



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE - FACE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – PPGA

**AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS NO SETOR PÚBLICO: O QUE EXPLICA A
DECISÃO DE AVALIAR (OU NÃO) RESULTADOS EM POLÍTICAS
PÚBLICAS DE FOMENTO À CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM
SAÚDE?**

LÚCIA DE FATIMA NASCIMENTO DE QUEIROZ

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Administração do Programa de Pós-Graduação em Administração, área de concentração em Administração e Políticas Públicas, da Universidade de Brasília (PPGA/UnB).

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Correa Gomes

Brasília - DF
Março 2016

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

NQ3a Nascimento de Queiroz, Lucia de Fatima
Avaliação de políticas no setor público: o que explica a decisão de avaliar (ou não) resultados em políticas públicas de fomento à ciência, tecnologia e inovação em saúde? / Lucia de Fatima Nascimento de Queiroz; orientador Ricardo Correa Gomes. -- Brasília, 2016.
287 p.

Tese (Doutorado - Doutorado em Administração) -- Universidade de Brasília, 2016.

1. Avaliação de resultados. 2. Políticas Públicas. 3. Programa de Pesquisa para o SUS. 4. Sistema Único de Saúde. I. Correa Gomes, Ricardo, orient. II. Título.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

Avaliação de Políticas no Setor Público: o que Explica a Decisão de Avaliar (ou não)
Resultados em Políticas Públicas de Fomento à Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde?

Aluna: Lúcia de Fatima Nascimento de Queiroz

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Ricardo Correa Gomes (orientador)

Prof. Dr. Antônio Sérgio Araújo Fernandes (membro externo)

Profa. Dra. Luiza Beth Nunes Alonso (membro externo)

Prof. Dr. Hércules Antônio do Prado (membro externo)

Profa. Dra. Eda Castro Lucas de Souza (membro interno – PPGA)

Profa. Dra. Suylan de Almeida Midlej e Silva (membro interno – suplente)

Brasília - DF
Março 2016

AGRADECIMENTOS

A condição de pós-graduanda me fez ver os inúmeros apoios, institucionais e pessoais, necessários para que um trabalho de pesquisa chegasse ao final. Devo, inicialmente, agradecer ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e à CAPES, que viabilizaram os meios materiais para a condução desta pesquisa e ao Prof. Luiz Guilherme de Oliveira, que me orientou na fase inicial do trabalho.

Sei que não terei palavras suficientes para agradecer ao meu orientador, Prof. Ricardo Correa Gomes, cuja orientação serena, segura e generosa me permitiu avançar e concluir esta tese, bem como à Profa. Claudia Avellaneda, que me acolheu no período sanduíche na Indiana University, cujas críticas e sugestões foram fundamentais para o aperfeiçoamento do trabalho. Agradeço igualmente aos professores que fizeram parte da banca de qualificação e de defesa, por me honrarem com suas presenças e valiosos comentários. Muito obrigada a todos vocês!

Sou muito grata aos professores do PPGA, pela amizade e conhecimento compartilhado, bem como aos funcionários Sonária, Selma, Edna, Gustavo e Edvânia, de quem sempre obtive atenção para minhas demandas ao longo destes quatro anos. Sentirei muitas saudades da convivência com os colegas e agradeço particularmente à Sionara, Lia, Amilton (*in memoriam*), Gemael, Verônica, Gustavo, Luciano e Mauro pelo companheirismo, pela troca de conhecimentos e pelo apoio fraterno nos momentos de *stress*.

Quero expressar minha enorme gratidão pela atenção que me foi dedicada por cada um dos entrevistados que, generosamente, se dispuseram a colaborar com a pesquisa, bem como pela colaboração permanente da equipe da SCTIE e do DECIT/MS, sob a condução de Márcia Motta, e da equipe da Coordenação de Pesquisa em Saúde do CNPq/MCTI, coordenados por Raquel Coelho.

Agradeço a cooperação da equipe do CONASS, a quem recorri em vários momentos da pesquisa, assim como a ajuda de Layana, na transcrição das entrevistas, de Eliana Carlan, nas revisões do texto e de Karé, na superação dos desafios postos pela língua inglesa.

Por último, mas não menos importante, agradeço aos apoios familiares e afetivos, que foram fundamentais nesta caminhada. Agradeço muito aos amigos queridos que, de longe e de perto, sempre me brindaram com incentivos e encorajamentos no decorrer destes quatro anos e, especialmente, ao meu marido, Edilson Ferneda, cuja amorosa paciência e permanente estímulo tornaram mais leves meus compromissos com as aulas, trabalhos e prazos que pautaram nossas vidas nos últimos quatro anos. Esta tese é dedicada a ele.

RESUMO

Esta tese contribui para explicar a ausência de avaliações de resultados em políticas públicas de fomento à ciência, tecnologia e inovação em saúde, mediante a análise do caso do Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde - PPSUS. Para tanto, procurou-se analisar as decisões relativas à avaliação de resultados no PPSUS e as suas relações com a institucionalidade, com a dinâmica das relações interorganizacionais no contexto da coordenação interorganizacional do programa e com a especificidade do programa no período compreendido entre 2003 e 2010. Com base num referencial teórico majoritariamente construído por autores que se inscrevem na vertente institucionalista, o estudo foi conduzido sob um recorte retrospectivo, de natureza qualitativa, organizado mediante as três abordagens teórico-conceituais adotadas: a abordagem institucionalista, a abordagem organizacional e a abordagem relacionada à especificidade do Programa. A investigação revelou que as regras, as normas e as estratégias que orientaram a formulação e a implementação do PPSUS permitem situá-lo como um programa institucionalizado, sem que esta institucionalização tenha contribuído para a implementação de avaliações de resultados. A coordenação interorganizacional do PPSUS não se associou às demandas por avaliações de resultados do programa. Contudo, o baixo interesse pelos resultados do PPSUS por parte da sua clientela-alvo contribuiu para a explicação da ausência de avaliações de resultados. Entre as três abordagens selecionadas para o estudo, a categoria que mais contribuiu para explicar a ausência de avaliação de resultados foi a especificidade do PPSUS, que se propõe a produzir conhecimento científico para ser incorporado ao Sistema Único de Saúde. Esta dificuldade confirma estudos prévios, sendo identificada como decorrente de duas razões: (i) as dificuldades existentes para a mensuração e a identificação do uso dos resultados das pesquisas financiadas pelo PPSUS no SUS; e (ii) a aceitação de avaliações de produtos em substituição às avaliações de resultados do PPSUS no meio político-institucional de sua implementação. Os resultados remeteram à influência do modelo *knowledge-driven* sobre o desenho programático do PPSUS, que pretenderia a disseminação e a utilização direta do conhecimento produzido fundamentado na atuação do programa. As diferenças culturais entre as organizações envolvidas na implementação do programa e as dificuldades para a aproximação dos gestores do SUS com o tema da Ciência e Tecnologia emergiram ao longo da investigação como fatores explicativos a serem explorados. As dificuldades para a avaliação de resultados do PPSUS foram abordadas de modo associado à incorporação dos resultados das pesquisas ao SUS, dado que ambas refletiriam as dificuldades para o uso do conhecimento na gestão, que merecem ser consideradas em estudos futuros. Foram discutidas as estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde visando à organização dos dados de produção do PPSUS (a plataforma Pesquisa Saúde), e à ação comunicativa dos resultados das pesquisas financiadas pelo programa junto aos gestores do SUS, que se configura na adesão a *Evidence-informed policy network* (EVIPNet), além de esboçadas sugestões de ordem teórico-prática para encaminhamentos futuros no âmbito político institucional do programa.

Palavras-chave: avaliação de resultados, políticas públicas, Programa de Pesquisa para o SUS, Sistema Único de Saúde

ABSTRACT

The present thesis aims towards an explanation for the lack of evaluation of results in Science, Technology and Innovation public policies in the Brazilian Public Health System, by analyzing the case of PPSUS – Operational Research for SUS (Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde). For this purpose, one was engaged in analyzing the decisions related to the evaluation of results in the PPSUS and its relationships with institutionality, with the dynamics of the interorganizational relations within the interorganizational coordination context, and with factors which characterized the nature of the program between 2003 and 2010. From a theoretical viewpoint mainly constructed by authors from the institutionalist frame of reference, the study was conducted under a qualitative-like retrospective cutout, and organized according to the three conceptual-theoretical approaches adopted: the institutionalist approach, the organizational approach and the approach related to the specificity of the Program. The investigation revealed that the rules, norms and strategies which guide the formulation and implementation of the PPSUS allow for it to be defined as an institutionalized program. However, this institutionalization did not contribute to the implementation of the program's results' assessment. PPSUS's interorganizational coordination did not adhere to demands for assessment of the programs' results. Moreover, the program's target-clientele's low interest in the results contributed to the explanation for this lack of assessment of results. Among the three chosen approaches for the present study, the category which most contributed to explain the lack of evaluation of results is the nature of PPSUS, which is aimed at scientific knowledge production to be incorporated into the Sistema Único de Saúde. This difficulty corroborates previous studies, and it is identified as being due to two reasons: (i) existing difficulties regarding the measurement and identification of the research results financed by the PPSUS in the SUS; (ii) the acceptance of assessment of final product instead of the assessment of results of PPSUS in the political-institutional environment of its implementation. The results pointed to the influence of the knowledge-driven model on the PPSUS programmatic design, which focus on the dissemination and direct utilization of the produced knowledge derived from the program's execution. The cultural differences among the organizations involved in the implementation of the program and the difficulty to engage SUS's managers in the theme of Science and Technology were brought out throughout the investigation as explaining factors to be further explored. The difficulties to access results of PPSUS were studied vis-à-vis with the incorporation of the research results to SUS, since both reflected the difficulties of knowledge use by the management. Such issues are to be considered in future studies. One discussed the strategies adopted by the Ministry of Health aiming at organizing PPSUS's scientific production data (the Pesquisa Saúde platform) and the communication of research results financed by the program to SUS management, which is in line with the Evidence-Informed Policy Network (EVIPNet). Practical-theoretical suggestions for future actions of the institutional-political environment of the program were also outlined.

Keywords: Outcome Evaluation, Public Policies, Research Program for SUS, Brazilian Public Health System

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

QUADROS

Quadro 2.1	Matriz descritiva do construto <i>avaliação de resultados</i> em políticas públicas	21
Quadro 2.2	Matriz descritiva do construto <i>institucionalidade</i> em políticas públicas.....	34
Quadro 2.3	Matriz descritiva do construto <i>coordenação interorganizacional</i> em políticas públicas.....	42
Quadro 2.4	Mecanismos de coordenação, segundo as características do modelo Hierárquico, de Mercado e de Redes	48
Quadro 2.5	Matriz descritiva do construto <i>especificidade</i> de uma política ou programa....	51
Quadro 2.6	Matriz-síntese, com as principais contribuições levantadas na literatura para a construção das abordagens e proposições que orientaram o desenvolvimento da investigação	58
Quadro 3.1	Códigos dos entrevistados, por segmento e por organização de atuação na formulação e na implementação do PPSUS.....	73
Quadro 3.2	Matriz de análise para as três categorias utilizadas na investigação.....	79
Quadro 4.1	Matriz de análise da categoria <i>institucionalidade</i> , com fontes, construto e elementos de análise	86
Quadro 4.2	Diferenças nas atribuições regimentais do DECIT, entre os anos de 2000 e 2003.....	115
Quadro 4.3	Dimensões de análise e respectivas evidências, para a categoria <i>institucionalidade</i>	148
Quadro 4.4	Mudanças institucionais envolvidas na implementação do PPSUS, com as respectivas dimensões de análise	149
Quadro 4.5	Matriz de análise para a categoria <i>coordenação interorganizacional</i> com fontes, construto e elementos de análise	152
Quadro 4.6	Matriz síntese com as <i>necessidades</i> do MS, CNPq, SES, SMS e FAPs para estabelecer relações interorganizacionais no contexto de implementação do PPSUS.....	162
Quadro 4.7	Matriz de <i>interesses</i> das organizações participantes da implementação do PPSUS.....	176

Quadro 4.8	Matriz de análise, com as seis contingências para análise de relações interorganizacionais e as evidências de coordenação interorganizacional identificadas na implementação do PPSUS	191
Quadro 4.9	Matriz de análise para a categoria especificidade de uma política ou de um programa, com fontes, construto e elementos de análise.....	197
Quadro 4.10	Valores totais aprovados para cada edição do PPSUS, por ano e por origem orçamentária, em reais	205
Quadro 4.11	Projetos financiados pelo PPSUS no período 2003–2010 com valores superiores a R\$ 500.000,00.....	211
Quadro 4.12	Matriz de análise dos elementos para avaliação de resultados do PPSUS	244
Quadro 5.1	Matriz síntese, com as três abordagens utilizadas na investigação, resumo das evidências e desfecho acerca de cada uma delas	253
 <i>FIGURAS</i>		
Figura 2.1	O processo de implementação e os determinantes dos resultados da implementação	27
Figura 2.2	Diagrama do Modelo de Coalizão de Defesa (Advocacy Coalition Framework – ACF)	35
Figura 2.3	Tipos de interdependência	45
Figura 4.1	Fluxo com as divisões de responsabilidades entre as organizações participantes da implementação do PPSUS	143
Figura 4.2	Valores orçamentários aprovados e executados pelo DECIT, no período compreendido entre 2000 e 2010, em milhões de reais	201
Figura 4.3	Recursos orçamentários totais e por fonte orçamentária, disponíveis para o PPSUS, no período 2002–2010, em milhões de reais.....	206
Figura 4.4	Relação entre o número de projetos e os valores totais de recursos aprovados em cada edição do PPSUS.....	207
Figura 4.5	Distribuição dos recursos totais do PPSUS, por unidade federada. Período: 2003–2010. Em milhões de reais	208
Figura 4.6	Distribuição dos recursos transferidos pelo DECIT ao PPSUS, por unidade federada. Período: 2003–2010. Em milhões de reais.....	209
Figura 4.7	Distribuição dos recursos transferidos pelas SCTs/FAP/SES ao PPSUS, por unidade federada. Período: 2003–2010. Em milhões de reais.....	210
Figura 4.8	Distribuição dos projetos financiados pelo PPSUS por UF – período 2003–2010.....	214

Figura 4.9	Contingente de mestres formados com a participação de recursos do PPSUS, por UF. Período: 2003–2010.....	214
Figura 4.10	Contingente de doutores formados com a participação de recursos do PPSUS, por UF. Período: 2003–2010.....	215
Figura 4.11	Distribuição percentual dos projetos financiados pelo PPSUS por região do país. Período: 2003–2010.....	216
Figura 4.12	Distribuição percentual dos mestres formados com auxílio do PPSUS por região. Período: 2003–2010.....	217
Figura 4.13	Distribuição percentual dos doutores formados com auxílio do PPSUS por região. Período: 2003–2010.....	218
Figura 4.14	Distribuição percentual de patentes originadas de projetos PPSUS por região do país. Período: 2003–2010.....	219
Figura 4.15	Tela de apresentação da plataforma Pesquisa Saúde.....	231
Figura 4.16	Tela de apresentação da EVIPNet Brasil.....	239
Figura 4.17	Distribuição dos Núcleos de Evidência (NEv), Brasil, 2015.....	240

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ANPPS	Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde
ANS	Agencia Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior
C&T	Ciência e Tecnologia
C&T/S	Ciência e Tecnologia em Saúde
C,T&I	Ciência, Tecnologia e Inovação
C,T&I/S	Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
CF-88	Constituição Federal de 1988
CGDCT	Coordenação Geral de Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Ministério da Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CICT/CNS	Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia (do Conselho Nacional de Saúde)
CNCTIS	Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
CNCTS	Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONFAP	Conselho Nacional das Fundações de Amparo à Pesquisa
DECIT	Departamento de Ciência e Tecnologia
EVIPNet	Rede de Políticas Informadas por Evidências
FAP	Fundação de Amparo à Pesquisa
FAPEMIG	Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais

FAPERJ	Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio de Janeiro
FINEP	Financiadora de Estudos e Projetos
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FNDCT	Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MCT	Ministério da Ciência e Tecnologia
MCTI	Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação
MS	Ministério da Saúde
NEv	Núcleo de Evidências
P&D	Pesquisa e Desenvolvimento
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PNCTI	Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação
PNCTIS	Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
PNCTS	Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde
PNS	Política Nacional de Saúde
PPA	Plano Plurianual
PPSUS	Programa de Pesquisa para o SUS
REBRATS	Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SECT	Secretaria Estadual de Ciência e Tecnologia
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCAT	Termo de Cooperação e Assistência Técnica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UF	Unidade Federada
UNESCO	Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura

ÍNDICE

CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO 2: REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL	19
2.1 Avaliação de políticas públicas: avaliação de produtos, avaliação de resultados e as três abordagens que orientaram a condução da investigação	19
2.2 Institucionalidade e avaliação de resultados em políticas públicas	30
2.3 Coordenação interorganizacional e avaliação de resultados em políticas públicas	38
2.4 A especificidade da política e avaliação de resultados	50
2.5 Conclusão do capítulo	57
CAPÍTULO 3: MÉTODO	61
3.1 O desenho da pesquisa	61
3.2 A natureza da pesquisa	65
3.3 A coleta dos dados	69
3.3.1 Levantamento documental	69
3.3.2 Realização de entrevistas semiestruturadas com os participantes da formulação e da implementação do PPSUS no período 2003–2010.	71
3.3.3 Observação não participante	76
3.3.4 Levantamento de informações sobre a incorporação dos resultados das pesquisas ao Sistema Único de Saúde junto a catorze Secretarias Estaduais de Saúde	76
3.4 O exame e a interpretação dos dados	78
3.5 A análise das entrevistas	81
CAPÍTULO 4: APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	85
4.1 A categoria institucionalidade de políticas públicas e a avaliação de resultados no PPSUS	86
4.1.1 A promulgação da Constituição Federal de 1988: as regras que redefiniram as responsabilidades no setor saúde	90
4.1.2 A realização da Iª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde – a Iª CNCTS: o SUS no centro das ações de C&T/S	98
4.1.3 A criação do Departamento de Ciência e Tecnologia – o DECIT: um espaço na estrutura organizacional do MS para a gestão das ações de C&T	104
4.1.4 O Projeto Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia em Saúde: a primeira iniciativa de descentralização de recursos para o fomento em C&T/S após a CF-88	107
4.1.5 A criação da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – a SCTIE e a reestruturação do DECIT	112

4.1.6	A reestruturação do DECIT na recém-criada SCTIE	113
4.1.7	A elaboração e aprovação da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde: a ANPPS	118
4.1.8	A elaboração e aprovação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde: a PNCTIS	126
4.1.9	A realização da IIª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde: a IIª CNCTIS	131
4.1.10	O lançamento do Programa de Pesquisa para o SUS: o PPSUS.....	134
4.1.11	Conclusão do tópico	145
4.2	A categoria coordenação interorganizacional de políticas públicas e a avaliação de resultados do PPSUS	150
4.2.1	A dinâmica das relações interorganizacionais no PPSUS	152
4.2.1.1	Necessidades	155
4.2.1.2	Assimetria	163
4.2.1.3	Reciprocidade	167
4.2.1.4	Eficiência	177
4.2.1.5	Estabilidade.....	179
4.2.1.6	Legitimidade	190
4.2.2	Conclusão do tópico	192
4.3	A categoria especificidade da política e a avaliação de resultados no PPSUS	196
4.3.1	O comportamento orçamentário e a distribuição loco-regional dos projetos financiados pelo PPSUS no período 2003–2010.....	201
4.3.2	A execução dos recursos e o volume de projetos realizados em cada uma das edições do PPSUS	204
4.3.3	A distribuição territorial dos recursos executados pelo PPSUS no período 2003–2010	208
4.3.4	A distribuição territorial dos projetos, dos mestres e doutores formados e de patentes custeadas com recursos do programa por unidade da federação e por região do país.....	214
4.3.5	As estratégias do DECIT para organizar e utilizar a produção do PPSUS: a plataforma Pesquisa Saúde e a EVIPNet	228
4.3.5.1	A plataforma Pesquisa Saúde	230
4.3.5.2	A EVIPNet.....	236
4.3.6	Conclusão do tópico	241
4.4	Conclusão do capítulo	246
CAPÍTULO 5: DESFECHO E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....		253
5.1	Limitações e propostas de estudos futuros	256
5.2	Recomendações de ordem prática	258
REFERÊNCIAS		260

ANEXOS

Anexo 1	Roteiro das entrevistas	279
Anexo 2	Perfil dos entrevistados	281
Anexo 3	Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)	284
Anexo 4	Exemplo de matriz utilizada para a codificação dos dados das entrevistas	285
Anexo 5	Estrutura do Ministério da Saúde. Período 2000–2002	286
Anexo 6	Estrutura do Ministério da Saúde – 2003	287

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO

Este trabalho de pesquisa dispôs-se a estudar os fatores envolvidos na decisão de avaliar os resultados decorrentes da implementação de políticas públicas¹ de fomento à ciência, tecnologia e inovação em saúde (C,T&I/S) e, para tanto, utilizou a trajetória do Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (SUS) - PPSUS.

Este capítulo introdutório contempla a contextualização da pesquisa, as perguntas que guiaram a sua realização, seus objetivos, a justificativa para a realização do estudo e a descrição da estrutura da tese.

São muitas as razões apontadas para a realização de avaliações de resultados no contexto da implementação de políticas públicas. Entre estas razões, podem ser destacadas as decorrentes de sua influência para prover reconhecimento de mérito e de valor da política; para a melhoria organizacional e programática; para a supervisão e para o desenvolvimento do conhecimento sobre a política, além de se constituir, sobretudo, como uma oportunidade para melhorar (*social betterment*) o que está sendo feito para a sociedade (WEISS, 1988b; MARK; HENRY, 2004), mediante desenhos mais consistentes de políticas públicas e o melhor uso dos recursos públicos (RAMOS; SCHABBACH, 2012).

A década de 1990 foi um momento importante para a sistematização de processos de avaliação de políticas e de programas públicos no contexto governamental brasileiro. Neste período foi instituído o Plano Plurianual (PPA), que previu a construção de instrumentos de gestão pública, com a finalidade de orientar os gestores e a sociedade brasileira na avaliação de políticas e programas, de modo sistemático e contínuo (RAMOS; SCHABBACH, 2012; SERPA, 2014). Neste período, foram geradas expectativas de que estariam sendo criadas as condições favoráveis para a realização de avaliações de resultados nos três níveis de gestão da administração pública brasileira.

Contudo, apesar da existência de normatização específica para a estruturação das ações de planejamento e de avaliação desde então, há políticas e programas que permanecem enfrentando dificuldades para explicitar seus resultados, no sentido de informar se estão operando na sociedade as transformações esperadas com base em sua atuação. Como o PPA pre-

¹ Apesar de haver uma clássica e aceita distinção entre política pública e programa, para os objetivos desta investigação ambos os termos serão usados com a mesma conotação: as políticas públicas / programas são as ações empreendidas pelos governos para alterar aspectos do seu próprio funcionamento ou do comportamento social, com o objetivo de conduzir para alguma finalidade ou propósito previamente definidos e compatíveis com seus objetivos e meios (HOWLETT, 2014)

vê a avaliação da concepção dos programas, da implantação dos programas e dos resultados dos programas (RAMOS; SCHABBACH, 2012), aqueles programas que não têm uma proposta sistematizada de avaliação de resultados são postos numa condição de programas que não atingem resultados.

O programa governamental que ofereceu o gatilho para o presente estudo, o PPSUS, é um programa governamental de fomento a C,T&I/S, cujo objetivo geral consiste em apoiar o desenvolvimento de pesquisas voltadas para a resolução dos problemas prioritários de saúde da população e para o fortalecimento do SUS (BRASIL, 2006a). Nestes termos, os resultados a serem obtidos pelo PPSUS consistem em obter a incorporação, pelo SUS, do conhecimento gerado pelos projetos de pesquisa financiados pelo programa. Apesar da universalização do programa no território nacional, da expansão dos recursos e dos projetos realizados, os resultados do programa têm se mantido desconhecidos ao longo do tempo. Este desconhecimento se deve ao fato de que, mesmo tendo sido formulado após um prolongado processo de debate e de maturação político-institucional sobre a condução político-institucional das ações de C,T&I/S no país, o PPSUS não dispõe de avaliações de resultados, situação que colide com a engenharia programática que lhe oferece suporte.

Embora as lacunas relativas à avaliação de resultados sejam consideradas fontes de problemas na implementação de programas e políticas no setor público (RAMOS; SCHABBACH, 2012; BOVAIRD, 2014; MASTENBROEK; VOORST; MEUWESE, 2015), grande parte da literatura existente sobre avaliação de políticas públicas tende a contemplar processos e ferramentas voltadas para a avaliação de produtos, sendo menos expressivos, mesmo raros, as análises e os estudos empíricos encontrados sobre avaliação de resultados e, igualmente raros, os estudos relacionados aos aspectos teórico-metodológicos envolvidos em processos de avaliação de resultados (MARK; HENRY, 2004; HILL; HUPE, 2005; ANDERSON, 2008; ROBICHAU; LYNN JR. 2009; LAURIAN et al., 2010; BOVAIRD, 2014). Não obstante a relevância dessa temática para o planejamento estatal e para o exercício da cidadania no país (RAMOS; SCHABBACH, 2012), são escassos, no meio acadêmico nacional, estudos empíricos voltados para a avaliação de resultados, sendo preferencialmente estudadas as situações e os aspectos teóricos voltados para avaliações de produtos e de processos, sendo esta lacuna uma das razões para a condução desta investigação.

Foi com base nestas motivações, de natureza prática e teórica, que foi definida a pergunta que orientou a pesquisa: o que explica a decisão de não incluir avaliações de resultados no PPSUS?

Desta pergunta derivaram as outras que contribuiram para nortear a realização da investigação:

- Até que ponto a institucionalidade e a coordenação interorganizacional obtidas pelo PPSUS influenciaram a decisão de não avaliar seus resultados?
- Quais as possibilidades e as limitações para a condução de avaliação de resultados num programa cujo objetivo envolve a incorporação dos resultados de pesquisas no SUS?

O objetivo geral da investigação consiste em identificar os fatores que se associaram à decisão de não avaliar resultados no PPSUS, com a finalidade de avançar no conhecimento existente sobre o tema da avaliação de resultados. Os objetivos específicos da investigação são:

- Identificar as relações existentes entre a ausência de avaliação de resultados do PPSUS, a institucionalidade, a dinâmica das relações interorganizacionais no contexto da coordenação interorganizacional e a especificidade do programa, nas edições ocorridas no período compreendido entre 2003 e 2010;
- Identificar os limites e as possibilidades das interações e das relações interorganizacionais para a avaliação dos resultados do PPSUS, com base no levantamento e na análise dos dados sobre a avaliação e a gestão do conhecimento no âmbito do programa.

As justificativas para a condução da investigação são de natureza teórica e prática. A justificativa teórica decorre da contribuição que a pesquisa procurou oferecer para a ampliação da base teórica relativa ao tema da avaliação de resultados em políticas públicas de fomento a C,T&I/S, pois, como já mencionado, quando comparados aos estudos voltados para o tema da avaliação de políticas públicas, há proporcionalmente menos estudos dedicados ao tema da avaliação de resultados (ROBICHAU; LYNN JR., 2009; OLIVEIRA; PINHO, 2011; FARIA, 2012). Entre os estudos de avaliação de resultados, são igualmente escassos os estudos que abordam aspectos relacionados às influências exercidas pela especificidade e pelos objetivos da política sobre a avaliação de resultados, o que é particularmente crítico para políticas cujo propósito é a produção do conhecimento (RICH, 1997; CHAMPAGNE, 1999). Rich (1997) postula que as políticas que têm como propósito a produção de conhecimento enfrentam maiores dificuldades na atribuição de resultados discretos (que possuem um sentido causa-efeito) do que as demais, dificuldades associadas principalmente à definição do que seja o “uso” do conhecimento e de como identificá-lo, para avaliá-lo. Bovaird (2014) alerta para os desafios postos por racionalidades que procuram simplificar os processos de avaliação de resultados, apontando, por um lado, para a sua relevância, e, por outro lado, para a complexi-

dade que envolve esta modalidade avaliativa e as suas aplicações no campo das políticas públicas.

As justificativas práticas para a realização da investigação podem ser apontadas como: (i) a expectativa de reunir elementos que contribuam para o avanço da compreensão acerca das escolhas feitas no âmbito das organizações que coordenam a implementação do PPSUS, no que tange à utilização dos resultados das pesquisas pelo SUS; e (ii) a perspectiva de que os resultados da investigação possam contribuir para ampliar a compreensão sobre as relações que se interpõem entre as organizações responsáveis pela implementação de políticas públicas e os órgãos de planejamento e de controle interno e externo da administração pública.

Deste modo, com a reunião das informações sobre a institucionalidade, a coordenação interorganizacional e a especificidade do PPSUS, espera-se oferecer elementos de reflexão para os atores que atuam nas organizações responsáveis pela implementação de políticas de fomento às ações de C,T&I/S sobre a importância de manter aceso o debate sobre a avaliação de resultados, integrando-o à complexidade da ação no setor público e às especificidades de cada política.

A pesquisa é de natureza qualitativa e se inscreve numa proposta de analisar o cenário no qual foi desenhado e implementado o PPSUS, procurando extrair os elementos de análise para explicar as relações que podem se estabelecer entre a institucionalidade, a coordenação interorganizacional, a especificidade de um programa e sua avaliação de resultados. Os dados utilizados foram obtidos em fontes documentais e em entrevistas semiestruturadas, analisadas mediante análise de conteúdo (FLICK, 2009; BARDIN, 2011).

A estrutura do documento contempla cinco capítulos. O primeiro capítulo consiste na presente introdução e contém a argumentação, as questões norteadoras da investigação, a justificativa e os objetivos da pesquisa.

No segundo capítulo são apresentados os principais trabalhos que referenciam a investigação e que permitiram a construção teórico-conceitual que norteou a sua elaboração. Ao final do segundo capítulo são apresentadas as três abordagens que orientaram o processo de elaboração das proposições (linhas de análise) adotadas na investigação. A apresentação dessas abordagens tem o objetivo de ilustrar o caminho percorrido entre a definição do tema e a análise das evidências apresentadas ao longo da investigação, mediante a organização dos elementos que contribuíram para a elaboração da síntese final do trabalho.

O terceiro capítulo contém as decisões metodológicas assumidas em relação ao desenho da pesquisa, com informações sobre a natureza da pesquisa, o processo de coleta, de exame e de interpretação dos dados. O quarto capítulo apresenta, analisa e discute os dados

obtidos ao longo da investigação para cada uma das três abordagens adotadas. Cada um dos capítulos da tese é finalizado por uma conclusão, sendo que o quinto capítulo traz o desfecho do trabalho, com as considerações finais sobre o tema investigado, as contribuições da presente investigação, suas limitações e proposições para uma agenda de pesquisa futura sobre o tema.

CAPÍTULO 2 - REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL

Neste capítulo são apresentadas as principais contribuições teóricas que viabilizaram a elaboração dos construtos e definiram a construção do referencial adotado para a investigação. O capítulo é composto por uma parte inicial, de caráter introdutório sobre o tema da avaliação de políticas públicas, na qual foram abordadas contribuições de natureza geral, o que inclui as distinções correntes na literatura acerca da avaliação de produtos e da avaliação de resultados. A esta introdução seguiram-se os aspectos conceituais identificados como relevantes para cada uma das três categorias adotadas no estudo. Estas categorias ensejaram a construção das abordagens que guiaram o desenvolvimento da investigação, a saber: a abordagem institucional, a abordagem organizacional e a abordagem relativa à especificidade da política pública.

A conclusão do capítulo contemplou a elaboração de uma matriz-síntese que vincula as principais referências teóricas às variáveis que contribuíram para a construção das proposições, definidas com base na reflexão orientada pela literatura consultada.

2.1 Avaliação de políticas públicas: avaliação de produtos, avaliação de resultados e as três abordagens que orientaram a condução da investigação

A produção acadêmica sobre avaliação de políticas públicas que foi consultada indica que o tema alcançou elevada relevância no âmbito da administração pública, particularmente nas sociedades ocidentais, nas quais os processos avaliativos são considerados como instrumentos importantes para orientar a construção de políticas públicas e para mensurar as respostas oferecidas à sociedade pelos governos que as propõem (WEISS, 1979, 1993, 1998, 1999; PRESSMAN; WILDAVSKY, 1984; PATTON, 1988, 1999; WINTER, 1990, 2010; MENY; THOENIG, 1992; VIANA, 1996; JOHNSON, 1998; SCOTT, 1998; FREY, 2000; MARK; HENRY, 2004; TROSA, 2001; VAN THIEL; LEEUW, 2002; COSTA; CASTANHAR, 2003; LEVITON, 2003; HALL, 2004; HILL; HUPE, 2005; INGRAM; SCHNEIDER; DELEON, 2007; OSTROM, 2007; SABATIER; WEIBLE, 2007; ANDERSON, 2008; LEEUW; FURUBO, 2008; SCHNEIDER; SIDNEY, 2009; LAURIAN *et al.* 2010; HANBERGER, 2011; OLIVEIRA; PINHO, 2011; RAMOS; SCHABBACH, 2012; SUAREZ-BALCAZAR; TAYLOR-RITZLER, 2013; BOURGEOIS; COUSINS, 2013; RICHARDSON, 2013; BOVAIRD, 2014; COUSINS *et al.* 2014; LABIN, 2014; OLIVER *et al.*, 2014; WANDERSMAN, 2014).

No campo da administração pública, a avaliação associa-se à arte e à ciência de evidenciar como uma política, mediante seu conteúdo e as condições de sua implementação, atingiu seus objetivos, como funciona e como produziu os efeitos, esperados ou inesperados, sobre a realidade (COSTA; CASTANHAR, 2003; ANDERSON, 2008; RAMOS; SCHABBACH, 2012). Pressman e Wildavsky (1984) relacionam a implementação, a aprendizagem organizacional e a avaliação das políticas públicas. Para estes autores, a aprendizagem organizacional constituiria a chave tanto para a implementação quanto para a análise de programas e de políticas públicas, sendo a implementação a finalidade que conteria ambas, já que “nós avaliamos para aprender e nós aprendemos para implementar” (PRESSMAN; WILDAVSKY, 1984, p. xviii). Pressman e Wildavsky (1984) destacam que a avaliação de políticas tem como objetivo tanto gerar o conhecimento necessário à formulação e à alteração de programas e políticas públicas e/ou em seus modos de implementação quanto para reconciliar este conhecimento com o poder político-institucional, em processos de adaptação e aprendizagem político-institucional.

Além de serem consideradas oportunidades de aprendizagem e de aperfeiçoamento das estruturas e dos processos organizacionais instituídos no contexto do ciclo de políticas (COUSINS, LEITHWOOD, 1986; PATTON, 1988, 1999; MARK; HENRY, 2004; COUSINS et al., 2014), os processos de avaliação oferecem aos gestores públicos elementos de análise para que obtenham os retornos (*feedbacks*) sobre a relevância e a qualidade da política pública que está sendo implementada, provendo informações capazes de melhorar a qualidade do funcionamento organizacional como um todo. Nesse sentido, os processos de avaliação são apresentados como potenciais instrumentos para conferir a visibilidade e a transparência almejada à atuação dos estados democráticos, condições crescentemente consideradas essenciais para a instituição de prestação de contas aos cidadãos nas sociedades democráticas ocidentais (TROSA, 2001; RAMOS; SCHABBACH, 2012).

Weiss (1999) ampliou o objetivo central da avaliação, ao defini-lo como o de ajudar pessoas e organizações a melhorar seus planos, suas políticas e práticas em benefício dos cidadãos. Mark e Henry (2004) veem as ações de avaliação como voltadas para suprir os esforços dos gestores que atuam em ambientes democráticos, numa perspectiva de “ajudar a corrigir, apoiar e ampliar a forma como as pessoas, individualmente ou coletivamente, conferem sentido às políticas e programas implementados para resolver as necessidades humanas”. Hanberger (2011) propõe que a conceituação da avaliação deve ser relacionada a seis variáveis (ou funções) assumidas pelas ações de avaliação: aperfeiçoamento das políticas e pro-

gramas; *accountability* interna; legitimação; aprendizagem organizacional; *accountability* externa e democrática e funções simbólicas e rituais.

Embora sejam muitas e amplas as definições para as ações de avaliação, há em comum entre elas a ideia de que avaliações contribuem decisivamente para gerar o conhecimento necessário à orientação do processo decisório em políticas públicas, sendo, portanto, oportunidades únicas de aprendizado organizacional e de aperfeiçoamento da política. Foi com base nestes quatro pilares – conhecimento, aprendizagem, decisão e aperfeiçoamento – que foi definido o primeiro construto a ser explicitado neste capítulo, o de avaliação de resultados em políticas públicas, cuja descrição e referencial foram sintetizados, para efeito didático, no Quadro 2.1.

Quadro 2.1 - Matriz descritiva do construto *avaliação de resultados* em políticas públicas.

Construto	Descrição	Referencial
Avaliação de resultados em políticas públicas	Compreende as ações que visam gerar conhecimento sobre os produtos e os resultados obtidos por um programa ou política pública, informando se estão alinhados com as intenções e os objetivos iniciais. Ações de avaliação buscam oferecer informações sobre as consequências, esperadas ou inesperadas, que decorrem da implementação da política, no sentido de manter ou corrigir as decisões adotadas no desenho e na implementação da política, visando seu aperfeiçoamento com base na aprendizagem obtida.	Weiss (1979, 1988a; 1999) Anderson (2008) Mark; Henry; Julnes (2000)

Fonte: Elaboração própria, com base em Weiss (1979,1988a, 1999), Anderson (2008); Mark; Henry; Julnes (2000).

Várias são as razões apontadas na literatura para a importância das ações de avaliação no ciclo de políticas públicas e de sua influência sobre a definição da agenda, a formulação e a implementação das políticas. Mark, Henry e Julnes (2000) identificam que as avaliações devem ser feitas para prover o reconhecimento de mérito e valor; para a melhoria organizacional e programática; para a supervisão e para o desenvolvimento do conhecimento sobre a política. Há autores que consideram o elo entre a avaliação e a melhoria social como a razão de ser da avaliação, pela oportunidade crucial que oferece à política para melhorar (*social betterment*) o que está sendo feito para a sociedade (WEISS, 1988b; MENY; THOENIG, 1992; MARK; HENRY, 2004).

Weiss (1999) contrasta a facilidade para a identificação dos valores associados à avaliação com os obstáculos postos para a sua entrada na arena das políticas públicas. Dado que o interesse da presente investigação se volta para as razões pelas quais são raras as políticas públicas que contam com avaliações de resultados (MENY; THOENIG, 1992; BOVAIRD, 2014), o levantamento bibliográfico foi direcionado prioritariamente aos autores cujos traba-

lhos têm focado nos fatores associados às dificuldades para a condução desta modalidade avaliativa.

Nesse contexto, destacaram-se as análises conduzidas por Weiss (1979, 1993, 1998a, 1998b, 1999) que buscam lançar luzes sobre as relações que se estabelecem entre a avaliação de políticas públicas e os tomadores de decisão ou gestores de políticas (*policymakers*). Para Weiss (1999), as ações de avaliação têm o poder de instruir as decisões dos gestores de políticas públicas, desde que estes se disponham a considerar as informações decorrentes do processo de avaliação na formulação de políticas. De acordo com Weiss (1999), os gestores de políticas públicas, que valorizam as ações de avaliação, o fazem levados pelo seu engajamento com as boas políticas e porque as querem melhores e mais adequadas às necessidades da população. Nesse aspecto, a motivação para conduzir processos de avaliação estaria vinculada à possibilidade de usar o conhecimento produzido para redesenhar a política, adequando-a aos objetivos propostos numa perspectiva de obtenção de melhores resultados.

Nesses termos, Weiss (1999) chama a atenção para a existência de uma possível contradição entre a contribuição oferecida aos gestores públicos por processos avaliativos e os sinais de desvalorização dos processos de avaliação, que podem ser identificados na arena de implantação de políticas públicas. Embora as avaliações de políticas sejam reconhecidamente importantes para legisladores, grupos de pressão, líderes partidários, potenciais usuários da política, contribuintes, pesquisadores, entre outros grupos, Weiss (1999) assume que os gestores de políticas públicas são os atores que mais diretamente impactam e são impactados pelos resultados das políticas que empreendem. Weiss (1999) associa a fraca presença de avaliações de resultados no meio público não apenas aos formatos adotados no processo decisório das políticas, mas também às características dos agentes públicos responsáveis pela formulação e pela condução da política. As políticas públicas e os programas com alto grau de informalidade e baixo nível de debate tenderiam a não ceder espaço para o conhecimento oferecido por ações de avaliação, dado que nestes contextos “cada ator no processo atua com o nível de conhecimento que ele já tem” (WEISS, 1999, p. 479), razão pela qual não estariam inclinados a valorizar o delineamento oferecido pelas ações e pelos sistemas de avaliação. Por outro lado, fatores como o caráter descentralizado das políticas e os processos decisórios democráticos e participativos favoreceriam a institucionalização de processos de avaliação (WEISS, 1999).

Ao tratar das razões vinculadas às características dos formuladores da política na decisão sobre avaliação, Weiss (1999) chamou a atenção para as situações nas quais os formuladores de políticas têm alto grau de especialização no tema tratado. Para Weiss (1999), esta característica é um elemento que explicaria a tendência desses gestores a depositarem exces-

siva confiança em seu conhecimento, em detrimento do conhecimento que poderiam obter mediante avaliações de resultados. Assim, as situações nas quais os formuladores e condutores da política detêm (ou, pelo menos, consideram que detêm) grande conhecimento sobre a política implementada tendem a ser associadas a uma menor valorização das ações de avaliação dos resultados da política.

A experiência de Oliveira e Pinho (2011) no contexto português fortalece a argumentação de Weiss (1999), ao informar que um dos desafios para a implementação de metodologias de avaliação é o de conseguir convencer políticos e planejadores sobre as vantagens da avaliação. Sob o argumento de que a aproximação entre os processos de planejamento e de avaliação eleva a viabilidade para a institucionalização de avaliação de resultados, Oliveira e Pinho (2011) propuseram a adoção de uma grade metodológica, que envolve a redefinição das regras e da cultura que orientam estes processos e preconizam que seja considerado o histórico político, o contexto de atuação, as relações existentes entre os profissionais envolvidos e as equipes que atuam nas áreas de planejamento e de avaliação como estratégia para a superação da separação que existe entre as duas áreas.

Nesse contexto, desde a década de 1990, o Estado brasileiro tem tentado integrar o grupo de países que empreendem esforços para sistematizar processos de avaliação de políticas e de programas no contexto governamental (CUNILL-GRAU; OSPINA, 2012; RAMOS; SCHABBACH, 2012; BOURGEOIS; COUSINS, 2013; HANSEN; KLEJNSTRUP; ANDERSEN, 2013; SERPA, 2014). Entre estes esforços encontra-se o processo de formalização das ações de planejamento público que constitui o PPA (BRASIL, 2000, 2004a, 2004b, 2008a), no qual se inclui a construção de um sistema de avaliação de programas governamentais. O PPA decorreu das mudanças propostas na Constituição Federal de 1988 (CF-88) e vincula-se ao conjunto de propostas que integraram a reforma da administração pública brasileira, iniciada na década de 1990, formulada sob uma abordagem gerencial (PEREIRA; SPINK, 1998), cujo enfoque consiste, além da economia e da eficiência, da efetividade na implementação de políticas públicas (BOVAIRD, 2014). O PPA associou-se a diferentes iniciativas de avaliação na Administração Pública Federal, entre as quais se destacam o Sistema de Monitoramento e Avaliação do PPA, o SigPlan, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (RAMOS; SCHABBACH, 2012) e a Sala de Situação em Saúde, do Ministério da Saúde (MS) (SERPA, 2014).

Desse modo, a década de 1990 representa um marco temporal importante para a compreensão do processo de construção de instrumentos de gestão pública voltados para orientar os gestores públicos e a sociedade brasileira na condução da avaliação de políticas e progra-

mas, de modo sistemático e contínuo. Nesse período estabeleceu-se na administração pública brasileira a expectativa de que estariam sendo criadas condições mais favoráveis para a realização de avaliações de produtos e de resultados, que poderiam conferir maior legitimidade às políticas e aos programas se comparados às condições previamente existentes (SERPA, 2014).

As condições observadas no Brasil também ocorreram em países anglo-saxões, como Reino Unido, Estados Unidos e Austrália (BOVAIRD, 2014). Bovaird (2014) identificou sinais de que o interesse pela avaliação e sua influência sobre o processo decisório tendem a aumentar, alterando a ênfase nas análises de redução de custos e de mensuração de produtos, para a avaliação de resultados. Contudo, esse mesmo autor alerta para as situações nas quais esse interesse tende a ser meramente retórico, particularmente pelos desafios postos para a identificação de mudanças que possam ser identificadas como resultados da implementação de políticas sociais, em modelos de causa e efeito (BOVAIRD, 2014).

A avaliação de políticas prevê a distinção entre avaliação de produtos e de resultados, que possui importância para os objetivos deste trabalho investigativo. Robichau e Lynn Jr. (2009) foram incisivos ao afirmar que a literatura não contempla distinções conceituais satisfatórias entre produtos e resultados, capazes de orientar os estudos a serem feitos sobre o tema.

Entretanto, Anderson (2008) contribui para essa distinção ao pontuar que os produtos são os *feitos* por uma organização, no sentido de buscar atender as decisões e as declarações feitas por uma política, de modo que podem ser contados, somados e estatisticamente analisados. Os resultados são as *consequências* para a sociedade, esperadas ou inesperadas, provenientes das ações levadas a cabo por uma política ou programa. Em outros termos, a avaliação de resultados deve procurar informar se a sociedade está sendo, de algum modo, transformada por aquela política ou programa, sendo seus impactos “um amálgama dos resultados e dos produtos” (ANDERSON, 2008, p. 272).

Os trabalhos de Hill e Hupe (2005) também realçaram a necessidade da haver distinções mais claras entre avaliação de produtos e de resultados ao examinarem casos de políticas e programas avaliados como bem sucedidos pelo fato de que as suas atividades ocorrem e até aumentam, sem que, no entanto, tenham sido evidenciados os resultados na realidade que pretendem modificar. Para estes autores, a avaliação de políticas públicas deve prever que sejam contemplados tanto elementos que se voltam para a avaliação de processos, quando ocorrem no âmbito da implementação, quanto elementos que se voltam para a avaliação de resultados, quando ocorrem no âmbito da realidade que se almeja modificar (HILL; HUPE, 2005). Nesse aspecto, cabe destacar o registro de Viana (1996, p. 272), para quem a avaliação de resultados

visa a “determinar se houve modificação; a magnitude dessa modificação; quais segmentos foram afetados e em que medida; e quais foram as contribuições dos distintos componentes da política na realização de seus objetivos”. Viana (1996) adota uma tipologia bastante utilizada no Brasil para distinguir avaliações *ex-ante*, que calculam o custo-benefício e o custo-efetividade de uma política, e as avaliações *ex-post*, que incluem a avaliação de processos e a avaliação de impacto, na qual a primeira tem como foco a fase de implementação da política e a segunda se volta para o efeito dos resultados.

As distinções entre avaliações de produto e avaliações de resultados tanto se reportam aos *deficits* de impacto quanto aos efeitos colaterais indesejados e a sua relevância em poder deduzir consequências nas ações e nos programas futuros. Um efeito que não surpreenderia seria, no caso de os objetivos do programa terem sido plenamente alcançados, levar à suspensão ou ao fim do ciclo político, ou ainda, caso contrário, à iniciação de um novo ciclo, ou seja, a uma nova fase de percepção e definição e à elaboração de um novo programa político, com a modificação do programa anterior.

Além das dificuldades conceituais, há teóricos que apontam para um desequilíbrio na produção científica sobre o tema da avaliação, havendo menos estudos disponíveis sobre avaliação de resultados do que sobre avaliação de processos e produtos (ANDERSON, 2008; MARK; HENRY, 2004; HILL; HUPE, 2005; ROBICHAU; LYNN JR., 2009; LAURIAN et al. 2010), fato que, possivelmente, estaria associado às dificuldades inerentes à sistematização e à condução dos estudos específicos sobre avaliações de resultados. Anderson (2008), Robichau e Lynn Jr (2009) consideram duas explicações para o foco preferencial pelas avaliações de produto em detrimento da realização de avaliações de resultados. Uma explicação consistiria na facilidade que existe para a conceituação (ROBICHAU; LYNN JR. 2009) e para a realização da avaliação de produtos, já que “produtos podem facilmente ser contados, totalizados e estatisticamente analisados” (ANDERSON, p. 271, 2008). Robichau e Lynn Jr. (2009) acrescentam que poucos estudos sobre políticas públicas possuem modelos que reconhecem ou incorporam uma lógica que relacione produtos e resultados, sendo que a maioria utiliza ou produtos ou resultados, sem considerar como os produtos influenciam os resultados finais das políticas e de suas implementações.

O outro fator identificado por Anderson (2008) estaria relacionado ao fato de que o exame do que foi produzido no decorrer da implementação de uma política pode passar a sensação de que muitas coisas foram feitas, gerando estatísticas que criam a ilusão de progresso para serem apresentadas aos legisladores, grupos de interesse e à população em geral, amenizando as pressões sobre as organizações e os agentes públicos. Contudo, apesar das dificulda-

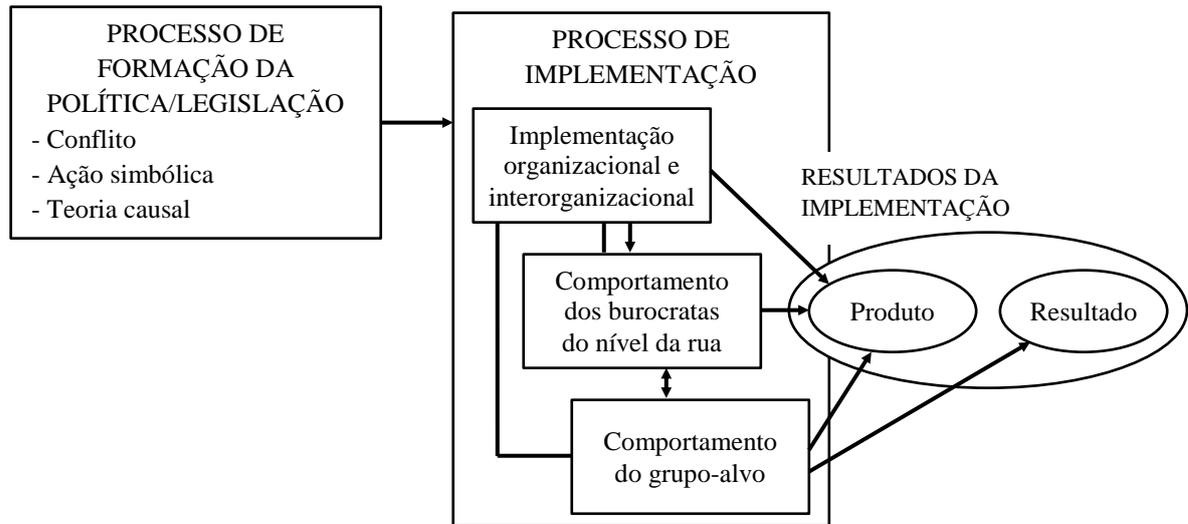
des existentes para a realização de avaliação de resultados, sobretudo para políticas de bem estar (ANDERSON, 2008), esta modalidade é considerada como a que se encontra mais próxima das transformações e das mudanças causadas pelas políticas sobre a vida das pessoas (MARK; HENRY, 2004).

Ao conduzirem estudos sobre o desempenho do setor público, Robichau e Lynn Jr. (2009) verificaram que vários estudos que procuram fazer a distinção entre as avaliações de produtos e avaliações de resultados não são, contudo, capazes de captar as diferentes lógicas que guiam estas avaliações nem a forma como podem se influenciar mutuamente. Assumindo uma forma direta para distinguir estas duas modalidades avaliativas, Robichau e Lynn Jr. (2009) assumem que as avaliações de produtos voltam-se para apontar todas as coisas que uma agência ou política pública faz, enquanto as avaliações de resultados costumam adotar como foco a procura pelas evidências que informam como o mundo muda por causa do que é produzido por uma agência ou política pública (ROBICHAU; LYNN JR, 2009).

Os trabalhos desenvolvidos por Winter (1990) contemplaram os desafios que se inter põem para a condução de avaliação de resultados e propuseram modelos de análise que buscam explicar as relações existentes entre a formulação, a implementação e a avaliação de resultados de políticas públicas. Winter (1990) identificou quatro variáveis independentes a serem consideradas em análises que procuram ampliar a compreensão acerca das avaliações de resultados.

Conforme reproduzido na Figura 2.1, os resultados da implementação de políticas podem ser analisados com base em quatro principais processos socio-políticos ou condições: (i) o caráter do processo de formação da política, anterior aos fatos legais ou às decisões que definiram sua implementação; (ii) o comportamento da implementação organizacional e interorganizacional; (iii) o comportamento dos burocratas do nível de rua (*street level*); (iv) as respostas dadas pelos grupos-alvo da política.

Figura 2.1 - O processo de implementação e os determinantes dos resultados da implementação.



Fonte: Reproduzido de Winter (1990, p. 20) (tradução livre).

A proposição do modelo analítico da Figura 2.1 (WINTER, 1990) para a presente análise tem a relevância de, por um lado, condensar e evidenciar sinteticamente as variáveis presentes no processo de formulação e de implementação da política e, por outro lado, de chamar a atenção para as dificuldades que se colocam para a definição da variável dependente em processos de avaliação de resultados em políticas públicas.

As relações ilustradas pelo diagrama da Figura 2.1 (WINTER, 1990) buscam evidenciar que as dificuldades para a definição da variável dependente em estudos cuja unidade de análise é o resultado de uma política associam-se mais comumente a fatores como: (i) os problemas relacionados às dificuldades de identificação dos reais objetivos da política ou do programa; (ii) as interações existentes entre as várias políticas e programas, especialmente naquelas que mantêm objetivos similares, cujos resultados podem afetar os mesmos objetivos e a política; ou (iii) os programas que não têm como resultado a resolução de um problema claro na sociedade. Winter (1990) destacou ainda três fatores que podem conduzir a problemas de coordenação, a atrasos e a gastos de recursos públicos para propósitos distintos daqueles que foram definidos pela política ou programa: (i) as relações que se estabelecem entre os representantes das organizações participantes; (ii) os distintos interesses das organizações e dos participantes no processo de formulação e implementação da política; e (iii) a existência de objetivos que são priorizados por algum grupo mais influente de participantes.

Winter (1990) dedicou especial atenção às avaliações de resultados conduzidas em países que mantêm organização federativa, como é o caso do Brasil, nas quais “a implementação de políticas frequentemente envolve governos locais ou estaduais conduzidos por políticos que discordam com os objetivos de programas adotados pelos governos nacionais” (WIN-

TER, 1990, p. 27) e devem ser merecedores de atenção especial nas decisões relativas às ações voltadas para as avaliações de resultados.

Um modelo analítico que apresenta relevância para a compreensão dos desafios presentes nos processos decisórios relativos à condução de avaliação de resultados em políticas públicas foi desenvolvido por Anderson (2008). A sequência adotada por Anderson (2008) contempla cinco dimensões de análise e será aqui apresentada com acréscimos de algumas contribuições de trabalhos realizados por outros autores sobre o mesmo tema (VAN THIEL; LEEUW, 2002; SCHNEIDER; SIDNEY, 2009; LAURIAN et al., 2010):

1. *Os resultados de uma política ou programa podem afetar o problema público para o qual ela foi dirigida e as pessoas envolvidas, o que requer uma clara definição da população-alvo no momento de formulação da política, bem como dos efeitos esperados.* Esta dimensão chama a atenção para as decisões adotadas no momento de formulação e do desenho da política ou do programa no que tange aos seus objetivos (SCHNEIDER; SIDNEY, 2009; LAURIAN et al., 2010), que requerem clareza acerca dos efeitos desejados ou indesejados, no curto, médio ou longo prazo. Nesse aspecto, Laurian et al. (2010) sinalizam para o fato de que, mais comumente, os objetivos das políticas quase nunca são claros nem os planos contêm os dados e os indicadores necessários à mensuração dos resultados, o que contribui para dificultar a sua avaliação.
2. *Os resultados de uma política ou programa podem afetar situações ou grupos diferentes daqueles para os quais ela foi direcionada,* que podem ser considerados como externalidades positivas ou negativas resultantes da implementação da política.
3. *Os resultados de uma política ou programa podem ter consequências futuras da mesma forma como têm no momento atual.* Em alguns casos, a maioria dos benefícios ou alguns custos envolvidos com a implementação de uma política podem ocorrer apenas no futuro e no longo prazo. Algumas vezes, os efeitos futuros de algumas políticas podem ser muito difusos ou incertos, o que agrega complexidade à condução da avaliação de resultados.
4. *Os resultados de uma política ou programa precisam considerar os custos envolvidos.* Assim como as políticas têm efeitos positivos ou benefícios, elas também envolvem custos, que se apresentam sob diferentes formas. Há, por exemplo, os custos diretos, decorrentes das despesas governamentais para a implementação de uma política ou programa, que são, em geral, os mais fáceis de serem calculados com base nos cálculos orçamentários do governo, à exceção das situações nas quais as ferramentas orçamentárias não permitem esta leitura de forma clara (p. ex., quando uma despesa governamental

serve a vários objetivos). Os custos envolvidos também incluem os custos privados causados pela existência da política ou do programa, que são mais difíceis de serem calculados, e os custos indiretos, de ordem econômica e social, muitas vezes de caráter intangível. Enfim, há os custos de oportunidade, que envolvem o que deixou de ser feito pelo fato de a decisão ter se voltado para uma determinada política ou programa.

