por um painel de especialistas. É desenvolvida essencialmente através do diálogo com especialistas, com a ajuda de questionários sucessivos (Rodríguez Perón e col., 2010, p. 215).

A participação das pessoas (basicamente por meio de *emails* e um grupo no Gmail) redundou em 39 respostas. Algumas pessoas se aglutinaram em grupos e enviaram contribuições conjuntas: Secre-

taria de Vigilância em Saúde/MS, Fiocruz, Núcleo Centro-Oeste do Grupo de Trabalho de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável (GT de PS e DLIS) da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Centro de Documentação em Cidades Saudáveis (CEPEDOC), Instituto Nacional de Câncer MS-INCA/Convenção Quadro para Controle do Tabaco. Na fase de priorização final, 26/44 “votaram” para eleger as dez prioridades.

A seguir são apresentados os passos desenvolvidos nas primeiras e segundas rodadas do exercício de priorização, dando-se destaque a alguns depoimentos selecionados dos participantes que atestam o caráter dialógico do exercício.

Exercício de síntese das contribuições enviadas na primeira e segunda rodadas pelos membros participantes

1º passo: cotejadas as 20 linhas de pesquisa, definidas com o exercício de revisão liderada por Rita Barradas Barata, em 2007 - 12 linhas de pesquisa que foram subdivididas em três grandes grupos temáticos.

2º passo: adoção de um novo grupo temático sugerido nas rodadas de contribuições, agora em 2010, pelos membros participantes: ENFOQUES TEÓRICOS METODOLÓGICOS.

Observando o desenho das outras subagendas, várias delas trabalham com o item enfoque teórico-metodológico. Como já recebemos sugestões de linhas dentro desse contorno, poderíamos agregar esse item à estrutura geral. Nesse aspecto prefiro uma formulação plural: “enfoques teórico-metodológicos”, fazendo o reconhecimento da diversidade da área, por vezes, portando, facetas antagônicas. Esse tópico incluiria tanto estudos mais conceituais quanto estudos históricos, afinal os conceitos são atravessados e mesmo constituídos por uma materialidade histórica e institucional, não é? (contribuição de João Leite Ferreira Neto, membro do grupo de discussão da subagenda 18).

Mais do que nas outras subagendas, nesta, esta questão se coloca como prioritária e se pautando pelas sugestões em processo de construção coletiva, desde 2009. Vamos romper com a fragmentação dis-

ciplinar, vamos ousar com uma abordagem voltada para os desafios da nossa contemporaneidade. Não se deve buscar conhecer algo complexo do ponto de vista fragmentado. Será a partir de uma abordagem complexa/sistêmica que se deve fazer pesquisa para a promoção da saúde. Também, deve-se salientar que não basta trabalhar com a triangulação de métodos, mas tem que ir além para se colocar uma questão epistemológica, de quem faz e para que faz. E, assim, além de abordagens/métodos distributivos/quantitativos, qualitativos/estruturais e dialéticos/participativos, tem-se que trabalhar com a dialógica, a recursividade, a incerteza, e a autopoiese (autofazer-se), no dizer do Villasante, com uma “avaliação participativa socioprática”, que vai além do método, abrindo para a criatividade necessária, dando lugar aos paradoxos da práxis cotidiana das redes envolvidas - uma investigação de segunda ordem. Portanto, uma mudança paradigmática de pesquisa, onde o trabalho de campo e a análise têm que ser aberta - ações-reflexões dos paradoxos e da reflexividade das tetrapraxis (contribuição de Joselma Cordeiro, membro do grupo de discussão da subagenda 18).

3º passo: substituição no segundo grupo temático MAGNITUDE, DINÂMICA E COMPRENSÃO DOS AGRAVOS E EVENTOS da expressão “agravos e eventos” por “dos determinantes sociais, políticos, econômicos e ambientais da saúde”.

Concordo com a ideia de aglutinar as dimensões afins em enfoques teórico-metodológicos e, mais ainda, com o imperativo de se colocar a questão dos determinantes sociais como dimensão norteadora da agenda (contribuição de Fátima Pivetta, membro do grupo de discussão da subagenda 18).

4º passo: inclusão da expressão “desenvolvimento de novas tecnologias” e das palavras “efetividade”, “redes”, “práticas” e da expressão “sua capacidade de promover equidade” no terceiro grupo temático ORGANIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS, PROGRAMAS E SERVIÇOS.