5. *Os resultados de uma política ou programa podem ser materiais (tangíveis) ou imateriais (intangíveis), com consequências que são tão importantes quanto difíceis de serem mensuradas.* Van Thiel e Leeuw (2002) alertam para a intangibilidade de muitos produtos decorrentes da implementação de políticas públicas, particularmente nos casos de políticas que se relacionam com problemas no âmbito da justiça, da equidade e da *accountability*. Laurian et al. (2010) acrescentam que a principal dificuldade para a avaliação de resultados é de ordem metodológica, no sentido de que os *policymakers*, na maioria dos casos, não detêm o conhecimento necessário para a atribuição de causalidade e não logram distinguir os resultados das atividades planejadas de outros fatores, externos à política. Para tanto, o desenho da política demandaria a existência de informações plenas, sem ambiguidades acerca da política (SCHNEIDER; SIDNEY, 2009; LAURIAN et al., 2010). Além dos aspectos técnicos e metodológicos desenvolvidos pelos autores citados, Oliveira e Pinho (2011) afirmam que o maior obstáculo a ser superado para a condução de avaliações de impacto consiste em convencer os políticos e planejadores acerca das vantagens da avaliação. Para estes autores, as barreiras culturais presentes nas práticas organizacionais definem o desenho das políticas e dos programas governamentais, que excluem destas as atividades de avaliação, sobretudo a avaliação de resultados.

A realização da revisão de literatura sobre a avaliação de resultados em políticas públicas conduziu o levantamento bibliográfico para autores cujos trabalhos identificaram relações entre avaliações de resultados e os eventos que ocorrem no processo de formulação da política; para autores que valorizaram as regras, normas e estratégias que definem a institucionalidade da política; para autores que buscaram as relações entre o padrão organizacional predominante na implementação da política e para autores cujo foco se concentrou nos produtos oferecidos / resultados obtidos com base nessa implementação. À medida que avançava o levantamento bibliográfico, as referências foram reunidas e agrupadas em função das três abordagens e proposições que orientaram a realização do trabalho de campo da investigação. Pela relevância que representaram para a condução da investigação, as três abordagens serão apresentadas de forma individualizada:

1. A primeira dessas abordagens foi constituída por trabalhos de autores que identificaram as relações existentes entre a institucionalidade de uma política e a construção de viabilidade para a condução de avaliação de resultados, sendo, por esta razão, denominada de *abordagem institucionalista*.
2. A segunda abordagem foi constituída por trabalhos de autores que trataram das associações entre a realização de avaliações de resultados e os fatores organizacionais da política, o que envolve tanto seu modo de organização e o processo de implementação quanto o número de organizações participantes e as modalidades de coordenação interorganizacional predominantes na sua implementação. Estas referências foram agrupadas sob a denominação de *abordagem organizacional*.
3. A terceira abordagem agrupou as referências compostas pelos autores que associaram, em seus trabalhos, as decisões relativas à avaliação de resultados de uma política aos fatores relacionados à especificidade desta política, sendo, por esta razão, denominada *abordagem especificidade da política*.

Antes de passar para cada uma das três abordagens utilizadas para a compreensão do caso do PPSUS, cumpre explicitar que, para os efeitos desta investigação, avaliação de resultados em políticas públicas compreende as ações que visam a gerar conhecimento sobre os produtos e os resultados obtidos por um programa ou política pública, informando se estão alinhados com as intenções e os objetivos iniciais. Nestes termos, as ações de avaliação buscam oferecer informações sobre as consequências, esperadas ou inesperadas, que decorrem da implementação da política, no sentido de manter ou corrigir as decisões adotadas no desenho e na implementação da política, visando a seu aperfeiçoamento baseado na aprendizagem obtida (WEISS, 1979; 1988a; 1999; ANDERSON, 2008; MARK; HENRY; JULNES, 2000).

2.2 Institucionalidade e avaliação de resultados em políticas públicas

Uma das premissas adotadas na presente análise é a de que existe associação entre a institucionalidade de uma política ou de um programa e a sua capacidade de avaliar resultados (INGRAHAM, 1987; NORTH, 1991; HOFSTEDE, 1997; WEISS, 1999; FREY, 2000; PIERSON, 2000; HALL, 2004; STREECK; THELEN, 2005; OSTROM, 2007; SABATIER; WEIBLE, 2007; INGRAM; SCHNEIDER, DELEON, 2007; MARCH, 2009; MAHONEY; THELEN, 2010; HANBERGER, 2011; LANE, 2014; WANDERSMAN, 2014).

As contribuições de Douglass North (1991) para esta abordagem decorrem da ênfase conferida em suas análises para o papel desempenhado pelas instituições nas sociedades.

North (1991) ampliou o conceito de instituições, chamando atenção para as possibilidades relativas à redução das incertezas e às limitações envolvidas nas interações institucionalmente mediadas, considerando-as como ferramentas capazes de conectar passado, presente e futuro. North (1991) definiu as instituições como procedimentos formais e informais, rotinas, normas e convenções imersas na estrutura organizacional da política ou da economia, resultantes da competição entre grupos de interesses, que interagem entre si e com o Estado.

O papel dos estados nacionais no desenvolvimento de mudanças institucionais inovadoras e as repercussões sobre a dinâmica político-institucional dos governos também foi objeto de estudo de North (1991), para quem tais mudanças devem ser elaboradas tanto com base nas relações entre as estruturas que lhes dão sustentação institucional quanto das organizações estruturais que delas decorrem. North (1991) distinguiu ainda instituições e organizações: para ele, as instituições são as regras e as organizações são os times e principais agentes de transformação das sociedades. Evans (1993, 2008) e Skocpol (1985) declararam que as regras e os fatores organizacionais influenciam a cultura política, a burocracia e as capacidades estatais, identificando, entre elas, a capacidade estatal de avaliação de políticas.

Pierson (2000) associou a ocorrência de eventos específicos (particularmente daqueles que são definidores de regras), em ordem sequencial, às práticas organizacionais institucionalizadas, nas quais podem ser incluídas as avaliações de processos e de resultados. Farrell e Héritier (2004) e Kuhlmann e Shapira (2009) encontraram associações entre a institucionalidade de políticas e os resultados por elas obtidos em contextos de implementação em países industrializados. Kuhlmann e Shapira (2009) analisaram as relações entre os estilos de governança, a política e os resultados sobre a inovação em países industrializados e encontraram evidências de que a regulação feita pelo Estado influencia tanto a forma de evolução quanto os resultados produzidos pelos sistemas de inovação. Streeck e Thelen (2005) destacaram a relevância das regras e das normas estabelecidas para o reconhecimento do grau de institucionalidade atingidos em processos de formulação de políticas públicas, realçando o peso dos contextos políticos, das características institucionais e de sua interação com os agentes em processos de mudança institucional. Hanberger (2011) associa a montagem de sistemas de avaliação à boa governança, aos arranjos políticos, institucionais e procedimentais que se relacionam com o ambiente interno e externo das políticas públicas, destacando que o desenho da política e o apoio dos gestores são fatores críticos para que os sistemas de avaliação funcionem. Nestes termos, as características institucionais e organizacionais do PPSUS favoreceriam a existência de um sistema de avaliação do programa.

Evans (1993, 2008) trata da capacidade seletiva e reguladora dos estados nacionais, da coerência corporativa das burocracias e da capacidade de adoção de metas coletivas e sustentáveis em situações nas quais ocorrem mudanças nas agendas de desenvolvimento. Este autor identifica um modelo de atuação burocrática, denominado *autonomia inserida*, que se contrapõe ao insulamento e resulta da atuação coordenada dos agentes do Estado, em contextos de valorização da profissionalização, meritocracia e inserção intensa na estrutura social circundante (EVANS, 1993).

Ao aprofundar a reflexão sobre as capacidades do Estado, Skocpol (1985) identifica a necessidade de que as análises realizadas sobre a atuação estatal também contemplem a forma como as configurações organizacionais dos Estados e de seus padrões de atividade afetam “a cultura política, encorajam alguns tipos de formação e ações coletivas políticas (mas não outras) e possibilitam o aumento de certas questões políticas (mas não outras)” (SKOCPOL, 1985, p. 21). As abordagens de Skocpol demonstraram-se valiosas para a realização da presente investigação pelos elementos que aportam na análise das capacidades de organização e de coordenação do Estado e o modo como essa organização ocorre, que são importantes na análise da atividade organizacional da implementação do PPSUS.

Hofstede (1997) realça os aspectos de aprendizagem em processos de avaliação de resultados que se relacionam às resistências culturais e às mudanças no ambiente organizacional ao reconhecer que determinados padrões de pensamento, sentimento e comportamento dos *policymakers* interferem nas decisões adotadas em momentos de formulação de políticas, sendo definidoras da sua implementação e do modo como terão seus resultados avaliados. Nesse sentido, é plausível considerar que determinadas resistências de natureza cultural às mudanças organizacionais decorrentes de processos de avaliação podem explicar a ausência de indicadores de avaliação em alguns programas ou políticas.

Hofstede (1997), fundamentado nos seus estudos sobre as influências culturais exercidas pelos países sobre as culturas organizacionais, sugere que o termo cultura seja considerado, nas análises organizacionais, como forma de programação mental, “sendo a programação coletiva da mente que distingue os membros de um grupo ou categoria em face de outro” (HOFSTEDE, 1997, p. 19). A cultura, em sentido lato, é adquirida e compartilhada, sendo proveniente do ambiente social dos indivíduos e grupos. Ao tempo em que reconhecem a relevância dos fatores culturais para a estruturação e as decisões tomadas no âmbito organizacional, McSweeney (2009) e Hall (2004) advertem sobre as dificuldades que são inerentes à conceituação do que seja a “cultura que cerca uma organização” (HALL, 2004, p. 200). O termo cultura, no sentido lato da palavra, conforme adotado nos estudos de antropologia soci-

al, tem sido considerado ora como atributo ou qualidade interna a indivíduos ou grupos (SCOTT, 2004), ora como fenômeno coletivo, que engloba não apenas formas de pensar, sentir e se comportar, mas envolve o compartilhamento entre pessoas “que vivem no mesmo ambiente social onde é adquirida” (HOFSTEDE, 1997, p. 19).

Weiss (1999) resgatou os aspectos relativos à história, à tradição, à cultura, às práticas operacionais padronizadas, às regras e as decisões orçamentárias, aspectos que se associam ao grau de institucionalidade de uma política, para argumentar que a história organizacional que antecede a implementação de uma política pode ditar a forma como essa política é avaliada. Da mesma forma, Weiss (1999) defende que resoluções adotadas no passado são *path-dependent* e que as informações oferecidas pelas ações de avaliação contribuem para moldar as ideologias e as novas práticas institucionais, mediante a incorporação do conhecimento gerado em regras, nos hábitos e na cultura organizacional.

Weiss (1999) afirma ainda que uma das razões pelas quais as ações de avaliação podem ser consideradas infrequentes é a desconexão institucional que, por vezes, existe entre as ações de avaliação e as ações de formulação de políticas, acrescentando que sistemas democráticos, sistemas políticos competitivos e políticas descentralizadas favorecem a institucionalização das ações de avaliação.

Em estudo realizado na década de 1980, Ingraham (1987) identificou aspectos que vincularam as condições para a condução de avaliações de resultados em programas públicos ao seu desenho prévio, entre estes a inexistência de indicadores específicos para esta modalidade avaliativa. Esta vinculação contribuiu para a argumentação aqui apresentada de que, em algumas situações, a impossibilidade de evidenciar resultados em processos de avaliação de políticas decorre não apenas da ausência de resultados frente aos objetivos propostos, mas inclui lacunas existentes no desenho programático da política ou do programa. Entre estas lacunas se incluem os indicadores específicos.

Na sua análise, Ingraham (1987) chamou a atenção para as relações existentes entre o desenho das políticas públicas e seus processos de avaliação, destacando que, em situações complexas, apenas a análise do contexto no qual uma política foi formulada pode permitir a compreensão das escolhas feitas pelos *policymakers* para a avaliação da política. Assim, a impossibilidade de evidenciar resultados pode não ser decorrente da ausência de resultados frente aos objetivos propostos pelo programa. Em alguns casos, a avaliação de resultados é impossibilitada por lacunas decorrentes de um planejamento pouco consistente (INGRAHAM, 1987; HANBERGER, 2011; HOWLETT, 2014). Em estudos que abordaram as particularidades da análise de políticas públicas no contexto dos países em desenvolvimento,

Frey (2000) considerou a existência de interdependências entre as decisões adotadas na fase de formulação e os resultados obtidos no momento da avaliação das políticas.

Ostrom (2007) conceitua regras como prescrições, normas como prescrições internalizadas e estratégias como planos que tendem a produzir regras, normas e expectativas. Ao fazê-lo, Ostrom (2007) associa regras, normas e estratégias aos contextos de implementação de políticas públicas. Para efeito desta investigação, o termo institucionalidade reporta-se ao conceito de instituições proposto por Ostrom (2007, p. 22), que abrange “muitos tipos de entidades, incluindo tanto organizações quanto as regras usadas para estruturar modelos de interação com e nas organizações”, por ela resumido em regras, normas e estratégias. Ostrom (2007) considerou os níveis de análise operacional, escolha coletiva, constitucional e meta-constitucional, mas seu foco principal é no efeito das regras sobre a implementação de políticas. Neste sentido, a presente investigação procurou se aproximar do que Ostrom (2007) percebe como a abordagem mais indicada para os estudos de linha institucionalista, que devem se pautar por múltiplos níveis de análise.

Na mesma tendência analítica, Streeck e Thelen (2005) e Mahoney e Thelen (2010) enfatizaram a importância da institucionalidade para o reconhecimento e a avaliação de resultados em processos de implementação de políticas públicas, destacando tanto o peso das características institucionais das políticas quanto de suas interações com agentes em processos de mudança institucional. O construto de institucionalidade adotado para esta investigação foi elaborado conforme consta no Quadro 2.2.

Quadro 2.2 - Matriz descritiva do construto *institucionalidade* em políticas públicas.

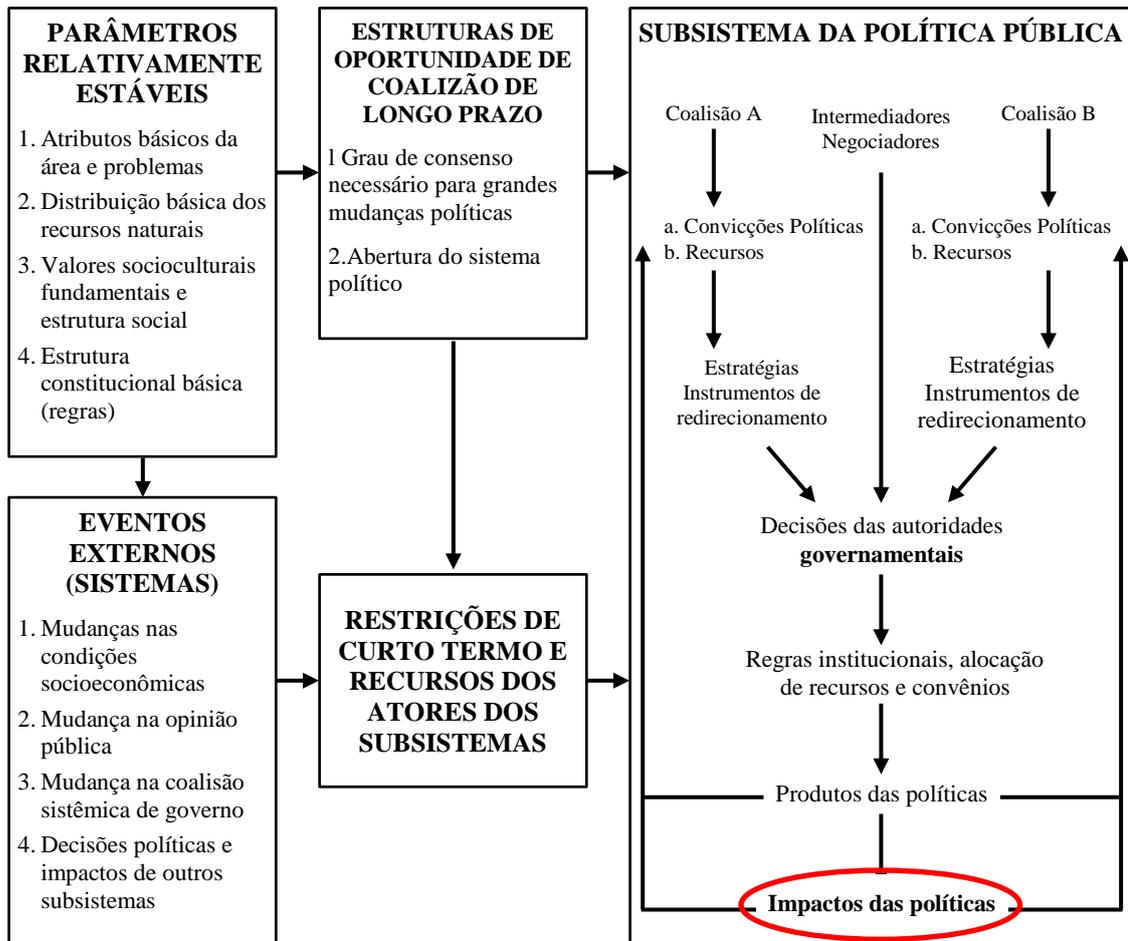
Construto	Descrição	Referencial
Institucionalidade	Assimilação organizacional de regras, formais e informais, que decorrem de decisões e de escolhas adotadas no período de formulação e de implementação de uma política pública. A presença desses processos de regramento organizacional é relevante por dificultar a reversão da política face às expectativas que geram em situações nas quais o custo (político/institucional) de alterar ou suprimir a política é superior ao custo de sua manutenção. A clareza das regras, normas e estratégias é considerada um fator associado à estabilidade e à possibilidade de obtenção de resultados por uma política ou programa.	North (1991) Weiss (1999) Pierson (2000) Streeck; Thelen (2005) Ostrom (2007) Lane (2014)

Fonte: Elaborado com base em North (1991); Weiss (1999); Pierson (2000); Streeck; Thelen (2005); Ostrom (2007) e Lane (2014).

Sabatier e Weible (2007) afirmam que os subsistemas políticos e as suas regras, em áreas e em políticas específicas, são capazes de mobilizar os atores políticos para a obtenção de resultados específicos. O modelo das coalizões de defesa, proposto por Sabatier e Weible

(2007), analisa o processo de formação de políticas com base em subsistemas de governo ou áreas políticas específicas, nas quais se mobilizam atores diversos, com a finalidade de influir sobre os resultados políticos, no qual cada subsistema é formado por várias coalizões de defesa (Figura 2.2).

Figura 2.2 - Diagrama do Modelo de Coalizção de Defesa (*Advocacy Coalition Framework - ACF*).



Fonte: reproduzido de Sabatier e Weible (2007, p. 202) (tradução livre).

No modelo de coalizções de defesa (SABATIER; WEIBLE, 2007) ilustrado na Figura 2.2, o processo de elaboração de políticas é visto a partir de um sistema de crenças e entendido como o modo de interpretação dos problemas, que é tanto capaz de gerar coesão quanto desconfiança entre os participantes do processo.

Sabatier e Weible (2007) distinguem os fatores externos como estáveis (aqueles que se mantêm por mais de uma década) e dinâmicos (aqueles variam em períodos mais curtos). Para Sabatier e Weible (2007) o fator temporal é tido como uma variável relevante para a identificação da estabilidade de uma política, devendo ser considerado na proposição de seus indicadores de avaliação e no seu desenho avaliativo.

Conforme ilustra a Figura 2.2, Sabatier e Weible (2007) propuseram um modelo de análise de políticas que contempla as decisões adotadas nos processos de formulação de políticas públicas, e que, de algum modo, também contribui para a construção de abordagens voltadas para a avaliação de resultados. Para estes autores, a avaliação de resultados em análises de políticas está fortemente relacionada a quatro fatores: (i) as decisões assumidas durante o momento da formulação da política; (ii) a clareza com a qual os objetivos da política foram propostos; (iii) os fatores que afetam os produtos e os resultados da política; e (iv) a capacidade que a política possui de ser reajustada com base nas lições aprendidas ao longo de sua implementação.

Na abordagem proposta por Sabatier e Weible (2007), as propostas definidoras de processos de avaliação de resultados devem ser normativamente construídas, de modo que se contemplem regras e que sejam considerados os seguintes aspectos: (i) ser fortemente vinculada aos objetivos da política ou do programa, refletindo os valores que esta procura instituir; e (ii) ser focada na possibilidade de reformulação e revisão, decorrente do processo de aprendizagem envolvido no processo de avaliação. A relevância dos fatores institucionais e das regras como elementos de aprendizagem institucional, que enfatizam a influência da aprendizagem sobre a avaliação de resultados, foi também compreendida como parte de processos que se fundamentam em análises, barganhas, imitações, seleções e aprendizagem (MARCH, 2009).

March (2009) propõe um modelo de aprendizado institucional a ser considerado na avaliação de políticas, que questiona: (i) o que aconteceu? (ii) porque aconteceu? (iii) o que aconteceu foi satisfatório ou insatisfatório? (MARCH, 2009). Mesmo que haja eventos históricos que não são incorporados às experiências porque não se constituem em objeto de observação, para March (2009), as realizações de caráter histórico devem contemplar todos os eventos que poderiam ser produzidos por processos históricos, o que inclui os eventos observados (e sua interpretação sobre eles), os eventos concretos e os eventos potenciais. March (2009) também chamou a atenção para o fato de que análises institucionais que envolvem a participação de diferentes indivíduos devem considerar que a assimilação do aprendizado nesses processos ocorre de modo diferente e, mesmo que os participantes tenham vivenciado os mesmos processos históricos, suas experiências são afetadas por fatores como a recordação, a interpretação e a avaliação feita por eles (MARCH, 2009).

Um aspecto destacado por March (2009) refere-se à avaliação da experiência e à sua dependência do 'juízo de valor' que os indivíduos elaboram sobre os resultados das ações e da avaliação crítica que se estabelece entre expectativas e resultados. Os indivíduos ajustam não

apenas seus níveis de aspiração, mas também suas definições do que deve ser valorizado, havendo uma tendência à autocongratulação. Os mesmos resultados podem ser vistos como sucessos ou fracassos de uma política ou programa, dependendo da situação de quem avalia. Nesses termos, Anderson (2008) sinaliza que a ausência de informações acerca dos resultados obtidos por um programa atua como obstáculo para a identificação dos fatores que contribuem para o seu sucesso ou fracasso, capazes de orientar as decisões sobre ajustes na sua definição e formulação, no sentido de continuar, de modificar, de fortalecer ou até de terminar com a sua implementação.

March (2009) considera que as regras mudam em processos de aprendizado, mediante diversos processos de adaptação mútua com o ambiente, antecipando-se ao futuro ou refletindo o passado, com destaque para cinco deles:

1. *Processos de análise*: ocorrem pela antecipação e avaliação de consequências futuras por indivíduos intencionados. As teorias baseadas na análise como mecanismo primário de adaptação presumem que as regras refletem expectativas sobre o futuro e que a análise “olha para frente”;
2. *Processos de barganha*: ocorrem mediante a negociação, o conflito, as trocas e permutas entre indivíduos com preferências e identidades inconsistentes. Barganhas olham para frente ou para trás ou para ambos, dependendo das bases de comportamento dos negociadores;
3. *Processos de imitação*: ocorrem pela reprodução de regras, práticas e formas usadas por outros. A imitação olha para frente ou para trás ou para ambos, dependendo das bases de comportamento dos imitados;
4. *Processos de seleção*: ocorrem pelas taxas diferenciais de nascimento e sobrevivência de regras imutáveis e das unidades de decisão que criam;
5. *Processos de aprendizado*: ocorrem pelas mudanças, ditadas pela experiência, de rotinas e de suas formas de uso. As teorias baseadas na seleção ou no aprendizado presumem que as regras refletem a história e que a seleção e o aprendizado “olham para trás”.

Numa perspectiva que se aproxima da empregada por Weiss (1999), Wandersman (2014) adota como ponto de partida para análises de avaliação de resultados o fato de que as insatisfações com os processos de avaliação decorrem, na sua maioria, da falta de resultados. Neste sentido, propõe que as avaliações devem ser empoderadas, assumindo que a capacidade avaliativa é uma construção organizacional, que envolve fatores como: (i) a avaliação de necessidades e recursos; (ii) a definição dos objetivos e dos resultados desejados; (iii) a seleção das práticas baseadas em evidências para as políticas ou programas; (iv) os ajustes necessá-

rios; (v) as avaliações de implementação e de processos e (vi) a sustentabilidade. Wandersman (2014) associa a capacidade de avaliar dos gestores de políticas públicas e suas equipes com a capacidade de usar o conhecimento e as ferramentas avaliativas para planejar mais sistematicamente, para implementar com qualidade, para se auto-avaliar e para usar a informação numa perspectiva de contínuo aperfeiçoamento.

Nestes termos, a presente análise em muito se valeu de perspectivas teóricas que são críticas aos modelos analíticos fundamentados sobre a existência de uma forma única e racional para explicar os problemas e a tomada de decisões em processos de formulação de políticas públicas. Foram consideradas, para a realização do trabalho de campo, as influências exercidas por variáveis relacionadas aos atores e ao contexto organizacional no momento da formulação do PPSUS sobre as decisões relativas à avaliação dos resultados em políticas públicas.

Desse modo, para a compreensão da trajetória assumida pelo PPSUS, foram exploradas abordagens fundamentadas em modelos explicativos que se guiam pela corrente do institucionalismo histórico. Além disso, foram consideradas as análises sobre processos decisórios governamentais que mantêm pontos em comum com investigações que abordam o tema da mudança e das resistências culturais sobre processos de avaliação de resultados de políticas públicas (TROMPENAARS, 1994; HOFSTEDE, 1997; SCOTT, 2004; OSTROM, 2007; MCSWEENEY, 2002, 2009). Em síntese, com fundamento no referencial teórico-conceitual obtido, a estratégia analítica empregada assumiu que a análise das decisões adotadas pelos formuladores do PPSUS em relação ao conjunto de regras, normas e estratégias que pautaram a cena político-institucional do país após a promulgação da CF-88 permitiria fazer emergir os elementos capazes de evidenciar, ou não, a institucionalidade do programa.

2.3 Coordenação interorganizacional e avaliação de resultados em políticas públicas

Os trabalhos que compõem este referencial contribuíram para a concepção de que as decisões e as capacidades para conduzir avaliações de resultados de programas e políticas públicas podem ser explicadas não apenas segundo a institucionalidade da política, mas também se associam às características das organizações que serão envolvidas na implementação da política e ao modo como se coordenam. A pesquisa bibliográfica posta em prática ao longo da investigação permitiu que fossem identificadas como principais variáveis a serem consideradas para a compreensão das decisões acerca da avaliação de resultados, entre outras, o formato organizacional das organizações envolvidas na implementação da política e as principais

características das relações inteorganizacionais que se estabeleceram ao longo da formulação e da implementação do programa.

O mapeamento realizado sobre a produção teórica que contempla estudos de coordenação interorganizacional indicou que ela é ampla e fortemente fundamentada na Teoria da Dependência de Recursos e na Teoria Institucional. Para C. Rossetto e A. Rossetto (2005) estas duas teorias, ao contemplarem elementos analíticos como as interações e as interdependências, realçam as influências inteorganizacionais e mantêm importantes pontos de intersecção com os procedimentos analíticos que se adequam às análises de implementação e de avaliação de políticas públicas.

Entre os autores do campo das ciências organizacionais, a Teoria Institucional pode ser conceituada como resultante de diferentes áreas das ciências sociais, incorporando “em suas proposições a ideia de instituições e de padrões de comportamento, de normas e de valores, de crenças e de pressupostos, nos quais se encontram imersos indivíduos, grupos e organizações” (MACHADO-DA-SILVA; GONÇALVES, 2012, p. 218). Além da contribuição sob o aspecto empírico, a Teoria Institucional destaca-se por colocar o foco analítico nas organizações *enquanto organizações* e por se constituir como ponto de partida válido para investigações organizacionais que considerem “a probabilidade da racionalidade ser mais ou menos limitada” (TOLBERT; ZUCKER, 2012, p. 195).

A literatura sobre avaliação de políticas e programas no setor público associa os processos de coordenação interorganizacional às iniciativas que se voltam para o cumprimento de objetivos e para a obtenção e a avaliação de melhores resultados nos programas e políticas (LITWAK; HYTON, 1962; WEISS, 1988b, 1993, 1999; PRESSMAN; WILDAVSKY, 1984; OLIVER, 1990; JOHNSON, 1998; PETERS, 1998; PATTON, 1988, 1999; LOWNDES; SKELCHER, 1998; MARK; HENRY, 2004; NOGUEIRA, 2007; BOUCKAERT; PETERS; VERHOEST, 2010; HANBERGER, 2011; GONTIJO, 2012).

Litwak e Hylton (1962) identificaram distinções entre as análises organizacional e interorganizacional, destacando a necessidade de uma construção teórica específica para os estudos interorganizacionais. Para estes autores, a coordenação interorganizacional ocorre em condições de conflito parcial e sob a influência de situações de *stress*, que não são mediadas pela estrutura de autoridade presente nos contextos organizacionais. Litwak e Hyton (1962) recomendaram que fenômenos de coordenação interorganizacional e de coordenação organizacional tenham abordagens distintas, dado que a primeira é singularizada pela interdependência existente entre duas ou mais organizações formais, o que requer clareza sobre a consciência dessa interdependência, bem como sobre a padronização das unidades a serem coor-

denadas. Litwak e Hylton (1962) destacaram que as análises de processos em contextos de coordenação interorganizacional devem considerar o comportamento dos agentes sob condições de conflito parcial, que decorrem da interação de unidades que se encontram sob distintas autoridades estruturais, sendo esse um aspecto a ser considerado, sobretudo, naquelas análises que se voltam para processos de coordenação interorganizacional no âmbito governamental. Ainda conforme Litwak e Hyton (1962), o conceito de coordenação interorganizacional enfatiza não apenas a cooperação, mas compreende termos que traduzem o conflito, a independência, os objetivos comuns, o compartilhamento de informações, o processo decisório, os padrões de comportamento e as áreas de interesse comum. Esses autores apresentaram uma teoria da coordenação interorganizacional, que assume como fundamentos (i) a interdependência organizacional; (ii) a consciência do nível de organização; (iii) a padronização de atividades organizacionais e (iv) o número de organizações.

Sob o aspecto conceitual, Pressman e Wildavsky (1984) consideraram que o vocábulo *coordenação* é decepcionantemente simples, pois se espera que os agentes e as organizações participantes da implementação de políticas contribuam para a obtenção de resultados comuns, no tempo e na quantidade esperada: *A* deve facilitar o trabalho de *B*, que deve contribuir para *C*. Contudo, Pressman e Wildavsky (1984) também reconhecem as contradições que podem ser interpor no âmbito interorganizacional e que envolvem tanto aspectos inerentes ao conflito e à cooperação quanto ao consenso e à coerção.

Oliver (1990) propôs um modelo de análise para relações interorganizacionais que combina transações, fluxos e conexões, num conjunto de seis contingências: (i) necessidades; (ii) assimetria; (iii) reciprocidade; (iv) eficiência; (v) estabilidade; e (vi) legitimidade. Estas contingências contribuem não apenas para a compreensão das razões pelas quais as organizações estabelecem relações interorganizacionais, mas guardam associação com os motivos pelos quais são instituídos processos de avaliação, razão pela qual esse modelo de análise foi adotado para a orientação do trabalho de campo realizado no decorrer desta investigação.

Bolland e Wilson (1994) identificaram que as interdependências podem gerar diferentes padrões de relações interorganizacionais. Estes padrões podem ser influenciados pela existência de barreiras ou conexões entre grupos, contribuindo para a definição de diferentes níveis de coordenação interorganizacional. Alexander (1998) chamou a atenção para as relações de interdependência que se estabelecem entre os aspectos formais e informais das estruturas de coordenação em processos de coordenação interorganizacional.

Johnson (1998) analisou as relações entre avaliação, aprendizagem e desenho organizacional, contribuindo para a compreensão das relações que se estabelecem entre os processos

decisórios e a avaliação de resultados ao apontar a influência da informação, da ideologia e dos interesses, que seriam “temperadas pelo ambiente organizacional” (Johnson, 1998, p. 95). Ainda nesta linha, Johnson (1998) destaca que os mais importantes usuários dos processos de avaliação são os tomadores de decisão organizacionais, que seriam os usuários primários das avaliações. Johnson (1998) valorizou o papel que as avaliações exercem sobre os tipos de mudança que podem ocorrer no processo de implementação de uma política, agregando as mudanças de caráter comportamental, mudanças nas regras, mudanças na estrutura organizacional, mudanças nos objetivos e nos propósitos da política.

Weiss (1999) analisou as relações existentes entre os formatos organizacionais, concluindo que as avaliações de impacto e a sua utilização alteram o processo decisório, a governança, as relações e as performances organizacionais.

Lundin (2007) concluiu que os resultados da cooperação interorganizacional sobre a implementação de políticas dependem do tipo de política implementada, observando que há uma maior relação entre cooperação inteorganizacional e resultados positivos associados à implementação quando se trata de políticas públicas de caráter mais complexo, e uma menor relação se a política depender de tarefas de menor complexidade.

O tema da coordenação encontra-se, na literatura, associado aos fatores que decorreram da especialização e da complexificação organizacional nas sociedades (BOUCKAERT; PETERS; VERHOEST, 2010). Na área pública, Gontijo (2012) considera que o tema da coordenação passou a ser relevante em decorrência da percepção de que políticas públicas setorializadas e dependentes das fronteiras institucionais tradicionais seriam incapazes de entregar bons serviços públicos à população.

Genericamente, os processos de coordenação podem ser considerados como alternativa possível para integrar tanto iniciativas de colaboração intraorganizacional (BOUCKAERT; PETERS; VERHOEST, 2010) como a colaboração entre as organizações, numa perspectiva de manutenção dos arranjos, das coalizões e dos laços que compreendem as relações interorganizacionais (BORGATTI; FOSTER, 2003). A percepção de Peters (1998) de que coordenar ações que envolvem múltiplos agentes, como ocorre nas políticas públicas, é importante e possui relevância sobre os resultados das ações organizacionais, tem sido reconhecida e compartilhada por vários autores (HILL; HUPE, 2005; O'TOOLE JR, 2010; MOTTA; VASCONCELOS, 2011; RADIN, 2010; GONTIJO, 2012).

Hanberger (2011) ampliou o uso do termo governança, identificando a concepção inovadora que contém, ao contemplar as ações que evoluíram de formas de coordenação tradicionais para interações negociadas entre os atores envolvidos na implementação de políticas

públicas e as instituições. A análise de Johnson (1998) sobre o uso organizacional das avaliações e a análise de Hanberger (2011), que contemplou as funções da avaliação sobre as respostas sistêmicas, também tratam das associações existentes entre os formatos organizacionais e os processos de avaliação de resultados, sendo que ambas apontam para a direcionalidade que se estabelece entre a avaliação de resultados e a coordenação organizacional, ao identificarem as relações existentes entre as ações de avaliação e as suas repercussões sobre a aprendizagem e a integração organizacional.

O conceito de coordenação organizacional assumido nesta tese buscou agregar os aspectos relativos à situação de interdependência organizacional (O'TOOLE JR.; MONTJOY, 1984), à atuação dos atores e às estratégias (de coordenação) adotadas pelos atores em contextos interorganizacionais. Trata-se de uma construção que se aproxima do conceito proposto por Alexander (1998), segundo o qual a coordenação interorganizacional se constitui como a identificação e o gerenciamento de situações de interdependência, mediante a criação ou uso de estruturas de coordenação interorganizacional que irão contribuir para suas respectivas ações, mas que procura ir além, ao agregar elementos relacionados às escolhas estratégicas feitas pelos atores.

Análises sobre a coordenação interorganizacional na implementação de políticas públicas podem se associar às assimetrias de recursos, às interdependências, às necessidades de cooperação e de comunicação e à existência de conflitos potenciais no ambiente organizacional. O reconhecimento dessas situações, potencialmente problemáticas, provocaria a atuação dos atores organizacionais, que procuram identificar as escolhas estratégicas mais adequadas para se estruturar e lidar com os conflitos existentes no ambiente organizacional, de forma coordenada, no sentido de superá-las e de obter os resultados esperados pelas políticas. O construto elaborado para o termo coordenação interorganizacional pode ser visto no Quadro 2.3.

Quadro 2.3 - Matriz descritiva do construto *coordenação interorganizacional* em políticas públicas.

Construto	Descrição	Referencial
Coordenação Interorganizacional	Consiste na atuação coordenada de duas ou mais organizações envolvidas na implementação de programas e políticas públicas, cujas relações interorganizacionais se estabelecem sob a motivação de atingir os objetivos que são comuns às organizações envolvidas e atuantes no ambiente interorganizacional, com vistas à obtenção dos resultados previstos no momento da formulação da política ou do programa.	Litwak; Hylton (1962) O'Toole Jr.; Montjoy (1984) Oliver (1990) Alexander (1998) Johnson (1998)

Fonte: Elaboração própria, com base em Litwak e Hylton (1962); O'Toole Jr; Montjoy (1984); Oliver (1990); Alexander (1998) e Johnson (1998).

A escolha do trabalho de Litwak e Hylton (1962) para a fundamentação do construto foi definida pelo caráter pioneiro desse estudo para análises de coordenação interorganizacional. A partir dos trabalhos de Durkheim, Marx e Weber, Litwak e Hylton (1962) identificaram, há mais de meio século, que análises de processos de coordenação interorganizacional, face à interdependência que os caracteriza, requerem aportes teóricos distintos daqueles que fundamentam os estudos organizacionais e propuseram uma teoria de coordenação interorganizacional. Litwak e Hylton (1962) notaram que, dificilmente, as organizações controlavam, individualmente, todos os recursos que necessitavam para atingir seus objetivos e que as situações de interdependência ocorriam quando os recursos que duas ou mais organizações necessitavam para atingir seus objetivos se encontravam fora de sua governabilidade, estando em poder de uma ou mais organizações.

Litwak e Hylton (1962) notaram ainda que os aportes teóricos para estudar essas situações necessitavam contemplar os constrangimentos que caracterizavam as relações interorganizacionais, destacando que os enfoques voltados para análises de coordenação interorganizacional tendiam a possuir uma complexidade que os distinguiu das análises organizacionais clássicas por, pelo menos, duas condições: (i) as organizações envolvidas não controlam todos os recursos que necessitam, o que provoca sua mobilização junto às demais organizações detentoras dos recursos dos quais dependem, em situações de cooperação e de conflito e (ii) os movimentos voltados para a cooperação e a superação de conflitos, realizados pelas organizações que não controlam todos os recursos que necessitam ocorrem na ausência de uma autoridade compartilhada entre elas. Litwak e Hylton (1962) propuseram três variáveis explicativas para análises de coordenação interorganizacional: (i) a evidência de interdependência; (ii) a consciência da existência de interdependência por parte dos responsáveis pelas organizações; e (iii) a padronização das organizações que se encontram sob coordenação.

Uma das contribuições do trabalho de O'Toole Jr e Montjoy (1984) para a presente análise encontra-se na afirmação de que o resultado de uma política depende mais do tipo de interdependência necessária do que do número de organizações envolvidas. O'Toole Jr e Montjoy (1984) argumentaram que a probabilidade de execução de uma política aumenta com o número de unidades quando o tipo de interdependência requer pouca coordenação inicial ou formativa.

A análise realizada por Alexander (1998) contribuiu para a elaboração do construto pelo enfoque que este autor conferiu ao gerenciamento de situações de interdependência e das escolhas estratégicas feitas pelos atores. Para Alexander (1998) a coordenação entre mais de uma organização demanda desenhos institucionais, ações de planejamento e de adaptações

nas estruturas interorganizacionais das políticas, programas ou projetos que envolvam mais de uma organização.

As análises que abordam as relações entre a coordenação interorganizacional e a intenção de obtenção de resultados em políticas públicas (JOHNSON, 1998; ARRETCHE, 2000; 2004; FARAH, 2001; MARINHO; FAÇANHA, 2001; PETERS, 2008) realçam que compartilhamentos decisórios podem enfrentar problemas relacionados às perdas de coerência e ao distanciamento com os objetivos das políticas, repercutindo sobre a *accountability* e sobre a avaliação dos resultados previstos na sua concepção.

As análises elaboradas por O'Toole Jr. e Montjoy (1984) fundamentaram-se nas teorias organizacionais e desenvolveram predições acerca de processos de implementação de políticas conduzidos em situações de interdependência e/ou coordenação interorganizacional. O argumento central do estudo de O'Toole Jr. e Montjoy (1984) é o de que, embora haja a percepção geral de que a ação descoordenada de duas ou mais organizações seja capaz de limitar a capacidade de execução e de implementação de políticas públicas, interferindo em seus resultados, o estudo por eles conduzido indicou que a probabilidade de execução das ações previstas varia de forma diretamente proporcional ao número de organizações envolvidas na implementação das políticas. Ainda, segundo O'Toole Jr. e Montjoy (1984), em cenários de interdependência e de coordenação interorganizacional, a probabilidade da implementação de uma política pública se eleva conforme o número de organizações envolvidas na política também aumenta. O estudo de O'Toole Jr. e Montjoy (1984) conclui que, em determinadas estruturas de interdependência organizacional, as chances de que a implementação da política ocorra e seja bem sucedida, obtendo os resultados esperados, aumentam na mesma proporção que aumenta o contingente de organizações envolvidas.

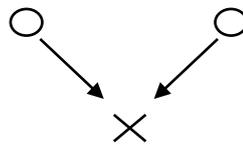
De acordo com O'Toole Jr. e Montjoy (1984), como a maioria das políticas governamentais requer a participação de mais de uma organização para que sejam implementadas, o diferencial que explica a obtenção de resultados dessas políticas é uma efetiva coordenação interorganizacional, ou seja, a atuação coordenada das organizações na implementação de políticas e programas. O'Toole Jr. e Montjoy (1984) veem o momento da implementação como uma questão de cooperação e consideram-na uma condição essencial para que a intenção política seja convertida em ação, sendo implementada pelos responsáveis e obtendo os resultados previstos na fase de formulação da política.

O'Toole Jr. e Montjoy (1984) identificaram três modalidades de atributos que contribuem para que os indivíduos cooperem em contextos de implementação de políticas: (i) o senso do dever ou a existência de autoridade; (ii) o interesse comum, que induz a cooperação

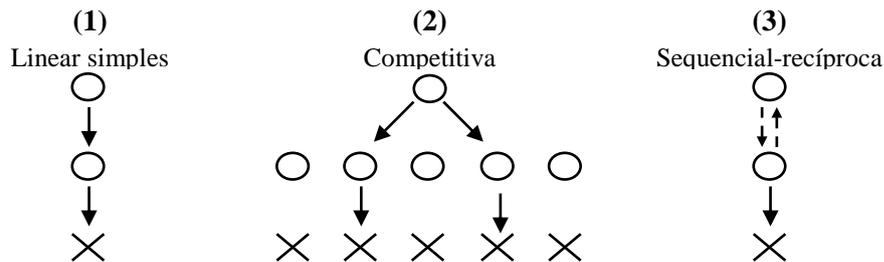
de cada participante que valoriza o cumprimento de metas; e (iii) a permuta, como recompensa pela realização das metas. O'Toole Jr. e Montjoy (1984) discutem ainda o uso de uma tipologia que leva em consideração os altos e baixos custos de coordenação, construída com base na variável interdependência: a interdependência combinada; a interdependência sequencial e a interdependência recíproca. Os três tipos de interdependência propostos por O'Toole Jr. e Montjoy (1984) estão ilustrados na Figura 2.3 e serão brevemente comentados na sequência.

Figura 2.3 - Tipos de interdependência

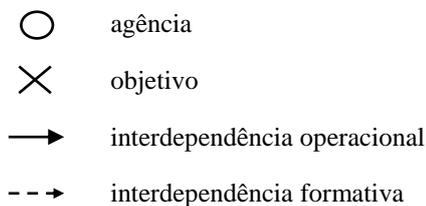
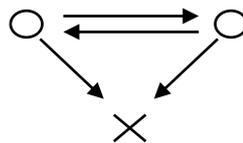
A. INTERDEPENDÊNCIA COMBINADA:



B. INTERDEPENDÊNCIA SEQUENCIAL:



C. INTERDEPENDÊNCIA RECÍPROCA:



Fonte: reproduzido de O'Toole Jr. e Montjoy (1984, p. 493) (tradução livre).

A interdependência combinada (*pooled interdependence*) consiste na modalidade organizacional na qual as organizações se combinam sem que seja necessário, contudo, que estabeleçam relacionamentos entre si, ou seja, mesmo que os resultados e o impacto final de seus esforços dependam da existência da coordenação, nenhuma das organizações participantes requer insumos das outras para conduzir seu trabalho e obter os resultados almejados. Nenhuma das organizações envolvidas dispõe de recursos suficientes para colocar em esforços

de coordenação, especialmente se esse esforço implicar em alterações das rotinas organizacionais. Nestes casos, as ações de implementação não necessitam esperar por acordos entre as organizações, já que cada organização faz a sua parte. Contudo, O’Toole Jr. e Montjoy (1984) ressaltam que os resultados obtidos em relação ao objetivo comum podem ser inferiores ao esperado, se comparado ao que poderia ser obtido, caso resultasse de esforços perfeitamente coordenados.

A interdependência sequencial foi relatada por O’Toole Jr. e Montjoy (1984) como estando presente principalmente em programas operacionais, nos quais as organizações raramente podem ignorar-se entre si. Sua característica distintiva consiste em que os atrasos ou as falhas em um dos pontos da cadeia de implementação da política poderão afetar as operações subsequentes, inviabilizando os resultados.

A interdependência recíproca foi definida por O’Toole Jr. e Montjoy (1984) como consequência de situações nas quais as agências devem procurar ajustar-se mutuamente e se coordenarem, umas com as outras, para o enfrentamento da possibilidade de que todas as dificuldades de coordenação enumeradas anteriormente venham à tona, acrescidos dos encargos da negociação permanente. Este tipo de negociação influencia tanto a natureza da interdependência quanto os conteúdos das ações, podendo não apenas criar oportunidades, mas também gerar dificuldades para as agências envolvidas atingirem os resultados esperados. As situações que caracterizam a interdependência recíproca possuem elevado grau de imprevisibilidade, que demandam das organizações o recurso a jogos e estratégias, para obter acordos que sejam favoráveis.

A tipologia descrita por O’Toole Jr. e Montjoy (1984) para a compreensão dos contextos interorganizacionais contribui para a construção de cenários de análises e de avaliação de políticas, embora, de acordo com os autores que a propuseram, possa ser criticada por “ignorar muitas das dimensões das relações interorganizacionais” (O’TOOLE JR.; MONTJOY, 1984, p. 493). Esta tipologia deve ser vista com as ressalvas de que as categorias utilizadas são modelares, podendo estar aquém da complexidade que se estabelece, particularmente quando as organizações em tela são organizações responsáveis pela implementação de políticas públicas.

As análises de O’Toole Jr. (2010) avançaram em relação às precedentes ao considerar que a estrutura de interdependência exigida ou estimulada entre as organizações envolvidas na implementação de políticas públicas consiste num dos seus aspectos mais importantes para sua avaliação, destacando que “não é apenas o simples número de unidades, mas seu padrão e a maneira como se ligam umas às outras que é mais crucial” (O’TOOLE JR., 2010, p. 237).

Para O'Toole Jr (2010), não é o número de unidades organizacionais ou de decisões que exerce maior influência sobre a implementação e os resultados de políticas e programas, mas o tipo de interdependência e o padrão organizacional que possuem.

Além de O'Toole Jr. e Montjoy (1984), Winter (1990), Ham e Hill (1993), Peters (1998), Bonafont (2004), Hall (2004), Schneider (2005), Bouckaert, Peters e Verhoest (2010) têm utilizado o conceito de interdependência para avançar na compreensão dos contextos nos quais atuam mais de uma organização. No cenário nacional, destacam-se os trabalhos de Arretche (2004), Abrúcio (2002, 2005); Rossetto, C. e Rossetto, A. (2005), Fleury e Overney (2006) e Filippim e Abrúcio (2010). Em conjunto, estes autores têm em comum o uso do termo para definir situações nas quais os recursos técnicos e políticos são, ao mesmo tempo, compartilhados e controlados interna e externamente às organizações.

Schneider (2005) aborda os processos de formulação de políticas públicas nas sociedades industrializadas contemporâneas, acrescentando que “o Estado nacional isolado pode cada vez menos conduzir e controlar sozinho tanto dentro do seu território quanto também no sistema global de Estados, e é compelido à negociação, intercâmbio, coordenação e cooperação.” (SCHNEIDER, 2005, p. 51). No modelo de implementação de políticas *top-down*, a abordagem se inicia pelo nível que conduz a política e nem sempre atinge os atores que representam o alvo das ações. No modelo *bottom-up* a abordagem tem como ponto de partida um problema presente na sociedade e os atores por ele afetados, de modo que, como destaca Winter (1990), “os atores são definidos não em termos de sua relação com um programa específico, mas em termos de sua relevância para um problema específico” (WINTER, 1990, p. 28).

Peters (1998) e Bouckaert, Peters e Verhoest (2010) argumentam que a coordenação interorganizacional contribui diretamente para elevar o grau de efetividade e os resultados atingidos por estruturas governamentais. Com base no estudo conduzido junto a servidores públicos do Canadá e da Grã-Bretanha, Peters (1998) concluiu que os problemas que intervêm em processos de coordenação interorganizacional resultam tanto de falhas ocorridas no contexto da decisão e da formulação das políticas públicas quanto no contexto da gestão e da implementação. Bouckaert, Peters e Verhoest (2010) desenvolveram estudos relacionados à coordenação interorganizacional no setor público, identificando-a como um dos maiores problemas enfrentados pelos governos contemporâneos, com repercussões sobre as elevações dos custos da máquina pública e às dificuldades enfrentadas pelos governos para oferecer serviços públicos aos cidadãos. Problemas de coordenação têm sido considerados por diferentes autores como a variável que explica a falta de eficiência e de eficácia das ações públicas, sendo, portanto, vistos como diretamente responsáveis pelas dificuldades na obtenção dos resultados

esperados em programas governamentais (KISSLER; HEIDEMANN, 2006). Estudos realizados por órgãos governamentais da esfera federal do Brasil (ABRÚCIO; LOUREIRO, 2002; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2011; 2012) reconhecem a necessidade da coordenação e da integração governamental, por parte dos órgãos federais, estaduais e municipais, para que se atinja a eficiência e a eficácia esperadas no processo de implementação de políticas públicas.

Os trabalhos de Williamson (1981, 1985, 2000) sobre mercado, hierarquia e contratos se fundamentam na Teoria dos Custos de Transação e são considerados (LOWNDES; SKELCHER, 1998) como a base para a elaboração de concepções teóricas sobre os modos de governar, sobre a coordenação interorganizacional e a governança que contemplam mercados, hierarquias e redes. Estes modelos contribuíram para a definição dos pressupostos de três tipos ideais de gestão e governança (LOWNDES; SKELCHER, 1998; BOUCKAERT; PETERS; VERHOEST, 2010; GONTIJO, 2012): (i) modelos centrados no mercado; (ii) modelos centrados na hierarquia; e (iii) modelos centrados em redes, sintetizados na matriz do Quadro 2.4.

Quadro 2.4 - Mecanismos de coordenação segundo as características do modelo Hierárquico, de Mercado e de Redes.

	Hierarquia	Mercado	Redes
Base da interação	Autoridade e dominação	Troca e competição	Cooperação e solidariedade
Propósito	Designação e objetivos controlados	Resultados espontaneamente criados	Propósitos conscientemente desenhados ou resultados espontaneamente criados
Direcionalidade, controle e avaliação	Normas e padrões <i>Top down</i> Rotinas, supervisão, inspeção e intervenção	Oferta e demanda Mecanismo de preços Autointeresse Avaliação mediante lucros e perdas Mão invisível	Valores compartilhados, análises de problemas comuns, consenso, lealdade, reciprocidade, confiança, avaliação informal, reputação.
Papel do governo	Criador das regras <i>top-down</i> Atores dependentes e controlados por regras	Criador e guardião dos mercados Comprador de bens Atores são independentes	Autorizador, gestor e participante da rede
Recursos necessários	Autoridade Poder	Barganha Informação Poder	Cooptação mútua Confiança
Base Teórica	Burocracia Weberiana	Economia neo-institucional	Teoria de redes

Fonte: Reproduzido de Bouckaert, Peters e Verhoest (2010, p. 35). Tradução livre.

Williamson (1985) considera as transações como as unidades básicas de análise em es-

tudos de economia organizacional, assumindo que sua compreensão possui centralidade na análise das organizações. Os estudos de Williamson estão particularmente associados à identificação do papel das estruturas de governança na organização dos arranjos institucionais (WILLIAMSON, 2000; FERNANDEZ; PESSALI, 2003; FIANI, 2003; 2013).

As dinâmicas envolvidas em processos de coordenação interorganizacional podem ser explicadas com fundamento nas realidades organizacionais, posto que são consideradas como produtos de construções coletivas (ROSSETTO, C.; ROSSETTO, A., 2005). Essas construções também são aceitas como resultantes de arranjos interorganizacionais que se caracterizam pela interdependência e pela interação e são moldados por processos de barganha, conflito, negociação e concessões, enfatizando as escolhas feitas pelos agentes e os propósitos coletivos na explicação dos fenômenos organizacionais. Para Oliver (1990), o conceito de arranjos interorganizacionais tem primazia sobre o conceito de relações interorganizacionais se o enfoque da investigação se voltar para o caráter duradouro, os fluxos e as conexões existentes entre as organizações (OLIVER, 1990). Outro enfoque presente na literatura produzida nas últimas décadas é o de redes interorganizacionais, especialmente quando o interesse do pesquisador se volta para os tipos de trocas, as relações de confiança e a integração existente entre as organizações (BORGATTI; FOSTER, 2003).

Grandori e Soda (1995) compararam e diferenciaram os conceitos de cooperação interorganizacional e redes interorganizacionais. Estes autores definiram redes interorganizacionais como o modo de regular a interdependência entre organizações, distinguindo-as da agregação entre unidades e da coordenação de mercado, visto que se baseiam em jogos cooperativos e na comunicação específica entre parceiros.

Outro conceito correlato ao de coordenação interorganizacional é o proposto por Oliver (1990) que define relações interorganizacionais como relações relativamente duradouras, fluxos e conexões que ocorrem no ambiente organizacional, entre duas ou mais organizações. Para Oliver (1990), as razões para a formação de relações interorganizacionais são causas subjacentes ou contingenciais e se referem a fatores ambientais e interorganizacionais, que elevam a probabilidade de sua ocorrência. Neste sentido, Oliver (1990) considera que as organizações tomam decisões conscientes e intencionais para estabelecer relações interorganizacionais voltadas para propósitos explicitamente estabelecidos, deixando que as contingências expliquem porque as organizações estabelecem relações numa perspectiva organizacional, mesmo quando elas ocorrem entre as sub-unidades de duas organizações ou entre indivíduos de níveis hierárquicos mais baixos.

Malone e Crowston (1991) previram as possibilidades e desafios advindos da coorde-

nação das ações organizacionais nas sociedades em rede. Esses autores identificaram a necessidade de construções teóricas que transcendam as teorias organizacionais disponíveis, demonstrando a capacidade tanto de contribuir para a compreensão dos efeitos da tecnologia da informação nas organizações humanas e nos mercados quanto para o desenho de instrumentos de trabalho cooperativos. Nesse sentido, Malone e Crowston (1991) propuseram uma teoria da coordenação, que versa sobre as possibilidades de coordenação de atividades, sobre a atuação conjunta dos atores e sobre os aspectos relacionados ao gerenciamento da interdependência existente entre as atividades.

Em se tratando de políticas de C,T&I em saúde, seu caráter multissetorial impõe a necessidade de implementação de mecanismos e processos claros de coordenação interorganizacional entre as áreas governamentais envolvidas (MELO, 2009). Ao mesmo tempo em que este atributo lhes confere maior complexidade do que se espera para as políticas ditas setoriais puras, amplia as possibilidades de obtenção dos resultados propostos (O'TOOLE JR.; MONTJOY, 1984).

A influência da especificidade da política sobre os aspectos organizacionais e de avaliação de resultados serão o objeto da próxima parte deste documento.

2.4 A especificidade da política e avaliação de resultados

Há programas e políticas públicas cujos resultados possuem especificidades que se traduzem nas dificuldades que apresentam para ser evidenciados em avaliações de resultado. Laurian et al. (2010) atribui as dificuldades existentes na avaliação de resultados de políticas públicas às incongruências que remanescem entre a conceituação da política, seu desenho, seu processo de implementação e a utilidade da intervenção social provocada por seu conteúdo programático. Estas dificuldades têm sido registradas na literatura por estar na origem de diversos dilemas que desafiam os gestores públicos na formulação de indicadores e na identificação das ferramentas mais adequadas para a avaliação de resultados.