Como o nosso processo de formulação e implementação de uma política de promoção da saúde ainda não é hegemônico, a ênfase na avaliação tem que ser de processo, conjugado com a questão de mudança de paradigma metodológico de pesquisa e não o enfoque em avaliação de efetividade, quan-

do a eficiência e a eficácia de políticas ainda não implementadas, ou seja, na prática, deixam muito a desejar (outra contribuição de Joselma Cordeiro).

5º passo: mudança do quarto grupo temático INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE/ SISTEMAS DE INFORMAÇÃO para “metodologias e tecnologias de produção, comunicação e apropriação do conhecimento e da informação para promoção da saúde”.

6º passo: inclusão de um novo grupo temático, IMPLEMENTAÇÃO DA CONVENÇÃO QUADRO DA OMS PARA CONTROLE DO TABACO NO BRASIL, sugerida agora em 2010, pelos membros participantes.

Nossa proposta é incluir na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa - Promoção da Saúde um tópico voltado para pesquisas que subsidiem a implementação da Convenção Quadro da OMS para Controle do Tabaco no Brasil. A adesão do Brasil à Convenção [...] do Tabaco foi ratificada pelo Congresso Nacional em 2005 e promulgada pelo presidente em 2006. Com isso, no Brasil a internalização das medidas intersetoriais previstas nesse tratado de saúde pública tornou-se a Política Nacional de Controle do Tabaco, uma obrigação legal para o Estado Brasileiro. Alguns dos artigos dessa Convenção (20 e 21) tratam de pesquisas para subsidiar a implementação desse tratado. Tomo a liberdade de enviar em anexo um documento sobre a Convenção e sobre a importância da pesquisa para sua implementação (contribuição de Tânia Cavalcanti, do MS, Liz Almeida, chefe da Divisão de Epidemiologia, e Valeria Cunha, chefe da Divisão de Controle do Tabagismo do Inca, membros do grupo de discussão da subagenda 18).

7º passo: inserção por critérios de afinidade com os grupos temáticos das novas linhas sugeridas, agora em 2010, pelos membros participantes.

8º passo: eliminação de redundâncias, eliminação de menções a problemas particulares de saúde, a não ser em situações em que tais menções se justificassem, simplificação dos tópicos, eliminação de aspectos pouco claros, e da indicação de procedimentos metodológicos específicos para a condução de pesquisas.

O Quadro 2 apresenta como ficou a agenda após essas rodadas de consulta, que contemplaram 5 eixos temáticos e 34 linhas de pesquisa.

Quadro 2 - Eixos e linhas de pesquisa para a Subagenda 18 que resultaram do processo de consulta, 2010

18.1 ENFOQUES TEÓRICOS-METODOLÓGICOS

18.1.1. Estudos históricos e socioantropológicos da relação saúde e sociedade, processo saúde-doença, qualidade de vida, atenção à saúde, integralidade.

18.1.2. Estudos metodológicos e os modos de produção de conhecimento, políticas e práticas (escolhas) em promoção da saúde.

18.1.3. Estudos empíricos e conceituais sobre as categorias de autonomia, protagonismo, empoderamento, território, participação e controle social, intersetorialidade, interdisciplinaridade nas políticas e práticas em promoção da saúde.

18.1.4. Estudos sobre o impacto das políticas públicas, em geral, e das grandes obras, em particular, sobre a equidade em saúde, especialmente em territórios urbanos vulneráveis.

18.1.5. Estudos das conexões entre saúde e desenvolvimento (ambiente, urbanização, mudança climática, saturação dos ecossistemas, biodiversidade, alimentação orgânica etc.).

18.1.6. Estudos sobre desenvolvimento local, empoderamento comunitário e capital social.

18.1.7. Validação e síntese de conhecimentos e tecnologias de promoção da saúde produzidos no país e no exterior.

18.2. MAGNITUDE, DINÂMICA E COMPREENSÃO DOS DETERMINANTES SOCIAIS, POLÍTICOS, ECONÔMICOS E AMBIENTAIS DA SAÚDE

18.2.1. Desenvolvimento de métricas que favoreçam identificar iniquidades em saúde entre territórios, dentro dos territórios, em espaços regionais do SUS, entre grupos populacionais, em grupos étnicos, em povos tradicionais (quilombolas, povos do campo e da floresta, caiçaras etc.) de gênero etc., para influenciar políticas que promovam a equidade.