Mas o que se entende por especificidade de uma política nesta investigação? A conceituação do termo relaciona-se ao que se entende, na filosofia, pela natureza de algo, que consiste na “estrutura essencial de um corpo ou de um conjunto (funcional) ao agir” (LEGRAND, p. 277, 1983). O termo essência, que indica “aquilo que faz com que uma coisa seja o que é (e não seja outra coisa)” (LEGRAND, p. 152, 1983), também contribuiu para a conceituação necessária a esta categorização. Assim, a especificidade de uma política está relacionada ao

modo como suas ações são estruturadas e executadas, contribuindo para definir o que a política, de fato, é.

O construto relativo à especificidade do programa sob investigação, o PPSUS, associou à concepção filosófica do termo elementos organizacionais e relacionados à utilização do conhecimento produzido, sendo representado conforme consta na matriz do Quadro 2.5.

Quadro 2.5 - Matriz descritiva do construto *especificidade* de uma política ou programa.

Construto	Descrição	Referencial
Especificidade de uma política ou programa	A especificidade de uma política ou programa pode ser definida como o conjunto de características que se associam aos momentos da formulação, da implementação e da avaliação, e que se expressam na sua produção, distinguindo-o de outras políticas ou programas. No caso específico do PPSUS, assumiu relevância para a compreensão da sua especificidade a finalidade do programa, explicitada em seu conteúdo programático, que consiste em produzir conhecimento científico que contribua para a resolução dos problemas do SUS.	Weiss (1979) Legrand (1983) Van Thiel; Leeuw, 2002 Laurian et al. (2010)

Fonte: Elaboração própria, baseada em Weiss (1979), Legrand (1983) e Laurian et al. (2010).

Para os efeitos desta investigação, foram considerados aspectos relativos às relações que se estabelecem entre os objetivos do programa e a avaliação de resultados (WINTER, 1990; VAN THIEL; LEEUW, (2002); ANDERSON, 2008; ROBICHAU; LYNN, JR.; 2009; SCHNEIDER; SIDNEY, 2009; LAURIAN et al., 2010; OLIVEIRA; PINHO, 2011; RAMOS; SCHABBACH, 2012; BOVAIRD, 2014), conforme tratado neste mesmo texto quando foram apresentados os elementos que viabilizaram o construto da avaliação. Com a intenção de não repetir o que já foi exposto, vale lembrar que o PPSUS se enquadraria nas análises propostas por Winter (1990), pela dificuldade para identificação da variável dependente em avaliações de resultados do programa. O PPSUS pode também ser considerado como um programa cujos resultados são pouco tangíveis (VAN THIEL; LEEUW, 2002) em face das dificuldades para a elaboração de indicadores de resultados (ANDERSON, 2008; LAURIAN et al., 2010).

Além dos aspectos relacionados aos objetivos do programa, cabe a discussão sobre o uso do conhecimento científico na gestão de políticas públicas e o modo como este tema tem sido discutido nos estudos realizados em países de economia mais avançadas e com mais tradição na implementação de políticas de C,T&I/S (WEISS, 1979, 1988a, 1999; WINTER, 1990; RICH, 1997; CHAMPAGNE, 1999; GREENHALGH et al., 2004; COLLINS; PHIELDS; DUCAN, 2007; SCHNEIDER; SIDNEY, 2009; PATTON, 2013) e também em países em desenvolvimento (TROSTLE; BRONFMAN.; LANGER, 1999; ALMEIDA; BÁSCOLO, 2006; CÓLON-RAMOS et al., 2007; MAJZADEH et al. 2008; GILSON; RAPHAELY, 2008; HYDER et al., 2011; SURJADAJA; MAYHEW, 2011; CORLUKA et al., 2014), o

que incluiu as investigações realizadas por autores nacionais (BARRETO, 2004; VIANA, 2006, 2013; OLIVEIRA, 2008; CAETANO et al., 2010; PATROCLO, 2011; ARANHA, 2012; DIAS; BARRETO; SOUZA, 2014).

Carol Weiss, que se dedicou à avaliação e ao uso dos resultados das pesquisas realizadas na área de saúde por quase cinco décadas (PATTON, 2013), apontava a comunicação entre pesquisadores e gestores como a variável mais importante a ser considerada no uso feito pelos gestores com o conhecimento produzido no setor saúde. Carol Weiss pontuava que as ações de avaliação desafiam ideias antigas, oferecem novas perspectivas e contribuem no reordenamento da agenda política, num processo que foi por ela traduzido como equivalente a uma *iluminação* (WEISS, 1988a). Ao ampliar a ideia do uso direto e instrumental que pode ser feito com o conhecimento gerado pela avaliação, Weiss (1988a) propõe um uso conceitual, que não apenas prevê influências diretas no processo decisório e na implementação da política sob avaliação, mas aprendizados de caráter geral, com impacto sobre a vida das pessoas, que provem da prática avaliativa. Weiss (1988a) também ressalva que o poder contido nas ações de avaliação é fortemente dependente da atenção e da sensibilidade dos gestores públicos para captarem as informações oferecidas e as utilizarem na proposição ou na manutenção das políticas.

Para Weiss (1979), o interesse que deveria ser mútuo entre os pesquisadores e os gestores, para que o melhor e mais relevante conhecimento produzido pudesse contribuir para a resolução dos problemas de saúde, depende da eficiência com a qual é feita a comunicação entre estes dois grupos de atores. Conforme Weiss (1979), a forma de melhorar o uso de pesquisas no processo de tomada de decisão seria aprimorando os meios de comunicar seus resultados aos gestores de saúde, já que o uso consciente de pesquisas para guiar as decisões dos gestores em saúde permanece sendo considerado um evento raro (WEISS, 1980; TROSTLE; BRONFMAN; LANGER, 1999; CORLUKA et al., 2014).

O trabalho realizado por Winter (1990) ofereceu elementos analíticos importantes para a compreensão de dois aspectos relevantes na análise das dificuldades enfrentadas para a condução de processos de avaliação de resultados em políticas de C&T, contexto no qual se insere a implementação do PPSUS. Um desses aspectos refere-se às respostas dadas pelos grupos-alvos da política e o outro se refere às dificuldades existentes para a identificação dos objetivos do programa.

Rich (1997) enfocou as implicações teóricas e práticas dos estudos voltados para a utilização do conhecimento na gestão, chamando a atenção para a necessidade de que fossem diferenciados os aspectos conceituais e metodológicos relacionados aos processos e aos resul-

tados nesses estudos. Para Rich (1997), programas que produzem conhecimento para a gestão de sistemas e organizações não podem ser analisados sob a tríade insumos/produção do conhecimento/utilização, dado que outras variáveis intervêm nestes contextos, principalmente relacionadas: (i) à disseminação e aplicação da informação; (ii) à capacidade dos utilizadores para abstrair o uso do contexto geral dos processos de resolução de problemas; (iii) às outras variáveis envolvidas no processo de resolução de problemas; e (iv) ao uso do conhecimento, que nem sempre é vinculado à ação ou às escolhas. Rich (1997) argumenta que a utilização do conhecimento constitui-se com base em uma série de eventos, que pode ou não conduzir a uma ação específica, por atores envolvidos num determinado período. Ou seja, políticas públicas que envolvem a produção de conhecimento devem considerar a possibilidade de que seus produtos e resultados não sejam necessariamente disseminados e usados. Diferentes tipos de informação serão usados de diferentes formas, sendo importante considerar as distinções entre o uso instrumental e conceitual do conhecimento.

Ao tratar de aspectos relativos ao uso do conhecimento produzido mediante a ação de políticas públicas, Rich (1997) destaca as dificuldades metodológicas relacionadas à avaliação deste uso e inicia sua análise com duas questões: qual a medida deve ser utilizada para a avaliação do uso do conhecimento? A utilização do conhecimento produzido deve ser avaliada sob a perspectiva de um processo ou de resultado de uma política? Rich (1997) destaca ainda que abordagens voltadas para a avaliação de políticas que produzem conhecimento devem considerar que: (i) a informação sobre o conhecimento produzido pode ser coletada para uma grande variedade de razões e não apenas com o objetivo de ser utilizada; (ii) podem haver consequências negativas e inesperadas decorrentes do uso do conhecimento produzido; (iii) pode ser tão racional ignorar informações produzidas quanto utilizá-las. Ainda segundo Rich (1997), políticas cuja natureza se destina à produção de conhecimento enfrentam muitas dificuldades na atribuição de resultados discretos (aqueles que têm um sentido causa-efeito) numa perspectiva avaliativa. Neste sentido, Rich (1997) sugere que pode ser mais relevante a condução de avaliações que considerem a extensão cuja informação, pesquisa e conhecimento podem estar contribuindo ou influenciando um determinado produto ou resultado.

Embora Champagne (1999) informe que existem trabalhos que tratam do uso do conhecimento científico no processo decisório desde a década de 1930, os trabalhos de Carol Weiss, conduzidos a partir da década de 1970 representaram uma inflexão na forma como o tema vinha sendo estudado pela ênfase que conferiram ao que passou a ser denominado, em tradução livre, de modelo centrado no conhecimento. À época, Weiss (1979) defendia que chegara uma época na qual os cientistas passariam a mobilizar suas curiosidades não apenas

para as questões que representavam temas de pesquisa, mas também para o uso que seria feito pelos *policymakers* com o conhecimento produzido com base em seus trabalhos de investigação, apoiado em um modelo cuja presunção seria a de que, uma vez produzido, o conhecimento iria, de algum modo, ser utilizado.

Por sua vez, Champagne (1999) promoveu avanços no debate sobre o uso do conhecimento científico nas decisões tomadas pelos gestores do setor saúde ao confrontar as quatro premissas que explicavam as relações existentes entre a geração do conhecimento científico, o uso dessas evidências no processo decisório das políticas e os resultados por elas obtidos. Para Champagne (1999), o modelo proposto por Weiss, na década de 1990, pode ser muito útil para estudos realizados nas áreas de química, física e fisiologia, mas deve ser considerado com cautela quando se trata de conhecimento voltado para a gestão, particularmente pelos aspectos contextuais que lhes são inerentes. Champagne (1999) pondera que há várias limitações associadas ao uso do conhecimento científico por *policymakers*, destacando a ambiguidade que existe em alguns resultados de pesquisa e o baixo suporte que oferecem ao processo decisório, propondo que se deve aceitar o fato de que “algumas pesquisas nunca serão usadas” (CHAMPAGNE, 1999, P. 15). Champagne (1999) alertou ainda para os riscos de criação de expectativas irreais sobre o uso dos resultados de pesquisas e os conflitos de interesse que podem se associar à existência deste tipo de expectativas por parte dos pesquisadores. Contudo, apesar dessas ressalvas, Champagne (1999) reconhece que o uso de evidências científicas e do conhecimento formal confere qualidade ao processo decisório na gestão do setor saúde e as decisões baseadas em evidências científicas conferem legitimidade ao processo decisório setorial. Contudo, adverte que as expectativas acerca deste uso devem ser realistas, face à natureza do conhecimento produzido sobre a gestão e o processo decisório na saúde, o que recomenda cautela no que tange à otimização do uso de evidências científicas na tomada de decisão.

Em revisão de literatura especificamente voltada para a difusão da inovação em serviços de saúde, Greenhalgh et al. (2004) identificaram que a capacidade absorptiva para novos conhecimentos e um contexto receptivo para mudanças são determinantes não estruturais que interagem em ambientes complexos, imprevisíveis e não generalizáveis. Estes autores ainda identificaram as associações entre o contexto externo, representado pelas variáveis relacionadas à colaboração viabilizada mediante as redes interorganizacionais informais, as estratégias de difusão intencional e as diretivas políticas. Algumas destas variáveis contribuem para a compreensão da forma de implementação adotada para o PPSUS, em particular aquelas relacionadas às redes interorganizacionais informais e às estratégias de difusão intencional como

características que individualizam o formato adotado pelo programa para a obtenção dos resultados para os quais foi proposto.

A análise feita por Schneider e Sidney (2009) volta-se para o uso do conhecimento no desenho de políticas públicas. De acordo com Schneider e Sidney (2009), as escolhas feitas pelos *policymakers* refletem não apenas o conhecimento disponível sobre o tema, mas incluem valores sociais e políticos, precedentes históricos e tendências locais sobre o que deveria ser uma boa política, o que conduz a enormes variabilidades nos desenhos das políticas ao longo do tempo e do espaço. Para Schneider e Sidney (2009), embora as ações de avaliação de resultado se iniciem com a busca pelo grau com que uma política atinge seus objetivos declarados, pode ser muito mais relevante avaliar a importância destes objetivos, seus compromissos normativos e seus pressupostos ideológicos, todos fatores relacionados à natureza da política. A proposição de Schneider e Sidney (2009), que amplia o caráter do que significa impacto ou resultado e se fundamenta na complexidade dos problemas que são objetos de políticas públicas, recomenda manter distanciamento de modelos de avaliação que possam ser considerados mais estreitos ou redutores.

Os trabalhos de Trostle, Bronfman e Langer (1999), Aranha (2012) e Corluka et al. (2014) abordaram o uso do conhecimento produzido em processos de gestão da saúde no contexto latino-americano. Trostle, Bronfman e Langer (1999) reconhecem que, embora os problemas associados à tradução ou à aplicação de resultados de pesquisa no processo decisório constituam uma legião e as soluções para tanto permaneçam raras, as expectativas devem se voltar para a democratização dos meios de divulgação das pesquisas.

Almeida e Báscolo (2006) elaboraram uma revisão de literatura crítica aos trabalhos que consideram os resultados de pesquisa como um tipo de “produto acumulável” e que situam o processo de tomada de decisão na gestão como simples e linear, o que restringiria, na leitura destes autores, as estratégias utilizadas para adequar os desafios existentes tanto para o processo de pesquisa quanto para a gestão. Almeida e Báscolo (2006) alertam para a necessidade de abordagens que sejam inovadoras, ao situar a importância e a complexidade do processo de produção do conhecimento em relação à elaboração de políticas, atentando para sua integração e aspectos políticos e institucionais.

A produção destes autores permitiu a identificação de modelos que podem ser considerados mais convencionais, “direcionados ao conhecimento” (*Knowledge-driven*) e voltados para a resolução de problemas (*Problem-Solving*), que representariam uma maneira convencional de considerar o uso do conhecimento na gestão: um processo racional, no qual os pesquisadores produziram o conhecimento utilizado pelos gestores no processo de tomada de deci-

são (ALMEIDA; BÁSCOLO, 2006). Outros modelos identificados integram as abordagens estratégicas, nas quais são identificados os grupos políticos e táticos, diretamente conectados com a ação executiva. O modelo de difusão considera tanto a pesquisa quanto o processo decisório como paralelos com outros numerosos processos sociais (ALMEIDA; BÁSCOLO, 2006). As análises de Almeida e Báscolo (2006) sobre as dificuldades para a realização de avaliações de resultados nos modelos direcionados ao conhecimento foram também sinalizadas por Bovaird (2014), nos seus estudos sobre avaliação de resultados em políticas sociais.

Com base em uma análise qualitativa realizada na Argentina, Corluka et al. (2014) pontuam que a maioria das pesquisas publicadas sobre o uso do conhecimento produzido no processo de formulação de políticas de saúde em países de baixa e média renda se voltam para os formuladores de políticas, colocando em plano secundário o papel dos pesquisadores nesse processo. Na análise conduzida por Corluka et al. (2014), foram identificadas barreiras e facilitadores para a condução de políticas baseadas em evidências científicas, dentre as quais fatores relacionados à governança política, aos processos burocráticos, às instituições, às comunidades de práticas e, no plano individual, à capacidade do pesquisador e à disponibilidade para a pesquisa.

No contexto brasileiro, Barreto (2004) identifica a Iª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, realizada em 1994, como o momento no qual o debate sobre C&T passou a considerar que o SUS, face à necessidade de se fortalecer técnica e politicamente, elevaria a demanda por conhecimentos científicos e tecnológicos. Entretanto, as limitações de financiamento para as atividades de C&T são consideradas por Barreto (2004) como o fator que restringiria esta expansão. Para Barreto (2004), o cenário no início da década de 2000 poderia conduzir a três tipos de situação: (i) a produção de conhecimentos-síntese, produtos do estoque de conhecimentos já existentes na literatura científica; (ii) a produção e a disseminação de conhecimentos originais, face a situações nas quais os conhecimentos existentes não orientam o processo decisório; e (iii) o fortalecimento da capacidade de avaliação do impacto das decisões, que resultariam em políticas, legislação, normas, entre outras.

No estudo conduzido por Aranha (2012), foram analisados os diferentes modelos de produção do conhecimento científico e tecnológico que existem no Brasil. A investigação realizada por Aranha (2012) sobre a utilização de resultados de pesquisa financiadas pelas agências federais em ações centralizadas e descentralizadas para o controle da dengue a conduziu ao PPSUS. Seus resultados demonstraram um avanço do fomento e da base científica das pesquisas voltadas para a dengue, em detrimento da disseminação dos resultados e da sua utilização pelos gestores e profissionais do SUS. O PPSUS destacou-se no contexto de reali-

zação da pesquisa, dado que há a percepção dos pesquisadores de que o programa favoreceria a aplicação dos resultados no SUS, por favorecer uma situação de interação entre os pesquisadores e os gestores no processo de formulação das demandas loco-regional por pesquisas na área de saúde.

Os resultados encontrados por Aranha (2012) indicaram que, no contexto nacional, a interação entre os pesquisadores e os formuladores de políticas (*policymakers*), já mencionada por outros autores, constitui-se como uma dimensão explicativa para a utilização dos resultados de pesquisa no processo decisório do setor saúde (ALMEIDA; BÁSCOLO, 2006). Trata-se de uma constatação que será considerada ao longo deste trabalho investigativo, dada a relevância que assume no contexto de ausência de avaliação de resultados do PPSUS, por um lado, e, por outro lado, na adoção das estratégias de difusão adotadas pelo programa, como, por exemplo, a adesão à *Evidence-Informed Policy Network*, ou Rede de Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet), descritas no Capítulo 4 desta tese.

2.5 Conclusão do capítulo

As lacunas identificadas para o tema da avaliação de resultados constituem-se em fontes de problemas na implementação de programas e políticas no setor público (RAMOS; SCHABBACH, 2012; BOVAIRD, 2014; MASTENBROEK; VOORST; MEUWESE, 2015), dado que grande parte da literatura existente sobre avaliação de políticas públicas tende a contemplar processos e ferramentas voltadas para a avaliação de produtos, sendo menos expressivas e até raras as análises e os estudos empíricos encontrados sobre avaliação de resultados, bem como os estudos relacionados aos aspectos teórico-metodológicos envolvidos em processos de avaliação de resultados (MARK; HENRY, 2004; HILL; HUPE, 2005; ANDERSON, 2008; ROBICHAU; LYNN JR. 2009; LAURIAN et al., 2010; BOVAIRD, 2014). Apesar da relevância dessa temática para o planejamento estatal e para o exercício da cidadania no país (RAMOS; SCHABBACH, 2012), são igualmente escassos, no meio acadêmico nacional, estudos empíricos voltados para a avaliação de resultados. De fato, têm sido preferencialmente estudadas situações e aspectos teóricos voltados para avaliações de produtos e de processos, sendo esta uma das razões para a condução desta investigação.

Nesse sentido, a presente investigação procurou contribuir para a superação desta lacuna, ao direcionar a pergunta que orientou a pesquisa para as razões que explicam a decisão de incluir ou não avaliações de resultados em políticas públicas de C,T&I/S.

Com o objetivo de explicitar a vinculação encontrada entre os estudos adotados na construção desse referencial teórico e as proposições adotadas para a condução do trabalho de investigação, foi elaborada a matriz apresentada no Quadro 2.6, com as contribuições dos principais autores referenciados e que contém as variáveis consideradas relevantes para a construção das abordagens e das proposições que guiaram a análise do caso do PPSUS. Estes autores serão retomados ao longo do Capítulo 4, no qual são apresentados, analisados e discutidos os dados levantados no decorrer da condução da pesquisa.

Quadro 2.6 - Matriz-síntese, com as principais contribuições levantadas na literatura para a construção das abordagens e proposições que orientaram o desenvolvimento da investigação.

Autores	Relações entre variáveis	Abordagens e Proposições
Ingraham, 1987 Sabatier; Weible, 2007	A estabilidade de uma política é elemento importante para a avaliação de resultados.	Abordagem: Institucionalista Proposição: A institucionalidade de uma política favorece a sua estabilidade, elevando as chances de que sejam realizadas avaliações de resultados.
Skocpol, 1985 Evans, 1993; 2008 Hofstede, 1997	As regras e os fatores organizacionais influenciam a cultura política, a burocracia e as capacidades estatais, entre elas, a capacidade de avaliação de políticas.	
Winter, 1990	O processo de formação da política, os fatos legais, as decisões que definiram a implementação, o comportamento da implementação, o comportamento dos burocratas do nível de rua e as respostas dadas pelos grupos-alvo da política favorecem as ações de avaliação de resultados.	
North, 1991	Instituições são regras, procedimentos formais e informais, rotinas, normas e convenções que definem as estruturas organizacionais.	
Hofstede, 1997	Resistências culturais, padrões de pensamento, sentimento e comportamento dos <i>policymakers</i> determinam os processos de aprendizagem e as decisões adotadas no momento da formulação das políticas, inclusive a avaliação de resultados.	
Weiss, 1999	<p>Alta informalidade e baixo nível de debate na formulação da política associam-se à ausência de processos de avaliação.</p> <p>Políticas descentralizadas favorecem a implantação de ações de avaliação e seu uso no processo decisório.</p> <p>Resoluções (<i>path dependence</i>), história, tradição, cultura, práticas operacionais padronizadas, regras e decisões orçamentárias são variáveis que explicam a institucionalização da avaliação.</p> <p>Institucionalização de práticas avaliativas é função dos sistemas democráticos, de sistemas políticos competitivos e de políticas descentralizadas.</p>	
Streeck; Thelen, 2005 Mahoney; Thelen, 2010	<p>Regras e normas têm relevância para o grau de institucionalidade obtido por uma política pública.</p> <p>Os contextos políticos, as características institucionais e a interação com os agentes públicos são importantes em processos de mudança institucional.</p>	

Ostrom, 2007	Regras são prescrições, normas são prescrições internalizadas e estratégias são planos que produzem regras, normas e expectativas.	
Oliveira e Pinho, 2011	As regras e a cultura organizacional são aspectos importantes para a adoção de ações de avaliação. A aproximação entre os processos de planejamento e de avaliação eleva a viabilidade para a realização de avaliações de resultados.	
Cousins et al., 2014	A aproximação entre planejamento e avaliação eleva a viabilidade da avaliação de resultados.	
Weiss, 1981 Hanberger, 2011	As avaliações de resultados alteram os processos decisórios, a governança, as relações e as performances organizacionais.	Abordagem: Organizacional Proposição: A coordenação interorganizacional na implementação de uma política ou programa eleva as chances de que sejam realizadas avaliações de resultados.
Oliver, 1990	As organizações estabelecem relações interorganizacionais com a finalidade de atingir resultados explicitamente formulados.	
O'Toole Jr.; Montjoy, 1984 Lundin, 2007	A probabilidade de execução das ações previstas na formulação de uma política é diretamente proporcional ao número de organizações envolvidas na implementação da política. Os resultados de uma política ou programa dependem da interdependência organizacional e do padrão de coordenação interorganizacional estabelecido. Há maior relação entre a cooperação interorganizacional e os resultados positivos decorrentes de uma política pública quando a política depende de tarefas de maior complexidade.	
Peters, 1998; Bouckaert; Peters, Verhoest, 2010	Coordenação interorganizacional eleva a efetividade e os resultados atingidos. Arranjos, relações e redes interorganizacionais, trocas, relações de confiança e integração estimulam a realização de avaliações.	
Cousins et al, 2014	A capacidade avaliativa é, de forma ampliada, a capacidade organizacional das organizações envolvidas na implementação de uma política pública.	
Winter, 1990	A natureza de uma política/programa de fomento é definida com base no uso feito do conhecimento fomentado.	
Champagne, 1999	Há modelos que propõem que, uma vez produzido, o conhecimento será, de alguma forma, utilizado. Outros modelos reconhecem que alguns resultados de pesquisa nunca serão utilizados.	
Rich, 1997	Políticas ou programas cuja natureza se destina à produção de conhecimento enfrentam maiores dificuldades na atribuição de resultados discretos (que possuem um sentido causa-efeito) do que as demais.	
Schneider; Sidney, 2009	As escolhas feitas pelos <i>policymakers</i> refletem não apenas o conhecimento existente sobre os problemas, mas incluem valores sociais, políticos, precedentes históricos e tendências locais sobre o que deveria ser uma boa política.	
Laurian et al., 2010	Dificuldades para avaliar resultados são relacionadas às incongruências entre a conceituação da política, seu desenho, o processo de implementação e a utilidade da intervenção social provocada	

	pelo seu conteúdo programático.	
Bovaird, 2014	As avaliações de resultados de políticas sociais apresentam dificuldades adicionais e dificilmente podem ser objeto de relações causa-efeito.	

Fonte: Elaboração própria, baseada em diversos autores.

CAPÍTULO 3 - MÉTODO

Este capítulo do documento descreve as escolhas metodológicas feitas em relação ao desenho, à natureza da pesquisa, à coleta, ao exame e à interpretação dos dados.

3.1 O desenho da pesquisa

A investigação foi estruturada com fundamento na estratégia de estudo de caso, num formato que procurou contemplar aspectos de caráter descritivo, exploratório e explicativo (GODOI; BALSINI, 2012; YIN, 2014) sobre o tema da avaliação de resultados em políticas públicas de fomento à C&T.

A escolha pelo estudo de caso teve diferentes motivações. Uma delas decorre da ampla utilização de estudos de caso em análises organizacionais, o que indica sua “pertinência e relevância” (GODOY, 2012, p. 143) para estudos realizados na área da administração e da gestão pública.

A opção pelo caso do PPSUS decorreu não apenas das reflexões originadas no exercício da prática e do cotidiano profissional da pesquisadora, mas agregou questionamentos de natureza teórico-conceitual que tangenciam o tema da avaliação de políticas públicas de fomento à C&T. Estes questionamentos relacionam-se particularmente ao uso do conhecimento científico na gestão da saúde e às relações que se estabelecem entre o conhecimento em gestão e as práticas de gestão (SOUZA; CARDOSO, 2012). Assim, o desenho da pesquisa não se propõe a avaliar o PPSUS, mas se inscreve numa proposta de explorar o cenário no qual o programa foi desenhado e implementado, procurando compreender como as relações existentes entre o seu desenho, expressas na sua institucionalidade, no formato da coordenação interorganizacional e na especificidade do programa, explicam a ausência de avaliações de resultados.

A investigação procurou contemplar a contribuição discursiva de atores que participaram da concepção e da implementação do PPSUS, voltando-se para os processos que configuraram o contexto da formulação e da implementação do programa (GODOY, 2012). Apesar do caráter único do programa sob investigação, a análise atentou para a oportunidade de comparação entre as leituras (FLICK, 2009) provenientes das quatro organizações representadas no estudo: o Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT), do MS; o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), as Fundações de Amparo à Pesquisa (FAPs) e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (SES e SMS), representadas pelo

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Desse modo, foram observadas as possibilidades de exploração do fenômeno no que tange ao rastreamento dos processos de mudança, as pressões contextuais e a dinâmica dos grupos de atores, “na aceitação ou oposição a tais processos, em uma ou mais organizações, ou em grupos específicos no seu interior” (GODOY, 2012, p. 121).

A construção do desenho da pesquisa considerou o uso de quatro fontes de evidências, nas quais os dados foram coletados: (i) levantamento documental; (ii) pesquisa em registros, arquivos e *sites* governamentais; (iii) realização de entrevistas semiestruturadas; e (iv) observação não participante (GODOY, 2012).

O levantamento documental incluiu a realização de pesquisas em bancos de dados gerenciais e a realização de consultas a textos normativos, como Portarias e Leis, arquivos, *sites* governamentais, além de relatórios de conferências setoriais e intersetoriais. O acesso aos documentos institucionais ocorreu mediante pesquisa *in loco* ou mediante buscas realizadas em *sites* governamentais e institucionais. Os documentos governamentais consultados durante a investigação foram considerados como uma “forma contextualizada da informação” (FLICK, 2009, p. 234), representando versões específicas e tendo sido, portanto, construídos com objetivos específicos.

As entrevistas realizadas foram do tipo semiestruturado (FLICK, 2009; MANZINI, 2012), com a participação de dezesseis atores/especialistas que estiveram diretamente envolvidos com a formulação e a implementação do PPSUS no âmbito federal e sub-nacional no período estudado. Vale registrar que todos os entrevistados têm curso de pós-graduação, sendo que nove deles possuem titulação de doutor, ou realizaram pós-doutorado, em áreas relacionadas à gestão de políticas de saúde, dos quais três conduziram projetos de pesquisa sobre a avaliação de políticas de ciência e tecnologia em saúde (C&T/S) e a incorporação de resultados de pesquisa ao setor saúde.

A decisão de contar com entrevistados detentores de um grau elevado de conhecimento formal sobre o tema pesquisado representou alguns riscos para a condução das entrevistas, descritos na literatura (FLICK, 2009; GODOY; MATTOS, 2012) como riscos de bloqueio do roteiro ou de tentativas de envolvimento do entrevistador em conflitos alheios ao objeto da investigação, além da realização de entrevistas de retórica, nas quais os especialistas palestram sobre o que sabem, sem “participar do jogo de perguntas e respostas da entrevista” (FLICK, 2009, p. 158). Entretanto, talvez pela prévia atuação da pesquisadora em atividades relacionadas ao tema sob investigação, que é uma condição de sucesso também prevista na

literatura para elencos de entrevistados com esse perfil (STRAUSS; CORBIN, 2008; OLIVEIRA; FREITAS, 2012) a aplicação das entrevistas não enfrentou os problemas descritos.

A opção pela realização de entrevistas representou uma escolha financeiramente mais onerosa em relação ao envio de questionários ou a realização de grupo focal, por demandar a contratação de duas transcritoras especializadas, além de requerer maior dispêndio de tempo para aplicação e análise do que outras técnicas². Contudo, a decisão pela realização de entrevistas decorreu do reconhecimento de que seria a modalidade mais adequada ao tema proposto, dado que as respostas para as perguntas e os objetivos pretendidos pela investigação seriam mais dificilmente obtidos por meio da utilização de outras técnicas de observação isoladas ou coletivas.

A razão que determinou a decisão do uso de entrevistas foi a concordância com a concepção de que essa técnica tem se mostrado adequada aos estudos de fenômenos com uma população específica, assim como a concepção de que há maior adesão das pessoas para aceitar participar de entrevistas do que para responder a questionários, especialmente quando existe algum tipo de proximidade profissional entre o entrevistador e os entrevistados³. De acordo com Boni e Quaresma (2005) a proximidade pesquisador-entrevistado deixa os convidados para participar de estudos mais seguros e colaborativos. Além disso, no cálculo dos fatores que determinaram esta opção, pesou a opinião de Flick (2009) de que é mais provável que os sujeitos entrevistados expressem seus pontos de vista em entrevistas do que quando submetidos à aplicação de questionários. Por fim, embora as técnicas coletivas sejam recomendadas para investigação na área de gestão, a exemplo do que ocorre com os grupos focais, sua aplicação neste caso enfrentaria dificuldades (OLIVEIRA; FREITAS, 2012) relacionadas à complexidade das agendas dos entrevistados e ao fato de que cinco deles atualmente residem e trabalham fora de Brasília.

A utilização de um roteiro semiestruturado, com questões abertas (Anexo 1), apresentou a vantagem de possibilitar a inserção de questões adicionais nas situações nas quais o relato do entrevistado indicou a necessidade de que fossem esclarecidos aspectos que não ficaram suficientemente claros na abordagem inicial. As entrevistas semiestruturadas permitiram maior elasticidade na duração do tempo passado com os entrevistados, o que também favoreceu o aprofundamento sobre determinados assuntos (MANZINI, 200?). Outra vantagem a ser realçada no uso do roteiro semiestruturado foi a garantia de que o conjunto de perguntas previsto

² Há autores que designam as entrevistas como métodos, outros como instrumentos de pesquisa e outros como técnica (MANZINI, 2012).

³ Por outro lado, a prévia aproximação da pesquisadora com o tema e a área afasta pretensões de neutralidade.

para ser feito aos entrevistados seria, de fato, feito. Essa condição revelou-se bastante efetiva durante a realização do estudo, contribuindo sobremaneira para a comparabilidade das respostas no momento de realização da análise dos conteúdos (MANZINI, 2012). Mesmo que algumas das vantagens descritas também pudessem estar presentes em entrevistas não estruturadas, essa modalidade de entrevista, que tem início com uma pergunta geradora, sem que o pesquisador controle o fluxo das informações prestadas pelo entrevistado, foi preterida por ser considerada difícil de ser manejada por uma pesquisadora menos experiente, como era o caso (MANZINI, 2012).

As entrevistas foram gravadas em meio magnético e transcritas, como forma de registro que visou assegurar “a autenticidade das falas do entrevistado e credibilidade científica para o processo de análise dos dados” (MANZINI, 2012, p. 160).

Durante o processo de planejamento, de realização e de análise das entrevistas foi mantida a clareza de que os relatos obtidos representavam as opiniões, concepções, percepções, interpretações e as versões do mundo dos entrevistados sobre os fatos e acontecimentos que estão no foco da investigação (STRAUSS; CORBIN, 2008; FLICK, 2009; GODOI, 2012; MANZINI, 200?). Cabe ainda precisar que, para os fins da presente investigação, o termo discurso corresponde à “linguagem posta em ação, a língua assumida pelo falante, sendo, portanto, sinônimo de fala” (ALVES; BLIKSTEIN, 2012, p. 405), representando a maneira pela qual o conteúdo é transmitido e “como” a história é mostrada (ALVES; BLIKSTEIN, 2012, p. 406). A análise das entrevistas envolveu a validação das interpretações, sendo considerada como um processo dependente da “coerência argumentativa; da razão, da consistência e da honestidade do teórico; da adequação à comunidade em que se realiza; dos objetivos sociais da interpretação” (GODOI, 2012, p. 394).

No desenvolvimento da investigação, a pesquisadora também participou de eventos setoriais, na condição de observadora-investigadora, na modalidade caracterizada como observação não participante (FLICK, 2009; GODOI; BALSINI, 2012). A aplicação da técnica da observação não participante como uma das ferramentas de obtenção de elementos de análise adicionais sobre o programa justificou-se pela oportunidade de observação dos representantes das organizações que integram a coordenação do programa em espaços públicos⁴, nos quais ocorreram os eventos como uma atividade natural dessas organizações. Esta condição

⁴ Os eventos citados são: (i) *A gestão da propriedade intelectual pelas instituições de fomento à ciência, tecnologia e inovação*, realizado pelo MCTI, em Brasília, em agosto de 2012; (ii) *Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS. Integração entre conhecimento científico e políticas de saúde*, realizado pelo MS, em Brasília, em 2013; (iii) *Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Resultados e avanços da pesquisa estratégica para o SUS*, realizado pelo MS, em Brasília, no período de 12 a 14 de novembro de 2014.

foi adotada como complementar à coleta de depoimentos nas entrevistas porque, *a priori*, favoreceria maior autenticidade comportamental dos participantes da implementação do PPSUS (FLICK, 2009).

Os dados obtidos durante a análise documental, a realização das entrevistas e a observação não participante foram submetidos a sucessivos processos de validação e de triangulação, repetidos sempre que necessário ao longo do desenvolvimento da investigação e da redação do texto final. A triangulação é um processo descrito e recomendado por vários autores (FLICK, 2009; MACLE, 2012; YIN, 2014). Macle (2012) identifica quatro tipos de triangulação: de dados, do investigador, da teoria e da metodologia, cujo objetivo comum a todos eles consiste em avaliar as informações obtidas durante o processo investigativo, no sentido de minimizar possíveis vieses, sendo designada como “a combinação de diversos métodos, grupos de estudo, ambientes locais e temporais e perspectivas teóricas distintas para tratar de um fenômeno” (FLICK, 2009, p. 361).

3.2 A natureza da pesquisa

Com base no relacionamento estabelecido entre as teorias que referenciam a investigação e as escolhas feitas pela pesquisadora para a aproximação com o objeto de estudo, este trabalho pode ser caracterizado, mediante a adoção dos paradigmas identificados por Burrell e Morgan (1979), como uma abordagem de natureza subjetiva, cuja perspectiva ontológica tende ao construtivismo, já que a postura adotada aceita as “múltiplas realidades ou múltiplas verdades baseadas na construção da realidade e na sua constante transformação” (GODOI; BALSINI, 2012, p. 94), sendo o conhecimento dependente da percepção e da experiência humana.

Dado que a investigação se pauta na perspectiva epistemológica de que o acesso à realidade ocorre na dependência da mente humana e não da análise estatística, o estudo poderia ser enquadrado como interpretativista e não positivista (GODOI; BANDEIRA-DE-MELLO; SILVA, 2012; STRAUSS; CORBIN, 2008; SILVA; ROMAN NETO, 2012). Face às implicações dos pressupostos ontológico e epistemológico, a metodologia adotada é a ideográfica e a natureza da pesquisa pode ser definida como qualitativa por enfatizar os protocolos e a sistematização do processo e por fazer “referência a casos, à construção da realidade e à utilização de textos como material empírico” (FLICK, 2009, p. 83).

A pesquisadora optou por buscar os elementos para a compreensão dos eventos estudados com base no seu interior, nos pontos de vista e nas perspectivas dos diferentes sujeitos

e nas regras relevantes para o caso estudado (FLICK, 2009, p. 76), procurando compreender os agentes e os fatores que os levaram a atuar da forma como atuaram. Por esta razão os entrevistados foram “ouvidos a partir da sua lógica e exposição de razões” (GODOI; BALSINI, 2012, p. 91), na condição de sujeitos da pesquisa.

A opção pela metodologia qualitativa acompanhou a tendência observada por Greenhalgh et al. (2004) para a análise organizacional e levou em consideração a escolha do tema, aceitando o argumento de McKinlay, citado por Flick, segundo o qual “na saúde pública, são os métodos qualitativos e não os quantitativos que levam a resultados relevantes no que diz respeito a temas e a relações sociopolíticas, devido à sua complexidade” (FLICK, 2009, p. 42).

A investigação teve finalidades explicativas, num recorte de caráter retrospectivo e longitudinal (FLICK, 2009), dado que compreendeu o período entre 2003 e 2010, o que demandou a realização do resgate histórico junto aos atores que participaram da fase inicial de implementação do programa. Por esta razão, face às características do estudo, foram adotadas como fontes registros documentais e entrevistas realizadas com atores escolhidos por sua participação, na condição de representantes das organizações envolvidas, dos processos decisórios que formataram o desenho programático do PPSUS ou que tiveram atuação gerencial na implementação do programa no período compreendido entre 2003 e 2010.

A investigação foi construída com a expectativa de atender demandas descritivas e explanatórias sobre os fatores presentes no contexto de formulação, de implementação e de avaliação do PPSUS, aqui concebido como o “mundo físico e social, que interage com o texto para criar o discurso.” (GODOI; BALSINI, 2012, p. 98). As especificidades do contexto de formulação, de implementação e de avaliação adotados para a manutenção e a viabilidade do PPSUS foram analisadas com fundamento na premissa de que as estruturas criam o contexto para a ação/interação e dão “ritmo, compasso, forma e caráter” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 175) aos processos, que, por sua vez, representam “a natureza dinâmica e evolutiva da ação/interação” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 175), razão pela qual processo e estrutura foram considerados como interligados nesta análise.

A escolha do ano de 2003 para início do período estudado é devida ao momento da mudança na condução da Presidência da República, ocorrida em 2003, contexto que foi marcado por grandes expectativas no âmbito político e institucional do país. O término do período de investigação em 2010 coincide com a finalização de um ciclo de poder e teve o objetivo de, ao não analisar fatos presentes, permitir aos entrevistados o oportuno distanciamento dos cargos e das posições ocupadas na condução do PPSUS no momento da entrevista. Contudo,

vale ressaltar que, apesar do cuidado que visa assegurar esse distanciamento temporal, três dos entrevistados permaneciam nas mesmas posições ocupadas durante o período estudado, mas face à importância das informações que detinham para a realização do estudo, foram mantidos no grupo de entrevistados. Entretanto, para evitar possíveis constrangimentos vinculados ao cargo, que pudessem interferir na espontaneidade dos relatos, foi adotada, e comunicada a todos os entrevistados, a decisão de não vincular as falas aos nomes dos entrevistados nas situações de transcrição literal de trechos das entrevistas.

O caráter interpretativo da abordagem assumiu materialidade em todas as etapas de condução da pesquisa, que contou com análises das entrevistas, triangulação entre os dados coletados por diferentes fontes, assim como o contraste e a comparação constante das descobertas feitas ao longo da investigação (FLICK, 2009, p. 375). A presença dos elementos interpretativos da abordagem foi assegurada mediante a “observação direta detalhada das pessoas no ambiente natural, a fim de chegar à compreensão e interpretação de como as pessoas criam e mantêm o seu mundo social” (GODOI; BALSINI, 2012, p. 94).

O modelo de construção teórica adotado para a investigação pode ser ainda compreendido mediante os modelos miméticos e do modelo circular do processo de pesquisa, descritos por Flick (2009), bem como do modelo condicional/consequencial, presente em Strauss e Corbin (2008).

De acordo com Flick (2009, p. 86), “a experiência cotidiana é traduzida em conhecimento por aqueles que estão sendo estudados, enquanto os relatos dessas experiências ou eventos e atividades são traduzidos em textos pelos pesquisadores”. Assim, o processo de construção da realidade pressupõe as construções cotidianas e subjetivas da parte dos que foram estudados e a construção codificada pela pesquisadora, que coletou, tratou, interpretou e apresentou suas descobertas com a finalidade de ampliar o conhecimento científico sobre os fatos. Desse modo, a pesquisa foi modelada sob o fundamento de que o conhecimento científico decorre de distintas abordagens e de diferentes processos de construção da realidade, cujo caráter subjetivo deve ser codificado “na coleta, no tratamento e na interpretação de dados, bem como na interpretação de descobertas” (FLICK, 2009, p. 86).

Segundo Flick (2009, p. 91), “a diferença entre a compreensão cotidiana e a científica na pesquisa qualitativa está na sua organização metodológica no processo de pesquisa”. Nesse sentido, a construção da investigação buscou contemplar o exame dos dados obtidos no processo de pesquisa documental e em arquivos gerenciais do programa, aos quais foram agregados os elementos teóricos e práticos presentes nas experiências apresentadas pelos entrevistados (FLICK, 2009, p. 86). O processo de leitura, interpretação e compreensão das entrevistas

realizadas pela pesquisadora pode ser definido como um processo ativo de “produção da realidade” (FLICK, 2009, p. 86), que se situa “como a interação da construção e da interpretação de experiências” (FLICK, 2009, p. 87). Flick (2009) denomina de miméticos os modelos que envolvem a compreensão prévia, a interpretação, a construção e a compreensão, como “processo ativo de construção, envolvendo aquele que compreende”. O encadeamento das etapas que compuseram a investigação aproximou-se do modelo circular do processo de pesquisa, descritos por Glaser e Strauss, e que se encontra reproduzido em Flick (2009).

A metodologia de aproximação com o ambiente teve caráter indutivo, sem que tenha havido teste de hipóteses. Embora a investigação tenha se pautado por três proposições iniciais, que em muito contribuíram para a construção dos instrumentos de pesquisa, prevaleceu a ideia de que a teoria emergiria do trabalho de campo, alicerçado na reflexão e na comparação feita com os dados obtidos (GODOI; BALSINI, 2012, p. 96). Assim, o termo hipótese foi substituído por proposição, para evitar confusões com o uso do mesmo termo, que ocorre na condução de estudos quantitativos.

O modelo condicional/consequencial usado nesta pesquisa (STRAUSS;CORBIN, 2008) busca apreender as interações existentes entre os processos, as estruturas (condições/consequências) e a natureza dinâmica evolutiva dos fatos. Este modelo adota como premissa que a contextualização dos fenômenos estudados envolve a construção de um “relato sistemático, lógico e integrado, que inclui especificação da natureza das relações entre fatos e fenômenos relevantes” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 178). Para o estudo de um caso como, por exemplo, o do PPSUS, o modelo condicional/consequencial propõe a compreensão de um conjunto de ideias, que podem contribuir para a compreensão das interações (processos), com condições/consequências (estrutura) e a natureza dinâmica evolutiva dos fatos.

De acordo com Strauss e Corbin (2008), as ideias que contribuem para o modelo condicional/consequencial são: (i) as condições e consequências não estão sozinhas; (ii) a distinção entre macro e micro é artificial; (iii) condições e consequências geralmente existem em grupos e podem se associar ou covariar de muitas formas diferentes, umas com as outras e também com as ações/interações relacionadas; (iv) a ação/interação não está confinada às pessoas; ao contrário, pode ser executada por nações, por organizações e mundos sociais, e também pelas pessoas dentro dessas instituições que representam nações, organizações e mundos sociais.

O ideário proposto por Strauss e Corbin (2008) prevê um quadro de análise composto por padrões de conectividade múltiplos e diversos que, todavia, demandam a realização de

escolhas analíticas capazes de contemplar apenas as associações consideradas pertinentes e capazes de explicar os acontecimentos relativos ao caso estudado.

3.3 A coleta dos dados

A coleta dos dados para a presente pesquisa recorreu a três grupos principais de fontes de evidência: a observação, as entrevistas e os documentos (GODOY, 2012) que integraram quatro processos de coleta: (i) o levantamento documental; (ii) a realização de entrevistas semiestruturadas; (iii) a observação não participante; e (iv) o levantamento de informações sobre a incorporação dos resultados de pesquisas financiadas pelo PPSUS em SES de 14 estados.

3.3.1 Levantamento documental

O levantamento documental transcorreu ao longo de toda a elaboração do trabalho e envolveu diferentes autores e campos. Foram utilizadas fontes de literatura teórica sobre o tema, de literatura empírica sobre pesquisas anteriores, de literatura metodológica sobre a realização da pesquisa e o método escolhido; e a “literatura teórica e empírica para a contextualização, a comparação e a generalização das descobertas” (FLICK, 2009, p. 62).

As consultas às fontes documentais sobre o PPSUS foram realizadas *in loco*, em diferentes secretarias do MS ou pela internet. As consultas presenciais foram as seguintes:

- Levantamento de dados nos arquivos do DECIT nos registros de reuniões dos comitês gestores do programa nos estados, no período compreendido entre abril e junho de 2014. O trabalho de levantamento dos registros das reuniões dos comitês gestores estaduais do PPSUS foi realizado nos arquivos da Coordenação Geral de Fomento à Pesquisa em Saúde/DECIT no período compreendido entre 11 de abril de 2014 a 09 de junho de 2014;
- Levantamento de dados junto à Coordenação Geral de Recursos Humanos/MS (entre março e maio de 2014), mais especificamente na Coordenação Geral de Cargos Comissionados da Secretaria Executiva do MS, onde foram solicitados os dados relativos às portarias de nomeação nos cargos de dirigentes do DECIT e da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), com as respectivas datas de nomeação e tempo de permanência no cargo;

- Levantamento de dados orçamentários, na Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento da SCTIE, relativos à previsão e à execução orçamentária do DECIT para o período 2003–2010.

Além dessas fontes, foram levantados dados na base de dados gerenciais do programa, a plataforma Pesquisa Saúde⁵, adotando como data limite para a estabilização dos dados coletados no banco o mês de setembro de 2014 e dados orçamentários no Portal da Transparência do Governo Federal⁶.

A coleta de dados realizada no DECIT envolveu o levantamento e o exame dos registros de reuniões existentes nos arquivos do DECIT e a realização de pesquisa documental, mediante acesso aos registros disponíveis na Coordenação-geral de Fomento à Pesquisa em Saúde/DECIT e na Coordenação-geral de Gestão do Conhecimento/DECIT. Em todos os casos de coleta de dados realizadas *in loco*, as solicitações foram feitas mediante contatos presenciais com um técnico ou com o coordenador do setor, seguidos por contatos telefônicos e por correio eletrônico, realizados entre abril e junho de 2014, e continuaram até o recebimento dos dados solicitados.

O levantamento de dados na base de dados gerenciais da Pesquisa Saúde compreendeu a coleta relativa aos dados dos 1930 projetos de pesquisa financiados pelo DECIT no período compreendido entre 2003 e 2010. Os dados foram acessados em formato bruto, em planilha eletrônica e submetidos a novas montagens, que geraram novas planilhas e viabilizaram a realização das análises sobre:

- O número de projetos financiados a cada uma das quatro edições do PPSUS;
- Os valores totais de recursos orçamentários aprovados por edição do PPSUS e por estado da federação;
- Os recursos orçamentários providos pelo DECIT por edição do PPSUS e por estado da federação;
- Os recursos orçamentários providos pelos parceiros orçamentários (Secretarias Estaduais de Ciência e Tecnologia - SECT / FAPs / SES) por edição do PPSUS e por estado da federação;
- O volume total de projetos aprovados por edição e por unidade da federação;
- Os valores dos recursos orçamentários médios dos projetos por unidade da federação;

⁵ <http://pesquisasaude.saude.gov.br/pesquisas.xhtml>

⁶ <http://www.portaltransparencia.gov.br/>

- O contingente de mestres e doutores formados com auxílio financeiro do PPSUS por unidade da federação;
- A distribuição percentual de projetos financiados pelo PPSUS por região do país;
- A distribuição percentual dos mestres e doutores formados com auxílio do PPSUS por região do país;
- A distribuição percentual de patentes originadas a partir de projetos financiados pelo PPSUS por região do país.

A análise documental incluiu ainda o exame dos relatórios das Conferências Nacionais de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde; dos documentos de diretrizes da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) e do PPSUS; dos Relatórios Anuais de Gestão do DECIT; de Leis, Decretos e Portarias mencionados na documentação pesquisada, bem como de relatórios orçamentários do DECIT e do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI), dentre outros citados ao longo desse texto e registrados nas referências bibliográficas, ao final deste documento.

3.3.2 Realização de entrevistas semiestruturadas com os participantes da formulação e da implementação do PPSUS no período 2003–2010

Foram realizadas dezesseis entrevistas, no período compreendido entre 21 de outubro de 2014 e 09 de março de 2015.

As entrevistas foram guiadas por um roteiro prévio, dividido em quatro partes e composto por perguntas que não foram submetidas à apreciação externa. Como os entrevistados pertenciam a quatro organizações distintas, o roteiro passou por adaptações de acordo com a vinculação organizacional do entrevistado à época do estudo.

Na primeira parte do roteiro prevaleceram as indagações gerais sobre a organização da PNCTIS e o desenho programático do PPSUS, entre as quais as razões para a existência do PPSUS e os fatores que distinguem o PPSUS dos demais programas de fomento em C,T&I/S. A segunda parte foi composta por temas voltados para a caracterização da institucionalidade do PPSUS. A terceira parte voltou-se para a coleta de informações sobre as características da coordenação interorganizacional do PPSUS e a quarta e última parte do roteiro compreendeu temas voltados para a experiência dos entrevistados acerca da avaliação de resultados do PPSUS, o que incluiu a forma como as organizações participantes da implementação do programa têm acompanhado o processo de incorporação de resultados das pesquisas financiadas pelo programa no SUS e a leitura de cada entrevistado acerca dos limites e das possibilidades

de cada uma das organizações envolvidas na implementação do programa para elevar a incorporação dos resultados das pesquisas pelos gestores do SUS.

As entrevistas foram conduzidas de acordo com os objetivos definidos no desenho da investigação com o propósito de levantar dados que permitissem: (i) identificar e analisar os fatores que explicam (ou se associam) à ausência de avaliação de resultados em políticas e programas governamentais de fomento à C&T/S; (ii) identificar e analisar os mecanismos e instrumentos que definiram a institucionalidade e as interações interorganizacionais do PPSUS nas edições ocorridas no período compreendido entre 2003 e 2010; (iii) oferecer elementos que contribuíssem para a reflexão e para o avanço na compreensão das escolhas feitas pelas organizações que coordenam a implementação do PPSUS acerca da utilização dos resultados de pesquisa pelo SUS; (iv) refletir sobre os dilemas que permeiam o debate sobre a avaliação de resultados do PPSUS e da gestão do conhecimento produzido pelo programa, procurando identificar os limites e as possibilidades das interações e das relações interorganizacionais para a obtenção dos resultados previstos no programa.

O critério de seleção dos entrevistados priorizou a experiência e a representação assumida por eles em cada uma das quatro organizações participantes da formulação e da implementação do PPSUS, classificando-os em dois segmentos: (i) o segmento da gestão federal do PPSUS, composto pelo DECIT e pelo CNPq; e (ii) o segmento da gestão estadual do PPSUS, composto pelas SES e SMS e pelas FAPs.

A seleção dos entrevistados também contemplou o critério da paridade entre o segmento de entrevistados da esfera federal e o segmento de entrevistados das esferas estadual e municipal. Entre os dezesseis entrevistados, oito foram selecionados com base na atuação que tiveram na formulação e na implementação do PPSUS como representantes das organizações gestoras do programa na esfera federal e os demais oito entrevistados foram selecionados com base na atuação que tiveram na formulação e na implementação do programa como representantes das esferas estadual e municipal.

No segmento da gestão federal do PPSUS foram convidados a participar do estudo os ex-diretores do DECIT no período 2003-2009, a coordenadora-geral de fomento à pesquisa no período estudado (ainda no cargo) e a coordenadora técnica do programa no período 2005-2010. Pelo CNPq participaram da pesquisa as duas coordenadoras da área de pesquisa em saúde no período 2003-2010 (uma delas ainda se mantém no cargo) e o coordenador adjunto da área, que é analista de C&T e também se mantém no cargo.

Embora o contingente de entrevistados possa parecer numericamente pouco expressivo, a investigação logrou reunir todos os responsáveis diretos pela formulação e a condução do PPSUS no período estudado, do MS e do CNPq.

Com a expectativa de reduzir as chances de obtenção de respostas defensivas, a pesquisadora adotou e explicou aos entrevistados o posicionamento de não vincular diretamente o nome deles às opiniões emitidas (FLICK, 2009; HOFFMAN-CÂMARA, 2013). Muito embora alguns dos entrevistados sejam figuras públicas, que tiveram e têm suas opiniões acerca dos temas abordados pela investigação publicizadas em documentos institucionais ou pessoais e outros meios de divulgação, seus nomes não foram vinculados aos trechos das entrevistas transcritos nesta tese. Esta medida teve origem no cuidado de preservar a livre opinião de todos os entrevistados, dado que cinco deles continuam trabalhando na mesma organização e três ainda permanecem nos cargos que ocupavam no período de abrangência da investigação. Esta opção foi acompanhada pela concordância explícita, formalizada no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de que seus nomes e perfis poderiam ser divulgados nesta tese, desde que não vinculados às falas captadas durante as entrevistas.

As informações sobre o perfil de cada um dos entrevistados, o critério de escolha para participação na investigação, as respectivas datas e a duração de cada entrevista estão relacionados no Anexo 2 desse documento. O Quadro 3.1 contém o segmento ao qual pertence e a organização pela qual cada um dos entrevistados atuou durante a implementação do PPSUS no período compreendido pela investigação.

Quadro 3.1 - Códigos dos entrevistados, por segmento e por organização de atuação na formulação e na implementação do PPSUS.

Código do Entrevistado	Segmento	Organização
E1	Gestão Federal do PPSUS	DECIT/MS
E2	Gestão Federal do PPSUS	DECIT/MS
E3	Gestão Federal do PPSUS	DECIT/MS
E4	Gestão Federal do PPSUS	DECIT/MS
E5	Gestão Municipal do PPSUS	CONASEMS
E6	Gestão Estadual do PPSUS	CONASS
E7	Gestão Federal do PPSUS	DECIT/MS
E8	Gestão Estadual do PPSUS	CONASS
E9	Gestão Estadual do PPSUS	CONASS
E10	Gestão Federal do PPSUS	CNPq/MCTI
E11	Gestão Federal do PPSUS	CNPq/MCTI
E12	Gestão Estadual do PPSUS	FAP
E13	Gestão Federal do PPSUS	CNPq/MCTI
E14	Gestão Municipal do PPSUS	CONASEMS
E15	Gestão Estadual do PPSUS	FAP
E16	Gestão Municipal do PPSUS	CONASEMS

Fonte: Elaboração própria.

Na impossibilidade de entrevistar todos os participantes do segmento da gestão subnacional do PPSUS, optou-se pela montagem de um subgrupo, constituído por ex-gestores estaduais e municipais de saúde que exerceram atividades representativas para as ações de C&T ou que ocuparam cargos de representação nos fóruns de decisórios relativos à política nacional de C&T em saúde, na qual se inserem as decisões relacionadas ao PPSUS. Estes entrevistados foram convidados a participar da investigação devido à condição de dirigentes do CONASS ou do CONASEMS, no período estudado. Ademais dos ex-gestores estaduais e municipais da saúde, foram entrevistados um assessor do CONASS e outro do CONASEMS que atuaram, no período estudado, na área técnica de ciência, tecnologia e inovação (C,T&I) dessas organizações.

Além do critério de representação de órgão dirigente na gestão do programa, foram adotadas as recomendações de Flick (2009) relativas a outros critérios de seleção de entrevistados, como o conhecimento e a experiência do convidado na implementação e avaliação do PPSUS; a capacidade de refletir e de articular sobre o tema, assim como a manifestação da concordância em participar do estudo e em oferecer seu tempo para a aplicação do roteiro de perguntas. Vale registrar que dois convidados findaram por não atender aos convites feitos por e-mail e por telefone, sendo, após três tentativas, excluídos da investigação, sem que tenham sido conhecidas as razões para a omissão em participar. Por oportuno, cabe destacar o expressivo *background* do conjunto de entrevistados, dado que catorze deles aliaram a experiência gestora à atuação como pesquisadores e cinco deles atuaram como gestores de políticas públicas de C&T em saúde tanto na esfera federal quanto nas esferas estadual e municipal, o que lhes confere uma visão rara e privilegiada sobre os temas de interesse para a presente investigação.

A escolha pela realização de entrevistas com membros da diretoria e assessores do CONASS e do CONASEMS se deveu à impossibilidade logística de que, no contexto e nas limitações temporais inerentes ao processo de elaboração de uma tese, fossem realizadas entrevistas com todos os gestores que os 27 estados tiveram no período estudado. De fato, frente à instabilidade e à rotatividade que caracterizam a titularidade dos cargos gestores da saúde em vários estados do país, este número poderia atingir uma centena de potenciais entrevistados, contingente que poderia ser adequado para um estudo com maior horizonte temporal e com recursos logísticos que permitissem uma ampliação mais expressiva do número de entrevistados. Face a essa limitação, foi adotada a solução de identificar os gestores que exerceram atividades representativas nas organizações atuantes na política de saúde no âmbito nacional e no contexto dos fóruns de negociação do SUS voltados para as questões de C,T&I/S, no perí-

odo 2003–2010, que são os conselhos nacionais de representação dos secretários estaduais e municipais de saúde, respectivamente, o CONASS e o CONASEMS.

Os conselhos nacionais de secretários estaduais e municipais de saúde são as entidades que representam os gestores estaduais e municipais do SUS nas câmaras de negociação e de deliberação da política de saúde, como o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT). O CONASS e o CONASEMS foram criados em 1982 e 1988, respectivamente, e seus representantes têm, desde então, atuado, no âmbito nacional, como co-participantes “na formulação de políticas e em decisões relevantes por meio de interlocução direta de suas diretorias e representantes com as autoridades do MS, incluindo o próprio ministro” (MACHADO, 2005, p. 167). No que concerne ao PPSUS, as representações do CONASS e do CONASEMS, que constituem o público-alvo do programa, estiveram presentes nas fases de formulação do PPSUS e compartilharam com o MS a responsabilidade pelo desenho, gestão e implementação do programa. Essa condição de se constituir, a um só tempo, como formuladores, implementadores e público-alvo do PPSUS confere a estes atores a possibilidade de ter uma leitura privilegiada sobre o programa.

Ainda no segmento sub-nacional de implementação do PPSUS foram entrevistados, pelas FAPs, um ex-presidente do Conselho Nacional das Fundações de Amparo à Pesquisa (CONFAP) e ex-presidente da Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) e um diretor da Fundação de Amparo à Pesquisa de Goiás (FAPEG), sendo estes também escolhidos com base nas citações feitas pelos demais entrevistados, mediante o uso da técnica de “bola de neve” (GODOI; MATTOS, 2012, p. 309). Vale registrar que havia a intenção de que fosse também entrevistado o outro presidente do CONFAP no período do estudo (o CONFAP foi criado em 2006), o que acabou não se concretizando⁷.

Entre as dezesseis entrevistas realizadas, onze delas foram realizadas no local de trabalho do entrevistado, uma entrevista foi realizada na residência da pesquisadora (pelo motivo de que o entrevistado não reside em Brasília e não dispunha de local adequado na cidade para a realização de uma entrevista gravada) e quatro entrevistas foram realizadas por meio de um *software* de comunicação de voz e vídeo, via *Internet*.

Todos os potenciais entrevistados foram contatados por mensagem eletrônica ou por telefone, momento no qual eram informados acerca dos objetivos da investigação. Os entrevistados que concordaram em participar do projeto receberam o TCLE, que se encontra no

⁷ O entrevistado não respondeu aos três convites enviados por correio eletrônico nem às tentativas de contato telefônico.

Anexo 3 deste documento, por correio eletrônico, ou mediante entrega pessoal. Os TCLE, em duas cópias, foram assinados pela pesquisadora e pelo entrevistado, ficando uma cópia em poder da pesquisadora e outra em poder do entrevistado.

Todas as entrevistas foram realizadas e gravadas pela pesquisadora, com o consentimento dos entrevistados. A transcrição dos relatos foi realizada pela pesquisadora e por duas profissionais especializadas, gerando um total de vinte e uma horas e trinta e oito minutos de gravação e 343 páginas transcritas. As entrevistas tiveram duração média de oitenta minutos, tendo a entrevista mais curta a duração de quarenta minutos e a entrevista mais longa durado cento e treze minutos.

3.3.3 Observação não participante

Este componente da investigação foi possível mediante a participação da pesquisadora, limitada à condição de observadora (GODOY, 2012), em eventos organizados pelo MCTI e em duas edições anuais do PPSUS, promovidas pelo DECIT:

- A Gestão da Propriedade Intelectual pelas Instituições de Fomento à Ciência, Tecnologia e Inovação, realizado pelo MCTI, em Brasília, em agosto de 2012;
- Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS. Integração entre conhecimento científico e políticas de saúde, realizado pelo MS, em Brasília, em 2013;
- Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Resultados e avanços da pesquisa estratégica para o SUS, realizado pelo MS, em Brasília, no período de 12 a 14 de novembro de 2014.

Nos eventos anuais do PPSUS compareceram representantes das organizações que integram a coordenação do PPSUS no âmbito federal e estadual, a saber: membros do DECIT/SCTIE/MS; CNPq; FAPs, SES e SMS. Todos os três eventos ocorreram em Brasília e integram o calendário de reuniões de cada edição do PPSUS, sendo a presença da pesquisadora no evento assegurada mediante convite solicitado ao DECIT.

3.3.4 Levantamento de informações sobre a incorporação dos resultados das pesquisas ao Sistema Único de Saúde junto a catorze Secretarias Estaduais de Saúde

Esta consulta teve como ponto de partida os resultados do levantamento realizado na base de dados gerenciais Pesquisa Saúde acerca dos projetos inseridos na sub-agenda Sistemas e Políticas de Saúde com aplicação de resultados na área de Gestão e Planejamento em

Saúde, no período compreendido entre 2003 e 2010 e tinha como objetivo identificar a existência de algum tipo de monitoramento ou avaliação de resultados sobre o uso do conhecimento produzido pelas pesquisas financiadas pelo PPSUS. Foram escolhidos os projetos da área de gestão e planejamento em saúde porque as organizações gestoras do SUS constituem a clientela-alvo por excelência deste tipo de projeto, o que reduziria a margem para dúvidas sobre as informações que viessem a ser prestadas sobre estes projetos.

Mediante o levantamento realizado no banco de dados gerenciais do PPSUS, foram identificados, entre os 1930 projetos financiados no período da investigação, 136 projetos na sub-agenda Sistemas e Políticas de Saúde, dos quais 42 projetos teriam seus resultados aplicados na área de Gestão e Planejamento em saúde. Estes projetos se distribuíam entre catorze unidades da federação: Bahia (6 projetos); Ceará (2 projetos); Distrito Federal (1 projeto); Espírito Santo (2 projetos); Goiás (1 projeto); Minas Gerais (10 projetos); Pará (1 projeto); Paraíba (3 projetos); Pernambuco (3 projetos); Piauí (2 projetos); Paraná (2 projetos); Rio Grande do Sul (1 projeto); Santa Catarina (5 projetos) e São Paulo (3 projetos). Após a obtenção dos endereços eletrônicos dos atuais responsáveis pelas áreas de planejamento das SES junto ao CONASS, foram enviadas mensagens eletrônicas para todos eles, com os resumos dos projetos realizados em cada estado anexados à mensagem. A cada um deles foi perguntado qual o conhecimento atual da SES sobre o(s) projeto(s) financiado(s) no período 2003–2010 e qual o conhecimento sobre a incorporação dos resultados da(s) pesquisa(s) ao SUS estadual. Além destas duas perguntas, havia uma terceira questão voltada para a confirmação, ou não, da existência de uma área de gestão do conhecimento na SES.

Apenas os estados da Paraíba e de São Paulo responderam ao primeiro contato. A SES/PB informou que não conhecia os três projetos financiados pelo PPSUS e, portanto, não tinha conhecimento se os resultados do projeto foram incorporados à gestão do SUS no estado. A SES/SP respondeu que, em 2008, houve um movimento para integrar as pesquisas do PPSUS ao processo de gestão regionalizada do estado, que foram posteriormente ampliadas para a saúde neonatal, saúde bucal e saúde ocular. Há também, na estrutura da SES/SP, uma coordenação de gestão do conhecimento, que compreende a área de ciência, tecnologia e insumos estratégicos.

Frente à ausência de respostas dos demais estados, um mês depois foi realizado contato telefônico com as doze SES que não responderam. Após esta segunda tentativa de contato, responderam os estados da Bahia e do Rio Grande do Sul. A SESAB informou que não possui informações sobre o uso dos resultados das seis pesquisas financiadas com recursos do PPSUS, embora exista na estrutura da secretaria uma Diretoria de Ciência, Tecnologia e Ino-

vação em Saúde. A SES-RS também informou não possuir informações sobre a pesquisa financiada pelo PPSUS no período abrangido pela investigação.

Frente às dificuldades para estabelecer o contato com as secretarias estaduais e face à exiguidade de tempo que um trabalho de tese impõe, esta estratégia de consulta findou por ser abandonada. Contudo, a omissão nas respostas pode ser considerada como um indicativo da ausência de dados sobre o uso dos resultados dos projetos financiados pelo PPSUS nos estados, sendo esta uma abordagem a ser considerada caso este trabalho investigativo tenha continuidade num contexto que transcenda a elaboração desta tese.

3.4 O exame e a interpretação dos dados

O processo de exame e de interpretação dos dados adotado na presente investigação pautou-se pelas recomendações identificadas em Godoy (2012) e que podem ser sintetizadas como: (i) concomitância do exame e da interpretação com a coleta dos dados; (ii) busca por ser sistemático e abrangente, sem ser rígido; (iii) procura por assegurar o espaço para atividades reflexivas, com movimentação da pesquisadora dos dados para o trabalho conceitual; (iv) segmentação dos dados, procurando a manutenção do sentido próprio e da conexão com o todo; (v) categorização e agrupamento dos dados de forma indutiva; (vi) adoção da comparação como principal ferramenta durante toda a análise; (vii) reconhecimento de que a manipulação dos dados não implica a existência da melhor forma de realizá-la, sendo um processo que pressupõe o envolvimento criativo do pesquisador, livre de procedimentos mecanicistas e de regras estritas a serem seguidas. Posto isso, serão descritos a seguir os procedimentos adotados para a sistematização dos dados obtidos ao longo da investigação.

À medida que os dados bibliográficos, documentais e gerenciais do PPSUS foram sendo coletados, foram construídas as matrizes de análise, cuja finalidade consistiu em contemplar as categorias e as subcategorias utilizadas, com o objetivo de permitir a associação dos dados coletados aos objetivos e às perguntas da pesquisa.

A definição de cada categoria procurou adotar as recomendações de Hoffman-Câmara (2013), de atender aos princípios da exclusão mútua; da pertinência quanto aos objetivos e às questões norteadoras da pesquisa; da objetividade e da fidelidade; da produtividade no que tange às possibilidades dos resultados produzirem “inferências, hipóteses novas, em dados exatos” (HOFFMAN-CÂMARA, 2013, P. 187). Nesta investigação, as categorias representaram o que representariam as variáveis independentes ou explicativas em estudos de natureza quantitativa (FLICK, 2009; HOFFMAN-CÂMARA, 2013). No sentido kantiano, o termo

categoria é assumido como aquele que tem o objetivo de, mediante a conceituação, explicitar o entendimento (LEGRAND, 1983).

O conteúdo da elaboração resultante do processo de construção das categorias institucionalidade, coordenação interorganizacional e especificidade da política, com suas subcategorias e respectivos indicadores, foi sintetizado no Quadros 3.2.

Quadro 3.2 – Matriz de análise para as três categorias utilizadas na investigação.

<p>Projeto: Avaliação de resultados em políticas públicas – o caso do PPSUS.</p> <p>Principais fontes:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Entrevistas com dirigentes responsáveis pela formulação e implementação do PPSUS no período 2003–2010, com atuação na esfera federal do setor saúde, na esfera estadual e municipal do setor saúde; na esfera federal de C&T; na esfera estadual de C&T. – Documentos institucionais, governamentais ou não, sobre a trajetória da institucionalização das ações de C&T no Brasil, elaborados após a promulgação de Constituição Federal de 1988. <p>Período de referência:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Para os entrevistados, atuação entre 2003 a 2010. – Para os documentos: década de 1990 e 2000. 		
Categorias	Subcategorias	Indicadores (compostos pelas respostas do roteiro + dados levantados nas outras fontes da pesquisa)
Institucionalidade	As regras, normas e estratégias Contexto anterior a 2003–2010 para a área de C,T&I/S	Responsabilidades em C&T na CF-88 Realização de conferência temática em 1994 (Iª CNCTIS) Criação do DECIT como estrutura específica para C&T no âmbito do MS Programa de descentralização do fomento à pesquisa de C&T em saúde (Projeto de Gestão Descentralizada do SUS) Ações de articulação organizacional entre MS e MCTI para a implementação das ações de C,T&I/S (estruturação do Fundo Setorial de Saúde)
	As regras, normas e estratégias Contexto 2003–2010 Formulação e implementação do PPSUS	Criação da SCTIE Reestruturação do DECIT Realização de conferências temáticas (IIª CNCTIS) Aprovação da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS) Aprovação da PNCTIS Localização do programa na estrutura do MS Objetivos do programa Arranjo organizacional do programa Aspectos que distinguem o PPSUS dos demais programas de fomento
Coordenação interorganizacional	A dinâmica das relações interorganizacionais	Motivação para atuação compartilhada das organizações Atores participantes das decisões sobre o

		<p>programa – quem representava as organizações</p> <p>Temas de interesse para os atores participantes da implementação do programa</p> <p>Consensos</p> <p>Conflitos</p> <p>Principais relações: conflito / cooperação / acordos / parcerias</p> <p>Representação das organizações participantes</p> <p>Estratégias de superação de conflitos adotadas entre as organizações participantes</p>
	As normas e incentivos que definiram a coordenação interorganizacional do PPSUS	<p>Formalização do Termo de Cooperação Técnica entre o MS e o CNPq (motivação para o Termo de Cooperação e Assistência Técnica - TCAT)</p> <p>Documento de Diretrizes do PPSUS</p> <p>Correspondência entre o documento normativo e a implementação do programa</p> <p>Mudanças de regras por causa de alguma instituição participante</p> <p>Condições de financiamento do programa</p> <p>Comportamento dos recursos orçamentário para as ações descentralizadas de C&T em saúde</p>
Especificidade do programa	O comportamento orçamentário e a distribuição loco-regional dos projetos financiados pelo PPSUS nas três edições ocorridas entre 2003–2010, por região e por UF	<p>Número de projetos aprovados por edição do programa, por UF</p> <p>Recursos orçamentários aprovados pelo DECIT para os estados</p> <p>Recursos orçamentários aprovados pelos parceiros orçamentários do programa</p> <p>Distribuição dos recursos por UF e por região do país no período estudado.</p> <p>Projetos aprovados por UF e por edição do PPSUS</p> <p>Projetos aprovados por região do país</p> <p>Contingente de mestres, doutores e patentes financiadas pelo programa, por região do país no período estudado.</p>
	Desafios para avaliação dos resultados do programa A gestão do conhecimento produzido pelo programa	<p>Desenho do programa para avaliação de produtos e de resultados</p> <p>Metodologia de gestão do conhecimento implantada pelo PPSUS</p> <p>Existência de instrumentos de gerenciamento/acompanhamento da incorporação dos resultados das pesquisas no SUS</p>
	Os limites e as possibilidades das organizações para elevar a incorporação dos resultados das pesquisas no SUS	<p>Responsabilidades institucionais na incorporação dos resultados ao sistema</p> <p>Atuação das organizações participantes para a elevação da incorporação dos resultados ao SUS</p>

Fonte: Elaboração própria, com base em diversos autores.

3.5 A análise das entrevistas

Em substituição à utilização de *softwares* específicos, o processo de análise foi iniciado seguindo um esquema básico de categorização, adotado por Frare et al. (2014), que facilitou a organização, agregação e padronização das informações obtidas junto aos entrevistados. Esta via de análise foi adotada em razão da afinidade com as outras vertentes que constituíram o referencial analítico da investigação, no qual predominou a busca do domínio da técnica analítica apoiada na prática tentativa e reflexiva (FLICK, 2009; MATTOS, 2012; GODOI, 2012; MANZINI, 2012; HOFFMAN-CÂMARA, 2013).

Após a conclusão da transcrição de cada entrevista, os discursos foram revisados, comparados com o áudio e, eventualmente, corrigidos, com a finalidade de recuperação de aspectos captados no momento da entrevista, mas que não foram captados pelas transcritoras (MATTOS, 2012). Uma vez revisadas, as respostas eram transferidas para uma matriz de consolidação, construída sob o modelo que foi adotado para o questionário. O modelo concebido por Frare et al. (2014) contempla as fases tradicionais do processo de pesquisa, com o diferencial de destacar, após a fase de categorização, a sumarização dos conceitos e a definição do modelo de análise que emerge como produto da combinação das teorias prévias e dos resultados da investigação em curso.

O procedimento que Frare et al. (2014) denominam de pré-análise é descrito por Flick (2009) como sendo análise global, que se complementa por procedimentos associados à codificação teórica e à análise qualitativa de conteúdo. Para Flick (2009), a análise global se justifica como etapa preparatória à análise de conteúdo pelo potencial de “esclarecimento do próprio conhecimento do contexto e da questão de pesquisa que é transportada ao texto” (FLICK, 2009, p. 294). Esta metodologia envolve a anotação de palavras-chave; a estruturação de trechos extensos do texto; a identificação dos conceitos e enunciados centrais; e as “informações sobre a situação comunicativa na geração de cada texto” (FLICK, 2009, p. 294).

Ainda no processo de pré-análise ou de análise global dos registros das falas dos entrevistados, foram destacadas as ideias estruturantes do pensamento do entrevistado, que compuseram outra tabela/matriz, com os conteúdos das entrevistas, as palavras-chave estruturadoras e os temas. Um exemplo de matriz construída para a análise dos relatos pode ser vista no Anexo 4.

A análise global, ao tempo que contribuiu para um enfoque inicial das falas e elaboração do resumo dos discursos, permitiu a realização de avaliações, por parte da pesquisadora, acerca da pertinência da manutenção dos trechos na interpretação real. As decisões neste sen-

tido consideraram a adequação dos relatos à situação comunicativa da entrevista, particularmente à necessidade de integração entre as informações prestadas pelos entrevistados e o procedimento de categorização temática que se seguiu.

A análise dos conteúdos se pautou ainda pelos procedimentos descritos por Flick (2009) e Hoffman-Câmara (2013) que, embora tenham se orientado por referenciais distintos, confluem no sentido de que a técnica da análise de conteúdo se compõe por três momentos bem delimitados: (i) o momento de pré-análise e de organização do material, que compreende a definição do material e a seleção das partes das entrevistas cujo conteúdo apresenta relevância para as perguntas e objetivos da pesquisa; (ii) o momento da exploração do material, que consiste no direcionamento da análise para os trechos selecionados, com foco no que se quer obter e interpretar; (iii) o momento do tratamento dos resultados, que inclui a inferência e a interpretação.

Os conteúdos das entrevistas foram organizados e agrupados segundo a vinculação organizacional dos entrevistados e a situação de cada um deles no contexto de implementação do PPSUS, com a finalidade de evitar interpretações discursivas realizadas em situação de “vácuo contextual” (GODOI, 2012, p. 377) e procurar situar os conteúdos conforme a referência “experencial, ideacional ou situacional do discurso” (GODOI, 2012, p. 387). Esse procedimento teve o objetivo de, além de estabelecer uma vinculação entre os discursos e a posição dos entrevistados no cenário de implementação do programa, avançar para as categorizações propostas na análise.

Isso feito, os textos foram submetidos à análise qualitativa de conteúdo, mediante a utilização das categorias, obtidas com base nos modelos teóricos previamente definidos. Os procedimentos de adequação temática foram associados ao estudo em razão de sua forte vinculação a estudos comparativos, condição que foi adotada nesta análise para as quatro organizações participantes do PPSUS.

De fato, houve, no desenvolvimento do estudo, a preocupação em identificar influências exercidas pela situação dos atores sobre os temas investigados, que estivessem associadas ao pertencimento de cada um dos entrevistados a uma das quatro organizações participantes da implementação do PPSUS. A análise de conteúdo se assentou sobre o pressuposto de que “em mundos ou grupos sociais diferentes, podem ser encontradas visões distintas.” (FLICK, 2009, p. 287), concepção esta expandida para as diferenças situacionais dos participantes do processo de implementação do programa no período 2003–2010. Nestes termos, os sujeitos envolvidos na situação em estudo são passíveis de adotar referenciais que variam conforme o contexto situacional e com as interações que estabelecem com outros sujeitos, a partir de onde

se encontram (FLICK, 2009). Na interpretação das falas dos participantes foi considerada a possibilidade de que fatores inerentes à situação de cada um deles na implementação do processo tenham exercido influência sobre a leitura feita acerca das categorias estudadas.

Vale destacar que a investigação cumpriu o requisito de selecionar os entrevistados em conformidade com critérios previamente definidos pela pesquisadora, contemplando pessoas “cujas perspectivas sobre a questão pareçam ser mais instrutivas para a análise” (FLICK, 2009, p. 287). Outra condição respeitada foi a de que o roteiro aplicado durante as entrevistas contivesse a mesma “definição de tópicos” (FLICK, 2009, p. 287) para todos os entrevistados, considerada como componente importante para garantir a comparabilidade entre os relatos. Cada uma das perguntas feitas aos entrevistados foi submetida à lista de perguntas básicas propostas por Flick (2009), e adaptadas para cada tópico e para cada organização participante da implementação do PPSUS, o que permitiu o delineamento do “espectro do tópico, a partir da forma pela qual os entrevistados tratam cada tema” (FLICK, 2009, p. 290).

Cumpridas as fases de pré-análise e exploração do material (BARDIN, 2011), as categorias foram selecionadas e submetidas a novo processo, que procurou identificar possíveis relações entre elas e os conceitos, sendo conferidas com os dados coletados sempre que necessário, na sequência: (i) transcrição das entrevistas; (ii) estabelecimento do critério de categorização pelos temas que compunham os construtos de cada categoria adotada na investigação (avaliação; institucionalidade; coordenação interorganizacional; especificidade do programa); (iii) destaque dos trechos das entrevistas que contemplaram os temas selecionados; (iv) interpretação e finalização da categorização.

Os conteúdos das entrevistas foram contrastados com os dados obtidos pelas demais fontes de informação adotadas no estudo e utilizados como fonte de reflexão, interpretação e compreensão do processo investigativo. Desse modo, os dados obtidos após o levantamento bibliográfico e documental foram objeto de triangulação com os dados coletados junto aos bancos de dados gerenciais do programa, com as informações captadas mediante a realização da observação não participante e com as entrevistas semiestruturadas. A triangulação aqui utilizada teve como objetivo não apenas a ampliação e a complementação sistemática das possibilidades da produção do conhecimento sobre o programa, mas também representou uma alternativa adicional para a validação do método, dos procedimentos de coleta e de análise empregados durante a investigação (FLICK, 2009).

Do mesmo modo, o levantamento bibliográfico e documental embasou a coleta de dados e a organização das perguntas realizadas durante as entrevistas que, por sua vez, também foram revistos, num “procedimento entrelaçado” (FLICK, 2009, p. 276) à interpretação e à

análise dos conteúdos das entrevistas. Por fim, os conteúdos foram novamente confrontados às questões da pesquisa, permitindo que fossem elaboradas as conclusões e o desfecho da investigação.

CAPÍTULO 4 - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste capítulo serão apresentados, analisados e discutidos os dados obtidos no trabalho de campo, cujo desenvolvimento respeitará a delimitação adotada para a investigação relativa às abordagens Institucionalista, Organizacional e Especificidade da Política Pública. Os objetivos que se colocam a partir desta parte do texto consistem em, primeiro, apresentar e descrever os dados coletados e, ao final, analisar como as associações estabelecidas entre os dados coletados e as categorias formuladas ofereceram as evidências que suportam as proposições apresentadas no Capítulo 2.

Para tanto, serão apresentados, analisados e discutidos os dados obtidos, à luz do referencial teórico apresentado no Capítulo 2 e conforme a metodologia descrita no Capítulo 3. Todos os dados doravante apresentados foram obtidos com base em consultas e levantamentos realizados no DECIT e na Coordenação-Geral do Programa de Pesquisa em Saúde do CNPq do MCTI, mediante consulta direta, em *sites* ou em documentos específicos, também conforme a metodologia já descrita no Capítulo 3. A apresentação dos dados foi organizada numa sequência que obedece à matriz de análise apresentada no Quadro 3.2: inicialmente serão tratados os elementos de análise relativos à categoria institucionalidade, seguidos pela categoria coordenação interorganizacional e, para finalizar a sequência, a categoria especificidade do programa.

A categorização adotada no decorrer do desenvolvimento da investigação reflete a decisão de analisar o processo de avaliação de resultados do PPSUS baseado na metodologia qualitativa, sendo as categorias “conceitos, derivados dos dados, que representam os fenômenos” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 114). Desse modo, foram as relações identificadas entre as matrizes teórico-metodológicas adotadas e a exploração dos dados levantados no trabalho de campo que permitiram a construção das categorias apresentadas e analisadas neste capítulo.

Com base no exposto, é esperado que as categorias Institucionalidade, Coordenação Interorganizacional e Especificidade do Programa ofereçam os elementos que contribuam para explicar as decisões adotadas em relação à avaliação de resultados de programas e políticas de C,T&I/S, no caso do PPSUS, oferecendo respostas às perguntas que desencadearam este estudo.

4.1 A categoria institucionalidade de políticas públicas e a avaliação de resultados no PPSUS

A análise da categoria Institucionalidade considerou trabalhos realizados por autores que evidenciaram o papel das regras, normas e estratégias (NORTH, 1991; STREECK; THELEN, 2005; OSTROM, 2007; LANE, 2014) e das decisões e escolhas (SABATIER; WEIBLE, 2007; PIERSON, 2000) nos momentos de mudança institucional e suas relações com a formulação e a implementação de programas e políticas públicas.

Para o cumprimento dos objetivos propostos nesta investigação, a análise da categoria definida como institucionalidade foi delineada pelo construto elaborado com fundamento no referencial teórico adotado no Capítulo 2, particularmente dos conteúdos obtidos em North (1991), em Weiss (1999), em Pierson (2000), em Streeck e Thelen (2005), Ostrom (2007) e Lane (2014), conforme consta no Quadro 4.1.

Quadro 4.1 – Matriz de análise da categoria institucionalidade, com fontes, construto e elementos de análise.

Fontes	Categoria	Construto	Elementos de análise
North, 1991 Weiss, 1999 Pierson, 2000 Streeck; Thelen, 2005 Ostrom, 2007 Lane, 2014	Institucionalidade	Assimilação organizacional de regras formais e informais, que decorrem de decisões e de escolhas adotadas no decorrer do período de formulação e de implementação de uma política pública. A presença desses processos de regramento organizacional é relevante por dificultar a reversão da política face às expectativas que geram em situações nas quais o custo (político/institucional) de alterar ou suprimir a política é superior ao custo de sua manutenção. A clareza de regras, normas e estratégias é, portanto, um fator associado à estabilidade e à possibilidade de obtenção de resultados por uma política ou programa.	Principais regras, normas e estratégias: Constituição Federal - 1988 Iª CNCTS – 1994 Criação do DECIT – 2000 Projeto Gestão Compartilhada em C&T em Saúde – 2001 Criação da SCTIE – 2003; Reestruturação do DECIT – 2003 Elaboração e aprovação da ANPPS – 2004 Elaboração e aprovação da PNCTIS – 2004 IIª CNCTIS – 2005 Lançamento do Programa de Pesquisa para o SUS: PPSUS – 2004

Fonte: Elaboração própria, fundamentada em North (1991), Weiss (1999), Pierson (2000), Streeck; Thelen (2005), Ostrom (2007) e Lane (2014).

A expectativa depositada nesse construto é a de que ele contribua para delimitar a institucionalidade obtida pelo PPSUS, explicando-a como uma consequência das regras, das normas, das estratégias, das escolhas e das mudanças institucionais ocorridas no decorrer do

processo de formulação e de implementação do programa. Os elementos de análise foram sistematizados no desenvolvimento do trabalho de campo, que contemplou a realização do levantamento dos dados junto às fontes documentais e aos entrevistados que participaram da investigação.

Vale assinalar que, embora a investigação tenha sido delimitada pelo período 2003–2010, os elementos de análise para esta categoria remontaram à década anterior, abrangendo o ano de 1988, momento no qual foi promulgada a CF-88, vigente no país. De fato, embora o PPSUS tenha sido formalmente lançado em 2004, a compreensão da atuação governamental na área de C,T&I/S no período estudado demandou que fosse considerado o papel exercido pelas regras, pelas normas, pelas estratégias e pelas escolhas e mudanças institucionais que ocorreram no período precedente, desencadeadas após a grande mudança no regramento legal do país, representada pela promulgação da CF-88. A estratégia analítica empregada assumiu que as influências exercidas sobre o PPSUS pelo conjunto de regras que foram alteradas em decorrência da CF-88 permitiriam que fosse evidenciado o encadeamento de eventos que evidenciarão a institucionalidade do programa.

Essa expansão do horizonte temporal da análise do programa justifica-se pela força do impacto e do conseqüente alcance das mudanças no regramento político-institucional ocasionadas pela CF-88 no setor saúde, particularmente no que tange à busca pela ampliação do direito à saúde e pelo pacto político e social que envolveu a criação do SUS. Estas mudanças foram relevantes não apenas para a compreensão das razões que resultaram na proposição do PPSUS, mas também porque exerceram influência sobre o formato e a trajetória assumidos pelo PPSUS a partir de 2004. Pela abrangência legal que a caracterizou, a CF-88 provocou a necessidade de ampla revisão no aparato organizacional público do país, de modo que todos os demais elementos de análise adotados para a categoria *institucionalidade* são dela decorrentes, razão pela qual a CF-88 foi o primeiro elemento de análise tratado para esta categoria.

De acordo com Abrúcio (2002), a promulgação de uma nova constituição, por demandar a aprovação de legislações ordinárias e administrativas, não necessariamente representa o desencadeamento imediato de mudanças rumo a um novo desenho institucional, capaz de renovar as práticas organizacionais do Estado. Contudo, no que se refere à CF-88, durante toda a década de 1990 e no período imediatamente anterior ao ano de 2003, no qual houve grandes mudanças na condução e na atuação das organizações públicas federais, verificou-se intenso processo de mudança institucional no setor saúde.

A força do alcance das propostas aprovadas na CF-88 envolveu a extinção de órgãos que eram fundamentais para o funcionamento do sistema de saúde no período anterior à década-

da de 1980 e a criação de outros, como as agências reguladoras setoriais, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (MACHADO, 2005) que expressavam a determinação do Estado brasileiro de fortalecer a capacidade de regulação e também resultou na demanda por mais conhecimento científico para o SUS (BARRETO, 2004). Além de mudanças na estrutura executiva do nível federal do SUS, nesse período foram conduzidas iniciativas importantes no que tange à gestão colegiada do sistema de saúde, como a criação da CIT, no ano de 1991, assim como a realização da IX^a, X^a e 11^a Conferência Nacional de Saúde, nos anos de 1992, 1996 e 2000, respectivamente.

Para efeito da análise proposta, a extinção e a criação de órgãos de grande importância na estrutura organizacional do SUS, assim como o início da realização periódica de fóruns deliberativos setoriais foram considerados como reflexos de decisões gestoras e de alterações de regras no âmbito institucional (PIERSON, 2000), cuja presença no contexto de implementação da política setorial provocou desdobramentos na organização das ações de C,T&I/S. Conforme Pierson (2000), a ocorrência de eventos específicos, quando organizados numa sequência temporal deve ser valorizada em análises de processos políticos pelas consequências que são capazes de produzir na institucionalização de práticas e de processos organizacionais.

Entre os eventos que demarcaram a organização das ações de C,T&I/S no período pós CF-88, serão aqui tratados, na condição de elementos de análise, aqueles identificados com base nos levantamentos realizados na documentação consultada, e obtidos após a realização das entrevistas, como de maior relevância para a compreensão da institucionalidade da política de C,T&I/S, dentre os quais: (i) a realização da I^a Conferência de Ciência e Tecnologia em Saúde e da II^a Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (CNCTIS), ocorridas no ano de 1994 e de 2004, respectivamente; (ii) a proposição de criação do Fundo Setorial de Saúde, em 1999; (iii) a criação do DECIT e do Programa de Descentralização à Pesquisa em Saúde, ambos em 2000; (iv) a criação da SCTIE, e a reestruturação do DECIT, ambos em 2003; e (v) a aprovação da Agenda Nacional de Prioridade de Pesquisa (ANPPS) e da PNCTIS, ambas em 2004.

O que se argumenta é que estes eventos, em conjunto, alteraram as regras que, até então, delimitavam as ações da política de C,T&I/S, geraram normativas e contribuíram para a composição de um momento de relevante mudança institucional para a área de C,T&I/S, no bojo do qual foram propostas as configurações demarcadoras da institucionalidade do PPSUS. A sequência temporal em que serão apresentados os eventos que constituíram os elementos identificados com a institucionalidade do PPSUS tem o objetivo de contribuir para oferecer as

evidências de que estes movimentos de mudança buscavam uma aproximação entre o ideário proposto pela legislação setorial da saúde na CF-88 e as decisões adotadas no âmbito da gestão governamental. A análise do conjunto de eventos que marcou a política de C&T/S e possibilitou a implantação do PPSUS pode ser compreendida como uma forma de aproximação sequencial que permite explicações tanto pela matriz teórica proposta por Pierson (2000) quanto se vincula à tipologia presente nos estudos realizados por North (1991), Streeck e Thelen (2005) e Mahoney e Thelen (2010).

Por um lado, a matriz teórica de Pierson (2000) contribui para explicar como o encaideamento de decisões prévias explica trajetórias posteriormente assumidas na implementação e nos resultados de políticas públicas (*Path Dependence*). Por outro lado, as ações governamentais que complementaram as decisões adotadas em períodos de grandes mudanças, como o período que sucedeu a CF-88, também apontam para outros modelos teóricos de mudança institucional, como os que foram descritos por North (1991), Streeck e Thelen (2005) e Mahoney e Thelen (2010). Não obstante as especificidades de cada um desses modelos, todos recorreram à relevância assumida pelas alterações nas regras como forma de construção de viabilidade, ou de institucionalidade, com reflexos na implementação e nos resultados de programas e políticas públicas.

Pierson (2000) chamou atenção para conjunturas nas quais ocorrem grandes mudanças políticas, que se caracterizam por interferir nos posicionamentos assumidos pelos atores no jogo político, alterando as regras e os instrumentos de poder institucional. A ideia de um momento posterior a uma grande mudança política reflete o que ocorreu no Brasil no período imediatamente subsequente à promulgação da CF-88. Naquele momento, as decisões adotadas pelos atores político-institucionais buscavam atender às necessidades postas pela recém-promulgada Constituição Federal, num processo de redefinição das trajetórias de programas e políticas públicas.

As contribuições de North (1991) para esta investigação decorrem da ênfase conferida em suas análises para o papel desempenhado pelas instituições nas sociedades. Streeck e Thelen (2005) destacaram a relevância das regras e das normas estabelecidas para o reconhecimento e a avaliação do grau de institucionalidade atingidos em processos de implantação de políticas públicas, realçando o peso dos contextos políticos, das características institucionais e de sua interação com os agentes em processos de mudança institucional.

A análise do que ocorreu no âmbito da C&T/S após a promulgação da CF-88 tanto pode ser associada aos modelos teóricos que destacaram o papel das grandes mudanças institucionais (PIERSON, 2000) quanto por aqueles que demandam adequações posteriores e ajus-

tes (mudanças incrementais) (STREECK; THELEN, 2005), sendo todas consideradas interações institucionalmente mediadas (NORTH, 1991). Em síntese, estes modelos constituíram-se como referenciais importantes para a compreensão de como as redefinições organizacionais e as mudanças incrementais que ocorrem nos processos de coordenação das políticas e programas contribuem para a construção de explicações sobre a estabilidade e o grau de institucionalidade de políticas e programas governamentais, dentre eles, o PPSUS.

Espera-se que as regras e decisões citadas nos modelos desenvolvido por North (1991) e Pierson (2000), complementadas pelas mudanças incrementais presentes nos trabalhos de Streeck e Thelen (2005) possam contribuir para a compreensão de como a institucionalidade da política de C,T&I/S concorreram para a estabilidade obtida ao longo da implementação do PPSUS. Além disso, espera-se que a exposição feita sobre a institucionalidade obtida pelo programa no decorrer de sua formulação e implementação contribua para o debate sobre as relações que se estabeleceram entre a institucionalidade, a estabilidade de um programa e a sua avaliação de resultados.

4.1.1 A promulgação da Constituição Federal de 1988: as regras que redefiniram as responsabilidades no setor saúde

Em seu artigo 218, a CF-88 define que “o Estado promoverá e incentivará o desenvolvimento científico, a pesquisa e a capacitação tecnológicas”, facultando aos estados e ao Distrito Federal a vinculação de parcela de sua receita orçamentária a entidades públicas de fomento ao ensino e à pesquisa científica e tecnológica. O mesmo texto legal ainda estabelece, no artigo 200, que cabe ao SUS “incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico” (BRASIL, 1988).

As proposições implementação de ações descentralizadas de C,T&I/S, nas quais se incluem o PPSUS, preveem que haja o fortalecimento da atuação descentralizada do SUS também no setor de C&T. O conteúdo da CF-88 nesta área demandou a criação de estruturas e diretrizes para o fomento e a gestão das políticas de C,T&I/S, o que envolveu a instituição de conselhos de C,T&I/S, a responsabilização pelos editais do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS), o fortalecimento dos hospitais de ensino para o desenvolvimento de pesquisa em coerência com as necessidades regionais e o incentivo às parcerias público-privadas para a realização de pesquisa e desenvolvimento (P&D) em saúde (VIANA et al., 2011, p. 61).

As evidências de que o PPSUS assimilou o princípio da descentralização no aspecto decisório e executivo do programa foram obtidas no seu regimento formal, segundo o qual

“essa é uma iniciativa de descentralização do fomento à pesquisa em saúde que prioriza a gestão compartilhada de ações” (BRASIL, 2006a, p. 8) e nos relatos dos entrevistados que, indagados sobre o que distingue o PPSUS dos demais programas de fomento à C&T/S, conferiram ênfase aos aspectos relacionados à descentralização do programa:

Primeiro, a descentralização do processo decisório. A decisão sobre o que pesquisar é do estado. O MS auxilia na definição de prioridades. Uma descentralização de fato. (Gestor Federal da Saúde)

O PPSUS foi fundamental nesse aspecto, particularmente o fortalecimento dos sistemas de C&T nos estados, o PPSUS teve um papel fundamental. Muitos estados começaram a organizar suas FAP a partir da necessidade de ter essa estrutura para poder ter um programa PPSUS no seu estado. Teve um movimento na política federal de descentralização de recursos, que era uma política maior do que só o PPSUS, mas na área do fortalecimento das FAPs nos estados, teve esse papel fundamental do PPSUS. Hoje a gente tem FAP em quase todos os estados, acho que só tem um estado atualmente que não tem, se não me falhe a memória. (Gestor Federal de C&T)

Custava caro para os estados conduzir as oficinas descentralizadas; tem outras questões que os municípios não vivenciavam, talvez porque tenham recebido menos demandas do que eles em relação a isto; recebemos estas demandas próprias desse movimento de organização, da descentralização do ministério, da dependência do ministério para fazer. Também vários estados tinham suas fundações de pesquisa [...] Mas a gente tinha acordo em fazer esse movimento de descentralização, de tentar construir... (Gestor Estadual da Saúde)

Porque a minha perspectiva como representante do CONASEMS era sempre trazer o interesse do município em relação a esses movimentos de fomento e descentralização de recursos... então eu lembro que havia uma convergência muito grande com o DECIT com relação à necessidade de você ter essa interlocução com o nível local. (Gestor Municipal da Saúde)

O CNPq já tinha algumas outras parcerias, não necessariamente para a celebração de convênios e para a descentralização de recursos aos estados. A gente já tem uma tradição mais antiga com alguns outros ministérios de receber recursos para o lançamento de chamadas nacionais. Então, são temas de interesse dos ministérios que em parceria com o CNPq lançam a chamada nacional. Eu não vou saber te dizer 100% com certeza se essa foi a primeira parceria para a celebração de convênios com os estados, mas se tinha alguma coisa era algo muito pontual, não uma parceria cuja proposta atinge todos os estados, como foi o PPSUS. (Gestor Federal de C&T).

Porque a parceria institucional foi estabelecida, inicialmente entre os ministérios, MS e MCTI, que a gente considera aqui um acordo guarda-chuva ou um acordo de cooperação técnica. E abaixo deste acordo de cooperação técnica tem os termos de descentralização entre o CNPq e o MS. E aí é que a gente ajusta valores, responsabilidade das partes. (Gestor Federal de C&T)

A atuação do Estado brasileiro na montagem e manutenção de um Sistema Único de Saúde definiu que as políticas públicas setoriais tivessem um grau satisfatório de coordenação entre si, não apenas na esfera federal, mas, dadas as especificidades do federalismo brasileiro, também nos espaços de atuação dos estados e dos municípios (MACHADO, 2005; VIANA; MACHADO, 2009). A coordenação e a descentralização previstas para os estados e municípios embutiam, a um só tempo, uma atuação que visava assegurar a capilaridade necessária à

garantia da universalidade do sistema, sem entrar em rota de colisão com a horizontalidade e a autonomia que a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) prevê para as três esferas de poder governamental.

A combinação da coordenação, da descentralização, da horizontalidade e da autonomia previstas para os entes sub-nacionais na CF-88 confere singularidade ao arranjo federativo brasileiro no cenário mundial, já que praticamente inexistem federações com as mesmas características do modelo adotado no Brasil (ABRÚCIO, 2005) e a combinação destes fatores foi contemplada na estruturação do PPSUS. Os relatos obtidos ilustram os desafios postos para o contexto de compartilhamento decisório previsto para o PPSUS, ao informar sobre como foram construídos os mecanismos de descentralização de recursos e de responsabilidades, num contexto de respeito à autonomia dos três entes que compõem a federação:

Então o PPSUS é dispendioso, em termos de tempo, porque ele exige uma permanência no território. Não se faz o PPSUS sem esse contato direto com o estado, porque o estado é o autor dele, no sentido do processamento inteiro, o MS compõe o grupo. Mas a autonomia do estado e a forma como gerencia, tudo acontece lá. Não se faz uma reunião do grupo condutor em Brasília, ela só acontecia lá e são 27 estados. Porque quando você lançava a edição do PPSUS para 2015 / 16, nesta época, em novembro, você está pactuando com o conselho nacional dos secretários, você amanhece o ano negociando as prioridades de pesquisa com o estado, em paralelo, desenhando com o CNPq todo o modelo de edital, termos de cooperação, para assinar entre eles, compromissos, etc. Feito isso, você abre o edital, mas você vê que é simultâneo, não tem uma temporalidade, é junto, não que você abra os 27, mas abre doze, treze de uma vez. Uma vez aberto, meses depois você terá a análise desses editais, dois meses, três meses, dependendo da resposta de cada estado. Era um trabalho hercúleo. (Gestor Federal da Saúde)

Primeiro, a descentralização do processo decisório. A decisão sobre o que pesquisar é do estado. O MS auxilia na definição de prioridades. Uma descentralização de fato. Segundo: o compartilhamento da gestão entre a área de saúde e a área de CT. Terceiro: a aproximação com o CNPq. O MS usou a credibilidade do CNPq, que foi muito útil. Abriu portas para outras parcerias. Hoje as SES chamam o CNPq para outras parcerias com as FAPs. Nós dissemos para o CNPq que o estado iria definir quais os temas seriam pesquisados. (Gestor Federal da Saúde)

Tem duas questões que me chamam mais atenção: a primeira é a articulação entre os atores, tanto os atores federais, como os atores estaduais, e fazer a C&T nos estados conversarem, se articularem com as secretarias de saúde dos estados, isso é o pulo do gato do programa, é o principal diferencial do programa, é essa articulação entre o destinatário da pesquisa, que é o SUS no estado, representado pela secretaria de saúde e a FAP do estado, então, esse é o principal diferencial. Mas dentro disso tem o diferencial também de ter prioridades definidas pelo próprio estado, para o próprio estado, não é um programa que descentraliza o dinheiro para os estados e o governo federal diz o que é que tem que ser feito. Não, a gente junto com eles, a gente acompanha o processo, eu nem vou dizer que a gente faz junto com eles, a gente acompanha o processo, mas eles definem quais são as prioridades de pesquisa pra cada estado. (Gestor Federal de C&T)

Eu lembro que a gente tinha uma grande autonomia. Não me recordo de uma mão forte do PPSUS. Eu não me recordo nenhuma vez porque quando a gente sente a mão pesada do ministério, a gente sente. Quando o DENASUS, por exemplo, chega com as suas auditorias, quando o FNS, aí você sente a mão pesada do ministério. Então, o PPSUS eu nunca senti mão pesada não. (Gestor Estadual da Saúde)

A condução é tripartite, criamos um GT de ciência e tecnologia. Criamos um GT tripartite que pudesse estar acompanhando, de fazer esta discussão em conjunto, isso havia abertura, mas no limite do que é a atuação do MS. O MS tem autonomia para isto, porque, como tem os acordos com as entidades, como tem um problema mais amplo que envolve mais os outros órgãos, CNPq, fundação de pesquisa, enfim, tinha as limitações... mas a gente fazia tripartite... a gente se juntava. (Gestor Municipal da Saúde)

Entre as mudanças propostas na CF-88 destaca-se a implementação de um sistema universal de saúde no país, o SUS, regido pelos princípios da universalidade, da descentralização, com direção única em cada esfera de poder, e do controle social. De fato, tanto a CF-88 como as leis que lhe sucederam introduziram alterações radicais na forma de organização do setor, desencadeando mudanças estruturais e processuais no âmbito da administração pública, com o objetivo de tentar reorganizá-lo no sentido de oferecer respostas às demandas relativas às inovações político-institucionais propostas na nova legislação.

A iniciativa de criação do SUS no Brasil representou o início de um processo de mudança legal e institucional que, após ser desencadeado pela CF-88, envolveu a formulação de legislação e normatização complementares. Na sequência da CF-88 foram aprovados vários atos legais e normativos, entre os quais a Lei 8080/90, considerada a Lei Orgânica da Saúde, que regula o funcionamento do SUS no território nacional, definindo-o, em seu artigo 4º, como sendo o “conjunto das ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990a).

Dado que as políticas de saúde envolvem, pela natureza multifatorial das condições de saúde, ações de caráter interdisciplinar e multissetorial, houve, no processo de mudança legal, a preocupação em definir algumas das formas de coordenação entre os setores governamentais que têm relevância para a implementação das políticas de saúde, entre eles, o setor responsável pela implementação das políticas de C&T. O artigo 12 do Capítulo III da Lei 8080/90 (BRASIL, 1990a) dispõe que cabe ao CNS, mediante a atuação de suas comissões intersetoriais, articular as políticas e os programas identificados como de interesse para a saúde, cuja execução transcenda a atuação do SUS, especialmente nas atividades relativas às seguintes áreas: (i) alimentação e nutrição; (ii) saneamento e meio ambiente; (iii) vigilância sanitária e fármaco-epidemiologia; (iv) recursos humanos; (v) C&T; e, (vi) saúde do trabalhador. Ao ter atribuições decisórias sobre políticas e programas de C&T, a atuação do CNS pôde ser percebida ao longo da investigação em vários momentos importantes para a definição e atuação do PPSUS, conforme registram os depoimentos:

A gente tinha com a CONEP, com o Conselho Nacional de Saúde uma relação boa no sentido que a gente conseguiu estabelecer uma formalidade de acordos, isso nós vamos juntos, isso nós vamos fazer desse jeito. O sistema do PPSUS que segue, surge depois, o próprio sistema de pesquisa que surge na internet, que é aberto ele surge em função da gente querer, foi uma iniciativa nossa que a gente queria deixar claro para o controle social o quê que a gente estava fazendo, com quem, para quem e aonde. Isso foi muito importante. (Gestor Federal da Saúde)

O Conselho [Nacional de Saúde] foi importante nas Conferências Nacionais de Saúde. Na aprovação do documento da Conferência. Dois pontos políticos foram importantes na relação entre o DECIT e o Conselho [Nacional de Saúde] nesse período. Um deles era que a maioria do Conselho [Nacional de Saúde] também era contra a questão da agência de fomento à pesquisa em saúde. (Gestor Federal da Saúde)

A articulação entre as políticas do setor saúde e as políticas de C&T volta a ser objeto dos legisladores no corpo da Lei 8080/90, no Capítulo VIII, que trata da assistência terapêutica e da incorporação de tecnologia em saúde, e no seu artigo 46, que disciplina as disposições finais e transitórias, prevendo que cabe ao SUS atuar em duas grandes frentes. Numa dessas frentes, a Lei 8080/90 estabelece que é atribuição do SUS incentivar o setor privado a realizar investimentos em ciência e tecnologia. Na outra frente, a Lei prevê que cabe ao sistema estimular a transferência da tecnologia produzida nas universidades e centros de pesquisa para os serviços de saúde localizados nos Estados, Distrito Federal e Municípios e para as empresas nacionais (BRASIL, 1990a).

O potencial de provocar mudanças na área de C,T&I/S contido no enunciado normativo da CF-88 deve-se tanto à responsabilização que passou a ser explicitamente conferida ao Estado brasileiro na promoção e incentivo às ações de C&T, quanto ao papel que foi previsto na CF-88 para o SUS, de incrementar as ações de C&T/S. Os constituintes de 1988 não apenas inovaram ao legislar sobre o papel do Estado no desenvolvimento científico, na pesquisa e na capacitação tecnológica, como também ampliaram a atuação do SUS ao lhe atribuírem responsabilidades específicas em C,T&I/S.

A concepção abrangente e universal do sistema proposto pelos constituintes em 1988 demandava, além de uma produção científica e tecnológica capaz de atender à expansão das ações previstas para a sua construção, um modelo de integração de políticas sociais e econômicas superior ao que era praticado até a década de 1980 (MACHADO, 2005; QUENTAL, 2008; GADELHA et al., 2013). Durante as entrevistas, a demanda pela integração das políticas de saúde e de ciência e tecnologia foi expressa nos seguintes termos:

Há uma revolução num ritmo insano na área de saúde. É uma das cadeias produtivas, é um dos mercados mais poderosos do mundo. Se eu não me engano uma das cinco maiores cadeias produtivas em termos de faturamento. E uma cadeia em expansão porque o petróleo vai acabar um dia, uma fonte não renovável, mineração vai ser uma coisa dos séculos passados daqui a um tempo. Saúde não... é uma coisa crescente, então tem o perfil de expansão de horizontes. E diariamente são desco-

bertas novas drogas, novas terapêuticas, novos equipamentos, novas condutas, sempre mais caras, densas em conhecimento tecnológico, eles implicam investimentos vultuosos em pesquisa e desenvolvimento. E aí, não é à toa que o setor de farmoquímica e medicamentos é um dos grandes itens de desequilíbrio da balança comercial brasileira. Então, se impõe estratégia de inovação, capacitação do nosso sistema pra produzir esses medicamentos de alto valor agregado e de alto conteúdo tecnológico. Então, o Brasil precisa entrar na era da biotecnologia e está fazendo... (Gestor Estadual da Saúde)

Nós precisamos avançar no Brasil para a ciência três setores: a gente precisa se aproximar mais do setor produtivo. Isso pode refletir no SUS, mas estou falando de um aspecto mais abrangente; o setor científico precisa se aproximar mais do setor produtivo e a gente acabar fazendo trabalhos que possam agregar produtos e valores para a economia brasileira, estou falando de uma área científica estratégica. A outra área é que a gente precisa se internacionalizar mais. Dentro do aspecto do crescimento científico estas duas áreas são muito importantes; e existe um terceiro caminho que se aproxima da área científica que na área de políticas públicas. Então tem três áreas. E o PPSUS talvez seja um dos exemplos, um dos exemplos de você ter política ou ter editais, o que a gente chama de editais induzidos ou chamadas estratégicas ou editais estratégicos. (Gestor Estadual de C&T)

De acordo com Machado (2005), o período que sucedeu à promulgação da CF-88 já oferecia indícios de que os desafios presentes na condução da Política Nacional de Saúde exigiriam a ampliação da articulação entre os diferentes campos de atuação do Estado na saúde, destacando a relevância dessa articulação no campo dos insumos, da tecnologia e do fomento à produção nacional. À medida que o SUS iniciou seu processo de expansão, consolidavam-se as percepções acerca da relevância das decisões adotadas no âmbito do setor de C&T para a sua implementação, o que contribuiria para que as ideias relativas à necessidade de uma política específica para C&T/S ganhassem adeptos nos debates setoriais desde os primeiros anos da década de 1990, conforme registro obtido em documentos da 1ª CNCTS, realizada em 1994:

Uma Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde (PNCTS) implicará, forçosamente, em uma interação estreita entre o Sistema de C&T e o Sistema Único de Saúde. Esta Política deve ser encarada na realidade como um dos componentes de uma Política Nacional de Saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE, 1994b, p. 29)

A relevância de uma política específica de C&T/S para o SUS ganhou adesões importantes, que se fundamentavam nas evidências das expressivas dependências do SUS para a disponibilização de insumos e de novas tecnologias para o sistema, muitos deles importados e de alto custo (GADELHA; QUENTAL; FIALHO, 2003; MOTA; CASSIOLATO; GADELHA et al., 2011; GADELHA et al., 2013). Essas evidências informavam não apenas sobre os fatores que estavam na origem dos crescentes *deficits* na balança comercial brasileira e na vulnerabilidade do país frente aos produtores estrangeiros de insumos e equipamentos, mas indicavam também a existência de tendências de um crescimento duradouro desses *deficits* já na fase inicial de implementação do SUS (GADELHA et al., 2011).

Já na década de 1990, a dependência de fatores externos para o cumprimento das responsabilidades constitucionais previstas para o SUS era avaliada como um elemento estratégico para a implementação do SUS, decorrente dos insuficientes investimentos em C,T&I e da baixa expansão da indústria nacional no setor saúde no período (GADELHA, 2003), o que era considerado como risco para o desenvolvimento e a consolidação do sistema de saúde no curto, médio e longo prazo (GADELHA; QUENTAL; FIALHO, 2003). Essa percepção é compartilhada pelos entrevistados, conforme os relatos abaixo transcritos:

Os gestores da saúde eles têm que em algum momento parar para refletir um pouco sobre a importância da C&T para o sistema de saúde. Se nós olharmos para os números que o Brasil apresenta, principalmente na produção de equipamentos, medicamentos, a dependência que o Brasil tem com a área, da área internacional e o tamanho do déficit que isso vem causando ao país em termos de relações internacionais e Brasil, nós temos um déficit violento, economicamente falando, nós estamos praticamente na dependência das empresas internacionais para poder evoluir. E isso é muito grave. Você não pode ter um país como a sétima economia do mundo, o nosso déficit na balança dessa área é de 10 milhões. É muito dinheiro. O que mostra que nós estamos bastante atrasados nesse processo. Hemoderivados, estamos dependendo tudo de fora, se tiver uma crise no estrangeiro, uma guerra, de produção de medicamentos, insumos e tal, tudo depende do estrangeiro, e aí eu fico preocupado, isso é de alta relevância, essa C&T é de alta relevância para o desenvolvimento do SUS. (Gestor Estadual da Saúde).

O Brasil ainda não se deu conta, o Estado Brasileiro, da dimensão da ciência e tecnologia para a saúde. Nós praticamente perdemos a janela de oportunidades que o século XX construiu na ciência e tecnologia, o Brasil perdeu esta oportunidade. O Japão conseguiu avançar, a Europa, logicamente tinha um acúmulo importante do século XIX, toda a revolução científica aconteceu na Europa no século XIX; o pós-guerra na reconstrução da Europa, a tecnologia produzida no trans-guerra, tudo isso foi assimilado de forma muito forte no Estado Europeu; os Estados Unidos nem se fala porque foram o grande motor da revolução do século XX, a Rússia também avançou... a Ásia foi também; o Japão, a China, Singapura, a Coreia, ou seja, nós na área de ciência e tecnologia avançamos muito? Avançamos, mas não avançamos o suficiente para esse enfrentamento que é a tecnologia no século XXI. Por isso é que nós somos totalmente dependentes e ainda ficamos meio prisioneiros de uma visão pequena, miúda de que parte do conhecimento ele tem que ser produzido ensimesmado dentro dele... o Brasil ainda não conseguiu ter essa dimensão mais ampla, de que o Estado Brasileiro por ser um Estado de sistema universal ele é o maior consumidor; nós estamos muito atrasados do ponto de vista daquilo que pode representar um investimento do país. Enquanto a gente não faz isso, tem um vácuo enorme... para a judicialização, abre vácuo para todas as moléculas que estão sendo inventadas lá fora, nós estamos entrando num espiral de desenvolvimento tecnológico-científico que todo dia uma molécula faz a diferença. (Gestor Municipal da Saúde)

Nesse contexto pós CF-88, os movimentos governamentais realizados na década de 1990 foram considerados importantes (MACHADO, 2005) para buscar assegurar maior presença do Estado na definição das políticas de C,T&I/S, cuja finalidade seria a de contribuir para assegurar a expansão e a sustentabilidade do SUS, tal como previsto na Constituição Federal. Nessa mesma linha de análise, Guimarães (2002) avalia que a CF-88 provocou a realização de movimentos governamentais importantes para que as ações de promoção e de incentivo ao desenvolvimento científico e tecnológico no país fossem organizadas mediante a im-

plementação de políticas públicas, que passassem a nortear a gestão e demarcassem a atuação gestora nessa área. Esses movimentos resultaram não apenas na criação de órgãos estaduais e municipais de fomento ao desenvolvimento científico e tecnológico e a estruturação de sistemas estaduais de C&T (LONGO; DERENUSSON, 2009), mas também alteraram a estrutura governamental na área de saúde (MACHADO, 2005) e redefiniram a forma de relacionamento entre as organizações do setor saúde e de C&T tanto na esfera federal quanto entre a esfera federal e as esferas estaduais e municipais⁸.