18.2.2. Determinantes econômicos, bio-psicossociais e culturais dos problemas de saúde e da distribuição dos riscos, redes sociais, suporte social, desigualdade regional, discriminação.

18.2.3. Urbanização como determinante da saúde (governança urbana; mobilização urbana; territórios urbanos vulneráveis; etc.).

18.2.4. Saúde, direitos humanos, inclusão social, justiça social e ambiental.

18.2.5. Estilos de vida e itinerários coletivos.

18.3. ORGANIZAÇÃO, DESENVOLVIMENTO DE NOVAS TECNOLOGIAS E AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DE REDES, POLÍTICAS, PROGRAMAS, SERVIÇOS E PRÁTICAS E DE SUA CAPACIDADE DE PROMOVER EQUIDADE

18.3.1. Novas formas de financiamento, gestão e orçamento de políticas públicas e promoção da saúde; redefinição do papel do Estado e da sociedade na promoção da saúde e da qualidade de vida.

18.3.2. Avaliação e monitoramento da Política Nacional de Promoção da Saúde e suas redes.

18.3.3. Construção de indicadores, painéis e observatórios de monitoramento da promoção da equidade em saúde.

18.3.4. Avaliação da efetividade, custo-efetividade e capacidade de promover equidade de programas de promoção da saúde (atividade física, prevenção de violências, acidentes e uso abusivo de álcool e drogas, alimentação saudável etc.).

18.3.5. Mapeamento, avaliação e monitoramento dos diferentes cenários/estratégias/práticas (*settings*: município, escolas, universidades, empresas, serviços de saúde, habitação, mercados, fronteiras etc.) que fortalecem a intersetorialidade, a participação da comunidade e a gestão participativa para a promoção da saúde.

18.3.6. Desenvolvimento/validação de ferramentas para instrumentalizar gestores e trabalhadores para promoção da saúde.

18.3.7. Avaliação de novas tecnologias em promoção da saúde e novas experimentações em promoção da saúde nos territórios (governança e práticas horizontais em promoção da saúde; tecnologias para a promoção da saúde de grupos vulneráveis e em situações de exclusão social).

18.3.8. - Promoção da saúde e novas ergonomias (mudanças nas relações entre trabalho e lazer com as novas tecnologias; o trabalhador em serviços e a relação com atividade mental x atividade física; saúde mental e comportamento nas relações do trabalho e vida familiar).

18.3.9. Avaliação de programas corporativos em promoção da saúde de empresas privadas e o impacto de iniciativas de responsabilidade social empresarial em projetos comunitários.

18.3.10. Organização e processo de trabalho em iniciativas de promoção da saúde no contexto da atenção primária em saúde e da reorientação dos serviços de saúde (apoio matricial em promoção da saúde às equipes de saúde; interface com outras políticas, como o HumanizaSUS).

(continua)

Quadro 2 - Eixos e linhas de pesquisa para a Subagenda 18 que resultaram do processo de consulta, 2010 (continuação)

18.4. METODOLOGIAS E TECNOLOGIAS DE PRODUÇÃO, COMUNICAÇÃO E APROPRIAÇÃO DO CONHECIMENTO E DA INFORMAÇÃO PARA PROMOÇÃO DE SAÚDE

18.4.1. Métodos e linguagens para a produção/circulação/apropriação de conhecimento e informação sobre saúde, modos de vida e vulnerabilidades socioambientais.

18.4.2. Avaliação de informações divulgadas para a população em atividades de promoção da saúde.

18.4.3. Processo de formação e questões pedagógicas em promoção da saúde na educação infantil, ensino fundamental, médio, profissionalizante, técnico, na graduação dos profissionais de saúde, na pós-graduação e nos serviços de saúde.

18.4.4. Identificação e análise de aspectos relacionados a teorias, abordagens e *settings* em promoção da saúde em atividades de ensino, pesquisa e intervenções.

18.4.5. Desenvolvimento de metodologias e instrumentos de comunicação social para difusão de informações, conhecimentos e práticas de promoção da saúde em todos os meios de comunicação.

18.4.6. Ética em promoção da saúde (limites da regulação do comportamento).