Outro aspecto importante, que se somou às preocupações relativas à sustentabilidade do SUS, envolveu as condições de oferta de profissionais especializados na área de C&T/S. Análises governamentais (BRASIL, 2006c; GUIMARÃES, R. 2011) e não governamentais (CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE, 1994a) relativas ao período pós CF-88 indicam que a concentração de doutores e mestres, assim como de sistemas de pós-graduação e de institutos de pesquisa nas Regiões Sul e Sudeste do país acarretaria a manutenção da concentração dos investimentos em pesquisa e saúde para essas regiões, o que viria a contribuir para acentuar as iniquidades no setor saúde que já caracterizavam o país e que colidiam com os princípios estruturantes do SUS (BRASIL, 1990a). A atuação do PPSUS nessa frente consistiria na provisão de recursos para bolsistas de pós-graduação, doutorandos e mestrados, particularmente nas regiões menos providas por estes profissionais⁹:

[O PPSUS] *Cumpra o papel de formar muitos mestres e doutores, apoiando a formação de grupos de pesquisa em todo o país, no Amapá, em Roraima, no Nordeste... o que dificilmente ocorreria se houvessem apenas os editais nacionais. Fortalece as FAPs estaduais, favorece que as SES deem atenção às questões de CT na sua estrutura.* (Gestor Federal da Saúde)

Em síntese, a CF-88, ao propor um sistema de saúde fundamentado nos princípios da universalidade e da equidade, não apenas promoveu as condições de ruptura com o modelo assistencial vigente na saúde até a década de 1980, mas contribuiu para que fossem evidenciadas carências relacionadas à forte dependência de insumos e de tecnologia por parte dos setores produtivos nacionais e à concentração dos investimentos em pesquisa e saúde nas regiões mais desenvolvidas do país. Esta situação de carência e de concentração de insumos ganhou visibilidade na agenda governamental como um tema a ser considerado na construção do SUS, cujo enfrentamento demandaria mudanças de caráter intersetorial e cuja condução e

⁸ Estas alterações na estrutura governamental da área de saúde serão tratadas adiante, no item que versará sobre a criação do DECI e sobre a criação da SCTIE.

⁹ Os efeitos da atuação do PPSUS na formação de mestres e doutores foram analisados na presente investigação e apresentados na terceira parte deste capítulo.

coordenação deveriam envolver, igualmente, esforços das áreas governamentais de saúde e de ciência e tecnologia. O PPSUS pode ser visto como um entre estes esforços, que resultam de articulações construídas entre as organizações do setor saúde e de C&T necessárias à implementação do SUS, sintetizado por um dos entrevistados nos seguintes termos:

O mais marcante [no contexto da formulação do PPSUS] foi a massiva injeção de recursos no PPSUS, a articulação com o CNPq e a realização da IIª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde. Durante a gestão do Secretário Executivo Gastão Wagner, o Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde solicitou mais recursos para o programa e estes foram quase decuplicados. O PPSUS foi o casamento da política de saúde com a política de ciência e tecnologia. (Gestor Federal da Saúde)

Cabe agregar, enfim, que o esforço de integrar a política de C&T com a política de saúde num contexto de grande demanda por conhecimento, diferencia o PPSUS de outros programas de fomento às ações de C&T, na prática, pela especificidade de procurar integrar a perspectiva acadêmica e a gestora, assim descrita por um dos entrevistados:

O PPSUS busca produzir conhecimento através das modalidades tradicionais de incentivo, de editais, mas um conhecimento já fincado na prática. Então, é uma iniciativa extremamente importante para ampliar a capacidade, produzir equidade em termos de produção científica, ampliar a capacidade, através desses incentivos, mas mais do que isso, promover, em algum nível, a integração entre a perspectiva teórica, acadêmica, conceitual e a perspectiva pragmática, relacionada com os níveis de gestão, especialmente o nível local de sistemas e serviços. Aí é que reside o sucesso do PPSUS, ele se retroalimenta exatamente do binômio utilidade / necessidade. Então, quando você dá visibilidade à utilidade do conhecimento, você cria ao mesmo tempo uma necessidade, e isso retroalimenta a demanda por novo conhecimento aplicável. Ele não foi criado para ser estruturante, ele foi criado exatamente pra fazer o papel de conexão. Para pesquisas estruturantes nós temos várias outras linhas, iniciativas etc. Tanto que os projetos PPSUS em geral são de pequena monta, são projetos que estão em limites, muito mais focados nessa possibilidade do uso, ao mesmo tempo produção e uso do conhecimento. (Gestor Municipal da Saúde)

4.1.2 A realização da Iª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde - a Iª CNCTS: o SUS no centro das ações de C&T/S

A Lei Orgânica da Saúde nº 8142/90 estabelece que o SUS tem como um de seus pilares o controle social, cuja efetivação ocorre mediante a representação e a participação organizada da população nos conselhos e conferências de saúde (BRASIL, 1990b). Essa modalidade de participação da população nas decisões governamentais ganhou grande impulso a partir do movimento de Reforma Sanitária e da realização da VIIIª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, expandindo-se e consolidando-se na década de 1990. Desde então, a participação social na gestão da saúde tem se viabilizado mediante a implementação e o funcionamento, em caráter permanente, dos Conselhos de Saúde, presentes na esfera federal, estadual e municipal, e a realização das Conferências de Saúde, que têm ocorrência periódica, ambos previstos na Lei

nº 8142/90¹⁰ (BRASIL, 1990b). Mesmo que as Conferências de Saúde existam no cenário setorial desde 1941, quando o governo de Getúlio Vargas organizou a Iª Conferência Nacional de Saúde e Educação (IPEA, 2010), após 1986 estas conferências setoriais mantiveram o modelo de mobilização iniciado após a deflagração do movimento de Reforma Sanitária e por ocasião da realização da VIIIª Conferência Nacional de Saúde. Desde então, as Conferências de Saúde passaram a se constituir como eventos que contemplam a representação direta da população mediante o envolvimento e a participação de vários segmentos da sociedade civil organizada. A valorização aos aspectos democráticos e participativos desta trajetória setorial está presente no formato assumido pelo PPSUS, conforme reconhece um dos entrevistados:

Recentemente eu cheguei a ver até um relatório do PPSUS, das pesquisas e foi uma boa surpresa inclusive do quanto que ele se aproximou das demandas reais levantadas, quer dizer, o processo de ter uma leitura do sistema de saúde, do que é necessário, de tentar construir um rol de necessidade para que oriente pesquisas e que a gente tenha indução dessas pesquisas por mecanismo de financiamento, por mecanismo de articulação com a academia é uma questão detectada desde a Oitava Conferência, da necessidade de aproximação da academia, do mundo da pesquisa da questão do SUS. Então, a gente poder apontar essa questão da necessidade, poder de alguma maneira ajudar a induzir, contribuir para que atenda essa necessidade é básico, é uma questão importantíssima. (Gestor Municipal da Saúde)

De fato, após a realização da VIIIª Conferência Nacional de Saúde, que teve marcante influência do contexto de luta pela redemocratização do país e das discussões preparatórias para a CF-88, as Conferências de Saúde adotaram um modelo organizativo que as concebe como amplos espaços de discussão e de deliberação sobre os temas identificados como de maior relevância para o funcionamento do sistema de saúde. As Conferências de Saúde têm procurado se firmar como fóruns de debate e de proposição sobre os aspectos relativos ao contexto político e institucional de implementação do SUS, com o objetivo de que suas deliberações sejam capazes de influenciar e as decisões e as escolhas adotadas pelos gestores governamentais do setor saúde nas três esferas de poder. Além dos representantes governamentais, participam das Conferências de Saúde representantes de associações de usuários do SUS, representantes do segmento de prestadores de serviço ao SUS e representantes do segmento dos profissionais de saúde, numa proporção de 50% dos usuários e 50% dos demais segmentos.

As Conferências Nacionais de Saúde são organizadas por etapas, ocorrendo primeiro a etapa municipal, na qual cada município deve realizar sua conferência, seguida pela etapa estadual e, por fim, pela etapa nacional. As conferências nacionais, de caráter geral, dão ori-

¹⁰ Entre 1990 e o momento de implementação do PPSUS foram realizadas três Conferências Nacionais de Saúde: em 1992 (IXª CNS), em 1996 (Xª CNS) e em 2000 (11ª CNS).

gem às conferências temáticas, assim denominadas por discutirem temas específicos para a organização do SUS, como saúde mental, saúde bucal, saúde da mulher, saúde indígena e ciência e tecnologia. O setor de ciência e tecnologia em saúde foi objeto de duas conferências nacionais nesse período, sendo a primeira conferência, a Iª CNCTS, realizada entre 24 e 28 de outubro de 1994, organizada pela Coordenação Geral de Desenvolvimento Científico e Tecnológico do MS (CGDCT), que era responsável pela condução das ações de C&T/S na estrutura organizacional do MS. Àquela época, a CGDCT situava-se, sob o aspecto organizacional da estrutura do MS, na Secretaria Executiva (OLIVEIRA, 2008; BORTOLLI; MORAIS; MOTTA, 2011).

A relevância da Iª CNCTS foi contextualizada pelos entrevistados desta investigação, para quem a importância da conferência na organização das atividades de pesquisa em saúde no país não consiste em considerá-la como um marco zero no setor, já que existia no país uma tradição de atividades de pesquisa em saúde na área, cujo início remonta às primeiras décadas do século XX. Apesar de a tradição das atividades de pesquisa em saúde no país ser anterior à sua realização, a relevância da Iª CNCTS no processo de construção do SUS deve-se ao fato de que esse evento delimitou um momento de mudança importante no setor saúde, no qual se conjugaram os esforços para a construção de uma Política Nacional de Ciência & Tecnologia vinculada às necessidades do sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2002). O relato de um dos entrevistados resgata e sintetiza esta historicidade:

Na verdade quando eu mencionei 1994, a primeira Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde como uma espécie de marco zero, isso não é inteiramente verdadeiro. Claro que mesmo que não existisse uma política formalizada de ciência, tecnologia e inovação em saúde antes disso, já existiam práticas de pesquisa em saúde há muito tempo no Brasil. (Gestor Federal da Saúde)

Muitas das decisões aprovadas pelos participantes da Iª CNCTS puderam ser, posteriormente, identificadas no conteúdo proposto pela PNCTIS e se voltavam para o processo de sua condução, tendo também a intenção de influenciar mudanças estruturais nos órgãos gestores da saúde e no seu *modus operandi* (CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE, 1994a; 1994b; GUIMARÃES, R., 2004; BRASIL, 2002b; 2008b).

O fato novo, evidenciado após a realização da Iª CNCTS não se deve à presença das atividades de pesquisa em saúde, que já compunham o cenário acadêmico nacional nas primeiras décadas do século XX (GUIMARÃES, 2002; 2004). O que passa a ser considerado como elemento de mudança, no contexto das ações de C,T&S, na década de 1990, é a colocação do SUS no centro da Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde (PNCTS),

sendo esta a perspectiva inaugurada a partir da Iª CNCTS, conforme relato obtido nesta entrevista:

Foi a partir de 1994 que se cristalizou na construção e na gestão de uma política em ação, uma ampliação muito grande do escopo daquilo que se chamaria de uma Política de Ciência e Tecnologia, e depois de uma Política de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde vinculada ao SUS. A novidade não é tanto a originalidade das atividades de pesquisa, que são muito mais antigas, mas sim, é colocar o SUS no centro da Política de Pesquisa em Saúde no Brasil, da Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. E essa perspectiva, ela foi, essa sim, inaugurada em 1994. (Gestor Federal da Saúde)

No Relatório Final da Iª CNCTS foram aprovadas propostas voltadas para mudanças expressivas no regramento que orientava o sistema de C&T/S, entre as quais constam regras que previam a descentralização do modelo das ações de fomento de C&T/S, cujas influências podem ser percebidas em algumas das decisões que foram assumidas pelo MS no decorrer da década de 1990 e no início da década de 2000, o que inclui as influências sobre o desenho programático e a formulação do PPSUS. Entre as propostas assumidas pelo plenário da Iª CNCTS que terão repercussões sobre a organização e a implementação do PPSUS, podem ser destacadas as seguintes (CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE, 1994b):

- Expansão das FAPs e do financiamento das atividades de C&T nos estados, com novas fontes de recursos, oriundos de receitas tributárias, com percentuais assegurados mediante a aprovação de normas constitucionais estaduais;
- Utilização do poder de indução do MS como instrumento de fomento, identificando novos parceiros e colaboradores para o campo da C&T/S, com o objetivo de superar a baixa articulação no financiamento e no desenvolvimento de pesquisas;
- Articulação do MS com as agências de financiamento especializadas (CNPq, Financiadora de Estudos e Projetos - FINEP, FAPs, BNDES), dado o reconhecimento das competências e a experiência destas agências para a implementação das atividades específicas.

Além dessas orientações, o plenário da Iª CNCTS posicionou-se contrário à instituição de novos organismos governamentais, propondo que apenas fossem reformulados os existentes, com base no argumento de que “... estabelecendo mecanismos de coordenação e articulação institucionais, pode-se constituir uma PNCTIS capaz de dinamizar a produção de conhecimentos técnico-científicos e sua utilização pelo Sistema Único de Saúde...” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE, 1994b, p. 99). Este posicionamento contrário à criação de novas estruturas ou agências para viabilizar as ações de fo-

mento à C&T/S voltou a ser assumido na IIª CNCTIS. Como será tratado adiante, a defesa da criação de uma agência de fomento para as ações de C&T/S foi um dos pontos de conflito identificado nas relações entre as organizações envolvidas na implementação do PPSUS. O fato é que, desde a década de 1990 a proposta de criação de uma agência de fomento tinha defensores no âmbito do MS, cuja linha de argumentação foi explicada por um dos entrevistados como se segue:

Isso existe até hoje [a cooperação entre MS e CNPq], agora dada a importância da pesquisa em saúde no Brasil, a tradição, a massa crítica que existe, seria importante que nós pudéssemos ter uma entidade, um organismo, uma agência, como uma agência de fomento, específica para a saúde, como existe em muitos países como nos Estados Unidos, na Grã-Bretanha, na França, na Austrália, na Nova Zelândia... a importância da pesquisa em saúde gerou a necessidade de uma agência, de um órgão que fosse especializado. No Canadá tem uma também muito importante. Então essa ideia foi derrotada na segunda Conferência de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde em 2004. (Gestor Federal da Saúde)

Ainda durante a Iª CNCTS, foi apreciado um texto-base para a PNCTIS, que contrariava a defesa feita pelo MS e contemplava uma matriz institucional para as ações de C&T/S, na qual se destacavam: (i) criação de uma Secretaria de Ciência e Tecnologia no âmbito do MS; (ii) a atribuição do papel coordenador da política nacional de C&T/S ao MS; (iii) o compartilhamento da gestão da política de ciência e tecnologia entre o MS e os demais ministérios e agências, cujas atribuições fossem consideradas relevantes para a condução da política (CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE, 1994b). Estas proposições e suas vinculações com a Iª CNCTS foram resgatadas durante a investigação nos relatos obtidos junto aos entrevistados, ao contextualizarem os eventos e movimentos importantes para a formulação e implementação do PPSUS:

A primeira Conferência, no seu documento final propôs a criação de uma Secretaria de Ciência e Tecnologia, no Ministério, de um organismo em nível de secretaria. Eu não me recordo se já existia a proposta da criação de um ente, de uma organização específica para o fomento da pesquisa em saúde. (Gestor Federal da Saúde).

Quer dizer, toda a experiência de gestão, de condução, de formulação, de avaliação da Política de Ciência e Tecnologia e Inovação, de maneira geral, tudo isso pôde ser absorvido, particularmente a partir de 2003, ou antes disso, desde a primeira Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, em 1994, tudo isso foi absorvido, essa experiência foi absorvida pelas pessoas do campo da saúde que passaram a se interessar para a formulação de uma política específica de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde. Essa é a importância. (Gestor Federal da Saúde)

As análises realizadas por Morel (2004) e R. Guimarães (2004) e a investigação conduzida por Conde (2004) destacaram a relevância das resoluções da Iª CNCTS para o fomento às ações de C,T&I/S. Morel (2004, p. 264) avaliou que a Iª CNCTS trouxe, em seu bojo a “proposição de um novo paradigma de ação e de um novo projeto nacional para a pesquisa em saúde” ao concretizar o que havia sido estabelecido na CF-88, cujas profundas modificações

no sistema de saúde foram baseadas nas propostas aprovadas no plenário da VIIIª Conferência Nacional de Saúde. As preocupações com a dependência do setor saúde aos produtos e insumos de produção estrangeira e a situação de iniquidade nos investimentos destinados às regiões do país estiveram presentes nos debates realizados ao longo da Iª CNCTS (CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE, 1994a), que foi a primeira conferência para o setor realizada após a VIIIª Conferência Nacional de Saúde. Assim, os debates e as deliberações realizados durante a Iª CNCTS têm sido considerados cruciais para a consolidação do posicionamento de que o SUS deveria ocupar a posição de centralidade no contexto de implementação da PNCTS.

As consequências da influência exercida pelas deliberações aprovadas pelos participantes da Iª CNCTS podem ser identificadas nas decisões que resultaram na criação do DE-CIT em 2000, na criação da SCTIE, em 2003 e na formalização do Fundo Setorial de Saúde e do Termo de Cooperação e Assistência Técnica (TCAT), estabelecido entre o MS e MCTI, em 2004. Estas mudanças na estrutura organizacional do MS e na forma como as organizações do setor saúde passaram a se relacionar com as organizações do setor de C&T foram decisivas tanto para a viabilização da PNCTIS quanto para a expansão de iniciativas que imprimiram materialidade à aproximação entre as organizações do setor saúde e do setor de C&T. A aproximação entre as áreas responsáveis pela gestão da saúde e de C&T conferiram consistência a um movimento de coordenação interorganizacional que viria a se consolidar na década seguinte, contribuindo para viabilizar a implementação do PPSUS no período 2003-2010.

Ao analisar os desdobramentos da Iª CNCTS, R. Guimarães (2004) a considerou como um dos componentes não apenas da Política Nacional de Saúde (PNS), mas também da Política de Ciência e Tecnologia, dado que a sua plenária final aprovou uma “proposta explícita e abrangente” (GUIMARÃES, R. 2004, p. 378) do que seria uma PNCTIS. R. Guimarães (2004) avalia, no entanto, que o fato de ter sido realizada num governo de curta duração contribuiu para as dificuldades de implementação para a maioria das resoluções da Iª CNCTS, o que confirma a leitura feita por Machado (2005) acerca da limitada influência sobre os rumos da política de saúde que caracterizou as conferências nacionais realizadas ao longo da década de 1990. Apesar dessas limitações, R. Guimarães (2004) registrou a relevância do fato da Iª CNCTS ter sido realizada, particularmente pelo acervo de ideias que foram apresentadas antes, durante e após evento e que influenciaram várias das decisões adotadas pelos gestores do SUS, ao longo das décadas seguintes.

Em síntese, para o desenvolvimento da análise proposta, o papel exercido pela Iª CNCTS na construção da institucionalidade das ações de C&T/S e, em consequência, do PPSUS pode ser evidenciado, entre outras razões, por propor estratégias que demarcaram a contribuição das ações de C&T/S para a implementação do SUS e por afirmar a necessidade de realização de mudanças no papel e nas responsabilidades assumidas pelas instâncias gestoras da saúde na condução da política de ciência e tecnologia em saúde.

4.1.3 A criação do Departamento de Ciência e Tecnologia - o DECIT: um espaço na estrutura organizacional do MS para a gestão das ações de C&T/S

Do mesmo modo que redefiniu as modalidades de participação social no funcionamento do SUS, com impactos sobre o modelo adotado para a realização das conferências de saúde e para o funcionamento dos conselhos de saúde, a CF-88 provocou a necessidade de realização de mudanças nas estruturas gestoras do setor saúde da administração pública brasileira.

O período compreendido entre o início da década de 1990 e o final da gestão do presidente Fernando Henrique Cardoso, em 2002, foi marcado por mudanças na estrutura e nas responsabilidades assumidas pelo MS, na esfera federal, e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, na esfera estadual e municipal. Essas mudanças organizacionais fizeram parte dos esforços governamentais para adequar as organizações do poder executivo às novas responsabilidades legais, previstas na legislação e na normatização subsequente à CF-88, entre as quais merecem ser destacadas as Leis Orgânicas da Saúde 8080/90 e 8142/90 e as Normas Operacionais do SUS (MACHADO, 2005).

Entre as mudanças ocorridas na estrutura do MS, interessa ressaltar, para efeito dessa análise, a estruturação do DECIT, cuja criação havia sido proposta pelos participantes da Iª CNCTS, conforme registrado nos documentos consultados e complementado pelo relato feito por um dos entrevistados:

O tema saúde não estava inserido na agenda nacional, na agenda do MCT, como uma agenda estratégica, prioritária para o desenvolvimento, para desenvolver pesquisa e trabalhar na busca do preenchimento das lacunas existentes, no campo da pesquisa, que poderiam contribuir com a superação de problemas de saúde e problemas de gestão. A tônica era isso... existia um 'buraco' neste lugar e existia uma encomenda, já de alguns anos, da primeira conferência nacional de ciência, tecnologia e inovação, que apontava para a necessidade de existir, dentro da estrutura do Ministério da Saúde, uma diretoria que cuidasse tão somente desse campo, para poder buscar a aproximação entre a necessidade do sistema e a produção acadêmica. (Gestor Federal da Saúde)

Peters (2013) registra que, ainda na década de 1990, foi constituído um grupo de trabalho ministerial cuja finalidade consistiria em propor formas de implementação da PNCTS,

cujas proposições resultaram na criação do DECIT. Até a criação do DECIT, a responsabilidade pela condução das ações de C&T no âmbito do MS situava-se na Secretaria Executiva do MS, mais precisamente na CGDCT (OLIVEIRA, 2008). Entre outras atribuições, a CGDCT coordenou a realização da Iª CNCTS, momento em que foi proposta a criação de um departamento de C&T/S. A criação do DECIT foi formalizada mediante a publicação do Decreto nº 3496, de 01 de junho de 2000 (BRASIL, 2010a), sendo depois alterado por intermédio a publicação do Decreto nº 4194, de 11 de abril de 2002.

As atribuições do DECIT estão descritas no artigo 21 do Anexo 1 do Decreto nº 4194/2002 (BRASIL, 2002) como: (i) participar do processo de formulação da política de C&T/S e promover a sua implementação; (ii) definir as normas e as estratégias para a avaliação e a incorporação de tecnologias em saúde; (iii) promover, em articulação com as instituições de ciência e tecnologia e as agências de fomento, a realização de pesquisas estratégicas em saúde; (iv) elaborar e divulgar diretrizes de pesquisa e de desenvolvimento tecnológico, relacionadas com impactos causados por fatores ambientais sobre a saúde; (v) promover a difusão de conhecimentos científicos e tecnológicos em saúde, com vistas à sua adoção por instituições e serviços de saúde; (vi) definir as estratégias de atuação do MS no campo da biossegurança, em articulação com os órgãos afins; (vii) implantar mecanismos de cooperação para o desenvolvimento de instituições de ciência e tecnologia que atuam na área da saúde; (viii) promover a articulação intersetorial no âmbito do Sistema Nacional de Ciência e Tecnologia; (ix) coordenar as atividades da Secretaria-Executiva da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, instituída no âmbito do CNS; e (x) desenvolver os mecanismos de controle e avaliação da incorporação de tecnologias.

Em 2000 o MS contava com uma estrutura enxuta, composta por três secretarias finalísticas, além da Secretaria Executiva (BRASIL, 2010a): a Secretaria de Assistência à Saúde, a Secretaria de Políticas de Saúde e a Secretaria de Gestão de Investimento em Saúde, conforme organograma apresentado no Anexo 5 deste documento. A estrutura ministerial adotada em 2000 voltará a ser alterada com a mudança na gestão presidencial, iniciada em 2003, ocasião em que o MS passará a ter cinco secretarias finalísticas, entre as quais, a SCTIE, ampliando o espaço organizacional dedicado às ações de C&T/S no MS. Esta mudança estrutural ocorrerá no mesmo momento em que o PPSUS será proposto como um programa de fomento descentralizado, já assumindo as características de seu formato atual. Entre 2000 e 2003 o DECIT e o embrião do que viria a ser o PPSUS surgem no cenário político-institucional, ainda de forma tímida, mas na mesma perspectiva que os caracterizaria a partir de 2003:

O braço do PPSUS de fomento à pesquisa era muito pequeno. Basicamente se restringia ao recurso financeiro para um equipamento, para instalar esse núcleo de ciência e tecnologia e pensar um pouco como esse programa funcionaria. O departamento nasce em 2000, a SCTIE em 2003. O departamento antecede a secretaria, mas ele ainda não tinha uma função de fomento... tinha na sua matriz de fazer o que seria o desenho desse departamento, naquela coisa de implantação do planejamento, junto com a UNESCO. (Gestor Federal da Saúde)

O PPSUS ele pôde se oportunizar da curta experiência desse fomento menor, nesses nove estados norte e nordeste para experimentar um pouco, ainda que com meios inadequados. Mas desse tempo ele construiu todo esse processo. (Gestor Federal da Saúde)

Entre 2000 e 2002 o DECIT manteve uma agenda institucional que concentrou sua atuação em quatro blocos de encaminhamentos (BRASIL, 2010a):

1. Elaboração e implantação do Projeto de Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia em Saúde. Este projeto previa a descentralização do fomento, tinha caráter piloto e abrangeu dez unidades da federação;
2. Provisão de apoio financeiro para 36 comitês de ética em pesquisa;
3. Instituição de grupos de trabalho responsáveis pela elaboração da “Proposta de metodologia para elaboração da agenda de prioridades de P&D tecnológico em saúde” e de proposta para a PNCTIS;
4. Apoio à capacitação nas áreas de gestão tecnológica em saúde, ética em pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde.

Assim, a criação do DECIT tanto se constitui como um indicativo da mudança na forma como o MS vinha conduzindo os temas da área de C&T/S quanto pode ser considerada decorrente da influência exercida pelas decisões e debates ocorridos durante a realização da Iª CNCTS.

A inserção de uma área cuja atenção estava especificamente voltada para as ações de C,T&I/S na estrutura do MS passou a ser considerada pelas demais organizações participantes das atividades de pesquisa em saúde como uma sinalização de que o governo inserira na agenda governamental o tema da C&T/S de forma diferenciada, sob a condução da autoridade sanitária nacional. Este posicionamento político-institucional adotado após a criação do DECIT de, ao mesmo tempo em que coordena, agrega outras instituições ao processo, foi decisivo para a formulação e a implementação do projeto que daria origem ao PPSUS, sob a coordenação setorial do MS, conforme relatos obtidos:

E nesse período, 2003 foi justamente quando se iniciou a parceria do CNPq com o DECIT, e aí eu já estava aqui, fazia alguns trabalhos de assessoramento da Coordenação Geral, e aí por conta de algumas atividades de assessoramento da Coordenação Geral eu fui me envolvendo com a discussão da parceria com o DECIT. Nesse ano de 2003 essa parceria não envolveu o PPSUS, a gente teve uma primeira parceria numa chamada sobre dengue, uma chamada para financiamento de proje-

tos, uma chamada nacional. E aí, em 2004 foi quando o CNPq teve a primeira negociação para participar do PPSUS, foi na verdade a primeira parceria, o primeiro termo de cooperação, a primeira portaria de cooperação nessa época foi em 2004. (Gestor Federal de C&T)

O Presidente do CONFAP muitas vezes foi chamado ao DECIT para reuniões estratégicas do programa [PPSUS]. Aqueles grandes seminários nacionais feitos em Brasília nós tínhamos participação, discutíamos a implantação, metodologia, aperfeiçoamento. Então, houve sim, desde o início uma participação bastante efetiva da presidência do CONFAP na constituição e implementação do programa e avaliação. (Gestor Estadual de C&T)

A criação do DECIT pode ser vista como um movimento que, observado sob o aspecto da fundamentação teórica, aproxima-se do modelo proposto por Streeck e Thelen (2005) para mudanças institucionais que ocorrem mediante adaptações, resultantes de mudanças incrementais em *camadas*, explorado no Capítulo 2 desta tese.

4.1.4 O Projeto Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia em Saúde: a primeira iniciativa de descentralização de recursos para o fomento em C&T/S após a CF-88

O Projeto Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia em Saúde, que vigorou no período compreendido entre 2001 a 2002, pode ser considerado a primeira iniciativa do MS que contemplou uma atuação descentralizada das ações de fomento à pesquisa em saúde no contexto de implantação do SUS (OLIVEIRA, 2008; PETERS, 2013). De acordo com os trabalhos de Oliveira (2008) e Peters (2013) a decisão para implantação do projeto foi influenciada por dois grupos de fatores: (i) a percepção expressa pelos gestores do SUS de que a resolução de grande parte dos problemas que vinham sendo identificados para a consolidação do SUS dependia de ações de desenvolvimento institucional em C&T, ações estas que incluíam o fomento à pesquisa em saúde; (ii) a busca pela área de C&T/S de uma aproximação com o princípio da descentralização e da redução de iniquidades regionais proposto pelo SUS.

Segundo Oliveira (2008), o desenho programático do Projeto Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia em Saúde, precursor do PPSUS, foi ancorado em uma série de debates, promovidos pelo DECIT, e realizados no período de junho de 2001 a novembro de 2002:

Foi feito um diagnóstico, a Região Norte e nordeste foi escolhida propositalmente por ser a região com menor capacidade instalada e a ideia era muito mais de se trabalhar desenvolvimento de capacidade do que propriamente o fomento em pesquisa. (Gestor Federal da Saúde).

Estes debates foram denominados Fóruns Regionais de Desenvolvimento Institucional, dos quais participaram “gestores e técnicos de saúde, de ciência e tecnologia e pesquisadores das Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste” (OLIVEIRA, 2008, p. 29). Peters (2013)

registrou que, na origem do projeto havia uma proposta elaborada pela equipe do MS, que procurava integrar a atuação das SES, FAPs e as Instituições de Pesquisa em Saúde. Ainda, segundo Peters (2013), esta proposição inicial previa que caberia às SES o exercício da coordenação organizacional no âmbito estadual do Projeto, que compreendia a definição das áreas prioritárias para investimentos em C&T/S na sua abrangência territorial.

O Projeto Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia em Saúde adotou como forma de repasse de recursos do DECIT aos estados tanto a formalização de convênios, firmados entre o Fundo Nacional de Saúde e as Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa, quanto a celebração de contratos, mediados pela Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO). Os recursos para a execução do projeto deveriam ser utilizados para o fortalecimento da gestão estadual de C&T, mediante a execução de ações de fomento à pesquisa em saúde e de desenvolvimento institucional em C&T, que compreendiam a aquisição de equipamentos e a realização de cursos de “capacitação para gestores e técnicos que atuavam na área de Ciência e Tecnologia das SES e das Fundações de Amparo à Pesquisa – FAP” (OLIVEIRA, 2008, p. 29).

Na primeira etapa de execução do projeto, foram transferidos recursos orçamentários do DECIT, mediante a modalidade convencional, operacionalizada pelo Fundo Nacional de Saúde para sete estados, sendo seis estados da Região Nordeste e um estado da Região Centro-Oeste do país: Alagoas, Ceará, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Pernambuco, Piauí e Sergipe. Na segunda etapa foram contemplados com recursos orçamentários do DECIT, mediante contratos gerenciados pela UNESCO, os Estados da Bahia, Minas Gerais e Santa Catarina. O projeto beneficiou dez estados com recursos orçamentários do DECIT e sem nenhuma contrapartida orçamentária dos estados beneficiados, dos quais nenhum deles integrava a Região Norte do país. No total, o projeto viabilizou a transferência de R\$ 4,11 milhões, sendo que 77% dos recursos (R\$ 3,17 milhões) foram destinados para ações de fomento à pesquisa e 23% (940 mil) foram alocadas em ações de Desenvolvimento Institucional (OLIVEIRA, 2008).

Os recursos do Projeto Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia em Saúde financiaram 148 projetos de pesquisa em 52 instituições de ensino e pesquisa dos estados contemplados, contribuindo para a capacitação de 627 profissionais e para a implantação de nove núcleos estaduais de ciência e tecnologia em saúde, sendo estas iniciativas, pelo seu ineditismo, consideradas um “grande avanço para a discussão nesse campo” (OLIVEIRA, 2008, p.30)

Entretanto, a utilização da modalidade convencional e da contratualização mediada por um organismo internacional para a transferência de recursos pelo Projeto Gestão Comparti-

lhada em Ciência e Tecnologia em Saúde enfrentou obstáculos de operacionalização, que dificultaram o prosseguimento e a ampliação do projeto.

As duas modalidades de transferência de recursos adotadas pelo DECIT – por convênio e por contrato – foram identificadas tanto por analistas do projeto (OLIVEIRA, 2008) quanto pelos entrevistados por esta investigação como o maior erro cometido na implementação do projeto, sendo apontado, juntamente com a baixa destinação de recursos orçamentários, como a principal razão pela qual seus objetivos centrais não foram atingidos:

A gente estava fazendo fomento via FNS, com convênios, e via UNESCO, financiando projetinhos muito pequenos, que eram quase só análise de situação. Não era por isso que ele era menor, era porque o recurso era pequeno e a forma da UNESCO fazer não deixava a gente encerrar os processos. (Gestor Federal da Saúde).

Os convênios firmados pelo Fundo Nacional de Saúde seguiam padrões normativos que não se adequavam às especificidades dos projetos de fomento à ciência e tecnologia, tornando-os onerosos sob o aspecto gerencial tanto para o MS quanto para as demais organizações participantes e para os pesquisadores que eram beneficiários dos recursos. Os relatos e registros obtidos informam que a utilização de convênios causava desde a existência de problemas relativos à descontinuidade na liberação de recursos até o enfrentamento de querelas decorrentes do não cumprimento dos projetos pelos pesquisadores contratados, que obstruíram as relações entre as organizações envolvidas com a implementação do projeto e o DECIT, gerando conflitos desnecessários ao avanço institucional:

Existem regras que perpassam toda a gama de projetos que o governo financia, mas há especificidades. Então, eu me recordo, um dos grandes debates que ocorreram naquela época, naqueles primeiros tempos era: quando o Fundo Nacional de Saúde vai financiar, por exemplo, um posto de saúde, hospital, coisa assim, o projeto executivo (tem um projeto básico e tem um projeto executivo daquele objeto de financiamento, daquele posto de saúde, por exemplo), projeto executivo esse que tem que constar de minudências, de coisas que são absolutamente totalizantes (altura das tomadas, quantas tomadas, mesas, cadeiras), tudo isso tem que estar previsto no projeto executivo daquilo. Bom, quando eu financio um projeto de pesquisa, isso é impossível, isso é uma informação que não é disponível. (Gestor Federal da Saúde)

Outro problema que marcou a trajetória do projeto decorre do fato de que os critérios de inserção institucional que o norteavam resultaram na exclusão de todos os estados da Região Norte, principalmente pelo fato de as regras do projeto conterem requisitos que se referiam a um padrão de qualificação dos sistemas estaduais de saúde e de C&T incompatível com a situação organizacional da região (PETERS, 2013). Esta exclusão regional resultou por colidir com a intenção do DECIT de se aproximar dos princípios do SUS no que concerne à redução das iniquidades regionais no acesso aos recursos de fomento à C&T/S, sendo esta uma das razões apontadas para a desestabilização e a descontinuidade do projeto:

Mas tinha essa intenção um pouco de distribuir isso para ter um olhar mais uniforme e se ver mais SUS. Quer dizer, o SUS implementando uma política de ciência e tecnologia, mas guardando os seus valores de promover, de diminuir iniquidades, de desenvolver capacidade local e autonomia. (Gestor Federal da Saúde)

Não obstante o reconhecimento destes problemas que atingiram a implementação do Projeto Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia em Saúde, a equipe do DECIT considerou que o projeto aportou ganhos ao sistema de C&T/S. Durante o processo de transição governamental, ocorrido entre 2002 e 2003, esta avaliação favoreceu a sua continuação, com a ressalva de que fossem superadas as circunstâncias apontadas como responsáveis pelos problemas que limitaram a sua implementação.

Embora o Projeto Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia em Saúde seja mencionado mais pelo que não conseguiu obter do que pelos seus êxitos, trata-se de uma iniciativa que provocou mudanças institucionais importantes na atuação descentralizada do DECIT por pelo menos duas características que merecem ser registradas. A primeira característica é que o projeto iniciou uma modalidade de aproximação entre os representantes do MS, das SES e das FAPs para a discussão de temas de C&T voltados para o SUS até então inexistente nesta área:

O projeto começou no ano 2000, ele começou antes de 2003, ainda no governo FHC. Ele tinha, naquela época, um escopo muito limitado, se não me engano eram quatro ou cinco estados alvo do Programa. Ele foi muito ampliado nos anos seguintes, a partir de 2003, 2004 e 2005. Ele foi muito ampliado com a cooperação entre o Ministério da Saúde e o CNPq e as FAPs (Fundações de Amparo à Pesquisa) que acabaram por se constituir em todas as unidades da federação do Brasil, são 27 hoje em dia. (Gestor Federal da Saúde)

Além de aproximar as áreas de saúde e de C&T no âmbito federal e estadual, o projeto reconheceu as SES como as responsáveis, no âmbito estadual, pela coordenação interorganizacional e pela condução da definição das prioridades que seriam objeto de financiamento de pesquisas em C&T/S, conferindo concretude aos princípios da descentralização e da autonomia entre os entes da federação previstos na CF-88 nessa área. O Projeto Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia em Saúde reúne três aspectos que foram considerados fundamentais para o sucesso de políticas públicas de C&T: (i) a descentralização decisória; (ii) a participação conjunta dos responsáveis pela implantação do programa em todas as etapas do processo; e (iii) o suporte financeiro (TROSTLE; BRONFMAN; LANGER, 1999).

Outra mudança importante trazida pela implementação do projeto consistiu na viabilização de transferências de recursos para o financiamento de projetos de pesquisa em saúde em organizações de pesquisa localizadas em estados que se mantêm, historicamente, ausentes ou pouco representados nos grandes editais nacionais de C&T/S, elemento que pode ser conside-

rado influente para a exclusão de temas relevantes na implantação do SUS nesses estados (GUIMARÃES, 2006). O Projeto Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia em Saúde não apenas contemplou organizações que dificilmente seriam financiadas por editais nacionais, mas estabeleceu critérios que visavam priorizar as organizações localizadas em estados com baixa tradição em pesquisa de C&T/S, numa procura por ganhos de equidade e por redução nas disparidades regionais que caracterizam o país.

O Projeto Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia em Saúde continha elementos que procuravam contribuir para a superação de um dos grandes desafios identificado por Guimarães (2006) para a consolidação da pesquisa em saúde no país: a necessidade de aproximação das agendas da pesquisa em saúde e da política pública em saúde. Essa perspectiva de aproximação pode ser identificada no esforço de integração das organizações responsáveis pelas ações de C&T/S nos estados, numa proposta que procurou contemplar o fortalecimento do papel previsto para as SES no contexto de implantação do SUS.

Embora o Projeto Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia em Saúde não tenha logrado o êxito esperado no que tange à sua expansão para todos os estados, as concepções que fundamentaram o projeto tiveram sua relevância reconhecida pela equipe gestora que assumiu o DECIT, a partir de 2003. O conteúdo programático do projeto foi assimilado, com a introdução de elementos que buscaram superar a sua limitação operacional inicial, relativa ao repasse de recursos aos estados, num processo de reformulação que originou o PPSUS, de acordo com o relato colhido junto a um dos entrevistados:

O DECIT, na versão anterior, tinha começado uma iniciativa com as FAPs, mas que não estava estruturada e não tinha nenhuma estratégia de o quê isso era, para quê que é, com quem que é, qual é o limite, qual é o objetivo, para onde a gente vai. Então, quando eu cheguei eu olhei essa primeira iniciativa e falei essa frase, que ficou famosa depois a “o programa, a ideia é maravilhosa, mas está tudo errado”, porque eles tinham passado dinheiro do ministério para as FAPs, as FAPs não podiam usar porque os códigos, as rubricas que passam dinheiro do ministério a uma fundação de amparo à pesquisa não permitem depois um repasse, não tinham regras para as chamadas, enfim, a única coisa que era boa era a ideia. Eu falei “Aqui tem campo pra criar alguma coisa que sirva para o SUS e para o desenvolvimento institucional”. (Gestor Federal da Saúde)

O reconhecimento das contribuições do Projeto Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia em Saúde pela equipe que assumiu o MS, em 2003, pode ser compreendido à luz dos estudos de North (1990) que destacou os efeitos do aprendizado institucional, dos custos de reversão de políticas e das expectativas adaptativas como determinantes importantes para a explicação das trajetórias de políticas públicas.

4.1.5 A criação da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – a SCTIE e a reestruturação do DECIT

O ano de 2003 iniciou-se pela mudança de condução partidária no governo federal, à qual se associaram modificações expressivas em diferentes áreas da estrutura administrativa federal. Na estrutura do MS o ano de 2003 foi marcado, entre outras alterações, pela extinção da Secretaria de Políticas de Saúde que, no período de três anos, entre 2000 e 2003, abrigara o DECIT e os seus programas, e pela criação de três novas secretarias: a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde; a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa e a SCTIE, cujo organograma pode ser encontrado no Anexo 6 deste documento.

A criação da SCTIE procurou atender a uma solicitação de setores organizados da área de C&T em saúde, que vinha sendo expressa desde o início da década de 1990. Conforme consta no relatório final da Iª CNCTS, seus participantes propuseram e aprovaram “a criação de uma Secretaria de Ciência e Tecnologia em Saúde no MS, em substituição à atual Coordenação Geral de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CGDCT/MS” (BRASIL, 1994, p. 98).

A criação da SCTIE, mediante a publicação do Decreto nº 4726, de 9 de junho de 2003, conferiu a materialidade pretendida pela proposição feita pelos participantes da Iª CNCTS e que havia sido apenas parcialmente atendida com a criação do DECIT, em 2000 (OLIVEIRA, 2008). Os participantes da Iª CNCTS consideravam que a criação da SCTIE se destinaria ao cumprimento específico das responsabilidades previstas na execução da PNCTS, responsabilidades estas que deveriam ser compartilhadas entre o MS e as demais áreas governamentais que têm responsabilidades executivas na área de C,T&I, como ministérios e agências.

A criação da SCTIE modificou o escopo de atuação da área de ciência e tecnologia no âmbito do MS, que até então era ocupado pelo DECIT. Além do DECIT, o Decreto nº 4726/2003 integrou à estrutura da SCTIE dois departamentos: o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos e o Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde. A estruturação da SCTIE e do DECIT criou expectativas de que o MS ampliaria o seu papel, que abrangeria não apenas as ações de fomento à C&T/S, mas incluiria as ações político-institucionais relativas ao setor industrial e farmacêutico:

[...] começar a pensar política de medicamentos de uma forma menos poética, que era muito o jeito que a gestão vinha sendo tratada nos últimos anos, de uma forma muito ideologizada, muito pouco pragmática. Então, de repente esse Departamento, essa Secretaria de C&T começou a colocar um pouco o pé no chão. Então vamos ver direito o que que é, qual é a coisa da indústria, da indústria farmacêutica, como

é que isso tudo tá contribuindo, a própria pesquisa, equipamentos... (Gestor Estadual da Saúde)

O período inicial de atuação da SCTIE foi marcado pela organização e pela realização de quatro eventos que exerceram influência não apenas sobre a forma de implementação assumida pelo PPSUS, mas que também tiveram relevância para a condução das ações de C,T&I/S nos anos seguintes e que são fundamentais para a compreensão contextual desse período: (i) a recriação do DECIT que, após a extinção da Secretaria de Políticas de Saúde passara a integrar a estrutura da SCTIE; (ii) a construção e a aprovação da ANPPS; (iii) a condução da negociação e a aprovação da PNCTIS; e (iv) a realização da IIª CNCTIS, todos eles ocorridos no ano de 2004.

Tanto a criação da SCTIE quanto estes quatro eventos têm estreita relação com a formulação do PPSUS, por compartilharem compromissos com a implantação de fomento às ações de C&T/S, numa perspectiva de fortalecer os princípios constitucionais da descentralização e da equidade:

Então o PPSUS vem muito na lógica de fazer o que o SUS faz para tudo, defendendo os princípios de equidade. Não teria sentido a gente trabalhar uma política de fomento centrada nas grandes capacidades instaladas de pesquisa e não contribuir para o desenvolvimento de capacidade instalada de pesquisa em espaços mais remotos ou desprovidos dessa capacidade. O PPSUS age muito nessa lógica, de promover ciência e tecnologia em saúde, promover o fomento em pesquisa em todo o território nacional. E ele foi se expandindo à proporção que suas pernas cresceram e que as instâncias de pactuação foram dadas. E isso só foi possível a partir da instituição da secretaria de ciência e tecnologia. (Gestor Federal da Saúde)

As principais contribuições de cada um desses eventos para a compreensão da trajetória do PPSUS serão tratadas separadamente, iniciando pela reestruturação do DECIT.

4.1.6 A reestruturação do DECIT na recém-criada SCTIE

As atribuições do DECIT foram expandidas a partir de 2003, como uma das resultantes da criação da SCTIE.

O Decreto nº 4726, publicado em 09 de junho de 2003, reforçou as competências do DECIT no que tange à descentralização das ações de C&T/S, atribuindo-lhe responsabilidades específicas tanto no exercício das ações de cooperação técnica, no âmbito das ações de C&T/S, quanto para as ações relativas à proposição de acordos e convênios voltados para a execução de programas e projetos especiais no âmbito do SUS.

As mudanças estruturais decorrentes da criação da SCTIE resultaram em alterações importantes nas competências formais do DECIT junto aos estados e municípios. O Quadro

4.2 sintetiza as competências regimentais do DECIT previstas no Decreto nº 3496, de 01 de junho de 2000 e as competências previstas no Decreto nº 4726, de 09 de junho de 2003.

A comparação entre os dois Decretos permite que sejam evidenciadas as diferenças entre uma e outra situação, com destaque para a ênfase no papel de articulação e coordenação previsto para o DECIT, a partir de 2003. Enquanto o papel do DECIT era definido em 2000 por aspectos mais normativos, o Decreto publicado em 2003 enfatiza que as responsabilidades de coordenação, de assessoria e de cooperação técnica deveriam ser exercidas não apenas junto às instituições de ciência e tecnologia e agências de fomento, mas também junto aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios.

Para tanto, o DECIT deveria implantar mecanismos de cooperação para o desenvolvimento de instituições de ciência e tecnologia com atuação na área de saúde e propor acordos e convênios com os Estados, Distrito Federal e Municípios para a execução descentralizada de programas e projetos especiais no âmbito do SUS, legislação que, como tem sido reiterado ao longo desta tese, foi acatada na elaboração e formulação do PPSUS.

A criação do DECIT no âmbito da SCTIE foi citada por todos os entrevistados da pesquisa como demarcadora de um momento de inflexão na forma como o MS vinha conduzindo os temas da área de C,T&I/S. Na leitura dos entrevistados, a criação do DECIT expressou a intenção de conferir uma atenção particularizada à área de C,T&I/S, reconhecendo sua importância para a consolidação do SUS. O relato abaixo, feito por um dos entrevistados do grupo dos gestores estaduais do SUS, sintetiza esse reconhecimento, ampliando-o à criação da SCTIE:

Para o setor saúde, o [poder] executivo conseguiu mais dessa interação com a parte de pesquisa. E foi até por isso que foi muito interessante essa coisa do DECIT. A própria existência do DECIT, a SCTIE dentro do MS... porque saúde como um campo, como uma área de atuação, merece essa atenção particularizada. E não uma atenção particularizada do pessoal de C&T, mas a saúde demandando o que ela quer, ela como gestora do conhecimento a ser criado dentro do campo dela.
(Gestor Estadual da Saúde)

Em decorrência das mudanças nas atribuições do DECIT, a atuação do departamento passou a ser considerada como de maior relevância para a realização da IIª CNCTIS e para o modo de condução adotado na elaboração e na implementação da PNCTIS e da ANPPS (IIª CNCTIS, 2005; GUIMARÃES, 2006; GUIMARÃES et al., 2006; OLIVEIRA, 2008; PATROCLO, 2011; PETERS, 2013).

Quadro 4.2 - Diferenças nas atribuições regimentais do DECIT, entre os anos de 2000 e 2003.

Atribuições do DECIT - Decreto nº 3496, de 01 de junho de 2000	Atribuições do DECIT – Decreto nº 4726, de 09 de junho de 2003
<ul style="list-style-type: none"> (i) participar do processo de formulação da política de C&T/S e promover a sua implementação; (ii) definir normas e estratégias para avaliação e incorporação de tecnologias em saúde; (iii) promover, em articulação com instituições de ciência e tecnologia e agências de fomento, a realização de pesquisas estratégicas em saúde; (iv) elaborar e divulgar diretrizes de P&D tecnológico relacionadas com impactos causados por fatores ambientais sobre a saúde; (v) promover a difusão de conhecimentos científicos e tecnológicos em saúde, com vistas à sua adoção por instituições e serviços de saúde; (vi) definir estratégias de atuação do MS no campo da biossegurança, em articulação com órgãos afins; (vii) implantar mecanismos de cooperação para o desenvolvimento de instituições de ciência e tecnologia que atuam na área da saúde; (viii) promover a articulação intersetorial no âmbito do Sistema Nacional de Ciência e Tecnologia; (ix) coordenar as atividades da Secretaria-Executiva da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, instituída no âmbito do CNS; e (x) desenvolver mecanismos de controle e avaliação da incorporação de tecnologias 	<ul style="list-style-type: none"> (i) participar da formulação, implementação e avaliação da PNCTS, tendo como pressupostos as necessidades demandadas pela PNS e a observância aos princípios e diretrizes do SUS; (ii) promover a articulação intersetorial no âmbito do Sistema Nacional de Ciência e Tecnologia; (iii) definir normas e estratégias para desenvolver mecanismos de controle e avaliação da incorporação de tecnologias, promovendo a difusão de conhecimentos científicos e tecnológicos em saúde, com vistas à sua adoção por instituições e serviços de saúde, no seu âmbito de competências; (iv) promover, em articulação com instituições de ciência e tecnologia e agências de fomento, a realização de pesquisas estratégicas em saúde; (v) prestar cooperação técnica para o aperfeiçoamento da capacidade gerencial, assim como orientar, capacitar e promover ações de suporte aos agentes de Estados, Municípios e do Distrito Federal, no âmbito da Ciência e Tecnologia em Saúde; (vi) elaborar, divulgar e fomentar a observância de diretrizes de P&D tecnológico relacionados com impactos causados por fatores ambientais sobre a saúde; (vii) acompanhar as atividades da Secretaria-Executiva da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, instituída no âmbito do CNS; (viii) coordenar a elaboração, a execução e avaliação de programas e projetos em áreas e temas de abrangência nacional, no âmbito das atribuições da Secretaria de Ciência, Tecnologia e de Insumos Estratégicos; (ix) implantar mecanismos de cooperação para o desenvolvimento de instituições de ciência e tecnologia que atuam na área da saúde; (x) propor acordos e convênios com os Estados, Distrito Federal e Municípios para a execução descentralizada de programas e projetos especiais no âmbito do SUS; e (xi) definir estratégias de atuação do MS no campo da biossegurança, em articulação com órgãos e instituições afins.

Fonte: Câmara dos Deputados, Atividade Legislativa, Legislação, Dados da norma. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br>.

Durante a realização da IIª CNCTIS, sob o fundamento de que a PNCTIS deveria se sustentar na “busca da equidade em saúde e na prática de padrões éticos de pesquisa” (GUIMARÃES, R. 2004, p. 375) a representação do DECIT manteve este posicionamento, assumido no texto final da PNCTIS, com a aprovação da plenária da IIª CNCTIS. Entre os princípios da PNCTIS que exerceram influência sobre o desenho e a implementação do PPSUS,

podem ser destacados: (i) a implementação da PNCTIS deve ocorrer sob a égide do MS, com o respaldo de uma agenda prioritária de pesquisa, construída mediante a pactuação de representantes da comunidade de pesquisadores e dos gestores da saúde; e (ii) o modelo de implementação da PNCTIS deve ser extensivo no que se refere à cadeia de conhecimento e inclusivo quanto aos pesquisadores e às instituições de pesquisa.

Outro posicionamento importante assumido pelo DECIT na IIª CNCTIS refere-se às tentativas de superação dos problemas resultantes dos mecanismos de gestão até então vigentes nas ações de C&T/S, particularmente na área de fomento à pesquisa em saúde no Brasil, listados por Guimarães (2004) como sendo:

1. A baixa capacidade de indução das agências de fomento existentes no MCT, na Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e em agências estaduais;
2. A ausência de mecanismos de coordenação adequados entre as múltiplas instâncias de fomento, particularmente entre o MCT e o MS;
3. A baixa capacidade de articulação entre as ações de fomento científico-tecnológico e a política de saúde; e,
4. A insuficiência dos recursos para o fomento frente às necessidades do sistema, associada à desvinculação de critérios racionais de prioridades.

Ainda de acordo com avaliações realizadas à época de sua criação, o DECIT teria o desafio de contribuir para a manutenção de “um patrimônio institucional de execução e fomento muito importante” (GUIMARÃES, R. p. 380, 2004), ao tempo em que deveria superar os mecanismos de gestão até então adotados pelas estruturas gestoras do SUS, que eram consideradas empecilhos ao aproveitamento integral desse patrimônio institucional (CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE, 2005). Em resumo, apesar de considerada pujante sob o aspecto da produção, a área de C,T&I/S sob a gestão do DECIT padecia com a “falta de coordenação e baixa capacidade de articulação” governamental (GUIMARÃES, R., p. 380, 2004) que demandavam por superação no ciclo de gestão que se iniciava.

A atuação do DECIT nessa fase inicial foi marcada, ao mesmo tempo, por expectativas decorrentes do início da nova gestão governamental na esfera federal e por inquietações acerca da condução que seria dada para a área de C,T&I/S. Nesse contexto, a gestão que se iniciava adotou a estratégia de intensificar os movimentos voltados para a reestruturação setorial, na tentativa de contribuir para que novas mudanças institucionais na área de C&T/S fossem efetivadas naquela fase inicial do governo (BRASIL, 2006b)

Cabe destacar que, para os objetivos da presente investigação, um dos produtos importantes dessa fase do DECIT veio a se traduzir na elaboração e na ampla divulgação do documento com as diretrizes do PPSUS (BRASIL, 2006a), na formalização do TCAT, firmado entre o MS e o CNPq (OLIVEIRA, 2008; PETERS, 2013) e na expressiva expansão de recursos orçamentários para o programa, eventos que marcariam a trajetória e o modo como o PPSUS viria a ser implementado.

Em 2005 o MS passa por alterações no primeiro e no segundo escalão, que repercutem na condução da SCTIE e do DECIT. De acordo com registros institucionais (BRASIL, 2010a) os gestores que assumiram a SCTIE e o DECIT, em 2005, mantiveram as ações de financiamento de grandes editais de pesquisa e de afirmação da área técnica voltada para a Avaliação de Tecnologias em Saúde. No que tange às ações de fomento conduzidas sob a responsabilidade do departamento, essa gestão procurou consolidar as mudanças organizacionais iniciadas na gestão anterior, fato este que envolveu a busca pelo fortalecimento das parcerias com as agências de fomento governamental e a realização de movimentos que almejavam maior proximidade com as SES e as FAPs (BRASIL, 2010a). Estes movimentos institucionais realizados pela SCTIE e DECIT foram decisivos para que o PPSUS pudesse ser implementado sob forte coordenação interorganizacional, como será discutido no item 4.2 desta tese.

As mudanças ocorridas em 2005 também influenciaram a formulação de uma proposta de implementação de uma base de dados gerenciais para as ações de todos os projetos de fomento financiados pelo DECIT. A base de dados foi concebida com a finalidade de tornar públicos os dados relativos aos projetos de pesquisa, aos coordenadores dos grupos de pesquisa, aos recursos envolvidos e às instituições participantes (BRASIL, 2010b) sendo atualmente denominada Pesquisa Saúde¹¹.

Ao final de 2008 o DECIT passa por nova alteração na sua condução, período no qual sua atuação foi marcada por: (i) a implantação da Rede Dengue e dos programas de estágio pós-doutorais em saúde humana (pós-doc SUS); (ii) a formalização da escolha do Brasil como país-sede do oitavo encontro do *Health Technology Assessment International* (HTAi), que foi realizado no Rio de Janeiro, em 2011; e (iii) o início da discussão sobre a organização dos Biobancos, no Brasil, além da definição de estratégias de disseminação de notícias na área de C,T&I/S (BRASIL, 2010a).

¹¹ A Pesquisa Saúde foi amplamente utilizada na presente investigação, para a obtenção dos dados relativos ao dimensionamento da produção do PPSUS, além de ter sido objeto de um tópico de análise específico, no item 4.3.5.1 desta tese.

Por fim, até o final do período compreendido por este estudo, que é de 2010, os registros institucionais informam que o DECIT manteve, neste período, uma trajetória marcada pela condução de movimentos que se voltaram para a Rede Nacional de Pesquisa Clínica, para a revisão da ANPPS, para ampliação da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS) e para a participação na EVIPNet. Este posicionamento foi traduzido por um dos entrevistados como se segue:

Até o surgimento do DECIT, o MS fazia pesquisas isoladas, chamava a USP, ENSP, Fiocruz, para avaliar os programas que o MS fazia. O DECIT disse não e resgatou uma missão do MS que era de fazer grandes pesquisas nacionais, pesquisa demográfica, células tronco, avaliar tecnologia, organizar o sistema a partir de problemas, organizar a Rede Nacional de Pesquisa Clínica. Saiu de um processo acanhado, voltado para poucas instituições, sem concorrência, que não fomentava o desenvolvimento científico tecnológico em áreas de interesse para a saúde. O acervo atual é altamente diversificado. A pesquisa de fronteira não considera como ciência a avaliação de programas. O DECIT mostrou que a pesquisa em saúde coletiva é muito importante. Nós levamos muito dinheiro para a pesquisa epidemiológica, em gestão de sistemas, em planejamento – houve um boom importante. (Gestor Federal da Saúde)

4.1.7 A elaboração e aprovação da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde: a ANPPS

A elaboração de uma ANPPS estava sendo proposta no âmbito setorial desde a realização da Iª CNCTIS, realizada em 1994 (CAETANO et al., 2010), sendo considerada um “instrumento de gestão, que orienta ações de fomento e aumenta a indução seletiva de estudos científicos para a produção de conhecimento [...]” (BRASIL, 2010a, p. 16).

Guimarães (2006) postula que os processos voltados para a determinação de prioridades de pesquisa devem ser considerados fundamentais para a aproximação entre as agendas de pesquisa em saúde e da política de saúde. Os dois objetivos principais da ANPPS podem ser descritos como: (i) articular as ações de C,T&I em saúde à PNS, conferindo eficiência aos escassos recursos para a pesquisa em saúde; e (ii) contribuir para que as pesquisas em saúde proporcionem “maior impacto à saúde de um maior número possível de pessoas” (BRASIL, 2006b, p. 3). A relevância destes dois objetivos contemplados pela ANPPS para o contexto descentralizado no qual passaram a evoluir as ações de fomento financiadas pelo PPSUS foi destacada no decorrer do trabalho de campo pelos entrevistados das várias organizações participantes :

A gente, na segunda Conferência, construiu uma Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, que era um documento, era um produto muito extenso, muito completo, o qual é a concepção de que deveríamos abraçar um conceito de pesquisa em saúde mais amplo, que não fosse só operacional (Gestor Federal da Saúde)

[A ANPPS] *É uma alternativa para induzir [o PPSUS], nós alimentávamos, incrementávamos com recursos estaduais o PPSUS pra tentar estimular e direcionar, porque também tem a lógica individual, o interesse, a curiosidade científica do pesquisador e tem as demandas do sistema. Nada contra a pesquisa pura e as curiosidades científicas, mas para o gestor do SUS não interessa financiar pesquisa sobre uma doença que tem na Suécia, é típica da Suécia. Como os suecos não vão se interessar em pesquisar a malária, uma doença tropical. É claro que você tem um foco nas necessidades concretas, nas demandas concretas e prioridades do sistema. E o PPSUS procurava induzir o desenvolvimento de pesquisa nessa área. O PPSUS deu bons resultados, o difícil é passar da fase da bancada pra tornar uma realidade de mercado.* (Gestor Estadual da Saúde)

O PPSUS é um programa nacional, implementado no País inteiro, mas voltado especificamente para o segmento do setor saúde. Então ele vai lá na Agenda Nacional de Pesquisa em Saúde e dá uma olhada também nas agendas estaduais e faz uma ação baseado nas agendas nacionais e estaduais e específico no campo da saúde. Este é o diferencial. (Gestor Federal de C&T)

O fomento nacional tem muito esse papel estruturante. Nós temos desde grandes estudos epidemiológicos, até estudos de desenvolvimento e produção, inovação, pesquisa básica. E você tem a dimensão do uso factível e pragmático do conhecimento, que é o foco do PPSUS. Então, quando você capilariza a decisão sobre o que é prioritário, você ao mesmo tempo fornece os elementos que são o segredo do sucesso, nesse caso aí. Se nós pensássemos em fazer um PPSUS sobre temas centralizados, provavelmente nós não teríamos a mesma desenvoltura no projeto (Gestor Municipal da Saúde).

Mediante a busca da articulação entre as atividades de pesquisa e os objetivos da PNS, a ANPPS se propunha a avançar na aproximação entre o saber científico e as “práticas sanitárias e dos problemas de saúde da população brasileira” (BRASIL, 2006b, p. 5), de modo que o fomento científico e tecnológico passasse a ser orientado pelas necessidades do sistema nacional de saúde (BRASIL, 2006b).

A estratégia de elaboração da ANPPS caracterizou-se pelo caráter técnico-político (GUIMARÃES, R. 2004) cujo esforço prévio de mobilização logrou envolver tanto representações dos órgãos de gestão governamentais quanto de organizações da comunidade científica, além de representantes da população usuária, procurando obter a legitimidade que era importante para o processo (BRASIL, 2006b). Desde o início do programa, a mobilização para a elaboração da ANPPS foi capitaneada pelo DECIT (BRASIL, 2006b), que exerceu seu papel coordenador junto a um Comitê Técnico Assessor, composto por vinte representantes da comunidade científica e de gestores governamentais.

No momento em que a ANPPS foi proposta, alguns organismos internacionais setoriais, como a *World Health Organization* (WHO), o *Global Forum for Health Research* (GRHR) e o *Council on Health Research for Development* (COHRED) estimulavam que os sistemas nacionais de saúde promovessem o debate acerca da eleição de prioridades de pesquisa em saúde (BRASIL, 2006b). Nesse contexto, o DECIT defendia que a construção da ANPPS deveria ocorrer como consequência de um processo dinâmico, cujo debate, realizado

na plenária final da IIª CNCTIS, constituiu-se em “mais uma etapa nesse processo de construção, que terá novas etapas, a cada novo momento de pactuação e sempre que a realidade sanitária impuser novas cargas sobre a população” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE, 2005, p. 24).

A elaboração da ANPPS foi organizada em cinco etapas, que ocorreram antes da elaboração da proposta-base, submetida à apreciação dos participantes do plenário da IIª CNCTIS. A primeira etapa para elaboração da ANPPS teve o objetivo de produzir uma avaliação da situação de saúde e das condições de vida da população brasileira (CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE, 2005). Nessa etapa foram elaboradas, por especialistas da área, e sob a solicitação do DECIT, análises sobre a situação de saúde e sobre as políticas de saúde, numa tentativa de oferecer informações atualizadas para a tomada de decisão em saúde. O conjunto de documentos elaborados nessa etapa foi reunido na publicação “Saúde no Brasil: contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa”, lançado na etapa nacional da IIª CNCTIS (BRASIL, 2004c; CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE, 2005).

A segunda etapa de elaboração da ANPPS demandou a participação dos membros do Comitê Técnico Assessor (CTA), composto por pesquisadores em biociências, em epidemiologia e em pesquisa clínica e por gestores do setor saúde, convidados mediante o critério de larga experiência no setor (GUIMARÃES, R. 2004). Após sua constituição, o Comitê Técnico Assessor teve a atribuição de procurar identificar os consensos existentes entre as propostas apresentadas pelo DECIT para a elaboração da ANPPS e as proposições oriundas da Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia do CNS (CICT/CNS). Nesta etapa, foram definidas as sub-agendas de pesquisa, concebidas como “amplas áreas de pesquisa, envolvendo vários campos disciplinares que conformam os diversos temas prioritários de pesquisa” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE, 2005). Foram, então, identificadas 24 sub-agendas de pesquisa, consideradas prioritárias, que foram referendadas pelo Comitê Técnico Assessor da ANPPS.

Na terceira etapa de elaboração da ANPPS o produto a ser elaborado para a sua construção contemplou a definição dos temas prioritários de pesquisa, sob a forma de tópicos que procuravam ser mais específicos e agregados para cada uma das sub-agendas. A condução do processo objetivava abrir a possibilidade de que os temas contemplem “qualquer etapa da cadeia do conhecimento, da pesquisa básica até a operacional, sem restrições quanto às áreas do conhecimento envolvidas” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE, 2005, p. 82).

A definição dos temas de pesquisa para a ANPPS foi objeto de um seminário organizado para esta finalidade, ocorrido previamente à IIª CNCTIS, em 6 e 7 de novembro de 2003. Por ocasião deste seminário foram constituídos grupos de discussão para cada uma das 24 sub-agendas, do qual participaram 510 pesquisadores e gestores das três esferas do SUS (OLIVEIRA, 2008; CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE, 2005). Como produto final deste seminário consta a aprovação das 24 sub-agendas prioritárias para a pesquisa em saúde e a indicação de nove critérios para a definição de prioridades de pesquisa, a saber: (i) A carga de doença, medida por DAILY (*Disability Adjusted Life Years* – Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade) ou outros indicadores; (ii) A análise dos determinantes da carga de doenças, segundo os diferentes níveis de intervenção: individual, familiar, comunitário; ministério, sistema e serviços de saúde; instituições de pesquisa; políticas governamentais e outros setores com impacto na saúde; (iii) O estado da arte do conhecimento científico e tecnológico disponível; (iv) O custo-efetividade das possíveis intervenções e a possibilidade de sucesso; (v) O efeito na equidade e na justiça social; (vi) A aceitabilidade ética, política, social e cultural; (vii) A possibilidade de encontrar soluções; (viii) A qualidade científica das pesquisas propostas; e (ix) A factibilidade de recursos humanos e financeiros (CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE, 2005, p. 83).

O seminário para definição dos temas de pesquisa estabeleceu também as condições para a realização da quarta etapa de construção da ANPPS, a Consulta Pública. Essa etapa teve o objetivo de procurar ampliar, junto à população usuária e aos trabalhadores do SUS, o debate sobre a definição das prioridades de pesquisa (CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE, 2005). Durante o período de realização da Consulta Pública, compreendido entre 23 de março e 08 de maio de 2004, foram realizados 2.500 acessos e enviadas 600 contribuições para o elenco das sub-agendas. Após o encerramento do prazo para o envio das contribuições para a consulta pública, o documento foi submetido a nova sistematização. As contribuições foram integradas ao documento que compunha a ANPPS e que foi apresentado aos participantes da IIª CNCTIS (CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE, 2005):

Foi muito importante o ministério fazer um movimento de abertura dessa discussão [da ANPPS]. Fez consulta pública sobre a agenda, colocou em discussão a política geral de ciência e tecnologia - o PPSUS - chamou fóruns, eventos, vários eventos nos estados e nacionalmente para tentar debater as questões, a organização do próprio GT da tripartite, ele foi importante na época para ter este consenso, construir um consenso com reunião periódica que acontecia. Isso foi um momento onde a gente pôde tratar as diferentes opiniões em relação a isto, foi muito bom. (Gestor Municipal da Saúde)

Na sequência, o documento-base da ANPPS foi levado ao plenário da IIª CNCTIS, constituindo a quinta etapa de sua elaboração. Na ocasião, o documento-base da ANPPS foi apresentado pelo então diretor do DECIT como o produto de “um processo dinâmico de pactuação e de compromisso, permanentemente reordenado conforme exija a situação de saúde no país” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE, 2005, p. 25). Após ter sido submetido à consulta pública, o documento-base da ANPPS foi encaminhado para cada uma das comissões organizadoras das conferências municipais, regionais e estaduais que antecederam a IIª CNCTIS. Ao longo desse período preparatório, o documento-base recebeu contribuições, que também foram objeto de sistematização e submetidas à deliberação na IIª CNCTIS¹².

Ao final do processo de elaboração, o elenco de 24 sub-agendas que compõem o documento da ANPPS foi composto pelos seguintes tópicos (CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE, 2005): a saúde dos povos indígenas; a saúde mental; a violência, os acidentes e traumas; a saúde da população negra; as doenças não transmissíveis; a saúde do idoso; a saúde da criança e do adolescente; a saúde da mulher; a saúde dos portadores de necessidades especiais; a alimentação e nutrição; a bioética e a ética na pesquisa; a pesquisa clínica; o complexo produtivo da saúde; a avaliação de tecnologias e economia da saúde; epidemiologia; a demografia e saúde; a saúde bucal; a promoção da saúde; as doenças transmissíveis; a comunicação e informação em saúde; a gestão do trabalho e educação em saúde; os sistemas e políticas de saúde; a saúde, ambiente, trabalho e biossegurança; e assistência farmacêutica.

Em que pese o fato da ANPPS ter sido apresentada na segunda grande plenária da IIª CNCTIS, os registros da conferência informam que não houve tempo suficiente para a apreciação, pelos delegados à conferência, de todas as 24 sub-agendas que a compunham. Houve uma votação parcial das sub-agendas e foram posteriormente remetidas aos Conselhos Estaduais de Saúde as emendas relativas às sub-agendas não votadas, para que os conselhos conduzissem a votação no âmbito de cada estado participante da IIª CNCTIS. Isso feito, na 151ª reunião ordinária do CNS, realizada em 17 de fevereiro de 2005, foram apresentadas as contribuições encaminhadas pelos estados (enviaram contribuições os estados de Alagoas, Amazonas, Minas Gerais, Pernambuco, Rio Grande do Sul, Sergipe e Santa Catarina) e o plenário

¹² A IIª CNCTIS definiu dois eixos temáticos para as discussões em plenária: a PNCTIS e a ANPPS (IIª CNCTIS, 2005).

do CNS deliberou pela incorporação das proposições aos anais da IIª CNCTIS (CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE, 2005).

A definição de prioridades de pesquisa em saúde no âmbito nacional provocou movimentos similares no âmbito local, com cada estado do país procurando discutir e sistematizar suas prioridades de pesquisa (BRASIL, 2006b). Entre 2004 e 2005, com a finalidade de conferir maior organicidade ao processo de elaboração da ANPPS, o DECIT organizou reuniões temáticas para a definição das linhas de pesquisa relacionadas aos temas dos editais lançados nesse período, com a participação de gestores e de pesquisadores da área de saúde, realizando uma oficina de trabalho para cada edital. Após 2005 os esforços institucionais do DECIT voltaram-se para a construção de uma metodologia específica para a definição de prioridades capazes de balizar as decisões relativas ao financiamento governamental de pesquisas em saúde, tanto para o nível nacional quanto para o nível local (BRASIL, 2006b).

O PPSUS incorporou às suas etapas a elaboração das agendas de prioridades estaduais, que procuram aproximar pesquisadores e gestores em torno dos temas de pesquisa prioritários em cada estado. Desde a aprovação da ANPPS, seus tópicos buscam orientar as agendas estaduais, que passaram a definir quais projetos seriam financiados pelo PPSUS, o que se constitui numa das estratégias do programa para o atingimento dos objetivos propostos, identificada durante a investigação como:

E isso [a Agenda] se faz tentando vencer esse gap existente entre as necessidades do serviço e as necessidades de pesquisa das universidades. Você aproxima esses atores e faz com que, através dos momentos dos seminários, definam suas prioridades, tentando achar aí um consenso entre a necessidade de um e de outro (Gestor Federal da Saúde).

Os entrevistados da esfera federal expressaram a percepção de que a ANPPS e os Seminários de Divulgação dos Resultados do PPSUS, embora não sejam instrumentos acabados, mas em processo de aprimoramento, têm contribuído para integrar os interesses dos pesquisadores às necessidades gestoras do SUS. Na percepção de entrevistados do DECIT e do CNPq, as oficinas para deliberação sobre a ANPPS e os Seminários de Divulgação dos Resultados do PPSUS foram relatadas como cumprindo os papéis de (i) mobilizar a comunidade pesquisadora dos estados em torno dos temas relevantes para o SUS e (ii) assegurar o espaço de debate e de deliberação entre os representantes das áreas estaduais de C&T, as FAPs e as SES, integrando e conectando as perspectivas dos acadêmicos e dos gestores do SUS, conforme explicam os trechos a seguir:

O entendimento em relação ao PPSUS é que uma aproximação das demandas locais poderia permitir uma resposta das competências locais dos temas para os problemas de saúde locais que, muitas vezes não teriam interesse nacional. Talvez uma

comunidade local tivesse interesse maior e condições melhores também, pela aproximação com o serviço de saúde local. Foi um ganho para a Secretaria de Saúde pensar isso. E essa aproximação com o pessoal de pesquisa em saúde foi muito, muito interessante. Essa conjugação da visão de um e de outro foi muito salutar no sentido de realmente convergir para prioridade de pesquisa em temas relevantes para a população. (Gestor Federal de C&T)

Por que é tão importante ter na oficina de prioridade uma mescla entre pesquisador e gestor? Porque o gestor costuma acertar o alvo, ele sabe onde aperta o calo, ele vai na pesquisa que é mais importante, mas ele não sabe a questão de pesquisa, o que daquele problema depende do conhecimento científico para a sua resolução. Quem sabe dizer isto é o pesquisador. Por isso que a oficina de prioridade ideal é aquela que envolve a mescla destes dois atores. O gestor que acerta o alvo define qual a área de pesquisa mais importante para ser pesquisada, mas ele não sabe a hipótese nem a questão de pesquisa que está por trás daquele tema. (Gestor Federal da Saúde)

O nosso elo é a pesquisa para a resolução de problemas. O gestor sabe qual a pesquisa mais importante para ser feita. Mas não sabe as hipóteses nem as questões de pesquisa que estão por trás. Por isso precisa combinar a presença dos pesquisadores e dos gestores nas oficinas de prioridades. Depois as SES mexem solitariamente. (Gestor Federal da Saúde)

Neste aspecto, cumpre lembrar que o facilitador mais citado na literatura para o uso do conhecimento científico por gestores consiste no aperfeiçoamento dos canais de relacionamento entre pesquisadores e gestores, o que reduziria o efeito de barreira que existe em relação à informação relevante e de boa qualidade (ARANHA, 2012; OLIVER et al., 2014). As oficinas de prioridade foram concebidas com o objetivo de cumprir o papel de aproximação entre gestores e pesquisadores. Contudo, durante a investigação, foram identificados contrapontos a estas percepções hegemônicas, que partiram de entrevistados do grupo dos gestores estaduais e municipais de saúde. Pela relevância e o protagonismo previsto para os gestores estaduais e municipais na trajetória do PPSUS, estas posições serão detalhadas:

O que nós percebíamos é que cada grupo de pesquisas de cada um desses estados que era premiado com recursos do PPSUS já tinha uma vocação inicial. O que as secretarias [de saúde] acabavam fazendo era transferir esses recursos para que os pesquisadores fizessem a coisa deles, em vez de demandar o que eles queriam especificamente. A gente via, quando pegava os dados... e nessa época o CONASS já trabalhava as funções essenciais de saúde pública, então estava razoavelmente por dentro de quais eram os pontos de estrangulamento de diversas secretarias, e esses pontos de estrangulamentos não estavam espelhados na demanda por pesquisa. Então a agenda de pesquisa era dada mais pelos pesquisadores do que pela gestão, pela própria academia. (Gestor Estadual da Saúde)

Este era o nó da questão: até que ponto o que está se consolidando enquanto uma agenda do PPSUS, agenda de pesquisa real, realmente consegue fazer essa leitura de necessidade? ou até que ponto o processo de construção não coloca uma brecha de que a academia, no nível local, esteja usando isso? até porque o financiamento de pesquisa no país ele é muito pequeno...até que ponto a gente consegue garantir que isso seja realmente uma leitura de necessidade e não uma indução de uma fonte de financiamento para pesquisa acadêmica já em andamento? (Gestor Municipal da Saúde)

Assim, ao mesmo tempo em que há o reconhecimento de alguns dos entrevistados acerca da construção ascendente da agenda de necessidades de pesquisa, foram também relatados problemas na realização das oficinas deliberativas sobre a ANPPS e os Seminários de Divulgação dos Resultados do PPSUS. Conforme ilustram as declarações acima, estes problemas foram relacionados aos produtos obtidos em decorrência da realização das oficinas de prioridades, que refletiriam mais as necessidades da academia do que as necessidades do sistema de saúde.

Para estes entrevistados do grupo dos gestores estaduais e municipais do SUS, as oficinas para a definição das prioridades de pesquisa não estariam cumprindo a contento o papel de traduzir as necessidades dos gestores em relação às pesquisas a serem conduzidas nos estados. Além disso, também foram apontados problemas relacionados às diferenças de condução dos temas de C,T&I existentes entre os pesquisadores e gestores do SUS:

E aí, a gente questionava isso e o pessoal da gestão dizia muito é que o tempo, o timing de cada um é completamente diferente. A gestão precisa de uma resposta para ontem. A pesquisa dará uma resposta para depois de amanhã. E o pessoal de pesquisa não gosta de ser pressionado nesse aspecto. Então, tem uns problemas culturais e de dinâmica desses dois grupos que tinham que ser melhor trabalhados nesse processo. (Gestor Estadual da Saúde)

Embora estas críticas não tenham sido relatadas como geradoras de conflitos, como será visto mais adiante, este espaço institucional que deveria ser preenchido pelo debate sobre as prioridades tem repercussões sobre o processo de avaliação de resultados do PPSUS e sobre o uso que deveria ser feito com os resultados das pesquisas financiadas pelo programa, conforme consta nestes relatos:

O trabalho entre o conjunto de pesquisadores e os gestores pode ser melhorado. É bem sucedido do ponto de vista dos resultados? Não tenho dúvida. Consigo defender isso? Com um monte de relatos. Consigo defender isso de forma sistemática e transparente? Não. Tem estudos que fizeram avaliação do PPSUS, mas acho que não deram esse enfoque. O problema todo está em como as coisas são feitas para produzir os melhores resultados. São bons os resultados? Sim. A minha crítica é de dizer que isso tá tudo errado? Não, pelo contrário, não tenho nenhuma crítica, mas o que eu gostaria de proporcionar como visão de avanço é que é possível ir muito além disso. (Gestor Municipal da Saúde)

Algumas secretarias são extremamente não participativas, várias secretarias, tinha secretário que não conseguia entender, que não achava importante. Portanto, se o secretário de saúde não dá importância para o processo e não consegue priorizar o que sai da pesquisa, é claro que ele não vai usar o resultado. [...] O perfil das secretarias nisso atrapalhava ou ajudava, a gente não tinha muito para fazer. A gente tinha que aceitar os secretários que vinham, esse era o principal problema na incorporação de resultados por parte das secretarias, porque se o secretário não considerava relevante morreu. (Gestor Federal da Saúde)

Não obstante estas observações sobre o produto obtido com base nas oficinas para a definição de prioridades, prevaleceu entre os entrevistados a avaliação de que a ANPPS man-

teve a vinculação com os princípios constitucionais da descentralização e da autonomia dos estados, o que reforça a sua institucionalidade, na condição de instrumento, e a do PPSUS, como programa governamental de fomento às ações de C,T&I/S.

4.1.8 A elaboração e aprovação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde: a PNCTIS

Contrariamente ao que ocorreu com a ANPPS, o texto consolidado com as propostas elaboradas para a PNCTIS foi não apenas aprovado pelos participantes da plenária final da IIª CNCTIS como também foi objeto de deliberação pelo plenário do CNS (CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE, 2005).

Os responsáveis pela condução da PNCTIS assumiram como ponto de partida para o debate a crítica ao modelo linear do processo de inovação tecnológica e a contraposição “à ideia de fronteiras rígidas e tensões estruturais entre ‘pesquisa básica’ e ‘pesquisa aplicada’” (BRASIL, 2008b, p. 7). Havia nesse pressuposto o objetivo de ampliar o escopo da PNCTIS para todos os tipos de pesquisa, da básica até a operacional, estendendo-a aos campos do saber científico e tecnológico aplicados à saúde e aos aspectos metodológicos, qualitativos e quantitativos. Esta concepção foi determinante para a condução do PPSUS, como um programa de fomento descentralizado, provocando debates entre os participantes da implementação do programa, conforme pode ser verificado nas posições que polarizam o tema e que foram expressas pelos entrevistados no decorrer da investigação:

O MS tem uma preocupação com a pesquisa para a solução do problema e foi esse o conceito novo que o MS trouxe em 2003–2010 para um contexto no qual se valorizava muito a pesquisa básica. Há uma tradição de pesquisa básica no país, porque ela é possível fazer mesmo em situações de descontinuidade de investimentos. A pesquisa aplicada é muito cara e os pesquisadores acabam optando pela pesquisa básica, cuja finalidade é gerar conhecimento pelo conhecimento. O PPSUS busca a solução de problemas e não pesquisa para gerar conhecimento. O CNPq quer conhecimento pelo conhecimento (Gestor Federal da Saúde).

E começou a ter uma discussão....a agenda de pesquisa em saúde, de prioridades de pesquisa em saúde do MS, é a nossa agenda de prioridade de pesquisa em saúde [do CNPq]? A gente achava que sim em vários aspectos, mas às vezes a gente tinha dúvida quando chegava naquela pesquisa operacional... não que ela não tivesse valor, mas é este tipo de pesquisa que a gente quer financiar? ou aquela que tem um conteúdo maior de pesquisa básica ou inovadora? mas esta também é importante, às vezes vai fazer a grande diferença no serviço de saúde, no atendimento à população. Agora, se fosse consultar a comunidade científica de saúde, eu digo não da saúde coletiva, mas da Bioquímica, da medicina, etc., de outras áreas, imunologia, eles enxergariam isto como sendo uma responsabilidade só do MS, que o recurso do MCT não devia financiar aquele tipo de pesquisa. (Gestor Federal de C&T).

O documento aprovado na IIª CNCTIS defendia que o objetivo maior da PNCTIS e da Política Nacional de Ciência e Tecnologia (PNCT) consistiria em contribuir para que o desenvolvimento nacional se fizesse de modo sustentável, e com apoio na produção de conhecimentos técnicos e científicos, ajustados às necessidades econômicas, sociais, culturais e políticas do país (BRASIL, 2002b; 2008b). Para tanto, a PNCTIS delimitava que compunham o campo da pesquisa em saúde “os conhecimentos, tecnologias e inovações de cuja aplicação resulte em melhorias na saúde da população” (BRASIL, 2008b, p. 5) e resgatava a deliberação da 12ª Conferência Nacional de Saúde de que a PNCTIS compusesse “as políticas industrial, de educação e demais políticas sociais” (BRASIL, 2008b, p. 6). No decorrer da investigação, a PNCTIS foi descrita como uma política que ofereceu um novo rumo para as ações de fomento à C&T/S, ao vincular a produção do conhecimento à sua aplicação no SUS, conforme sintetiza este entrevistado:

A PNCTIS tem, na verdade, no seu bojo, aspectos norteadores, ela não é uma política operacional, como é por exemplo a Política Nacional de Atenção Básica. Ela trata muito mais de dar norte... uma função mais principiológica, mais de diretriz, e sob essas orientações é desenvolvido todo o sistema de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde do país. Então, aí entra toda uma dimensão riquíssima da produção em saúde, do complexo industrial de produção, entra o desenvolvimento e a produção de conhecimento para a saúde. E entra o intercâmbio entre a dimensão do conhecimento e a dimensão da prática, entre academia, entre a pesquisa e as políticas, seus níveis: gestão, no nível de formulação, no nível de implementação, seja ela coordenada ou não (Gestor Municipal da Saúde).

No que concerne ao diagnóstico realizado sobre os elementos de realidade que fundamentaram a proposta, a PNCTIS registrava que, embora mais de cinquenta por cento dos doutores atuantes no país naquele momento pertencessem à área da saúde, havia uma elevada concentração territorial da produção científica e tecnológica em saúde na Região Sudeste e em instituições universitárias e de pesquisa com missão específica. As pesquisas médica e odontológica concentravam-se em São Paulo, enquanto na área de saúde coletiva “a presença na Região Nordeste situa-se acima da média da participação dessa região para todas as áreas do conhecimento” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE, 2005, p. 49). Na outra face da situação, o documento-base da PNCTIS registrava que havia um quadro de incipiência de desenvolvimento de ações de C,T&I em serviços de saúde, nas instâncias gestoras do SUS e nas empresas privadas do setor produtivo, apesar de reconhecer a existência, no âmbito governamental, de “esforços para incrementá-las” (BRASIL, 2008b, p. 9).

O documento-base da PNCTIS assumiu a necessidade de enfrentamento dos seguintes problemas: (i) a maioria das pesquisas realizadas em saúde era de caráter predominantemente

bibliográfico-acadêmico, sendo que, para cada dez trabalhos publicados, encontrava-se uma pesquisa de natureza técnica, com resultado em algum tipo de registro; (ii) havia uma situação de inadequação de suporte para as atividades de proteção à propriedade intelectual e de reconhecimento de patentes; (iii) persistia uma pequena tradição de indução no fomento às ações de C,T&I e uma baixa capacidade de transferência de conhecimentos gerados nas instituições de ensino superior para os setores da indústria e de serviços, à qual se somava “a falta de uma política clara e de instrumentos adequados para induzir a transferência de conhecimento” (BRASIL, 2008b, p. 8).

Em que pese o reconhecimento de iniciativas bem sucedidas por parte do Ministério da Educação e Cultura (MEC), como o Banco de Dados do MEC, e do MCT para se associar, já àquela altura, às Bibliotecas Virtuais do Centro Latino-Americano e do Caribe de Ciências Sociais da Saúde, da Organização Pan-Americana de Saúde (BIREME/OPAS), o documento-base da PNCTIS relatava a insuficiência de formas de comunicação, de disseminação e de difusão de informações científicas e tecnológicas para a gestão do SUS, que fossem acessíveis e compreensíveis tanto ao público leigo quanto aos profissionais de saúde. De acordo com o documento da PNCTIS, esta situação de insuficiência tinha repercussões negativas sobre a utilização do conhecimento produzido, dado que tanto dificultava as ações de controle e de participação social por parte da população quanto a socialização da produção científica e tecnológica em “prol da equidade” (BRASIL, 2008b, p. 10). A fim de orientar a organização das ações de C,T&I/S para superação desse quadro de insuficiência no quesito comunicação das informações científicas, a PNCTIS propunha três grandes linhas de ação, que envolviam: (i) a formação de recursos humanos em C,T&I/S; (ii) o complexo produtivo em saúde e (iii) o fomento à pesquisa em saúde (VIANA, 2013).

As propostas para a formação de recursos humanos em C,T&I/S do documento-base da PNCTIS reconheceram a relevância do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) e a descentralização geográfica dos programas de pós-graduação *stricto sensu* como fatos promissores, produzidos na década de 1990, para a correção da intensa concentração geográfica de recursos humanos em pesquisa. A PNCTIS agregava, contudo, a necessidade de que a descentralização praticada nos programas de pós-graduação *stricto sensu* se fizesse acompanhar de fluxos sustentados de recursos para as Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, conforme previsão feita, já àquela altura, na operacionalização dos fundos setoriais do MCT. A manutenção de recursos estáveis também poderia contribuir para elevar o número de bolsas para a formação e a fixação institucional de novos pesquisadores e elevar as “oportunidades disponíveis de capacitação para formular demandas de C,T&I/S a partir das neces-

sidades e dos problemas do sistema, dos serviços de saúde e da utilização da produção científica e tecnológica no aprimoramento de programas e ações de saúde” (BRASIL, 2008b, p. 10).

O conteúdo propositivo da PNCTIS para o Complexo Produtivo da Saúde visava organizar o enfrentamento governamental para um contexto composto, majoritariamente, pelos seguintes elementos:

- Persistência de *deficits* significativos na balança comercial brasileira, em razão das importações de produtos destinados à produção interna da indústria química, da indústria farmacêutica e de biotecnologia e da indústria mecânica, eletrônica e de materiais;
- Dificuldades para uma evolução favorável das atividades de P&D pelo setor privado, causadas pela ausência de uma política industrial, por um ambiente econômico e financeiro desfavorável aos investimentos privados de risco em P&D e pela escassez de recursos públicos;
- Processos de obtenção de patentes ou *copyright* caracterizados como onerosos e demorados, condição agravada pelo reduzido valor da propriedade intelectual, pelos altos preços dos produtos patenteados e pela baixa renda da população.

A PNCTIS propunha a organização de movimentos voltados para a elevação de investimentos seletivos em P&D, capazes de garantir a autonomia do país e de buscar a autossuficiência nos setores vulneráveis e que são fundamentais para o SUS, como por exemplo, o de produção de vacinas. O documento apontava também que o setor de produção de vacinas poderia ser caracterizado por “base científica e tecnológica intensa, tem alto custo fixo de produção, ciclo produtivo longo, concentração de produtores, ampliação constante do leque de produtos, exigências regulatórias fortes e o setor público como principal comprador” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE, 2005, p.51).

A PNCTIS colocava a necessidade de promoção da articulação entre o SUS e o sistema de inovação, assim como a criação de mecanismos adequados de indução na transferência do conhecimento científico para o setor produtivo. Nesta perspectiva, esperava-se realizar o enfrentamento da baixa capacidade indutora na definição de prioridades de pesquisa em saúde das agências de fomento do MCT e do MEC, embora a PNCTIS reconhecesse o legado da trajetória institucional dessas agências, particularmente no que se refere à transparência na execução das ações.

O diagnóstico presente na PNCTIS contemplava ainda a insuficiência do esforço governamental para fomentar a pesquisa em saúde, tanto no que tange ao financiamento de

ações de investimento quanto às ações de custeio. Em termos comparativos, o documento registrava que, à época, o MS “participa com cerca de 20% do total de desembolso público na pesquisa em saúde, enquanto o Ministério da Agricultura, por meio da Embrapa, comparece com quase o dobro (39%)” (BRASIL, 2008b, p. 13). A insuficiência no financiamento para a pesquisa em saúde contava com o agravante de que, sob o aspecto da gestão governamental das ações de P&D, constatava-se a incipiência da articulação entre as múltiplas agências de fomento existentes, tanto na esfera federal, representada pelo MS e pelo Ministério de Ciência e Tecnologia, quanto na esfera estadual, entre as FAPs e as SES, o que contribuía para “a baixa capacidade de transferência de conhecimento novo para as indústrias, sistemas e serviços de saúde, e para a sociedade em geral” (BRASIL, 2008b, p. 14).

Em síntese, a PNCTIS registrava a existência de obstáculos importantes para o “aproveitamento integral de suas capacidades [das agências de fomento]” (BRASIL, 2008b, p. 15), como a descoordenação, a desarticulação e a insuficiente regulação governamentais, que se associavam aos escassos mecanismos de controle social. As propostas da PNCTIS para o fomento às ações de saúde procuraram resgatar formulações anteriores, que estavam presentes na agenda das conferências do setor saúde e nos eventos importantes na área de C,T&I/S desde a realização da Iª CNCTIS (CAETANO et al., 2010), enfatizando os aspectos de complementaridade e o potencial de sinergia entre o MS e o MCT. Entre as propostas da PNCTIS duas são importantes para a presente análise: a afirmação da posição central do MS no fomento às ações de C,T&I/S e a reestruturação coordenada das ações de fomento.

A afirmação da posição central a ser assumida pelo MS na estruturação do fomento à pesquisa em saúde, com a finalidade de aumentar a capacidade indutora em P&D e aproximá-la das necessidades da política de saúde foi defendida por um dos entrevistados como se segue:

A ideia de fundo é que quem tem que comandar a pesquisa de saúde no Brasil é o MS. Essa é a ideia de fundo. Não é comandar porque quer comandar, é porque é importante que a agenda de pesquisa em saúde se aproxime da agenda da política em saúde. A gente tem dois bons exemplos de órgãos que comandam verticalmente segmentos de atividades científicas e tecnológicas. Um deles é na área de petróleo e gás, que é a Petrobras que comanda. E o outro é a Embrapa, que é vinculada ao Ministério da Agricultura, ela é quem comanda... não que ela trate de tudo, o CNPq bota dinheiro, a FINEP bota dinheiro, mas o eixo, a coluna vertebral da investigação agropecuária no Brasil, inclusive de porte acadêmico, é dada pela Embrapa, isso aí não tem conversa. (Gestor Federal da Saúde)

A proposição da reorganização das ações de fomento, no sentido de procurar extrair do MS a capacidade de induzir as ações de P&D em saúde e obter, do MCT, a capacidade de

mobilizar a comunidade científica tem sido construída pelo DECIT e o CNPq foi explicada pelos entrevistados da seguinte forma:

A minha impressão é que funciona muito bem [a reorganização das ações]. Em primeiro lugar, porque o CNPq funciona muito bem. Tem uma boa burocracia, tem seus limites, tem seus problemas, mas de um modo geral funciona bem. Tem um quadro de pessoal qualificado, tem rotinas bem estabelecidas. O CNPq desde que foi fundado, lá nos anos cinquenta, tem uma influência muito grande da comunidade científica. No fundo a comunidade científica que comanda, então tem um bom funcionamento. (Gestor Federal da Saúde)

Neste contexto, há o reconhecimento de que parceria estabelecida entre MS e MCT para a implementação do PPSUS tem sido bem sucedida, mas poderia agregar outros ministérios, como expresso por um dos entrevistados:

Eu já estranho que outros ministérios não participem, eu já estranho é que, por exemplo, além do MCTI, o MEC não participe [do PPSUS]. Ainda não é óbvio, mas eu acho super natural que o MCTI tenha essa parceria nesse movimento de ampliação da capacidade nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação. Acho também que, para falar em exemplos de êxito, acho também que é um bom exemplo de articulação interorganizacional no âmbito do governo federal. (Gestor Municipal da Saúde).

4.1.9 A realização da IIª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde: a IIª CNCTIS

A IIª CNCTIS ocorreu em Brasília, no período de 25 a 28 de julho de 2004, tendo como tema “Produzir e aplicar conhecimento na busca da universalidade e equidade, com qualidade da assistência à saúde da população” (BRASIL, 2004d, 2005). A realização da IIª CNCTIS havia sido objeto de deliberação da IXª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2000, e se constituiu como um evento político que mobilizou diferentes segmentos gestores e organizacionais, cuja participação envolveu a elaboração de propostas voltadas para a consolidação das “políticas nacionais orientadoras da pesquisa em saúde” (GUIMARÃES, R. 2004, p.377).

A coordenação da IIª CNCTIS foi compartilhada entre o DECIT, o MCT e o MEC. A coordenação geral foi exercida pelo diretor do DECIT, Reinaldo Guimarães, com duas coordenações adjuntas, exercidas por Ana Lúcia Assad, representante do MCT e por Jorge Guimarães, representante do MEC (CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE, 2005).

A realização da IIª CNCTIS foi precedida de um momento preparatório, durante o qual ocorreram 24 conferências estaduais, 284 conferências municipais e 106 conferências regionais de C,T&I/S (CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVA-

ÇÃO EM SAÚDE, 2005), abrangendo, na sua totalidade, aproximadamente, 15.000 participantes, entre os atores envolvidos com o tema da pesquisa em saúde e os representantes institucionais (GUIMARÃES et al., 2006). Neste contexto de mobilização, cumpre registrar que apenas três estados, Roraima, Tocantins e Goiás, não realizaram suas conferências estaduais de C,T&I/S previamente à participação das delegações na IIª CNCTIS (CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE, 2005).

Entre as pré-conferências realizadas nos estados, dez delas foram realizadas em capitais e 167 pré-conferências foram realizadas na Região Nordeste, incluindo-se nesses números as conferências de caráter regional e municipal. A IIª CNCTIS contou com 644 participantes, sendo a maioria pesquisadores em saúde, coordenadores de cursos de graduação, gestores de hospitais universitários e representantes das principais sociedades científicas (GUIMARÃES et al, 2006). Foram inscritos 431 delegados com direito a voz e a voto assim distribuídos: 299 delegados do setor da saúde; 62 delegados do setor de ciência e tecnologia e 70 delegados do setor da educação (CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE, 2005). Como o debate e as deliberações sobre a PNCTIS e sobre a ANPPS eram os temas centrais da IIª CNCTIS, estes foram, igualmente, os temas centrais a serem debatidos em profundidade pelas conferências preparatórias para a IIª CNCTIS, com base nas propostas preliminarmente elaboradas pelo DECIT (GUIMARÃES et al., 2006).

Com o objetivo de organizar os pontos de debate entre os conferencistas, os documentos propostos pelo DECIT contiveram 56 itens, que apresentavam as propostas para a PNCTIS e para as sub-agendas da ANPPS (GUIMARÃES et al., 2006). Estes dois documentos foram analisados pelos participantes das conferências estaduais e municipais, que enviaram suas propostas de alteração dos textos, posteriormente sistematizadas por um grupo de 31 relatores. O grupo de sistematização trabalhou no momento que antecedeu a realização da IIª CNCTIS, dando origem ao documento que se constituiu no objeto de análise e de orientação para os debates ocorridos durante a realização da conferência nacional (CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE, 2004d; BRASIL, 2010a; GUIMARÃES et al., 2006).

A IIª CNCTIS foi organizada no sentido de contemplar, em cada um dos três dias do evento, cada um dos grandes temas que aglutinavam o interesse dos atores envolvidos com a temática de C,T&I/S. No primeiro dia a plenária enfocou a PNCTIS, no segundo dia, o debate contemplou a ANPPS e a plenária do terceiro dia foi dedicada às deliberações finais do evento (CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE, 2005).

A realização da IIª CNCTIS passou a ser reconhecida no setor saúde (GUIMARÃES, 2006a; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007) como um marco político-institucional para a estruturação das ações de C,T&I/S no país, particularmente por acontecer num momento no qual eram grandes as expectativas dos atores setoriais frente à gestão governamental que se iniciava. O momento de realização da IIª CNCTIS integrou um cenário privilegiado para a demarcação dos posicionamentos dos principais atores envolvidos com a condução da política setorial, o que, de fato ocorreu. Neste cenário de intensa participação político-institucional e de reflexão sobre os rumos na área de C,T&I/S, a atuação do DECIT pautou-se pela defesa de propostas que se voltavam para a reestruturação do setor, entre as quais podem ser destacadas¹³:

- A proposta de reafirmação dos compromissos assumidos pela Iª CNCTIS, no tocante à necessidade de que a política de ciência e tecnologia se constituísse como um componente da política de saúde, fundamentada na busca da equidade como eixo orientador das prioridades de pesquisa e na sustentação de padrões elevados de ética na prática da pesquisa;
- A proposição de que os eixos condutores da PNCTIS contemplassem uma visão extensiva da pesquisa prioritária em saúde, incluindo todos os elos da “cadeia do conhecimento”, procurando assegurar uma visão inclusiva para os quatro grandes conjuntos de pesquisadores do país (biocientistas, pesquisadores da saúde coletiva, pesquisadores clínicos e pesquisadores em P&D no âmbito do complexo industrial da saúde);
- A alteração do modelo de gestão da política de ciência e tecnologia, com novas ferramentas de gestão e de fomento, que ganhariam materialidade com a criação de um órgão de fomento próprio para a PNCTIS, vinculado ao gestor federal da saúde, mediante a criação de uma agência. Esta estrutura governamental teria a atribuição de “realizar as operações de financiamento à pesquisa científica e tecnológica e de coordenar as ações de avaliação tecnológica necessárias ao avanço do SUS” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE, 2005, p. 24). Por determinar a criação de uma nova agência governamental, esta proposta constituiu-se como um dos grandes temas de dissenso no cenário de implementação da PNCTIS no período 2003–2010.

¹³ Estas propostas integram o pronunciamento de abertura da conferência, feito por Reinaldo Guimarães, diretor do DECIT e coordenador-geral da IIª CNCTIS (CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE, 2005).

Os dilemas em torno da criação da agência foram relatados por entrevistados do segmento federal, nos seguintes termos:

E tinha também uma discussão na época sobre a criação de uma agência nacional de pesquisa pelo SUS. Acho que chamava ANAPSUS. Tinha uma proposta de uma agência. E na época tinha pouco recurso, então a discussão era: você precisa de uma nova agência ou precisa compor os interesses, já que você tem pouco dinheiro? Você vai montar outra estrutura, gastar um monte de dinheiro, contratar gente, isto tudo, infraestrutura? Então, tinha uma discussão em torno disso. (Gestor Federal de C&T)

Uma divergência foi a criação de uma agência, que foi derrotado na conferência, por um equívoco político, também falta de habilidade na condução... era a criação de uma agência de fomento ligada ao MS, mas teve uma oposição muito grande de todo o MCTI, não só do CNPq. Como também a Fiocruz se posicionou contra. Isso foi muito forte em 2004, mas a proposição foi derrotada na conferência. (Gestor Federal da Saúde)

Por fim, o DECIT defendeu que a política de pesquisa em saúde enunciasse suas prioridades, mediante a aprovação de uma ANPPS. À exceção do conflito gerado em torno da proposição de uma agência de fomento própria para a implementação da PNCTIS, as demais propostas apresentadas pelo DECIT geraram mais consensos do que conflitos nos debates realizados durante a IIª CNCTIS, que se expressaram no conteúdo da ANPPS, do PPSUS e da PNCTIS, sendo esta última aprovada pelo plenário da IIª CNCTIS.

4.1.10 O lançamento do Programa de Pesquisa para o SUS: o PPSUS

É num contexto que envolve, quase simultaneamente, a criação e a estruturação da SCTIE, a reestruturação do DECIT, a realização da IIª CNCTIS, a publicação da ANPPS e da PNCTIS, que ocorreu o lançamento do Programa de Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em Saúde – o PPSUS.

O PPSUS foi lançado como um programa governamental de fomento à pesquisa em saúde, cujo objetivo geral consiste em “apoiar financeiramente o desenvolvimento de pesquisas que objetivam contribuir para a resolução dos problemas prioritários de saúde da população brasileira e para o fortalecimento da gestão do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2006a, p. 13).

No contexto do fomento governamental às pesquisas na área de C&T/S, o PPSUS é considerado um programa inovador (ARANHA, 2012), que foi objeto de um elaborado desenho programático, capaz de diferenciá-lo dos demais programas governamentais de fomento à pesquisa em saúde essencialmente por dois fatores: (i) pelo financiamento de projetos de pesquisa voltados para a resolução de problemas no SUS (BRASIL, 2006a; BORTOLLI; MO-

RAIS; MOTTA, 2011), característica que o qualifica como um programa de fomento à pesquisa de natureza operacional, cujo objetivo central consiste em gerar conhecimento para ‘resolver problemas’; (ii) pela presença e a participação dos gestores do SUS nas etapas decisórias do programa (GUIMARÃES, R. 2004; BRASIL, 2006a, 2006c, 2014; GUIMARÃES, 2006), cuja perspectiva consiste em tentar integrar a produção do conhecimento e as necessidades do setor saúde, mediante a criação de vínculos entre as áreas produtoras de conhecimento e as definidoras de políticas (PELLEGRINI FILHO, 2004).

Ainda no contexto de formulação do PPSUS cabe destaque a ênfase conferida pelo conteúdo normativo do programa à descentralização e à intenção de fortalecer ações voltadas para o princípio constitucional da equidade, que envolve a liberação de recursos para estados sem tradição na realização de pesquisa, decisão que contou com oposições, mesmo no âmbito do setor saúde, conforme atesta o relato feito por um dos entrevistados:

Sempre há, e aí não é um problema só do PPSUS é o problema de uma determinada concepção ideológica acerca de pesquisa científica e tecnológica... porque dizia que fazer o PPSUS era um pouco jogar dinheiro fora porque não havia massa crítica suficiente em comunidades científicas tão periféricas como no caso de algumas unidades da federação do nordeste, do norte, eventualmente até do centro-oeste. Quer dizer, isso foi devidamente superado porque na concepção do MS e na concepção das Secretarias de C&T e de Saúde dessas unidades da federação, essa postura ideológica não tinha passagem, evidente. (Gestor Federal da Saúde)

A descentralização e a equidade são mudanças institucionais presentes no arcabouço da CF-88 e o fato de terem sido claramente assumidas pelo PPSUS é um fator que contribuiu para o reconhecimento da institucionalidade obtida pelo programa ao longo da sua implementação.

Há, de fato, uma forte associação entre os compromissos assumidos pelo PPSUS e a concepção descentralizadora do Estado e do Sistema de Saúde presentes na CF-88. A descentralização postulada pela CF-88 previu a existência de entes federados autônomos, que mantinham entre si relações horizontais, cujas responsabilidades foram reforçadas pela legislação e pela normatização específica do setor saúde (ABRÚCIO, 2002; ARRETCHE, 2002), como as Leis Orgânicas do SUS, nº 8080/90 (BRASIL, 1990a) e nº 8142/90 (BRASIL, 1990b), e as Normas Operacionais Básicas (NOBs), publicadas durante a década de 1990.

Como já relatado, o processo de elaboração da ANPPS (BRASIL, 2009) e a realização das Conferências de Ciência e Tecnologia em Saúde, em 1994 e 2004 oferecem evidências sobre a aplicação do princípio da descentralização no cenário de implantação das ações de C&T/S ao longo de década de 1990, que foram contempladas pelo PPSUS. A ANPPS é considerada fundamental no desenvolvimento das ações do PPSUS, dado que é o instrumento

balizador das etapas conduzidas no nível federal e em cada estado, para a definição das prioridades de pesquisa que se constituem em objeto de projetos de pesquisa dos pesquisadores locais:

Justamente por ser um movimento que, pela primeira vez, o SUS fazia de tentar induzir no rol de pesquisas, pesquisas que viessem ao encontro das necessidades do SU..., era uma tentativa de inverter uma agenda ou de criar uma agenda, já que ela não existia até então, mais estruturada, mais orgânica ao SUS. Não vamos dizer que o ministério nunca fazia, o ministério fazia, mas era o ministério não era o SUS, o Sistema Único de Saúde. Então ele foi o primeiro movimento, enquanto Sistema Único de Saúde, tripartite, de pensar numa agenda de pesquisa, esta era a grande inovação. Foi a grande inovação e é até hoje. (Gestor Municipal da Saúde)

A ANPPS, a PNCTIS, as Conferências de Ciência e Tecnologia em Saúde e o PPSUS compartilharam o projeto de descentralização e de equidade no acesso às ações do setor saúde aspirado pela sociedade brasileira e contemplado na CF-88, o que explica a institucionalidade atribuída ao programa. Além do fator temporal entre os eventos e das evidências obtidas mediante a realização da análise documental, os relatos dos entrevistados obtidos no decorrer desta investigação confirmaram esta vinculação.

Para os entrevistados, gestores públicos que participaram da formulação e da condução da implementação do PPSUS no período compreendido entre 2003 e 2010, a trajetória do programa foi demarcada tanto pelos princípios constitucionais da descentralização, da busca na equidade no acesso ao SUS e da igualdade de oportunidades em pesquisa em saúde no território nacional, quanto por motivações que tiveram foco na resolução de problemas de gestão e nos ganhos de organização do SUS:

É justamente esta construção ascendente [do PPSUS]. Este movimento de construir por meio de oficinas nos Estados e construir a necessidade, fazer uma leitura de necessidade, a partir daí, ela totalmente inverte à lógica de um programa construído verticalmente, isso é o ganho, esta participação da gestão local do SUS, estados e municípios ela muda totalmente. (Gestor Municipal da Saúde)

Nestes termos, os relatos confluíram, cada um a seu modo, para explicar o modelo de gestão descentralizada adotado para o PPSUS:

Primeiro lugar, não é uma desconcentração, é uma descentralização do processo decisório. Ter um comitê gestor lá que decide que projeto não será aprovado e a decisão sobre o que pesquisar, é dos estados. A outra coisa é a gestão compartilhada... o ineditismo de uma parceria da área de saúde com a área de ciência e tecnologia. Nesses estados eles nem se conversavam, nem sabiam que o outro existia. (Gestor Federal da Saúde)

Outra questão era no modelo mesmo, que fosse o modelo com as temáticas sendo decididas pelas Secretarias Estaduais de Saúde, isto era muito importante para eles [DECIT], assim: cada Estado decide a sua prioridade, tem de fazer o seminário de prioridade estratégica. E eu lembro muito deles insistindo nisto. (Gestor Estadual de C&T)

Outro entendimento que contribui para a compreensão do efeito produzido pelo encaideamento dos eventos que antecederam o PPSUS, no que tange à sua institucionalidade é relativo ao componente da equidade presente no seu conteúdo programático. Com efeito, a preocupação com a equidade nas condições de acesso às ações e serviços governamentais como fator de redução das disparidades existentes entre as regiões do país está expressamente declarada na CF-88, sendo reproduzida no documento da PNCTIS e no documento de diretrizes do PPSUS, tendo sido também previamente adotado no Projeto Gestão Compartilhada em C&T em Saúde. Viana et al. (2011) analisaram o contexto de extrema desigualdade entre os estados da federação no acesso às ações de C,T&I e avaliaram que a superação dessas iniquidades é uma das estratégias a ser considerada pela PNCTIS, cujo principal foco consiste na “articulação entre as ações federais, estaduais e municipais no fomento de iniciativas de produção de conhecimento científico, fundamentadas nas necessidades regionais” (VIANA, 2011, p. 70). Outro aspecto que distingue o PPSUS no contexto do fomento à C&T/S, destacado durante as entrevistas são os objetivos de gerar conhecimento para ser aplicado na resolução de problemas do SUS, conforme a descrição abaixo:

No MS buscam-se resultados e uma vez finalizada uma pesquisa é aí que começa o nosso trabalho. Para nós, os recursos são escassos, as pesquisas têm que fazer algum sentido, melhorar de alguma forma a vida das pessoas. Os órgãos de fomento generalista pensam diferente, é o conhecimento pelo conhecimento. (Gestor Federal da Saúde)

Para tanto, as organizações envolvidas na implementação do PPSUS têm procurado assegurar que os projetos fomentados pelo programa sejam balizados pela ANPPS, numa expectativa de que a adequação aos problemas loco-regionais de saúde contribua para elevar as chances de que os resultados das pesquisas financiadas pelo PPSUS sejam incorporados aos sistemas estaduais de saúde. Contudo, como já destacava o estudo realizado por Aranha (2012):

A orientação do fomento para projetos de pesquisa relacionados aos problemas atuais de saúde não garante, por si só, a disseminação dos resultados e o seu uso no campo da saúde, em programas, políticas e serviços de saúde (ARANHA, 2012, p. 21)

Assim, o PPSUS tem se pautado não apenas pela procura de combinar a seleção e o financiamento de projetos de pesquisa adequados às demandas identificadas na ANPPS. O desafio maior do PPSUS consiste em, além de fomentar o conhecimento científico mediante o financiamento de projetos setoriais, disseminar estes resultados, com o objetivo de que o conhecimento gerado pelos projetos de pesquisa por ele financiados seja incorporado ao SUS, sendo esta a perspectiva presente nas falas de todos os entrevistados, dentre as quais:

A minha dúvida é: o último passo decisivo, que é para que o PPSUS foi criado. Algumas destas pesquisas, elas realmente conseguem ser aplicadas? Por exemplo, pelo PPSUS eu consegui desenvolver um kit de diagnóstico mais barato. O SUS paga, por exemplo, 200 reais no exame de carga viral para hepatite C. Se eu consigo desenvolver um kit com o projeto do PPSUS e este kit passa a 50 reais, significa que eu posso atender muito mais pacientes com aquela carga viral de hepatite C. Com esta carga viral eu consigo diminuir a quantidade de tempo que o MS é obrigado a dar os medicamentos, pode dar uma pausa de 6 meses; estes medicamentos custam mil reais ou mais e você está economizando 6 mil com o paciente Este tipo de raciocínio eu gostaria de ver no PPSUS.... o PPSUS foi um dos pioneiros tanto na busca das contrapartidas estaduais para a pesquisa, como o de conseguir montar linhas de pesquisa, em áreas prioritárias e conseguir chegar lá no final. Agora, se a maioria desses projetos, que é um grande risco nosso, se eles estão realmente virando um produto e sendo colocados numa prateleira e aí não é produto físico, pode ser o software de melhor gestão, pode ser uma avaliação de desempenho de recursos humanos para o SUS de uma determinada área; então são muitas coisas que podem estar realmente melhorando o serviço de saúde no Brasil. Quem trabalha com o PPSUS, que está na linha de frente é que tem de ter esta autocrítica se isto está acontecendo, porque o PPSUS está muito perto para isto acontecer. Talvez seja um próximo passo que tem de ser dado com mais firmeza, talvez isso não seja capilarizado para que realmente seja um retorno para o paciente do SUS ou para economia de governo, para melhorar a qualidade de vida das pessoas. (Gestor Estadual de C&T).