18.5. IMPLEMENTAÇÃO DA CONVENÇÃO QUADRO DA OMS PARA CONTROLE DO TABACO NO BRASIL

18.5.1. Perfil do tabagismo no Brasil e seu impacto sobre a saúde.

18.5.2. Estudos sobre o impacto do tabagismo no Brasil.

18.5.3. Estudos sobre determinantes do tabagismo no Brasil.

18.5.4. Exposição à fumaça ambiental de tabaco.

18.5.5. Estudos sobre danos sanitários, ambientais e econômicos relacionados à produção de fumo no Brasil.

18.5.6. Avaliação do impacto de medidas da Convenção Quadro para Controle do Tabaco.

9º passo: todos os participantes receberam instruções para o processo de priorização de 10 linhas de pesquisa dentre as 34 estabelecidas pelas rodadas anteriores informando aos participantes que a de número 1 seria a de maior prioridade e a de número 10 a de menor prioridade

Foram selecionadas as prioridades a partir das escolhas de 26 participantes que votaram cada um em dez prioridades de sua preferência, classificando-as de acordo com o número de votos.

1ª prioridade - 18.3.5. Mapeamento, avaliação e monitoramento das intervenções de promoção da saúde em diferentes cenários (municípios, escolas, universidades, empresas, serviços de saúde, habitação, mercados, fronteiras, entre outros).

2ª prioridade - 18.4.3. Mapeamento e avaliação do processo de formação e questões pedagógicas em promoção da saúde na educação infantil, ensino fundamental, médio, profissionalizante, técnico, na graduação dos profissionais de saúde, na pós-graduação e nos serviços de saúde.

3ª prioridade - 18.3.10. Organização e processo de trabalho em iniciativas de promoção da saúde no contexto da atenção primária em saúde e da reorientação dos serviços de saúde (apoio matricial em promoção da saúde às equipes de saúde; interface com outras políticas, como o HumanizaSUS).

4ª prioridade - 18.3.4. Avaliação da efetividade, custo-efetividade e capacidade de promover equidade de programas de promoção da saúde (atividade física, prevenção de violências, acidentes e uso abusivo de álcool e drogas e alimentação saudável, entre outros).

5ª prioridade - 18.3.7. Avaliação de novas tecnologias em promoção da saúde e novas experimentações em promoção da saúde nos territórios (governança e práticas horizontais em promoção da saúde; tecnologias para a promoção da saúde de grupos vulneráveis e em situações de exclusão social).

6ª prioridade - 18.1.3. Estudos empíricos e conceituais sobre as categorias de autonomia, protagonismo, empoderamento, território, participação e

controle social, intersetorialidade, interdisciplinaridade nas políticas e práticas em promoção da saúde.

7ª prioridade - 18.2.3. Urbanização como determinante da saúde (governança urbana; mobilização urbana; territórios urbanos vulneráveis etc.).

8ª prioridade - 18.1.4. Estudos sobre o impacto das políticas públicas, em geral, e das grandes obras, em particular, sobre a equidade em saúde, especialmente em territórios urbanos vulneráveis.

9ª prioridade - 18.3.2. Avaliação e monitoramento da Política Nacional de Promoção da Saúde e suas redes.

10ª prioridade - 18.3.1. Novas formas de financiamento, gestão e orçamento de políticas públicas e promoção da saúde; redefinição do papel do Estado e da sociedade na promoção da saúde e da qualidade de vida.

A título de conclusão: alguns comentários sobre o processo de consulta e as prioridades indicadas

Pois bem, escolhas foram feitas! Toda escolha implica renúncia ou busca genuína da melhor alternativa. E toda escolha tem consequências em curto, médio e longo prazos.

Para as de médio e longo prazos teremos de aguardar. Essas escolhas serão financiadas? Essas escolhas favorecerão a criação de linhas de pesquisa em programas de pós-graduação? Essas escolhas propiciarão que a vida melhore?

No curtíssimo prazo, já foi vocalizado, por parte de alguns gestores que participaram do processo, algum grau de insatisfação com a ordem da lista: “preferia lista invertida”, disse um dos gestores, manifestando para ele que as prioridades 10ª, 9ª, 8ª da lista final, respectivamente, financiamento, avaliação e impacto de grandes obras sobre a saúde lhes parecia mais adequado que fossem as três primeiras, pois eram muito mais preocupações da gestão do que as 1ª, 2ª e 3ª, respectivamente, mapeamento, avaliação e monitoramento das intervenções de promoção da saúde em diferentes cenários; mapeamento e avaliação do processo de formação e questões pedagógicas em promoção da saúde; e

organização e processo de trabalho em iniciativas de promoção da saúde.

Parece-nos que as três primeiras prioridades estão mais no campo do “diagnóstico” (academia?) e as três últimas no campo da “terapêutica” (gestão?), isso talvez refletindo a “votação” final, na qual havia mais profissionais que trabalhavam nas universidades do que na gestão.