Eu acho que ele tem que introjetar nos gestores do SUS, inclusive do próprio MS Começando por dentro, fazer chegar isso aos estados e municípios, da importância dos produtos que tão sendo conquistados. Se não introjetar, você não ganha as pessoas, se você não ganha as pessoas, isso não vira prioridade... pode ser citado, vai colocado no cantinho lá, mas não vai virar uma prioridade, portanto não vai se efetivar, era um movimento mais intenso, maior, e mais denso para poder vencer as pessoas da importância desse processo. Falta isso. Porque termina ficando na área que é afeta ao projeto e dali não sai. É muito comum isso aqui em Brasília. Tem algumas discussões aqui que são muito lindas, muito bonitas, muito bem feitas. Aí eu termino e pergunto, bom, está tudo resolvido, pergunta que ninguém responde: como é que isso vai chegar lá na ponta? Porque de discussão teórica o Brasil está cheio, como é que essa discussão aqui vai chegar na ponta. Eu quero que o que discutido aqui no CONASS seja possível de ser efetivado lá onde está o serviço. Porque eu faço um belo projeto de atenção primária, aí teoricamente é bonito, usou vários livros, mas e aí o que que ele gera de mudança para o sistema? Se ele não gerar efeito nenhum pra mim ele não tem esse valor todo não. (Gestor Estadual da Saúde)

Para contextualizar, o PPSUS foi formulado num contexto político e organizacional de mudanças institucionais na área de C,T&I/S (GUIMARÃES, R. 2004; GUIMARÃES *et. al*, 2006). Esse contexto contribuiu para que a formulação do programa tenha se caracterizado por um detalhado desenho programático (BRASIL, 2006a, 2014), que oportunizou a sua implementação num ambiente organizacional tanto marcado pela intersetorialidade, quanto pelos aportes orçamentários expansivos e pela precisa coordenação interorganizacional, fatores que contribuíram para a criação de expectativas favoráveis no que concerne à obtenção dos resultados pretendidos pelo programa. No contexto nacional, o PPSUS diferencia-se dos demais programas governamentais de fomento em razão de, basicamente, quatro características:

1. Provocou alterações nas regras de julgamento de projetos de pesquisa para a saúde que prevaleciam no país há mais de cinco décadas:

O que dá credibilidade ao PPSUS são as várias fases do julgamento: primeiro tem enquadramento das propostas pelas FAPs, fase dos ad-hocs, depois a Comissão de Especialistas, e depois o Comitê Gestor. Isso dá a credibilidade de não privilegiar amigos nos julgamentos. (Gestor Federal da Saúde)

Mas o que foi muito importante foi a postura do DECIT por definir que o processo de seleção era responsabilidade do CNPq, nós não vamos dizer contrate fulano ou cicrano. (Gestor Federal da Saúde)

O mais importante é que nós temos um know-how em fazer este tipo de coisa. Onde o CNPq está, a comunidade aceita o resultado, é claro que há questionamentos, mas não se questiona o processo de julgamento dos projetos. Então este é o aspecto principal. E o outro é a facilidade que a gente tem utilizando os instrumentos do dia a dia de fazer parcerias, repasse de dinheiro, ajudar na montagem de comitê, nas prioridades. (Gestor Federal de C&T)

O lançamento dos editais, a seleção dos projetos... na seleção inclusive, em cada Estado sempre o CNPq e o DECIT estavam presentes. Porque uma seleção era feita em etapas. Primeiro os consultores ad hoc olhavam o projeto, depois faziam um ranqueamento preliminar em cada FAP e depois tinha uma reunião com o DECIT e o CNPq em cada estado para validar o ranqueamento final. Sempre foi uma participação de co-distribuição de forças e com a influência de cada parte pela importância do papel de cada um nesse processo, inclusive com a locação de recursos; cada parte colocava dinheiro, então isso dá um espaço também de poder dentro dessa articulação entre as três entidades, o DECIT, o CNPq e o CONFAP. (Gestor Estadual de C&T)

2. Assumiu cobertura nacional, estando presente em todas as unidades da federação:

Em 2004, começa a expandir o PPSUS para todos os estados, numa política. (Gestor Federal da Saúde)

O tema que movia a conversa, além de discutir as implicações da implantação do PPSUS, era como fazer a mobilização para que todos os estados do Brasil despertassem para a importância dessa política. PPSUS era um meio de você colocar um financiamento, uma condição financeira que pudesse financiar, para poder estimular os estados, mas como colocar na cabeça de cada gestor de que essa área é fundamental e ela tem que ser desenvolvida. (Gestor Estadual da Saúde)

Olha, um deles era o envolvimento, que eles [o DECIT] achavam importante, o envolvimento dos diversos estados. Talvez até muito mais do que o aporte de recursos adicionais que cada estado fazia, via cada FAP, eles estavam mais interessados na participação; então isto sempre foi marcante nessas pessoas todas, eles sempre foram muito enfáticos neste ponto. (Gestor Estadual de C&T)

3. Expandiu, de forma marcante, seus recursos orçamentários:

Talvez isto tenha sido o grande produto que a gente deixou ao sair do PPSUS, foi ter mais que dobrado o orçamento, mais que dobrou, triplicou o orçamento; ter aumentado a capacidade de investimento do Estado duas vezes maior que o próprio Ministério colocava. Os estados se encantaram num determinado momento. Eles viram ali uma possibilidade de executar bem o recurso. (Gestor Federal da Saúde)

4. Produziu, de modo crescente e estável, projetos de pesquisa e, no mesmo ritmo, viabilizou concessões de bolsas para alunos de pós-graduação (BRASIL, 2010A):

A gente começou a ver que era muito grande o número de gente defendendo Mestrado e Doutorado com recursos do programa. A gente ia para o seminário final de apresentação do resultado de pesquisa nos Estados e o coordenador dizia - uma coisa que em princípio não nos interessava: esta pesquisa gerou dois artigos, participou num congresso internacional, financiou uma Tese de Mestrado, uma de Doutorado, três de especialização, dois PIBIC... (Gestor Federal da Saúde)

Então, como esse tem diversos outros, porque o PPSUS alimentou também muito, muito projeto de mestrado, projeto de doutorado. (Gestor Municipal da Saúde).

Após o PPSUS ter sido lançado com um valor total de recursos aprovados que, na sua primeira edição, em 2004, representava R\$ 3,5 milhões, o programa passou para 25 milhões na segunda edição, em 2005, 38 milhões na terceira edição, em 2008 e atingiu 74 milhões na última edição analisada por este estudo, que se encerra em 2010. No mesmo período, o PPSUS passou de 147 projetos de pesquisa financiados, em 2004, para 518 projetos de pesquisa, ao final de 2005, 606 projetos ao final de 2008 e 746 projetos de pesquisa ao final de 2010 (Pesquisa Saúde, 2014).

No período 2003–2010, o PPSUS financiou 1930 projetos de pesquisa nos 27 estados da federação, que envolveram inúmeros agentes públicos e pesquisadores da área da saúde (Pesquisa Saúde, 2014). Neste período, a expansão do PPSUS motivou grande interesse de análises institucionais (BRASIL, 2006c, 2010a; BORTOLLI; MORAIS; MOTTA, 2011; TOMA et al., 2011) e acadêmicas (OLIVEIRA, 2008; PATROCLO, 2011; PETERS, 2013), nas quais já se revelavam preocupações acerca das dificuldades do PPSUS em evidenciar seus resultados, que deveriam estar sendo obtidos na descentralização decisória do programa, na redução das iniquidades e na viabilização do uso dos resultados das pesquisas financiadas pelo programa no SUS.

Neste aspecto, cumpre lembrar que o documento de diretrizes define o PPSUS como um programa que “visa contribuir para o incremento científico e tecnológico em saúde no país e para a redução das desigualdades regionais nesse campo” (BRASIL, 2006a, p. 7), entendimento este confirmado durante a investigação, conforme atesta o relato:

Primeiro, porque ele é uma ação de Estado e não de Governo. Ele está no PPA. Isto já fortalece o programa. Ele tem uma participação financeira federal e também estadual, que também fortalece o programa. E ele respeita as desigualdades regionais, porque cada Estado define qual é a temática que vai ser abordada num determinado Edital. (Gestor Federal de C&T)

Tanto a literatura normativa do PPSUS (BRASIL, 2006, 2009, 2014) quanto os autores que se dedicaram a analisar a trajetória do programa (OLIVEIRA, 2008; BORTOLLI; MORAIS; MOTTA, 2011; PETERS, 2013) descrevem a implementação do PPSUS como decorrente da organização de ações descentralizadas de fomento financiadas pelo MS e gerenciadas pelo MCTI, em etapas que requerem estreita coordenação interorganizacional não

apenas entre estes dois ministérios, no âmbito federal, mas entre as FAPs e as SES. Conforme os relatos obtidos, esta modalidade de organização interorganizacional e intersetorial, por um lado envolveu dificuldades de diversas ordens, mas por outro lado, viabilizou a implementação do programa:

A FAP já participa no segmento pós finalizada a parceria com o MS, que é um Termo de Convênio que o CNPq faz com cada uma das FAPs. Este interlocutor ele é extremamente variável, este é um dos problemas das fundações de pesquisas estaduais porque não tem corpo técnico perene, permanente. Quando a interlocução começa a ficar razoável vem uma pessoa que não entende absolutamente nada desse litígio jurídico, de PPSUS e de sistema. (Gestor Federal de C&T)

Claro que existe uma variação muito grande no modo de funcionamento, na capacidade de financiamento, nas burocracias das FAPs e tudo mais, mas com relação ao PPSUS se não fossem as FAPs a gente não fazia o programa. Elas têm sido um elo absolutamente essencial na condução do Programa. Inclusive porque o caminho do fomento ele é um caminho que passa pelo CNPq e chega a elas, e o CNPq intermediava essa questão porque o CNPq é um órgão que tem convênios com todas elas, convênios do tipo guarda-chuva, e o PPSUS é certamente um pequeno aditivo que se faz a esses convênios. Então, na medida em que uma FAP não funcione, e é possível que tenha havido situações em que ela funcionou mal, o programa foi mal. Onde ela funcionou bem o Programa foi bem. (Gestor Federal da Saúde)

O formato de indução é o tradicional, é o formato das FAPs, da FAPESP, da FAPEMIG. A gente alimentava com dinheiro, irrigava para dar uma dimensão maior, uma escala maior e quem fazia a gestão, o processo de seleção e o julgamento, com participação do nosso pessoal da saúde, era a fundação de amparo. Uma diferença é que estava mais colada na demanda concreta do sistema, então, tinha uma clareza maior da encomenda que estava sendo feita. Porque o PPSUS tinha um edital anual, com linhas que você estava disposto a patrocinar, com parâmetros financeiros e técnicos por pesquisador, grupo de pesquisadores, o centro de pesquisa propunha, e aí a FAP, nosso pessoal selecionava. (Gestor Estadual da Saúde)

Em 2004 o PPSUS se tornou extensivo a todos os estados do país e passou a ser apoiado pelo CNPq, mediante a formalização de um TCAT, firmado do entre o DECIT e o MCT, com os objetivos principais de: (i) viabilizar o financiamento à pesquisa científica e tecnológica no país; e (ii) buscar conferir sustentabilidade para as ações de natureza técnica e de execução financeira, bem como agilidade no gerenciamento administrativo do programa (BRASIL, 2006). O TCAT foi mencionado pelos entrevistados como o instrumento que formalizou a parceria entre o DECIT e o CNPq, não apenas por viabilizar a implementação do PPSUS, mas por permitir que fossem agregados recursos das outras organizações participantes, ampliando o alcance do programa:

E aí, ele [diretor do DECIT] percebe que nós tínhamos uma agência de fomento, nacional, que era o CNPQ, somos todos governo, então porque não estabelecer uma parceria entre o MS e o MCT? Num termo de cooperação, que permita que a gente transfira o recurso FNS-CNPq e o CNPQ como agência tem na sua norma descentralizar o recurso e dar liberdade para o estado executar esse recurso através de suas próprias políticas de fomento, de suas várias formas de financiamento. Então porque não usar de uma estrutura dada, já que não somos uma agência de pesquisa, por que não usar disso para poder chegar ao estado, sem fazer uma triangulação,

que seria gigante, com uma prestação de contas que seria difícil? Então o termo ele vem com isso. (Gestor Federal da Saúde)

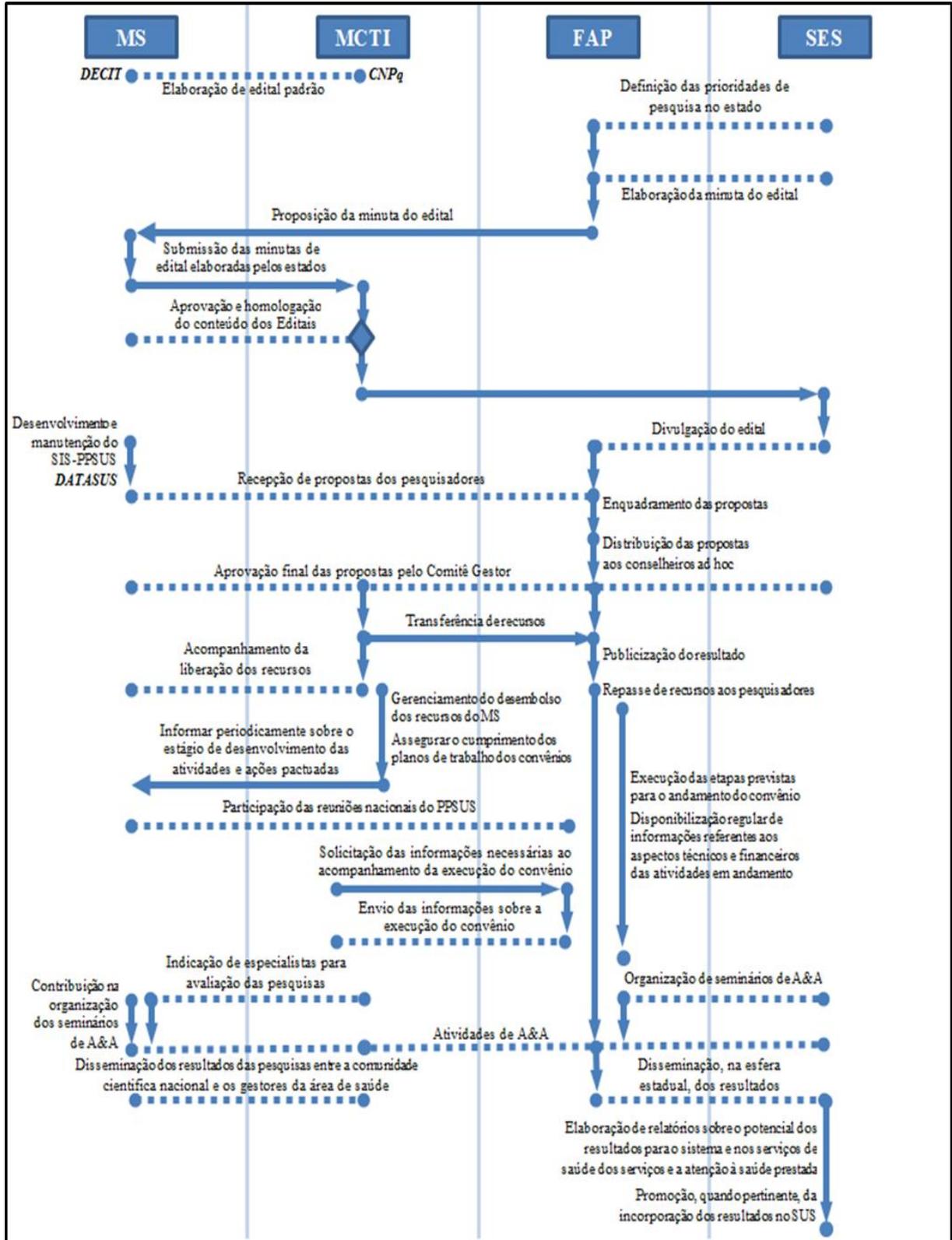
Como o Ministério da Saúde passou a ter uma posição mais proativa no campo do fomento à pesquisa, o CNPq e a FINEP passaram a colocar recursos dos seus próprios orçamentos no financiamento de projetos que eram de prioridade do Ministério da Saúde, portanto de prioridade para o Sistema Único de Saúde. Isto foi extremamente importante. E isso aconteceu também no PPSUS com as FAPs, com as Fundações de Amparo à Pesquisa que botavam dinheiro também, e com o CNPq que fazia a cooperação técnica, porque o CNPq tem convênio com todas as 27 FAPs. Essa que foi a ideia. (Gestor Federal da Saúde)

Ele [diretor do DECIT] viu essa dificuldade que eles tiveram para implementar o PPSUS diretamente e viu a parceria com o CNPq como uma possibilidade não só de ampliar, porque na época o número de estados que participavam era inclusive menor, então era uma forma de ampliar o tamanho do PPSUS e uma agilidade do ponto de vista operacional que era também muito importante para o programa, e conseguir, de fato transferir o dinheiro para o estado. Então foi uma parceria muito proveitosa porque a gente tinha um know-how da parte operacional, que o DECIT não tinha pelo tempo de existência e isso permitiu também o DECIT focar em aspectos que são mais importantes para eles do que investir em estrutura de sagração de convênio e transferência de recursos (Gestor Federal de C&T)

O DECIT pode focar mais na parte de acompanhamento do Programa. Então eles tiveram, principalmente no início de programa, como a gente falou, que as FAPs eram muito menos estruturadas, então o DECIT teve um papel muito importante de acompanhamento, de ajudar as FAPs nessa estruturação para tocar o Programa nos estados, que talvez eles não conseguissem fazer se eles também tivessem que gerir, se assinou convênio, se não assinou convênio, toda a parte burocrática envolvida com o convênio. E eles tinham dificuldade, e assim, não era simples para eles também a operacionalização, essa transferência de recursos para os estados, e os instrumentos jurídicos a serem celebrados, era algo muito complexo. (Gestor Federal de C&T)

Uma ilustração que procurou contemplar os principais fluxos e as divisões de responsabilidades entre as organizações participantes da implementação do PPSUS pode ser vista na Figura 4.1, que ilustra as diferentes etapas da coordenação organizacional necessária à operacionalização do PPSUS, viabilizadas mediante as negociações realizadas no decorrer da formulação do programa e das fases iniciais de sua implementação.

FIGURA 4.1 - Fluxo com as divisões de responsabilidades entre as organizações participantes da implementação do PPSUS



Fonte: Elaboração própria, baseada em BRASIL (2006a).

O PPSUS foi objeto de um detalhado desenho programático, que previu a realização de nove etapas operacionais, coordenadas pelo DECIT, com gerenciamento técnico-administrativo do CNPq, na esfera federal e coordenado em parceria, pelas SES e FAPs, na esfera estadual. Duas etapas operacionais se desenvolvem sob a responsabilidade da gestão federal do programa e seis etapas dependem da atuação direta dos gestores estaduais do SUS e das FAPs.

As etapas sob a responsabilidade do gestor federal do programa são a elaboração do edital-padrão e a concepção e o gerenciamento do sistema para submissão das propostas de pesquisa. As seis etapas organizadas sob a responsabilidade dos gestores estaduais do SUS consistem em: (i) a definição de prioridades de pesquisa; (ii) o enquadramento das propostas de pesquisa; (iii) a distribuição das propostas de pesquisa aos consultores *ad hoc*; (iv) a análise das propostas de pesquisa pelos consultores *ad hoc*; (v) a análise pela comissão de especialistas e (vi) a divulgação dos resultados do julgamento.

Estas etapas foram assim sintetizadas por um dos entrevistados:

A definição de prioridades é a etapa mais complexa que tem no programa inteiro porque se ela for feita inadequada... é uma ação descentralizada, quem vai definir o que é prioridade do estado A, B, C ou D são seus representantes. No início a gente ia lá, mostrar a metodologia, não dizer que a Epidemiologia é melhor que doença respiratória, que é melhor que a malária, que é melhor que a dengue. Quem vai definir são eles. Agora, o grupo que participa das oficinas para definir dez temas entre centenas que têm é a parte mais conflituosa. Hoje em dia o CNPq não participa mais dessa etapa, porque o modelo já está consolidado. Há conflitos? Certamente. Se há dois grupos, se há duas pessoas, há conflito, mas os demandantes já conhecem a sistemática que é assim: normalmente este evento dura dois dias, o primeiro dia você não tem consenso nenhum, são mais discussões e desavenças; e no segundo dia converge porque eles sabem que tem de convergir com o resultado, é a etapa mais conflituosa. E no início, esta questão de mérito e relevância que o CNPq não discute. Se quer parceria conosco o nosso sistema é este. Se não quer, não faz. (Gestor Federal de C&T).

Uma das etapas conta com a participação conjunta de representantes do DECIT, CNPq, SES e FAPs, que compõem, de forma paritária, o comitê gestor do programa em cada estado, cuja dinâmica foi descrita pelos entrevistados do nível federal de C&T como se segue:

Porque o comitê gestor é formado pelos quatro membros, pelos quatro atores. Então, a gente nem sempre consegue convencer os outros, mas a gente faz questão de registrar a nossa opinião, no sentido que a gente acha que é importante ter um histórico, quer dizer, em algum momento vamos discutir esse ponto. O que, às vezes, naquela situação não foi possível discutir e alterar, mas a gente guarda aquilo pra numa oportunidade discutir, particularmente numa mudança das diretrizes. (Gestor Federal de C&T)

A Coordenação Geral de Saúde é a coordenação dentro do CNPq responsável pela gestão do PPSUS. Então eu participava como representante do CNPq na negociação com as FAPs, dos convênios, na participação da oficina de prioridades, nas definições de prioridades de pesquisa, nos comitês gestores, participei desde essa época. No início eu participava muito, como membro, como representante do CNPq no

comitê gestor do PPSUS nos estados, e depois de 2007 eu tenho tido uma participação muito mais como gestora de convênios do que acompanhando as reuniões nos estados de fato. (Gestor Federal de C&T).

O comitê gestor do programa é responsável pela aprovação final dos projetos selecionados para financiamento do PPSUS em cada estado, sendo esta a fase final de implementação do programa:

A gente sentava em todos os comitês, participava das discussões. A gente tinha pessoas que se dedicavam a isto lá dentro. A gente fazia questão de acompanhar, a gente destacava técnicos das áreas; então, dependendo até do perfil daquele estado em relação às prioridades que ele tinha. Mesmo nas reuniões de prioridades, a gente tentava sempre mandar um representante, nem sempre dava, porque é um trabalho louco nos estados todos, mas em geral a gente conseguia mandar um representante para essas reuniões de prioridade, mas as de avaliação de proposta, essas a gente sempre mandava um representante. Então tinha um gasto, tinha uma dedicação grande ao programa. (Gestor Federal de C&T).

No âmbito do MS, a partir de 2004, o PPSUS teve a sua implementação a cargo da equipe da Coordenação Geral de Desenvolvimento Institucional do DECIT, sendo que, a essa época, o acompanhamento da implementação das ações do programa consistia na principal atividade dessa área (OLIVEIRA, 2008). Essa condição alterou-se partir de 2007, quando as ações de fomento à pesquisa em saúde foram organizadas numa única área que assumiu a responsabilidade não apenas pela implementação do PPSUS, mas passou também a incluir os demais financiamentos providos pelo DECIT.

Como visto, a implementação do PPSUS fez parte de uma trajetória institucional que contemplou movimentos prévios de grande amplitude, como a realização das conferências de saúde e outros de alcance mais setorializado, como a estruturação do DECIT e da SCTIE, além de acordos específicos, como a formalização do TCAT. Este conjunto de eventos contribuiu para assegurar a descentralização decisória e a participação de todos os estados no programa. As organizações participantes do PPSUS reuniram-se em torno do objetivo comum de fomentar projetos de pesquisa voltados para o avanço no conhecimento produzido sobre a saúde e sobre o SUS. A vinculação destes movimentos com os objetivos propostos para o programa é o que está sendo analisado pela presente investigação.

4.1.11 Conclusão do tópico

Diante do exposto, é possível afirmar que, sob o aspecto organizacional, a implementação do PPSUS assimilou princípios importantes da legislação, da normatização e das estratégias que lhe antecederam no campo da C,T&I/S. Esta assimilação é perceptível na busca pela descentralização decisória do programa e no respeito à horizontalidade e à autonomia das

três esferas gestoras do SUS que foram assumidas no Documento de Diretrizes do Programa. Como será explorado mais adiante, alguns entrevistados destacaram que a autonomia dos gestores das três esferas de poder necessita ser exercida de modo a considerar a participação de cada uma delas na implementação de políticas de interesse nacional, sob pena de, caso não se mantenha, inviabilizar propostas cuja execução requer a soma de esforços de gestores dos três entes:

Não se faz o PPSUS sem esse contato direto com o estado, porque o estado é o autor dele, no sentido do processamento inteiro, a gente compõe o grupo. Mas a autonomia do estado e a forma como gerencia, tudo acontece lá. Não se faz uma reunião do grupo condutor em Brasília, ela só acontecia lá e são 27 estados. (Gestor Federal da Saúde)

Eu preciso que as SES acreditem no que está sendo produzido, para incorporarem as inovações, eles tem autonomia para isso. São parceiros, senão o que é feito é inútil. Eles precisam conhecer o resultado das pesquisas. (Gestor Federal da Saúde).

A busca pela vinculação aos princípios redistributivos e de equidade adotados pelo SUS na CF-88 encontra-se presente nos termos do conteúdo programático do PPSUS e foi confirmada nos relatos dos entrevistados, que consideram o PPSUS um programa formulado, principalmente, sob a intenção de prover recursos para o financiamento de pesquisas em estados e regiões que, de outra forma, não seriam contemplados por recursos de outras fontes, públicas ou privadas, de fomento à pesquisa, como externado nas declarações abaixo:

O PPSUS procurou colocar, levar uma perspectiva de pesquisa em saúde para lugares do país onde essa perspectiva não existia. (Gestor Federal da Saúde)

Então o PPSUS vem muito na lógica de fazer o que o SUS faz para tudo, defendendo os princípios de equidade. [...] Porque claro, a gente atuava diretamente em territórios que não tinha essa história de fomento em pesquisa. (Gestor Federal da Saúde)

Aquela discussão estava muito quente, esta questão da contrapartida foi uma coisa muito interessante. O MCT aproveitou isto muito bem, de fazer estas parcerias com as FAPs para alavancar recursos estaduais; então estados que não investiam absolutamente nada passaram a botar dinheiro em ciência e tecnologia, outros que não sabiam nem o que era passam a se mobilizar para botar recursos, então era uma época muito fervilhante em ideias do tipo: olha não é só nacional. Então, você tem as instituições nacionais, uma importância grande, etc., mas a gente pode trabalhar no nível local, com as universidades locais; isto tem de ser visto, o Brasil não é igual, não é um só, então a discussão era muito de como você ter uma unidade de atuação, mas uma diversidade local. Então, o que você aceitava? Você tinha de ter certos padrões, não pode ser um trato com cada um, tem de ter certos padrões de implementação de programa, de política, mas você tem de ter uma diversidade para atender as necessidades locais. (Gestor Estadual de C&T)

É igualmente importante destacar que as concepções que identificam a criação do PPSUS como voltada para objetivos redistributivos foram mais enfatizadas pelos entrevista-

dos que foram gestores do MS enquanto a ênfase para os aspectos organizacionais e relativos à descentralização esteve mais presentes nas falas dos entrevistados gestores do CNPq.

As conexões do PPSUS com as regras, normas e estratégias que lhe antecederam situam-no na concepção de institucionalidade prevista por North (1991), segundo a qual as conexões entre o passado, presente e futuro reduzem as incertezas e as limitações das interações organizacionais; por Pierson (2000) para quem as práticas organizacionais institucionalizadas tendem a adotar uma ordem sequencial; e por Ostrom (2007), que valorizou o compartilhamento de regras, normas e estratégias por diferentes entidades na análise da institucionalização de políticas públicas. Conforme evidenciaram os documentos consultados e as entrevistas realizadas, o PPSUS correspondeu não apenas aos princípios constitucionais da CF-88, mas assimilou igualmente as decisões emanadas das duas Conferências Nacionais de Ciência, Tecnologia e Saúde que lhe precederam, da PNCTIS e buscou incorporar, na sua implementação, os resultados da ANPPS.

A institucionalidade do PPSUS também pôde ser evidenciada pela inserção do programa nas organizações que participaram do processo de mudança institucional na área de C,T&I/S, como o DECIT e a SCTIE, conforme pontuaram os trabalhos de Streeck e Thelen (2005). Além disso, o PPSUS mostrou-se um programa de fomento caracterizado por (i) formalidade; (ii) elevado nível de debate entre as organizações que participaram de sua formulação e implementação; e (iii) descentralização, no que tange aos aspectos decisório e da execução das ações, condições que contribuem para tipificar a institucionalidade de um programa (WEISS, 1999).

A institucionalidade do programa conduziu-o a uma situação de estabilidade, prevista no modelo de análise proposto por Sabatier e Weible (2007) para políticas que se mantêm por mais de uma década, como é o caso do PPSUS. Sabatier e Weible (2007) associam políticas estáveis a modelos de avaliação de resultados normativamente construídos, de modo a contemplar: (i) a vinculação entre os objetivos da política e os valores que busca construir; e (ii) o foco nas possibilidades de reformulação e revisão, decorrentes da aprendizagem obtida com base na condução de avaliações.

Com a finalidade de sintetizar os elementos do debate apresentados para a categoria da institucionalidade do PPSUS, as mudanças institucionais identificadas no decorrer do trabalho de campo puderam ser agrupadas em cinco dimensões de análise, que, para efeito didático, foram denominadas: (i) Arcabouço político/normativo do PPSUS; (ii) Inserção do PPSUS na estrutura do MS; (iii) Natureza da modalidade normativa adotada para a transferência de re-

curso aos estados; (iv) Abrangência do PPSUS e (v) Comportamento dos recursos orçamentários destinados ao PPSUS.

O Quadro 4.3 foi elaborado com a intenção de sintetizar, para cada uma das dimensões propostas, os eventos que permitem evidenciar como o PPSUS se constituiu num programa alinhado com o regramento constitucional e com a normatização que passou a vigorar para o setor de saúde e de C,T&I/S a partir da década em que a CF-88 foi promulgada. Ao interagir e considerar cada um destes eventos na sua formulação e implementação, o PPSUS passou a reunir os elementos que se revelaram importantes para que o programa conquistasse a estabilidade e a legitimidade almejadas para a consolidação de sua relevância como o programa de descentralização do fomento às ações de C,T&I para o SUS.

Quadro 4.3 - Dimensões de análise e respectivas evidências, para a categoria *institucionalidade*.

Dimensões de análise	Evidências
1. Arcabouço político/normativo do PPSUS	Adoção das decisões da Iª e IIª CNCTIS; das prioridades da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde e das diretrizes da PNCTIS.
2. Inserção do PPSUS na estrutura do MS	O PPSUS foi formulado e conduzido com base nas decisões do DECIT e de uma secretaria específica para a condução das ações de C,T&I/S, a SCTIE.
3. Natureza da modalidade normativa adotada para a transferência dos recursos aos estados	Ampliação das parcerias orçamentárias existentes no cenário de implantação do PPSUS, com a incorporação de recursos dos novos atores organizacionais – Secretarias Estaduais de Ciência e Tecnologia, FAPs e SES e redefinição das parcerias administrativas para a realização dos editais que, mediante a assinatura do TCAT, passaram a contar com a participação do CNPq em substituição ao FNS e aos organismos internacionais no gerenciamento do PPSUS.
4. Abrangência do PPSUS	Presença do PPSUS nas 27 unidades federadas e não mais restrito a um grupo de estados, na condição de projeto-piloto.
5. Comportamento dos recursos orçamentários destinados ao PPSUS	Ampliação e estabilidade do volume de recursos orçamentários autorizados e executados pelo DECIT e pelo PPSUS.

Fonte: Elaboração própria.

Estes eventos também puderam ser apreciados mediante a comparação que foi realizada entre o PPSUS e a iniciativa de implantação do projeto-piloto para descentralização do fomento às ações de C,T&I/S que estava em curso no período anterior a 2003. Para complementar a síntese ilustrada pelo Quadro 4.3, o Quadro 4.4 agrupa os eventos que influenciaram a formulação e a implementação do PPSUS, numa outra perspectiva, a de identificar os recortes temporais prévios e posteriores ao ano de 2003, quando ocorreu a mudança na condução da gestão federal do país, que demarcou o início da presente investigação.

Quadro 4.4 - Mudanças institucionais envolvidas na implementação do PPSUS, com respectivas dimensões de análise.

Dimensões	Evidências	
	Contexto Pré-2003	Contexto 2003–2010
1. Arcabouço político/normativo do PPSUS	Deliberações da Iª CNCTIS	Deliberações da IIª CNCTIS Aprovação da PNCTIS Aprovação da ANPPS
2. Inserção do PPSUS na estrutura do MS	Criação do DECIT na estrutura da SPS e proposição do projeto-piloto	Criação da SCTIE Estruturação do novo DECIT no âmbito da SCTIE e inserção do PPSUS no DECIT
3. Natureza da modalidade adotada para a transferência dos recursos aos estados	Parcerias orçamentárias ausentes ou pontuais e parcerias administrativas estabelecidas mediante atuação do FNS e da UNESCO	PPSUS estabeleceu parcerias orçamentárias, em caráter permanente, com as 27 unidades da federação, mediante atuação das SCT, FAPs e SES Transferências de recursos do PPSUS viabilizadas pelo CNPq, após a assinatura do Termo de Cooperação Técnica e Assessoria Técnica com o CNPq
4. Abrangência do PPSUS	Limitados a 10 unidades federadas, com predominância de estados do nordeste.	PPSUS extensivo às 27 unidades da federação
5. Comportamento dos recursos orçamentários destinados ao PPSUS	DECIT: recursos orçamentários anuais médios = R\$ 12,1 milhões. PPSUS: recursos orçamentários do DECIT para a 1ª edição do PPSUS = R\$ 3,8 milhões. Recursos orçamentários dos parceiros orçamentários para a 1ª edição do PPSUS: unicamente da SES – SC = R\$ 385.374,60.	Expansão e estabilidade orçamentária: – DECIT: recursos orçamentários anuais médios = R\$ 62,2 milhões. – PPSUS: recursos orçamentários médios para as edições do PPSUS pós-2004 = R\$ 45,9 milhões. Recursos orçamentários médios do DECIT para as edições do PPSUS pós-2004 = R\$ 27,3 milhões. Recursos orçamentários médios dos parceiros orçamentários (SCT/FAP/SES) para as edições do PPSUS pós-2004 = R\$ 18,6 milhões.

Fonte: Elaboração própria.

A análise dos elementos do cenário no qual foi tomada a decisão de implementação do PPSUS contribuiu para a categorização dos elementos constitutivos da institucionalização do programa, mediante as evidências da organicidade que prevaleceu entre as regras, normas e estratégias que pautaram a sua formulação e implementação. Nestes termos, a análise do PPSUS evidenciou elementos que permitem caracterizá-lo como um programa institucionalizado. Contudo, ao mesmo tempo em que foi possível a constatação desses elementos que confirmam a institucionalidade e a organicidade do PPSUS, foram evidenciadas, tanto na documentação analisada quanto nos relatos obtidos junto aos entrevistados, ausência de elementos capazes de estabelecer vinculações entre a história institucional do PPSUS e a existência de movimentos organizacionais ou de iniciativas pontuais com a finalidade de institucionalizar a avaliação de resultados do programa:

O programa é que deveria ter acionado alguns dispositivos de monitoramento, para poder mudar alguns fluxos, percursos, ordenamentos. A gente seguia passo a passo. Não tinha como sair dali, então isso estava com segurança, ele ficou formatado. Um programa formatado. E isto foi um pouco até da minha motivação de sair do programa, eu achava que o programa precisava ser avaliado, avaliado e redirecionado. Mais redirecionado, porque a gente já teve um bom período de exercício. Já dá para trabalhar temáticas mais objetivas, mais fechadas, mais à luz da necessidade de pesquisa local, menos fragmentada. Eu sai também porque eu vi que não ia conseguir fazer. E não dava para continuar seguindo daquele jeito. Merecia uma crítica ao programa, mas não era crítica no processo do como fazer. Era crítica de como melhor definir e dar um escopo mais contido para a investigação no local com recurso mais potencializado. (Gestor Federal da Saúde)

Não existe [avaliação de resultados], acho que esse é um gargalo da C&T, não é só do PPSUS. Eu acho que no PPSUS, o problema se complica porque às vezes a própria secretaria não se apropria do programa. Então, se a secretaria não se mobilizar pra chamar as pessoas para ir ao seminário, não tiver uma ação proativa nesse sentido de trazer as pessoas pro seminário, nem vai ter visibilidade. Porque esse gargalo é da C&T como um todo. Ainda não se encontrou uma receita de como fazer os clientes, das pesquisas se apropriarem dos resultados. Esse é um problema muito maior do que o PPSUS. (Gestor Federal de C&T)

Assim, os indícios que permitem concluir pela institucionalidade do PPSUS também informaram que esta institucionalidade não influenciou o seu desenho programático, no sentido de contemplar a montagem de um sistema de avaliação capaz de identificar se os seus resultados, no que tange à descentralização e à equidade pretendidas foram, de fato, atingidos. Posto isso, a questão que remanesce no estudo é: por que isso ocorreu no PPSUS? Esta indagação se agrega às indagações iniciais da investigação acerca das relações que se estabeleceram entre a coordenação interorganizacional do programa e a sua avaliação, sendo estes os aspectos tratados a seguir.

Com a descrição e a análise das etapas da implementação do PPSUS é finalizada a primeira parte da apresentação e da análise dos dados, correspondente à categoria institucionalidade do PPSUS, que será continuada com a categoria coordenação interorganizacional do PPSUS. Ao final deste capítulo serão consolidados os elementos presentes nas três categorias de análise e as relações que foram identificadas entre eles.

4.2 A categoria coordenação interorganizacional de políticas públicas e a avaliação de resultados do PPSUS

Um dos pressupostos desta investigação refere-se às relações existentes entre o formato organizacional adotado para a implementação de uma política e a sua capacidade de evidenciar resultados, mais precisamente às relações que existem entre a capacidade organizacional e a capacidade avaliativa das organizações envolvidas na implementação de uma política pública (COUSINS et al., 2014).

O termo coordenação interorganizacional tem sido descrito na literatura de diferentes maneiras sendo notado que, em grande parte, compartilham elementos que o colocam como equivalente à atuação interorganizacional coordenada (LITWAK; HYTON, 1962; PFEFFER; SALANCIK, 1978; VAN DE VEN; WALKER; LISTON, 1979; O'TOOLE JR.; MONTJOY, 1984; MALONE; CROWSTON, 1991; HAM; HILL, 1993; BOLLAND; WILSON, 1994; ALEXANDER, 1998; PETERS, 1998; 2008; OLIVER, 1990; HALL, 2004; BOUCKAERT; PETERS; VERHOEST, 2010).

Quando se trata, como no presente estudo de caso, de coordenação interorganizacional entre organizações participantes de processos de implementação de programas e políticas públicas, a atuação organizacional coordenada é considerada como decorrente do reconhecimento da existência de situações de assimetria e de interdependência de recursos entre as organizações participantes (LITWAK; HYTON, 1962; PFEFFER; SALANCIK, 1978; O'TOOLE JR.; MONTJOY, 1984; OLIVER, 1990; MALONE; CROWSTON, 1991; HAM; HILL, 1993; ALEXANDER, 1998; PETERS, 1998; BONAFONT, 2004; HALL, 2004; BOUCKAERT; PETERS; VERHOEST, 2010).

Há autores que, ao analisarem situações de coordenação interorganizacional, mantiveram o foco sobre as especificidades das relações interorganizacionais para análise de interdependências (VAN DE VEN; WALKER; LISTON, 1979; SCOTT, 1998; OLIVER, 1990; BOLLAND; WILSON, 1994; GRANDORI; SODA, 1995; BORGATTI; FOSTER, 2003; HALL, 2004; O'TOOLE Jr., 2010), outros autores analisaram a coordenação interorganizacional voltando-se para os arranjos e redes interorganizacionais (GRANDORI; SODA, 1995; SCOTT, 1998; BORGATTI; FOSTER, 2003; ASTLEY; VAN DE VEN, 2007) e seus incentivos e normas (HALL, 2004), enquanto outros abordaram, prioritariamente, os tipos de troca e as mediações decorrentes da confiança e da cultura organizacional (TROMPENAARS, 1994; HOFSTEDDE, 1997; SCOTT, 1998; McSWEENEY, 2002, 2009; HALL, 2004), bem como os conflitos e consensos nas relações interorganizacionais (BORGATTI; FOSTER, 2003).

Apesar da amplitude conceitual presente na literatura consultada sobre coordenação interorganizacional, a escolha que definiu a estrutura analítica utilizada para esta categoria de análise foi composta, basicamente, pelos autores Litwak e Hylton (1962), O'Toole Jr. e Montjoy (1984), Oliver (1990), Alexander (1998) e Johnson (1998), conforme síntese apresentada na matriz do quadro 4.5.

Quadro 4.5 – Matriz de análise para a categoria Coordenação Interorganizacional com fontes, construto e elementos de análise.

Fontes	Categoria	Construto	Elementos de análise
Litwak; Hylton, 1962 O’Toole Jr. Montjoy, 1984 Oliver, 1990 Alexander, 1998 Johnson, 1998	Coordenação Interorganizacional	Consiste na atuação coordenada de duas ou mais organizações envolvidas na implementação de programas e políticas públicas, cujas relações interorganizacionais se estabelecem sob a motivação de atingir os objetivos que são comuns às organizações envolvidas e atuantes no ambiente interorganizacional, com vistas à obtenção dos resultados previstos no momento da formulação da política ou do programa.	Dinâmica das relações interorganizacionais: necessidades; assimetria; reciprocidade; eficiência; estabilidade; legitimidade Incentivos e normas Consensos e conflitos.

Fonte: Elaboração própria, com base em Litwak; Hylton (1962); O’Toole Jr.; Montjoy (1984); Oliver (1990); Alexander (1998) e Johnson (1998).

Isso posto, a linha explorada para a análise da categoria em foco procurou compreender como a dinâmica das relações interorganizacionais contribui para a coordenação interorganizacional de políticas e programas públicos e, à luz da investigação realizada, avançar na análise da implementação e da avaliação dos resultados do PPSUS. A capacidade organizacional das organizações envolvidas na implementação do PPSUS foi analisada com base na forma como as organizações envolvidas na formulação e na implementação do PPSUS coordenaram-se e estabeleceram suas relações interorganizacionais (OLIVER, 1990).

Nesses termos, nesta parte da elaboração da tese foram explorados os aspectos relacionados às interações que definiram as relações interorganizacionais do PPSUS, com foco na contribuição que estas interações ofereceram para a compreensão da coordenação interorganizacional e para o processo de avaliação de resultados do programa. Desse modo, procurou-se contemplar o papel de cada um dos elementos de análise para a coordenação interorganizacional do PPSUS, bem como o papel da coordenação interorganizacional do PPSUS no contexto da implementação do programa.

4.2.1 A dinâmica das relações interorganizacionais no PPSUS

A análise da dinâmica das relações interorganizacionais do PPSUS pressupõe a relocalização das indagações realizadas no contexto da análise da implementação do programa, que incluem: as relações interorganizacionais que se estabeleceram entre as organizações envolvidas na implementação do PPSUS contribuíram para definir os rumos da sua coordenação inte-

rorganizacional? Como a dinâmica interorganizacional do PPSUS interagiu com a busca por resultados e com a ausência de avaliações de resultados no contexto de implementação e de avaliação do programa?

Uma das finalidades da coordenação interorganizacional de políticas e programas públicos é a de elevar as possibilidades de obtenção de resultados dos programas, mediante a potencialização da etapa de implementação (O'TOOLE JR.; MONTJOY, 1984; KISSLER; HEIDEMANN, 2006) e da construção de consensos mínimos, obtidos segundo a definição de metas coletivas e da gestão de conflitos (GOMIDE, 2011).

Na literatura produzida no âmbito governamental, a necessidade de que as instâncias gestoras federais atuem de forma integrada e coordenada no processo de implementação de políticas de C,T&I surge em diferentes documentos de caráter político-institucional, elaborados como consequência das demandas do MCTI ao longo da década. Nesse aspecto, documentos elaborados em decorrência da Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação, realizada em setembro de 2001, destacam a transversalidade das políticas de C,T&I/S, de forma que os modelos dessas políticas considerem as oportunidades de ação conjunta com outras áreas e definam “mecanismos de coordenação tanto com as políticas macroeconômicas como com as demais políticas setoriais” (BRASIL, 2002c, p. 65). Estes mesmos documentos ressaltam que a coordenação e o entrosamento das ações de C&T/S no nível nacional consistem num desafio governamental para a otimização das ações (BRASIL, 2002d), sendo consideradas vitais para a consolidação dos princípios constitucionais referentes à saúde (BRASIL, 2002e). Além destas, considerações sobre a relevância da coordenação governamental das ações governamentais na área de C,T&I estão presentes em diferentes abordagens (BRASIL, 2002f; MOREL, 2004; GUIMARÃES, R., 2004; PALMEIRA-FILHO, 2010; COUTINHO et al. 2011).

De acordo com Oliver (1990), as organizações tomam decisões conscientes e intencionais para estabelecer relações interorganizacionais voltadas para propósitos explicitamente estabelecidos, deixando que as contingências expliquem porque as organizações estabelecem relações numa perspectiva organizacional. Para os objetivos da presente investigação, a definição adotada para relações interorganizacionais foi igualmente obtida em Oliver (1990, p. 241) sendo consideradas “transações, fluxos e conexões relativamente duradouras, que ocorrem entre organizações ou entre uma organização e seu ambiente”. Para a compreensão das relações interorganizacionais do PPSUS importa analisar além de porque, como ocorreram as transações, os fluxos e as conexões que delimitaram tanto o envolvimento dos representantes

do MS e do MCT, no âmbito federal, quanto o das SES e das FAPs, no âmbito estadual, ao longo do período estudado.

Para sistematizar a análise dessas transações, dos fluxos e das conexões que constituíram a implementação do PPSUS, foi adotado o quadro analítico proposto por Oliver (1990) para abordagem de relações interorganizacionais, que contempla um conjunto de seis contingências: (i) necessidades; (ii) assimetria; (iii) reciprocidade; (iv) eficiência; (v) estabilidade e (vi) legitimidade. Como o termo contingência, utilizado no trabalho de Oliver (1990) remete a diferentes conceituações (PETERS, 2008; MELO, 2009) cabe precisá-lo. Na língua portuguesa, uma dos significados de contingência é “qualidade de contingente; fato possível, mas incerto; possibilidade” (FERREIRA, 1999). Legrand (1983, p. 94) define o termo como a “possibilidade para qualquer coisa de ser ou de não ser”, reforçando seu conteúdo de imprevisibilidade. Todavia, ao utilizar o termo, Oliver (1990) explicitou que contingências seriam determinantes ou causas que motivam as organizações a estabelecer relações interorganizacionais, isto é, as razões pelas quais as organizações escolhem se relacionar com outras organizações, sendo este o conceito adotado nesta investigação. Oliver (1990) acrescenta que, embora cada determinante possa ser visto como uma causa isolada e suficiente, as contingências propostas pelo seu estudo podem interagir ou ocorrer de forma concorrente quando uma organização decide estabelecer uma relação interorganizacional.

Oliver (1990) agregou ainda que, ao se adotar as seis contingências identificadas como relevantes para análises de relações interorganizacionais devem ser considerados dois pressupostos: (i) as organizações decidem estabelecer relações interorganizacionais com a finalidade de atingir propósitos explicitamente formulados; e (ii) as contingências explicam as causas pelas quais as organizações estabelecem relações interorganizacionais baseadas nas perspectivas da alta gerência, embora relações interorganizacionais possam ocorrer entre unidades intermediárias das organizações ou entre indivíduos de níveis inferiores na hierarquia organizacional. As seis contingências propostas por Oliver (1990) foram enunciadas como:

1. *Necessidades percebidas (legais ou regulatórias)*: razões que enfatizam as interações voluntárias e a cooperação contingencial, decorrentes da percepção de situações de interdependência organizacional.
2. *Assimetria entre as organizações*: motivações que se associam ao potencial de cada organização para exercer poder ou controle sobre outra organização e seus recursos.
3. *Reciprocidade e objetivos comuns*: razões que enfatizam a cooperação, a colaboração e a coordenação entre as organizações, em detrimento da dominação, do poder e do con-

trole. Nesses casos, as relações interorganizacionais explicam-se pelo objetivo da obtenção de benefícios e interesses mútuos.

4. *Eficiência organizacional*: contingência que pode ser traduzida pela expansão da execução de ações ou serviços, com minimização da expansão de custos. É considerada tanto como determinante quanto como efeito das relações interorganizacionais estabelecidas em situações não mercadológicas, como no caso de políticas públicas.
5. *Estabilidade*: motivação que se relaciona às respostas de adaptação das organizações às incertezas do ambiente no qual se encontram. Envolve consensos e conformidades, conflitos e mudanças como dimensões analíticas.
6. *Legitimidade*: contingência decorrente das pressões que as organizações enfrentam, impostas pelo ambiente institucional, para justificar suas atividades e seus resultados.

A análise das relações interorganizacionais e da coordenação interorganizacional do PPSUS será feita à luz das seis contingências descritas por Oliver (1990):

4.2.1.1 Necessidades

A contingência necessidade, que enfatiza aspectos relacionados às interações voluntárias e à cooperação contingencial (OLIVER, 1990) e se fundamenta na Teoria da Dependência de Recursos, foi evidenciada de modo distinto em cada uma das quatro organizações participantes do PPSUS. No âmbito federal, as relações interorganizacionais que se estabeleceram entre o DECIT e o CNPq no contexto da implementação do PPSUS foram construídas a partir do movimento, feito pelo DECIT, com o objetivo de se aproximar do CNPq, em face do reconhecimento das insuficiências organizacionais do MS para a condução de um programa de fomento à pesquisa em saúde de abrangência nacional e de gestão descentralizada. As insuficiências do MS nessa área ganharam visibilidade após a experiência problemática de implementação do Projeto Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia em Saúde (descrito no item 4.3 desta tese), ocorrida em 2002, e das expectativas que cercavam a implementação do PPSUS, em 2003 (OLIVEIRA, 2008), conforme pode ser percebido nos relatos:

No momento que iniciou a parceria com o CNPq a preocupação era muito essa... era muito complicado para o MS fazer essa descentralização dos recursos, então, naquele primeiro momento a busca era por uma solução operacional que fosse mais eficiente do que a que eles tinham no primeiro momento. (Gestor Federal de C&T)

O CNPq tinha uma série de instrumentos voltados ao fomento de pesquisa que o Ministério da Saúde não tinha. Desde o cadastramento de grupos, sistema de informação, a forma de transferência de recursos, que facilitavam tremendamente a transferência de recursos para grupos, que o ministério [da saúde] não tinha. O ministério [da saúde] tinha mecanismos formais de transferência para estados e muni-

cípios, em forma de convênios e contratos. Tinha uma coisa aí que era muito prática, uma coisa muito objetiva. (Gestor Estadual da Saúde)

A iniciativa de aproximação entre o DECIT e o CNPq, considerada necessária à implementação do PPSUS pela direção do DECIT, foi precedida por movimentos que procuravam estreitar as relações interorganizacionais que vinham sendo construídas entre o setor saúde e o setor de C&T desde a década de 1990 e que já havia resultado na implementação do Comitê Gestor do Fundo Setorial de Saúde, em 2001 (SILVA; RUIZ, 2011).

Embora haja registros e relatos sobre situações de isolamento entre o MS e o MCT (GUIMARÃES, 2004; ANDRADE, 2007; PACHECO, 2007a, 2007b) antes ao início da implementação do PPSUS, a implementação do Comitê Gestor do Fundo Setorial de Saúde atesta a existência de canais voltados para o relacionamento interorganizacional entre os dois ministérios no momento que antecedeu a mudança do comando na Presidência da República, em 2003. Mesmo que possam ser consideradas incipientes, se comparadas às relações interorganizacionais que marcaram o contexto de implementação do PPSUS, é necessário assinalar que o setor saúde e o setor de C&T mantinham relações interorganizacionais anteriores ao ano de 2003 (CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE, 2004d, 2005; SILVA; RUIZ, 2011). Estes movimentos de aproximação revelam que a percepção acerca da necessidade de estabelecer relações interorganizacionais entre o MS e o MCT teve precedentes que antecederam a implementação do programa.

Antes de 2003 estas relações interorganizacionais caracterizavam-se pela participação de representantes das duas organizações nas atividades inerentes ao funcionamento do Fundo Setorial de Saúde, que se definiam pela necessidade de compartilhamentos decisórios, relativos à alocação e execução dos recursos gerenciados por este fundo:

Houve a necessidade de formar um fórum formal de debate de prioridades que é o Comitê Gestor do Fundo Setorial de Saúde, que é gerenciado, presidido pelo MCTI, aonde tem assento o MS, o CNPq, a FINEP, comunidade científica etc. O Ministério [da Saúde] tem três cadeiras lá.. Mas esse fórum passou a ser o fórum mais importante para se discutir as coisas conjuntas. E o MS, o DECIT sempre teve o papel de grande protagonismo de ideias. (Gestor Federal da Saúde).

Embora o Fundo Setorial de Saúde não se constitua como parte integrante do processo de implementação do PPSUS, coube-lhe desempenhar, previamente ao advento do PPSUS, um papel importante na aproximação entre as equipes e representantes do MS e do MCT, contribuindo para a construção das relações que se estabeleceram e se consolidaram entre estas organizações. O Fundo Setorial de Saúde pode ser visto, antes do advento do PPSUS, como um espaço decisório compartilhado, no qual vinham sendo tecidas as relações entre as organi-

zações participantes das ações de C&T/S, baseadas em propósitos preestabelecidos e em interesses mútuos:

Tinha um ponto de convergência onde esses debates eram bem interessantes que era nos fundos setoriais do MCT, que tinha um Fundo Setorial de Saúde, um recurso que não vinha da saúde [...]. E lá tinha assento o MS, a Agência Reguladora, a Anvisa, acho que também tinha assento. Tinha representação também do pessoal do setor empresarial e tinha do lado de ciência e tecnologia, CNPq, FINEP e ministérios. Uma coisa que chamava atenção naquela época era o poder da área de saúde, dentro do Comitê Gestor do Fundo Setorial. Dentro deste comitê gestor ela tinha uma representação do setor maior do que as outras. Se pensar, sei lá, no Transporte ou... eles tinham seus representantes, mas na saúde você via que o peso era grande. Ainda que estes atores não fossem tão ativos como era naturalmente o DECIT, a representação direta da pesquisa em saúde do MS. (Gestor Federal de C&T)

Sob o aspecto formal, os fundos setoriais foram criados mediante a publicação do Decreto nº 2851/98 (BRASIL, 1998). Em 1999, ano do início do funcionamento do Fundo Setorial de Petróleo e Gás Natural, o governo propôs ao Congresso Nacional a criação de outros fundos setoriais, dentre os quais o da saúde (LONGO; DERENUSSON, 2009). Mediante o Decreto nº 2851/98, o MCT passou a ser destinatário de um percentual dos royalties oriundos da produção nacional de petróleo, por meio de transferências realizadas para o Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FNDCT), sob a gerência da FINEP, que era a secretária executiva do FNDCT. Os fundos setoriais são beneficiários de receitas oriundas de contribuições que incidem sobre o resultado da exploração de recursos naturais, de parcelas originárias da arrecadação do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) de alguns setores produtivos e da Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico (CIDE), geradas em consequência da remuneração do “uso ou aquisição de conhecimentos tecnológicos/transfêrencia de tecnologia do exterior” (LONGO; DERENUSSON, 2009, p. 529).

De acordo com Pacheco (2007b), o Fundo Setorial de Saúde, criado pela Lei nº 10332, (BRASIL, 2001), inscreveu-se num conjunto de esforços do governo brasileiro que buscava, além de elevar o financiamento e de conferir sustentabilidade financeira às ações de C&T, alcançar um nível de participação institucional que superasse as críticas existentes no país acerca “da falta de perspectiva de interação entre os agentes do sistema de inovação” (SILVA; RUIZ, 2011). Estes esforços de interação entre o MS e o MCT contribuíram para estabelecer formas de relacionamentos interorganizacionais que, posteriormente, apresentaram relevância para debates estruturantes na área de C,T&I/S, como, por exemplo, os debates sobre a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa, que compuseram uma etapa importante para a implementação do PPSUS, conforme aponta um dos entrevistados:

O Reinaldo [Guimarães, diretor do DECIT] era muito marcante na posição, porque ele pegava aquele assunto, ele levava, articulava e tinha posição muito firme, ele ti-

nha uma liderança importante [no Fundo Setorial de Saúde]. E lá começou a discussão da Agenda Nacional de Pesquisa em Saúde, de prioridades de pesquisa em saúde do MS. E lá começou a ter uma discussão muito, assim....a agenda de pesquisa em saúde, de prioridades de pesquisa em saúde do MS, é a nossa agenda de prioridade de pesquisa em saúde? (Gestor Federal de C&T)

Em 2002, a aprovação da Lei do Fundo Verde-Amarelo pelo Congresso Nacional permitiu que parte dos recursos nela previstos fosse destinada à constituição de um fundo específico para o setor saúde (GUIMARÃES, J. 2004), cujos objetivos contemplavam a capacitação tecnológica nas áreas de interesse do SUS e a difusão de tecnologia, vistas como capazes de ampliar o acesso aos bens e serviços na área de saúde (SILVA; RUIZ, 2011). O Fundo Verde-Amarelo instituiu a vinculação de, no mínimo, 30% do total de seus recursos para a aplicação em programas de fomento à capacitação tecnológica, à pesquisa científica e ao desenvolvimento tecnológico nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (PETERS, 2013). Em análise voltada para a avaliação da atuação do Fundo Setorial de Saúde no período compreendido entre 2002 e 2008, Silva e Ruiz (2011) chamam atenção para o fato de que entre os principais objetivos estabelecidos na criação do fundo inscrevia-se a centralidade para as políticas públicas de saúde, com financiamento preferencial para projetos cujas ações se voltassem para as áreas prioritárias do SUS.