Reconhecer esse “viés” não invalida o processo, apenas explicita interesses e tendências. Parece que priorizar também é um ato político. Antes de tudo uma tomada de decisão necessária.

E como bem pontua Funtowicz e Ravetz, em seu seminal artigo *Uncertainty, complexity and post-normal science* (“Incerteza, complexidade e ciência pós-normal”): “nenhum grupo ou disciplina, mesmo que bem-sucedidos no passado, irá tomar sozinho decisões definitivas ou únicas, pois os fatos são incertos, os valores estão em disputa, os riscos são altos, mas as decisões são urgentes” (Funtowicz e Ravetz, 1994, p. 1883).

Queremos destacar, então, que o exercício apresentado foi de natureza interdisciplinar, não havendo hegemonia quantitativa de nenhuma profissão, ainda que todos “mitem” no campo da promoção de saúde e possuam um viés técnico. Talvez exercícios futuros demandem participação de uma gama mais ampliada de setores da sociedade civil, pois os fatos seguirão incertos, os valores continuarão em disputa. E como as decisões são urgentes, aqui apresentamos esse conjunto de prioridades para a pesquisa em promoção da saúde, que de modo algum é absoluta nem definitiva. Os “riscos” de que possam ser contestadas é alto e desejável.

Agradecimento

Este trabalho não teria sido desenvolvido sem a solidária colaboração e empenho de 52 pessoas de serviços de saúde e universidades que aceitaram participar do exercício de priorização de temas de pesquisa em Promoção da Saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde*: Brasil. Brasília, DF, 2006.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Seleção de prioridades de pesquisa em saúde: guia PPSUS*. Brasília, DF, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/monografias/ms/selecao_prioridades_pesquisa_saude_ppsus.pdf>. Acesso em: set. 2011.
- DUTRA, E. A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 7, n. 2, p. 371-378, 2002.
- FLEURY, S. Direitos sociais e restrições financeiras: escolhas trágicas sobre universalização. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2686-2688, 2011.
- FUNTOWICZ, S. O.; RAVETZ, J. R. Uncertainty, complexity and post-normal science. *Environmental Toxicology and Chemistry*, New York, v. 13, n. 12, p. 1881-1885, 1994.
- GUEDES, L.; FERREIRA JUNIOR, M. Relações disciplinares em um centro de ensino e pesquisa em práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 260-272, 2010.
- GUIMARÃES, R. et al. Defining and implementing a national policy for science, technology, and innovation in health: lessons from the Brazilian experience. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1775-1785, 2006.
- GLOBAL FORUM FOR HEALTH RESEARCH. The 10/90 report on health research 99: promoting research to improve the health of poor people. Geneva, 1999.
- GLOBAL FORUM FOR HEALTH RESEARCH. Monitoring financial flows for health research, Geneva, 2004.
- GLOBAL FORUM FOR HEALTH RESEARCH. Poverty, equity e health research: a report on Forum 9, Mumbai. Geneva, 2005.
- LIRA, G. V.; CATRIB, A. M. F.; NATIONS, M. K. A narrativa na pesquisa social em saúde: perspectiva e método. *Revista Brasileira de Promoção em Saúde*, Fortaleza, v. 16, n. 1-2, p. 59-66, 2003.
- LIRA, S. V. G. et al. Produção científica sobre promoção da saúde nos cursos de pós-graduação brasileiros. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 437-445, 2009.
- OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Carta de Ottawa para promoção de saúde*. Washington, DC, 1987. Disponível em: <<http://www1.paho.org/Spanish/hpp/ottawacharterSp.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2013.
- RODRIGUEZ PERON, J. M.; ALDANA VILAS, L.; VILLALOBOS HEVIA, N. Método Delphi para la identificación de prioridades de ciencia e innovación tecnológica. *Revista Cubana de Medicina Militar*, Havana, v. 39, n. 3-4, p. 214-226, 2010.
- SANTOS, N. R. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 2009-2018, 2008.
- SANTOS, L. M. P. et al. O papel da pesquisa na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1666-1667, 2010.
- SILVA, M. A. et al. Agenda de prioridades da vigilância e prevenção de acidentes e violências. *Epidemiologia de Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 16, n. 1, p. 57-64, 2007.

Recebido em: 25/06/2012

Aprovado em: 08/03/2013