A criação do Comitê de Coordenação dos Fundos Setoriais ocorreu em 2004. O Comitê tinha a finalidade de integrar as ações dos fundos setoriais, sendo constituído pelos presidentes dos comitês gestores setoriais, pelos presidentes da FINEP e do CNPq, sob a presidência do Ministro da Ciência e Tecnologia (MELO, 2009). Longo e Derenusson (2009) destacam que o Comitê de Coordenação dos Fundos Setoriais tornou-se o principal instrumento de alavancagem do sistema de C,T&I do país e realçam sua contribuição para a implantação de ações transversais, que se particularizaram por procurar viabilizar a utilização de recursos de diversos fundos setoriais, para uma mesma ação orientada para os programas estratégicos do MCT. Nesse contexto, o comitê gestor do Fundo Setorial passou a representar um fórum de decisão comum às organizações participantes da política de C,T&I/S.

A instituição do Fundo Setorial da Saúde, e depois do seu comitê gestor, pode ser vista como um instrumento relevante para a coordenação interorganizacional das ações de C,T&I/S, dado seu caráter de mudança institucional e regramento entre as instituições, que foi importante para o sistema setorial de inovação da saúde (SILVA; RUIZ, 2011). Neste sentido, a criação dos fundos setoriais pode ser vista como uma oportunidade de articulação e de aprendizagem organizacional para os representantes do MCT e do MS, que gerou expectativas sobre a possibilidade de superação da baixa capacidade de coordenação e da necessidade de

adoção de instrumentos capazes de ampliar a articulação das organizações do setor, contempladas no desenho programático do PPSUS.

Embora o Fundo Setorial da Saúde não contasse com recursos orçamentários oriundos do setor saúde, as entidades representativas setoriais mantinham a participação no comitê gestor, juntamente com integrantes do MCT e de setores empresariais. A forte presença dos representantes do DECIT nas atividades do Fundo Setorial da Saúde (conforme citações anteriores neste mesmo item) pode ser considerada tanto como decorrente da capacidade de mobilização e de posicionamento do setor, cujas origens remontavam ao movimento da Reforma Sanitária e ao período de mobilização prévio à CF-88 (MACHADO, 2005), quanto podem ser atribuídas ao poder de articulação dos gestores governamentais que representavam o setor saúde (ABRÚCIO, 2002). As defesas feitas nesse fórum acerca da necessidade de que o SUS fosse considerado o elemento central para a definição de prioridades nos processos de alocação de recursos para C&T começaram a produzir efeitos, que se traduziriam, inclusive, em documentos institucionais elaborados no âmbito do MCT (BRASIL, 2007).

No decorrer do período sob investigação, o Fundo Setorial da Saúde manteve aportes que se aproximaram dos recursos orçamentários assegurados para o PPSUS, pelo menos no que concerne ao período compreendido entre 2002 e 2008 (SILVA; RUIZ, 2011). A título de comparação, o estudo conduzido por Silva e Ruiz (2011) informa que, entre 2002 e 2008, o Fundo Setorial da Saúde executou R\$ 78.192.166,00 enquanto o PPSUS executou R\$ 67.172.996,00 no mesmo período. Embora os recursos do Fundo Setorial da Saúde sejam contabilizados como parte integrante da PNCTIS (VIANA et al., 2011), sob o aspecto financeiro a sua implantação apenas tangencialmente influenciou a implementação do PPSUS, sendo a sua maior contribuição o movimento de aproximação e de aprendizagem que viabilizou entre as representações do MS e do MCT na arena de implantação da política de C,T&I/S.

Em síntese, além de contribuir para a aproximação entre o MS e o MCT, a atuação da representação da saúde no Fundo Setorial de Saúde concorreu para a consolidação do papel exercido pelo MS na promoção da articulação entre as organizações federais gestoras da política de C,T&I/S. O exercício desse papel coordenador do MS pode ser considerado como um elemento estratégico fundamental (GUIMARÃES, 2006; VIANA et al. 2011) para que a PNCTIS tenha sido elaborada como um componente da PNS, sem perder, contudo, sua vinculação à Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação (PNCTI).

Contudo, cabe ser destacado que a coordenação interorganizacional demandada pelo PPSUS reivindicava formas de relações interorganizacionais entre o DECIT e o CNPq que transcendiam aquelas adotadas para o funcionamento do Fundo Setorial de Saúde. Uma vez

implantado, o PPSUS previa a sincronização de etapas e de processos cujo não cumprimento por alguma das organizações envolvidas poderia representar perdas definitivas na credibilidade do MS, com comprometimento para a continuidade do programa e prejuízos para futuras ações em C&T/S. Ao ganharem a concretude necessária aos movimentos de aproximação entre o DECIT e o CNPq, visando à participação do CNPq na implementação do PPSUS, as relações entre o DECIT e o CNPq passaram a ser mediadas pelo TCAT e pelo Documento de Diretrizes do PPSUS. Tanto o TCAT quanto o Documento de Diretrizes do Programa definiram as responsabilidades das duas organizações participantes na implementação do programa e em cada uma de suas etapas.

Assim, enquanto para o DECIT o relacionamento com o CNPq se pautava pela necessidade de viabilizar o PPSUS, mediante o aporte dos recursos organizacionais que detinha o CNPq, para o CNPq as relações com o DECIT representavam a possibilidade de obtenção de recursos orçamentários adicionais para a execução de atividades que consistem na sua razão de ser: fomentar os projetos de pesquisa e as ações de C&T, assegurando a manutenção de seu espaço político-institucional. Nesses termos, para as duas organizações as possibilidades de consolidação e de ampliação dos respectivos espaços organizacionais eram potencializadas pelas relações estabelecidas entre elas, conforme sínteses feitas por estes entrevistados:

O MS conseguiu fazer uma boa relação com o CNPq. Em primeiro lugar, porque o MS tinha dinheiro, então tinha moral. Segundo porque o MS trouxe para o CNPq uma expertise da saúde que o CNPq não tinha, porque funcionava na base do balcão, aqueles chamados editais universais, que era o pesquisador que definia o tema. O DECIT, com a agenda de prioridades, ajudou o CNPq a ter uma postura mais indutora para estabelecer os editais de acordo com as prioridades das políticas de saúde estabelecidas pela agenda. Então foi uma relação de ganha ganha. Acho que foi muito positivo. (Gestor Federal da Saúde)

A questão de facilitar a operacionalização do programa, era tornar a implementação do programa mais suave, que a gente soubesse que isso ia ser feito num prazo, que ia funcionar, que o dinheiro ia efetivamente chegar às FAPs, essa era uma preocupação no começo da discussão, porque na verdade o MS já tinha definido o que ele queria com o PPSUS, em termos do era o programa, como ele devia funcionar, de ter a participação da C&T e da saúde nos estados, isso tudo já estava muito bem delineado. No momento que iniciou a parceria com o CNPq era muito complicado para o MS fazer essa descentralização dos recursos, então, naquele primeiro momento a busca era por uma solução operacional, que fosse mais eficiente do que a que eles tinham. E sempre teve muito uma fala do MS no sentido de que por que buscar o CNPq? Porque o CNPq tinha uma tradição, tinha um nome reconhecido em avaliação de mérito em projetos de pesquisa, então eles queriam também aprender com o CNPq, a se apropriar do que que o CNPq fazia que eles poderiam incorporar ao processo de seleção de, das propostas no PPSUS. (Gestor Federal de C&T)

No que tange às SES e às FAPs, havia para estes dois grupos de organizações estaduais, uma vez que se constituíram como parte integrante da implementação do PPSUS, tanto a necessidade dos recursos orçamentários providos pelo DECIT quanto dos recursos organizati-

vos oriundos do CNPq. De fato, a implementação do PPSUS, ao descentralizar o poder decisório do programa, compartilhando-o com o âmbito estadual, passou a demandar que as SES atuassem como gestoras estaduais de C&T/S, numa perspectiva que também gerou novas necessidades organizacionais relacionadas às dificuldades das SES na aplicação das regras previstas pelo programa para a liberação dos recursos orçamentários do DECIT aos estados. Estas necessidades expressavam-se nas dificuldades das SES para conduzir os processos de gestão do PPSUS, que previam a existência de uma burocracia estável e treinada, capaz de conduzir os debates previstos para a definição da agenda de prioridades de pesquisa e para participar da condução das etapas de julgamento dos projetos, prenunciadas no documento de diretrizes do programa.

Entretanto, as necessidades de recursos organizacionais do CNPq e de recursos orçamentários do DECIT estavam ainda também presentes nas FAPs. Na sua fase inicial de implementação, o PPSUS se deparou com seis estados cujas FAPs não contavam com condições mínimas de estrutura e de funcionamento, sendo que, perversamente, estas FAPs se localizavam justamente nos estados que mais necessitavam dos recursos oriundos do programa. Nesses estados em que a FAP não existira de fato e de direito até o advento do PPSUS, a necessidade de receber os recursos financeiros do programa representou um fator de estímulo para que estas organizações assumissem a estrutura necessária à participação do estado no programa, conforme consta neste relato:

E o PPSUS foi um dos instrumentos que motivou ao governo e as pessoas de que havia estados que precisavam de uma FAP. Esta é a primeira atribuição do PPSUS, no sentido de que o MS - nem tanto o CNPq - estava querendo repassar recursos para os estados e não era possível por falta de um instrumento legal, de um arcabouço legal, que era uma FAP, quando 21 Estados já tinham isso. Então, esta talvez seja a primeira situação. A partir do momento que a gente conseguiu criar a fundação... ninguém cria uma FAP sem realmente colocar recursos nela, não tem sentido o Estado fazer isso... então a gente conseguiu acompanhar melhor. (Gestor Estadual de C&T)

Uma síntese com os aspectos relativos às necessidades das organizações participantes para estabelecer relações interorganizacionais no contexto de implementação do PPSUS que foram descritas no texto pode ser vista no Quadro 4.6.

Quadro 4.6 – Matriz síntese com as *necessidades* do MS, CNPq, SES, SMS e FAPs para estabelecer relações interorganizacionais no contexto de implementação do PPSUS.

	Necessidades das organizações participantes do PPSUS para estabelecer relações interorganizacionais com as demais organizações participantes do programa	Evidências
Ministério da Saúde	<p>Suprir as insuficiências organizacionais identificadas para a condução de um programa de fomento à pesquisa em saúde, de abrangência nacional e de caráter descentralizado</p> <p>Conferir credibilidade e continuidade ao PPSUS</p>	<p><i>No momento que iniciou a parceria com o CNPq a preocupação era muito essa... era muito complicado para o MS fazer essa descentralização dos recursos, então, naquele primeiro momento a busca era por uma solução operacional que fosse mais eficiente do que a que eles tinham no primeiro momento. (Gestor Federal de C&T)</i></p> <p><i>O MS usou a credibilidade do CNPq, que foi muito útil. Abriu portas para outras parcerias. Hoje as SES chamam o CNPq para outras parcerias com as FAPs (Gestor Federal da Saúde)</i></p>
CNPq	<p>Ampliar os recursos disponíveis para o fomento a projetos de pesquisa</p>	<p><i>A negociação dos instrumentos, por exemplo, para avaliação dos projetos de pesquisa. Acho que isto foi um debruchar até a gente chegar no mesmo consenso, de o instrumento contemplasse mais estas questões, de relevância para o SUS, não era uma coisa que estava no CNPq, estava muito no mérito técnico-científico, a relevância. A gente demorou um tempo traquejando isto, criando este consenso interno sobre quais eram as variáveis que de fato devia ter, como é que ia ser, enfim, isto foi uma delicadeza, o entendimento era outro. O entendimento era diferente. O entendimento que a gente tinha da aplicação da pesquisa para o SUS ou do que deveria ser importante ver num projeto, a gente concordava com o olhar do projeto do CNPq. Mas eles tinham dificuldade de entender o nosso olhar naquilo que diz respeito a esta relevância sócio sanitária e tudo isto, e isto foi uma coisa que foi construída. (Gestor Federal da Saúde)</i></p> <p><i>Talvez isto tenha sido o grande produto que a gente deixou ao sair do PPSUS, foi ter mais que dobrado o orçamento, mais que dobrou, triplicou o orçamento; ter aumentado a capacidade de investimento do Estado duas vezes maior que o próprio Ministério colocava (Gestor Federal da Saúde)</i></p>
SES e SMS	<p>Obter acesso aos recursos orçamentários providos pelo DECIT</p> <p>Obter acesso aos recursos organizativos providos pelo CNPq</p>	<p><i>As Secretarias Estaduais de Saúde, elas não tinham nenhuma perspectiva de pesquisa em saúde. Algumas foram passando a ter na medida em que essa cultura de pesquisa, na medida em que o PPSUS foi crescendo, que o PPSUS foi deixando esse germe cultural da importância da pesquisa no cuidado da saúde. (Gestor Federal da Saúde)</i></p> <p><i>O que o PPSUS fez foi colocar as Secretarias de Estado de Saúde nesse caldeirão, nessa panela, e isso me parece muito relevante. Nós temos algumas unidades da federação onde a Secretaria de Estado de Saúde montou, na SES, uma estrutura que mimetizava o DECIT. Quer um dizer, um componente organizacional dentro da Secretaria que tratava de pesquisa em saúde, isso é muito relevante. (Gestor Federal da Saúde)</i></p>
FAPs	<p>Estruturar, em alguns casos, criar as estruturas organizacionais mínimas para o</p>	<p><i>As FAPs, elas foram fazendo bem o seu papel de fundação de fomento para pesquisa, criando seus comitês científicos de saúde ou agregando valor a eles ou aumentando... mui-</i></p>

	<p>funcionamento nos estados</p> <p>Obter acesso aos recursos orçamentários providos pelo DECIT</p> <p>Obter acesso aos recursos organizativos providos pelo CNPq</p>	<p>to à luz do PPSUS. Então eles começaram a conhecer muito mais este grupo de pesquisadores depois do PPSUS. Era um grupo perdido nos estados, porque não tinha linha de financiamento pela FAP. (Gestor Federal da Saúde)</p>
--	---	---

Fonte: Elaboração própria.

4.2.1.2 Assimetria

A contingência *assimetria* refere-se às motivações que se associam ao potencial de cada organização participante de um contexto interorganizacional para exercer seu poder ou seu controle sobre uma ou mais organizações e seus recursos (OLIVER, 1990). O exercício do poder organizacional foi considerado por Oliver (1990) como função do tamanho organizacional, do controle sobre as regras, da habilidade de escolher as estratégias e da concentração de insumos por parte de uma ou mais organizações participantes do jogo interorganizacional.

Embora os recursos necessários à implementação do PPSUS estivessem assimetricamente distribuídos entre as organizações participantes do programa, o *modus operandi* adotado para a sua implementação procurou contemplar a pactuação prévia das regras e das estratégias empregadas em cada uma de suas etapas, o que contribuiu para o compartilhamento prévio dos recursos e das responsabilidades entre os participantes, procurando atingir uma situação mais simétrica no que tange ao poder envolvido na implementação do programa. As regras propostas e estratégias, após serem pactuadas, se estabeleceram como normas, que foram formalizadas pelas diretrizes técnicas do PPSUS (BRASIL, 2006a). Estas iniciativas procuraram instaurar um modelo de compartilhamento decisório entre as organizações que lhes conferisse mais simetria do que assimetria, ao mesmo tempo em que reconfiguraram as relações interorganizacionais que se estabeleceram na implementação do programa, no sentido de obter o maior equilíbrio possível entre elas.

O documento de diretrizes do PPSUS, cuja elaboração foi conduzida pelo DECIT, contou com a participação de representantes do CNPq, do CONASS, do CONASEMS e das FAPs (BRASIL, 2006a; 2014). Esse documento formalizou um conteúdo que buscava contemplar as responsabilidades sobre a condução institucional do programa, enfatizando seus aspectos operacionais, com a finalidade de manter “padronização mínima desses mecanismos e instrumentos de gestão, necessária ao adequado gerenciamento do programa” (BRASIL, 2006a, p. 9):

A gente participou particularmente da discussão do documento de diretrizes do PPSUS, que é um documento que norteia o Programa e que é parte integrante dos acordos de cooperação dos estados, dos convênios com os estados. Então, participei diretamente da discussão e da elaboração do documento de diretrizes. (Gestor Federal de C&T)

Ainda no primeiro documento de diretrizes do PPSUS, que deve ser de 2003, esse documento de diretrizes foi sendo aprimorado, no passo, no caminho. E com o envolvimento de todos os outros três participantes, que era SCTIE, SES, CNPq e MS, a gente construiu isso em quanto mãos, se você recuperar esses documentos, você verá que a gente assina esse documento junto. (Gestor Federal da Saúde)

O PPSUS é um programa feliz porque ele se preocupou com algo que pouco se faz no Ministério, que é você, na implantação de qualquer programa, política, projeto, você se preocupar em dar diretrizes para ele. Diretrizes claras para ele. Então a construção do documento de diretrizes, dizendo qual era o papel de cada ator e construído com a participação desses atores, criou uma engrenagem feliz (Gestor Federal da Saúde).

Como eu ajudei a formatar e não muda muito, eu tenho a percepção clara das diretrizes do programa. É feito baseado naquilo lá, quase tudo. É claro que as coisas vão melhorando e o sistema da saúde foi melhorando, houve o advento do SICONV, mas isto não interfere, por exemplo, no rito estabelecido e julgamento, que é o mais importante. Que é a definição de prioridades pelo estado, cada estado define o seu em conjunto com a sua sociedade científica, empresarial, acadêmica. O que ele define lá a gente não interfere, nem CNPq e nem o MS. O rito sumário do programa está batido, o documento foi interessante para estabelecer este rito sumário de como é que vão ser feitas as coisas porque senão cada um faz do seu jeito, são 27 Estados, na verdade são 27 países, cada um faria da sua maneira e isso foi difícil no início, mas como nós já estamos, dentro do seu campo, três edições, este rito ficou estabelecido e não há grandes questionamentos. Eu acho que o rito foi bem aceito inclusive pelo parceiro. Foi incorporado na rotina dele. (Gestor Federal de C&T)

Enfoques relativos às interações existentes entre os aspectos formais e as relações que se estabelecem na implementação de políticas públicas têm sido realçados na literatura (LITWAK; HYTON, 1962; SCOTT, 1998; HALL, 2004; KETTLE, 2002). Para Hall (2004), os instrumentos que formalizam os conteúdos das políticas públicas, ao explicarem seus objetivos, definirem as responsabilidades e padronizarem os procedimentos assumem relevância na coordenação interorganizacional das políticas particularmente pelo papel que podem desempenhar na prevenção do desencadeamento e do aprofundamento de conflitos.

O Documento de Diretrizes do PPSUS (BRASIL, 2006a) contém elementos que o configuram como um instrumento importante para a superação de potenciais conflitos na implementação do programa, particularmente pelas seguintes razões: (i) apresenta com detalhes o PPSUS, contemplando seus objetivos e as responsabilidades institucionais de cada organização envolvida no contexto de implementação do programa; (ii) descreve cada uma das nove etapas do PPSUS, iniciando pela etapa de definição de prioridades de pesquisa nos estados até a etapa de publicação dos resultados do julgamento dos projetos nos estados; (iii) oferece modelos para a elaboração dos editais estaduais, bem como contém proposta para a realização das atividades de acompanhamento das pesquisas nos estados (BRASIL, 2006a, 2014).

O processo de elaboração do Documento de Diretrizes procurou explicitar as regras e as estratégias voltadas à alocação dos recursos orçamentários e organizativos que delimitam as relações interorganizacionais e a coordenação interorganizacional do PPSUS. O documento de diretrizes do PPSUS foi considerado por vários entrevistados como um dos fatores que se aliam à situação de estabilidade presente na atuação do programa. Esta avaliação esteve associada às menções feitas durante as entrevistas, de modo espontâneo, em referência não apenas às situações nas quais o documento de diretrizes representou um documento de orientação, mas também nas situações nas quais ele consistiu no principal instrumento utilizado para a resolução de conflitos entre as organizações participantes do programa:

[O PPSUS] sempre funcionava. Havia dificuldade de supervisão, havia os técnicos que viajavam, tinham queixas que as SES não ligavam, que as FAPs davam mais apoio. Por outro lado, tinha as oficinas, de preparação e acompanhamento, que os pesquisadores respondiam bem. Na minha impressão, é que funcionava muito bem. O desenho correspondia ao que estava previsto [no Documento de Diretrizes]. Algumas secretarias respondiam melhor, sempre tinha alguns conflitos em São Paulo, mais com a FAPESP do que com a secretaria. Em Minas funcionava muito bem, a FAPEMIG tinha uma excelente participação, uma excelente parceria. Acho que era a que funcionava melhor. (Gestor Federal da Saúde)

O documento [de diretrizes] ele sempre prevaleceu e sempre foi uma referência importante. Ele sempre foi referência importante e foi, vamos dizer assim, acatado por todos os Estados. (Gestor Estadual de C&T)

Para alguns dos entrevistados, especialmente aqueles vinculados ao exercício de funções gestoras federais, o documento de diretrizes do PPSUS foi associado à ideia de simetria nas relações interorganizacionais do PPSUS por distintas razões, entre as quais foram apontadas: (i) o método de elaboração e de revisão adotado contemplou a participação de representantes das organizações integrantes da implementação do programa. Essa metodologia de elaboração do documento, pelo seu caráter pactuado, foi considerada como um elemento de aproximação entre as organizações, que voltou a se repetir nos momentos de revisão e de atualização dos conteúdos do documento; e (ii) o detalhamento das etapas e das responsabilidades previstas para a implementação do PPSUS passou a ser utilizado para dirimir eventuais conflitos entre as organizações participantes, o que viria a contribuir para reduzir as possibilidades de tomadas de decisões arbitrárias ou baseadas em algum tipo de poder unilateral, que poderia ser exercido por uma das organizações participantes. Eis o que afirmam os entrevistados:

A gente pegava a cartilha de diretrizes e dizia o que estava escrito... então superava o conflito. Foi um conforto para o MS, foi a melhor coisa do mundo que ele fez, foi este documento de diretrizes. (Gestor Federal da Saúde)

No estado sentava o CNPq, MS, as duas secretarias, de CT e de saúde, para discutir e organizar como seriam priorizados os temas de pesquisa. Assim, a gente chamava o seminário estadual de prioridades de pesquisa, um, dois dias, três dias, dependia

do tamanho. E só então, esse grupo que a gente chamava de grupo gestor, ou condutor, quando a gente sentava a gente já tinha todo o cronograma feito, todo o processo de como se daria depois o processo de abertura de edital, de análise. E aí tem toda a expertise do CNPq, de como modelar um edital, de como fazer análise hiper aberta, a gente foi indo se apropriando. Assim a divisão de responsabilidades respeitava o documento de diretrizes. (Gestor Federal da Saúde)

Porque essas coisas que são mais dinâmicas não precisariam estar dentro do documento de diretrizes. Mas o Programa segue muito o documento de diretrizes, a gente realmente se baseia no documento de diretrizes. O que não está no documento de diretrizes está nas leis de convênio. Mas a execução do programa em si segue estritamente o que tá no documento. A gente usa muito o documento de diretrizes. (Gestor Federal de C&T)

Ao configurar a padronização necessária a um programa cuja abrangência atinge todos os estados do país, o documento de diretrizes do PPSUS também passou a atuar como um diferencial para as relações interorganizacionais do programa. Esse esforço resultou por aproximar o documento de diretrizes das ideias de padronização e de definição das performances almejadas em cada uma das atividades que compõem as relações interorganizacionais. Para Malone e Crowston (1991), a padronização, a supervisão direta e o ajuste mútuo podem ser considerados os mecanismos de coordenação que, efetivamente, gerenciam os diferentes tipos de interdependência que surgem em situações nas quais se encontram envolvidas mais de um ator ou organização.

Em síntese, o documento de diretrizes do PPSUS, ao padronizar as responsabilidades e as etapas previstas na implementação do PPSUS, tanto no âmbito federal quanto no âmbito estadual, foi apontado como um instrumento de coordenação que muito contribuiu para manter a clareza do acordo e o equilíbrio entre as organizações, no que tange às situações de assimetria existentes entre elas, tanto no aspecto organizacional quanto no aspecto orçamentário. A padronização de cada etapa da implementação do PPSUS contribuiu para ajustar o modelo de gestão do programa e ampliou as possibilidades de que as organizações participantes obtivessem os ganhos que as atraíram, num processo de reciprocidade em relação aos interesses de cada uma delas. O DECIT que detinha a maior parcela de poder orçamentário e decisório, compartilhou este poder entre as demais organizações participantes, descentralizando as decisões e a gestão do programa em troca da expertise, da credibilidade e da confiança que detinha o CNPq para a condução do julgamento dos projetos de pesquisa. Além disso, o DECIT, juntamente com as SES e as FAPs mantinham os interesses de assimilar a metodologia do CNPq, o que potencializou as suas chances de ganhos de aprendizagem organizacional também nesse sentido.

Entretanto, em que pese a existência do Documento de Diretrizes para equalizar as situações decorrentes da assimetria entre as organizações participantes da implementação do

PPSUS, há um fator que foi mencionado no decorrer das entrevistas que se relaciona à distribuição dos recursos orçamentários para o programa entre os estados participantes da sua implementação. De fato, o DECIT, na condição de gestor setorial do programa e por concentrar a maior parte dos recursos orçamentários para sua implementação, manteve para si a prerrogativa das decisões relativas aos aportes orçamentários feitos para cada unidade da federação. Esta prerrogativa foi mencionada no decorrer da realização das entrevistas como um elemento de desequilíbrio no exercício do poder do modelo de governança adotado pelo PPSUS, tendo sido novamente abordada na discussão sobre a avaliação de resultados do programa:

O que é feito diretamente pelo MS é a definição orçamentária porque o CNPq não participa. Por exemplo, quanto que a FAP/DF vai aportar de contrapartida e quanto o ministério [da saúde] vai aportar é um acordo feito pelas partes que o CNPq não participa. O que a gente recebe depois é uma planilha já com a indicação de quais são os parceiros e qual é o aporte federal e qual o aporte estadual, e dessa planilha a gente formata o convênio. Baseado nas diretrizes do programa. (Gestor Federal de C&T)

Depois sempre foi um ponto de conflito a questão de volume de recursos, isto é sempre problemático. Com o estabelecimento desta Carta de Salvador e certa prática ao longo dos anos, a medida que a coisa foi se acertando, esta questão do dinheiro também foi resolvido. (Gestor Estadual de C&T)

4.2.1.3 Reciprocidade

A contingência da reciprocidade é fundamentada na teoria da troca e enfatiza as motivações para a cooperação, a colaboração e a coordenação entre as organizações, em detrimento da busca pela dominação, pelo poder e pelo controle (OLIVER, 1990). Relações interorganizacionais podem ser explicadas segundo a identificação de objetivos que são comuns às organizações, especialmente aqueles voltados para a obtenção de benefícios, ganhos ou para a realização de interesses mútuos. Nestes termos, mesmo que haja diferenças e assimetrias entre as organizações participantes da implementação do PPSUS, pressupõe-se a existência, entre elas, de motivações comuns para o estabelecimento e a manutenção de relações interorganizacionais, desde que direcionadas ao reconhecimento e à manutenção dos benefícios decorrentes do programa.

Mas quais seriam estes benefícios e interesses para cada uma das organizações participantes da implementação do PPSUS? Além das necessidades, que já foram discutidas no primeiro tópico, as relações de interesse possuem um valor particular para a compreensão da trajetória posterior do PPSUS, dadas as influências que exerceram sobre as decisões tomadas e destas sobre os rumos do programa, que podem ser analisadas com base em diferentes ângulos. Nesses termos, com a finalidade de captar os interesses recíprocos que mobilizaram cada

uma das organizações, as entrevistas abriram espaço para que os entrevistados expressassem os temas de interesse de cada organização primeiro a partir da organização à qual pertenciam e, em seguida, procurando identificá-los na perspectiva das demais organizações.

Na perspectiva dos gestores federais da saúde, o interesse do MS ao implantar o PPSUS concentrava-se nas possibilidades de financiar pesquisas operacionais, com foco nos problemas do SUS e na perspectiva de contribuir para a redução das desigualdades estaduais no desenvolvimento tecnológico dos estados, conforme relatado:

O MS tem uma preocupação com a pesquisa para a solução do problema e foi esse o conceito novo que o MS trouxe em 2003–2010 para um contexto no qual se valorizava muito a pesquisa básica. Há uma tradição de pesquisa básica no país, porque ela é possível fazer mesmo em situações de descontinuidade de investimentos. A pesquisa aplicada é muito cara e os pesquisadores acabam optando pela pesquisa básica, cuja finalidade é gerar conhecimento pelo conhecimento. O PPSUS busca a solução de problemas e não pesquisa para gerar conhecimento. (Gestor Federal da Saúde).

O nosso elo é a pesquisa para a resolução de problemas. O gestor sabe qual a pesquisa mais importante para ser feita. Mas não sabe as hipóteses nem as questões de pesquisa que estão por trás. Por isso precisa combinar a presença dos pesquisadores e dos gestores nas oficinas de prioridades. Depois as SES mexem solitariamente. (Gestor Federal da Saúde)

Assim, mesmo que o DECIT detivesse a maior parcela dos recursos orçamentários necessários ao financiamento do PPSUS e tivesse a prerrogativa de assumir unilateralmente as decisões sobre a implementação do programa, o ganho organizacional obtido com o suporte da experiência com o projeto-piloto de descentralização de recursos para os estados permitiu que fossem considerados os benefícios decorrentes da cooperação, da colaboração e da coordenação em relação às demais organizações na implementação do PPSUS.

Ao atuar, no sentido de promover a participação coordenada das organizações participantes da implementação do PPSUS, o DECIT abriu mão do poder de decidir sozinho os rumos do PPSUS, mas ampliou as possibilidades de agilização e de obtenção da credibilidade necessária ao programa, condições que, em última instância, foram capazes de assegurar a sua viabilidade. O ganho de credibilidade auferido pelo DECIT ao compartilhar a implementação do PPSUS com o CNPq foi mencionado em diferentes relatos, que ilustram os interesses do DECIT em relação ao peso que a credibilidade organizacional do CNPq exerceu na implementação do PPSUS:

O CNPq tem seus problemas, mas ele tem uma reputação no mercado que é inquestionável e nos dava a credibilidade de que a gente não ia parar de financiar no meio do caminho, que os projetos não iam ficar pelo meio... (Gestor Federal da Saúde)

O CNPq tinha todo um critério para poder ter os seus membros de comitê. Entre ser Doutor e ser membro do comitê tem uma distância grande, anos de pesquisa, publi-

cação...o fato de você ter um técnico do MS com Doutorado não te habilitava a julgar. Eventualmente habilitava, eventualmente não, dependia muito do perfil daquele técnico. Então, este ajuste, ele era importante. Inclusive para a credibilidade do julgamento dentro do padrão de avaliação pelos pares. (Gestor Federal de C&T)

Para este grupo de entrevistados os temas de interesse do CNPq se relacionavam à manutenção do espaço institucional e à experiência que resultaria, para esta organização, decorrentes da participação num projeto com o alcance do PPSUS. E embora o CNPq já usufruísse de reconhecimento devido à sua capacidade metodológica e organizacional no momento que antecedeu o lançamento do PPSUS, a sua participação no PPSUS universalizou as possibilidades de compartilhamento dessa metodologia e capacidade organizacional com todos os 27 estados da federação. O CNPq também auferiu ganhos na influência que exercia no cenário institucional, reproduzindo-a e ampliando-a, conforme atestam os relatos:

De uma maneira geral, a parceria entre esses dois mundos abriu portas para outras parcerias. Hoje eles [o CNPQ] têm mil parcerias que independem da gente [MS]. As secretarias de saúde vivem chamando as FAPs e pesquisadores coordenados pelas FAPs para fazer pesquisas que são mais importantes para eles [o CNPq]. E isso não existia. (Gestor Federal da Saúde)

O CNPq foi super cooperador, ele entendeu que era um ganho institucional em termos de experiência, em termos de se legitimar como a instituição que coordena essa área, porque ele não ganhava nada, só recebia trabalho. O dinheiro ia para o CNPq e do CNPq para as instituições. Era governo com governo, então ele entendeu o seu papel nesse movimento e quis fortalecer a área de saúde. Então, a maioria dos dirigentes do CNPq teve essa generosidade, teve esse olhar de ver que apesar de mais trabalho, apesar de muitíssima novidade no campo de como a gente definia as agendas, de como a gente reunia com os pesquisadores, todo o monitoramento de tudo isso, a gente teve possibilidades de cooperar. (Gestor Federal da Saúde)

Na leitura do MS, os temas de interesse para as FAPs estariam associados ao desenvolvimento das capacidades locais, ao aumento de recursos para as pesquisas estaduais e ao fortalecimento dos pesquisadores locais, que passariam a poder concorrer nos grandes editais nacionais:

Bom, primeiro porque eram recursos do estado, sempre crua e verdadeira, as pessoas estão interessadas em ter mais dinheiro para fazer seu trabalho. Segundo, porque logo eles [as FAPs] entendiam aquele componente que era local, ou seja, a gente sabia que do ponto de vista nacional existia um círculo vicioso, que era o pesquisador do sudeste e do sul faz mais pesquisa, ganha mais edital, faz mais pesquisa, ganha mais edital. Então, o PPSUS era uma maneira do pesquisador local fazer mais pesquisa, ficar mais forte, concorrer nos editais nacionais grandes e, começar a aparecer. Então, essa que foi outro dos interesses no PPSUS, fundamental. (Gestor Federal da Saúde)

Na leitura dos entrevistados do MS os gestores estaduais e municipais e suas entidades representativas têm uma retórica de interesse pela C&T, mas não manifestaram grande interesse pelos resultados do PPSUS. As expectativas dos gestores estaduais do SUS foram iden-

tificadas como voltadas para a resolução de problemas no sistema de saúde e direcionadas ao aporte adicional de recursos para C&T que o PPSUS representava:

A questão da ciência e tecnologia não é um tema que está na pauta dos gestores. E com razão. Não acho que eles estão errados por isso. É importante que haja uma política, no sentido de haver uma convergência entre os problemas de pesquisa e os problemas de saúde, isso é relevante. Mas os tempos são diferentes. Os gestores estão preocupados com o imediato, com a resolução dos problemas imediatos, e a ciência e tecnologia, a produção do conhecimento tem outro ritmo, que em determinado momento pode produzir alguma coisa de utilização mais imediata, mas de um modo geral o que eu acho importante é que há um processo de conscientização dos gestores da importância dessa área, tanto que as secretarias estaduais estão criando essas áreas. Estão fortalecendo, estão investindo. Tem ciência e tecnologia nas secretarias, estão repassando o dinheiro para as FAPs, para fazer o PPSUS. (Gestor Federal da Saúde)

Para a imensa maioria dos gestores a ideia da ciência, a ideia da pesquisa, é uma ideia muito abstrata, mas ela é muito valorizada, ela é extremamente valorizada, mesmo em lugares aonde cultura científica é muito pouco desenvolvida. Isso era do ponto de vista mais conceitual, mas ao largo da ideia da pesquisa científica, ou da ciência como algo a ser valorizado, tem outro lado muito pragmático, que é o fato de ia pingar um dinheiro no estado dele. É claro que isso também. Se o fluxo dos recursos fosse no sentido inverso, isso é, do estado botar dinheiro no federal, do CNPq pro federal, por entusiasmo abstrato com a ciência que os gestores tivessem, eles iam torcer o nariz. (Gestor Federal da Saúde)

O papel das SES também é claro, mas elas não fazem. A SES tem que dizer o que vai ser pesquisado, o que vale a pena, onde vai botar dinheiro. O ator que menos cumpre o papel é a SES. (Gestor Federal da Saúde)

A gente criou critérios e a partir desses critérios a gente fez o repasse de recursos, mas essa era a grande tensão entre a gente e os estados, porque eles sempre queriam mais dinheiro e, claro a gente tinha, como todo mundo, um orçamento, então dentro desse orçamento a gente fazia o que dava. (Gestor Federal da Saúde)

Os entrevistados do MS também registraram que o envolvimento dos gestores estaduais e municipais no PPSUS, mediante a participação de suas entidades organizativa, o CONASS e o CONASEMS, poderia ter sido maior se o MS tivesse atuado diferentemente na fase inicial do programa, procurando maior articulação com os SES, que pudesse resultar num envolvimento mais efetivo dos gestores estaduais e municipais. Esta leitura foi assim explicitada por um dos entrevistados:

O CONASS e o CONASEMS a gente tinha muito pouco contato. Nunca houve, na minha percepção, uma articulação forte, permanente, relevante, com o CONASS e CONASEMS. Enfim, seguramente por problema nosso e não deles. Talvez nós não enxergássemos a importância devida, ou não déssemos a importância devida a essas instâncias de articulação, que são fundamentais para o SUS. (Gestor Federal da Saúde)

O CONASS era muito presente também, mas sempre atendendo às demandas do DECIT. Ele participava do prêmio de ciência e tecnologia, dos debates, mas não levava temas ou proposições [para o PPSUS]. (Gestor Federal da Saúde)

Os entrevistados do segmento federal de C&T, com atuação no CNPq, confirmaram a percepção dos entrevistados do MS ao identificar que o interesse do CNPq na participação do

PPSUS decorria da possibilidade que o programa representava para uma elevação da capacidade de execução institucional, realçada pelo interesse em participar de um programa com as características descentralizadoras do programa e pela perspectiva de fortalecimento das FAPs. Os aspectos voltados para a descentralização do CNPq foram realçados pelos entrevistados inclusive pelo caráter pioneiro do PPSUS nesse aspecto:

Agora existe uma série de ações que têm essa característica, de descentralização de recursos e de serem programas perenes, que a gente tem feito edições consecutivas, regulares, mas que eu tenha conhecimento o PPSUS foi o primeiro sim, nesse sentido. (Gestor Federal de C&T)

Este grupo de entrevistados também enfatizou o interesse no aprendizado que foi proporcionado pela participação na implementação do PPSUS, conforme atestam os relatos:

E aí foi muito interessante, porque foi um aprendizado mútuo, dessa coisa dos limites, o que você tinha de aproveitar de um lado e de outro. O Ministério [da Saúde] já trabalhava com prioridades, mas para a saúde. Então ele passou a trabalhar com prioridades para pesquisa em saúde, tinha a grande conferência de saúde, tinha a conferência de pesquisa em saúde, por outro lado a gente tinha também as nossas conferências de CTI. Foi um caldo muito interessante de estabelecer a parceria. (Gestor Federal de C&T)

A discussão das prioridades de pesquisa nos estados também era algo que nos interessava muito, a gente queria ver como é que isso funcionaria, era algo que a gente já estava interessado no tema, então foi um aprendizado para a gente essa questão, a gente ver como é que isso vai funcionar, qual é o resultado disso, porque obviamente quando a gente está aqui, vendo só as políticas, as prioridades nacionais, então a gente está acostumado a receber projetos que se propõem a resolver grandes problemas[...]. (Gestor Federal de C&T)

Para o grupo de entrevistados do CNPq os temas que interessavam ao MS ao implantar o PPSUS se relacionavam ao fortalecimento dos sistemas de C&T locais, o que o aproximava dos interesses do CNPq:

E este programa [PPSUS] é uma aplicação direta no campo da saúde. Porque tinha objetivos de produzir conhecimento para as lacunas existentes, para a resolução de problemas no campo da saúde na aplicação direta no SUS e também tem o objetivo maior do programa que é o fortalecimento do sistema de Ciência e Tecnologia local. Se você fortalece o local automaticamente você está fortalecendo o sistema nacional da Ciência e Tecnologia. (Gestor Federal de C&T)

No que tange às FAPs, o grupo de entrevistados do CNPq considerou que seu interesse na participação do PPSUS consistia na possibilidade de alavancar mais recursos para a área de C&T nos estados e na oportunidade de aprendizagem das rotinas operacionais do CNPq decorrentes da implantação do programa:

E o segundo momento é o de fortalecimento das agências estaduais, foi um papel fundamental. Parece óbvio, mas o processo de escrever editais, de definir prioridades, regras, de estabelecer um rito de julgamento e de avaliação foi importantíssimo para as Fundações. Um aprendizado institucional mesmo. Porque além deste programa o CNPq tem milhões em outras ações com as Fundações nos mesmos moldes

do programa PPSUS, alguns um pouco diferentes, mas a lógica de transferência do dinheiro é a mesma. Então, para nós do CNPq foi interessante instrumentalizar estas ações. (Gestor Federal de C&T)

É a importância que foi fortalecer as FAPs, descentralizar o recurso, ampliar a captação de recursos, porque na medida que as FAPs se fortalecem elas têm mais recursos e aí a gente consegue alavancar os recursos federais com os recursos estaduais, e isso tem sido muito importante. (Gestor Federal de C&T)

Os entrevistados do CNPq não conseguiram apontar os temas de interesse dos secretários estaduais e municipais de saúde em relação à implantação do PPSUS, pelas razões apontadas neste relato:

Então, primeiro que dos secretários em si você quase nunca ouve porque é muito difícil, pouquíssimas ocasiões em que a gente viu um secretário presente, talvez fosse algo que o MS devesse talvez enfatizar mais a importância, porque quando os grandes, os altos gestores estão envolvidos, os altos níveis de gestão estão envolvidos as pessoas entendem, fica mais visível a importância que aquilo ali tem pra organização, então seria muito bom. Eu não sei te dizer se tem um descompasso muito grande entre o discurso deles e o que o PPSUS entrega, as poucas vezes que eu vi o secretário de fato se envolver e ir, eu acho que é justamente porque são secretários que o discurso de C&T está muito mais próximo deles e aí eles têm uma percepção já muito mais próxima do que o Programa vai entregar. (Gestor Federal de C&T)

À medida que o Programa foi se consolidando, é que as pessoas foram absorvendo o PPSUS nas FAPs, nas secretarias de saúde... ainda acho que a secretaria de saúde é um elo um pouco frágil... por conta da rotatividade das pessoas. (Gestor Federal de C&T)

Para os entrevistados do grupo dos Secretários Estaduais de Saúde a implantação do PPSUS ocorreu nos estados particularmente pelo chamamento do DECIT, que disponibilizou recursos para a qualificação da gestão e tinha uma preocupação com o uso do conhecimento produzido pelo programa, mas essa motivação não teria suscitado um interesse específico pelos resultados do programa entre os gestores estaduais. Esse desinteresse foi atribuído às necessidades mais urgentes e graves enfrentadas pelos dirigentes das SES, de modo que as necessidades de pesquisa e de C,T&I/S não se apresentavam como necessidades relevantes para o sistema de saúde. A leitura de que o PPSUS era considerado como um programa secundário pelos gestores estaduais da saúde, já mencionada pelos gestores federais da saúde e de C&T foi também assumida pelos gestores estaduais da saúde, conforme constatam os relatos:

Na verdade o CONASS nunca teve interesse específico pelo PPSUS... ir algum dinheiro para a secretaria de estado, para pesquisa era interessante, mas o dinheiro era mínimo também, e a questão da necessidade de pesquisa não era posta como uma tremenda necessidade. Então a gente não chegou a discutir, tinha aquela pessoa que representava, porque tinha que ter alguém que representasse e fizesse a ponte, mas não era um assunto relevante, de jeito nenhum. (Gestor Estadual da Saúde)

Para ser muito sincero, [o PPSUS] era uma questão marginal. Porque da forma que se configura o desafio da saúde no Brasil, os secretários e gestores ficavam muito

absorvidos pelo incêndio do dia e não dedicavam o melhor das suas energias para o desenvolvimento científico. Alguns por vocação, ou visão pessoal, formação e tal, davam uma ênfase maior, que era o meu caso. Por ser economista, por saber a questão da, o valor da questão da inovação e tal, eu me dedicava pessoalmente, cheguei a participar pessoalmente de reuniões como secretário para desenhar a minuta do edital de seleção de projetos. Então, eu participava diretamente, mas posso dizer que não era regra, ou seja, pra ser muito específico, o secretário não tinha tempo para mexer com isso, porque tinha gente morrendo na porta de hospital, aí parecia um luxo. (Gestor Estadual da Saúde)

Como eu disse, [o PPSUS] ficava sempre para o fim da pauta. Não era um assunto central. Por uma coincidência eu tinha curiosidade pelo tema, mas para o gestor, assistência hospitalar, questão de medicamentos, a judicialização da saúde, financiamento da saúde, tinha temas prioritários... vez ou outra acabava aparecendo uma discussão específica, quando tinha alguma portaria ministerial a ser discutida na tripartite, o próprio PPSUS foi discutido na tripartite, daí despertava a curiosidade, o debate, mas não era um tema central. Não era mesmo, era um tema marginal. (Gestor Estadual da Saúde)

Para os gestores estaduais da saúde entrevistados, o PPSUS dividia a atenção dos gestores estaduais e municipais com as urgências do cotidiano assistencial, sendo esta uma das razões para o baixo interesse pelo programa:

Foi menor ainda [interesse pelo PPSUS] no município, que é ainda mais pressionado que estado, pela gestão, gestão direta dos serviços. Então, municípios, a pressão deles são sindicatos, população, os doentes, os pacientes, os Ministério Públicos etc por serviços. Tudo relacionado à execução direta de serviços. Então acho que eles tinham menos ainda essa dimensão da ajuda que a pesquisa poderia... Se você... claro que nenhum deles falaria isso porque era muito politicamente incorreto na época, mas se você chegasse e falasse assim: “você não vê a importância de colocar dinheiro em pesquisa?”, “não! Tanta gente morrendo dentro do hospital você quer que eu me preocupe com a pesquisa?”. Não, todos eles, se eles fossem honestos, se não tivesse a preocupação de ser politicamente correto, todos eles diriam, era bem isso na época. (Gestor Estadual da Saúde)

Os entrevistados do grupo dos gestores municipais identificaram que os secretários municipais tinham interesse na valorização da perspectiva local, apontada pelo PPSUS pela via da ANPPS e a expectativa de que o conhecimento produzido pelo programa viesse a contribuir para a superação de alguns problemas críticos da gestão municipal:

Primeiro a valorização da perspectiva local. Ou seja, desde que se pense em uma política não se pode nunca prescindir em todas as etapas de incluir as visões, as experiências, as adversidades do nível onde a coisa vai ser implementada. E onde vai ser implementado, a política de Ciência e Tecnologia... você pode achar que não é implementada em nível local, mas os resultados dela são. Então, desde a priorização até a tradução desse conhecimento são processos que devem incluir a perspectiva, não apenas dos sistemas, mas principalmente dos outros atores. (Gestor Municipal da Saúde)

Os entrevistados do segmento dos gestores municipais da saúde esclareceram, contudo, que o interesse pelo PPSUS poderia ser considerado tímido, com pouca expressão tanto na agenda dos gestores municipais e do CONASEMS quanto na dos gestores estaduais da saúde:

Eu me lembro até de algumas participações em abertura: o programa é muito importante e tal, daí a pouco saía e você via as equipes também iam se dispersando, da secretaria... Então às vezes você tinha trinta pesquisadores, cinco pessoas da FAP, às vezes você tinha três pessoas do MS, uma pessoa do CNPq e uma pessoa da Secretaria de Saúde, duas pessoas da Secretaria de Saúde, que tinha que estar lá massivamente, de vários setores diferentes, várias áreas diferentes. Isto foi a minha recordação lá atrás, eu acho que isto pode ter mudado muito. (Gestor Municipal da Saúde)

Eu lembro que o CONASS sempre estava preocupado com a perspectiva de quem vai entrar com o dinheiro, e nesse caso quem entrava com o dinheiro eram os estados. Então tinha um pouco disso. Não era uma barreira, pelo contrário, era mais no sentido para deixar as coisas mais explícitas e mais pactuadas na verdade. (Gestor Municipal da Saúde)

Para o grupo de entrevistados das FAPs, identificados na investigação como gestores estaduais de C&T, os temas que interessavam às organizações participantes do PPSUS derivavam, inicialmente, da expectativa de proveito que representava para estas organizações a participação no programa. De acordo com os relatos, a integração ao PPSUS representava a possibilidade de participação numa rede e estava associada ao acesso ao *know-how* e às práticas de seleção de projetos adotadas pelo CNPq:

Outra coisa que foi também interessante do lado do CONFAP e das FAPs era como que isto articulou boas práticas entre as FAPs. Isto criou um certo know-how interno de transferência de boas práticas. A Bahia vinha: como é que Minas Gerais está fazendo isto? O Amazonas queria saber como é que o Rio estava fazendo e tal; então, esta articulação foi também muito importante. A troca de experiências estabelecendo características de boas práticas do programa. (Gestor Estadual de C&T)

Os entrevistados relataram ainda o interesse das FAPs pelo componente mobilizador das comunidades locais de pesquisadores que o PPSUS continha, que veio a se expressar em mudanças de comportamento dos pesquisadores locais, no sentido de agregá-los e motivá-los a elaborar projetos na área de políticas públicas. Os entrevistados do grupo das FAPs consideraram que o MS tinha como tema de interesse central ao implantar no PPSUS o envolvimento dos gestores estaduais de saúde, que se constituíam com atores-chave para a implementação do programa, mas enfatizaram o baixo interesse deste segmento gestor para assumir o papel que lhe estava previsto na implementação do PPSUS:

Muito frágil, muito frágil [interesse e participação dos SES]. Com raras e honrosas exceções, o secretário [estadual de saúde] não tinha uma participação intensa no processo não. Lógico que eles se interessam por definir as prioridades para garantir que seu estado tivesse aquela pauta que ele definia, mas não havia grande envolvimento não. (Gestor Estadual de C&T)

Eles [SES] deveriam pelo menos esperar que parte desses resultados fosse realmente a solução de vários problemas que estão enfrentando. Isto é que deveria ser a expectativa deles. Mas o MS, ele é o cliente maior e até o proponente do programa, eu acho que cabe a ele além desta expectativa provocar esta mobilização com os secretários estaduais de saúde, como eu disse anteriormente, exigindo que eles usem isto como sendo uma contrapartida de outros programas ou recursos que o Ministério estaria transferindo a cada Estado. (Gestor Estadual de C&T)

Na leitura dos entrevistados do grupo das FAPs, o CNPq tinha interesses de caráter operacional e relacionados à manutenção do padrão de fomento governamental que o caracteriza. A forma de cooperação que advém do CNPq para as demais organizações pode ser compreendida mediante a análise da metodologia e da cultura organizacional que o CNPq acumulou na condição de maior agência governamental de fomento do país, ao longo da última metade do século XX (GUIMARÃES, 2002, 2004):

A preocupação deles [CNPq] era mais uma preocupação operacional; no início em adequar os modelos do CNPq a esta nova estrutura de articulação bipartite, era uma preocupação muito grande deles de fazer com que o padrão CNPq fosse mantido e preservado. (Gestor Estadual de C&T)

Para as FAPs, a oportunidade de compartilhar os processos relativos ao lançamento de editais de pesquisa, ao julgamento de projetos de pesquisa e de acompanhamento do processo de elaboração de pesquisas em conformidade com os critérios praticados pelo CNPq também representou uma motivação, expressa em termos de aquisição das práticas e dos métodos preconizados pelo CNPq. O interesse por compartilhar com o CNPq a mesma metodologia de julgamento e de financiamento de projeto de pesquisa interessava as FAPs e se encontra presente em vários relatos, dentre os quais o de um dos dirigentes estaduais de C&T:

Dois pontos me chamavam a atenção: era o interesse de cada FAP dentro do CONFAP de fazer parte do programa... havia quase uma ansiedade em participar e algumas FAPs eram muito novas, recém criadas, com poucos recursos, mas com o interesse e a ansiedade em participar do programa, isso foi marcante. Foi também interessante do lado do CONFAP e das FAPs como isso articulou boas práticas entre as FAPs, criou um know-how interno de transferência de boas práticas. Essa articulação foi muito importante. A troca de experiências estabelecendo características de boas práticas do programa. (Gestor Estadual de C&T)

Os entrevistados do grupo de gestores estaduais de C&T concordaram com o baixo interesse dos secretários estaduais de saúde pelo PPSUS, vistos em conjunto, registrando que havia, por parte dos secretários estaduais, por um lado, o interesse pelo aporte extra de recursos do programa, o que de fato era uma necessidade e, por outro lado, a preocupação com as demandas pelas contrapartidas financeiras estaduais, opinião que foi compartilhada com os entrevistados do segmento gestor de C&T:

Então quando a gente convocava algum secretário estadual de saúde para as reuniões, para as seleções, eles estavam vindo não porque eles eram pesquisadores que iam ajudar na seleção de agentes de pesquisa que atendessem ao SUS, mas também porque o Estado estava botando uma contrapartida de dinheiro e por isso eles tinham compromisso de julgar as coisas da melhor maneira possível, até porque o Estado estava colocando dinheiro, então, o compromisso... eu me lembro quando a gente foi se reunir com a secretária de saúde da época, havia um compromisso diferente porque o governador autorizou, para o conselho da FAP, uma verba estadual. Então o compromisso teve um valor diferente, certo? (Gestor Estadual de C&T)

Em resumo, para as SES e as FAPs, a motivação fundamental para colaborar com a implementação do PPSUS foi identificada como decorrente do benefício proveniente do aporte adicional de recursos para o financiamento das ações de C&T nos estados, para as primeiras, e a possibilidade de ampliar a inserção no modelo de fomento praticado pelo CNPq, para as segundas. Pelo volume de recursos que mobilizou, sobretudo em estados com menor tradição de pesquisas em C,T&I/S, o PPSUS representou, em várias situações, a maior parte das transferências financeiras movimentadas pelas FAPs no período da investigação. Além disso, o PPSUS também consistiu na motivação para organização de FAPs nos estados que não as tinham, situação observada, sobretudo, nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, conforme já registrado por Oliveira (2008). Nestes casos, as motivações se aproximaram bastante da contingência necessidade, conforme pode ser observado na comparação entre os Quadros 4.6 e 4.7.

A triangulação entre as fontes de dados utilizadas nesta investigação complementou a leitura feita pelos entrevistados e permitiu que fossem sintetizados no Quadro 4.7 os interesses identificados para cada uma das organizações envolvidas na implementação do PPSUS.

Quadro 4.7 - Matriz de *interesses* das organizações participantes da implementação do PPSUS.

	Ministério da Saúde	CNPq	SES e SMS	FAP
Ministério da Saúde	Financiamento de pesquisas operacionais, com foco nos problemas do SUS; Redução de desigualdades estaduais no desenvolvimento tecnológico dos estados.	Ganho institucional e experiência que resultaria, para a organização, decorrente da participação num projeto com o alcance do PPSUS	Sem evidências de interesse pelo programa. Para algumas SES, interesse no aporte adicional de recursos para C&T que o PPSUS representava.	Desenvolvimento das capacidades locais para a pesquisa Aumento de recursos para as pesquisas estaduais resultante da participação no programa
CNPq	Fortalecimento dos sistemas de ciência e tecnologia locais	Elevação da capacidade de execução institucional, realçada pelo aspecto descentralizador do programa e pela perspectiva de fortalecimento das agências estaduais, as FAPs.	Sem evidências de interesse pelo programa. Apontados como o elo frágil do programa.	Possibilidade de alavancar mais recursos para a área de C&T nos estados e oportunidade de aprendizagem das rotinas operacionais do CNPq, decorrentes da implantação do programa.
SES	Disponibilização de recursos para a qualificação da gestão e preocupação com o uso do conhecimento produzido pelo	Sem evidências de interesse pelo programa.	Desinteresse pelo programa, atribuído às necessidades mais urgentes e graves enfrentadas pelos gestores. As necessidades de	Sem evidências de interesse pelo programa.

	programa, sem que tenha motivado um interesse específico nos gestores estaduais.		pesquisa não se apresentavam como necessidades relevantes para o sistema de saúde.	
SMS	Perspectiva de redução das iniquidades regionais em ciência e tecnologia pela via do fomento à pesquisa	Sem evidências de interesse pelo programa.	Valorização da perspectiva local, pela via da ANPPS e a possibilidade de que o conhecimento produzido pelo PPSUS viesse a contribuir para a superação de problemas da gestão municipal Baixo interesse dos gestores estaduais de saúde. Interesse pelo aporte extra de recursos do programa, que se alia à preocupação com as contrapartidas estaduais.	Sem evidências de interesse pelo programa.
FAP	Envolver os gestores estaduais da saúde nos temas de ciência e tecnologia.	Interesses de caráter operacional e relacionados à manutenção do padrão de fomento governamental que o caracteriza	Sem evidências de interesse pelo programa.	Participação numa rede e acesso ao know-how e às práticas adotadas pelo CNPq. Mobilização da comunidade científica local.

Fonte: Elaboração própria.

4.2.1.4 Eficiência

Quando fundamentada na Teoria dos Custos de Transação, a eficiência é uma contingência que pode ser considerada mais como um efeito do que como um determinante das relações interorganizacionais que se estabelecem em situações não mercadológicas (OLIVER, 1990), como no caso da avaliação de políticas públicas.

O conceito de eficiência em análises de relações interorganizacionais pode, contudo, ser tratado de forma institucionalmente mais abrangente (GALA, 2003). No que concerne à coordenação interorganizacional do PPSUS, a análise da eficiência pode considerar, por exemplo, que ao não implicar na necessidade de duplicação de estruturas governamentais e ter optado por fortalecer a coordenação feita por organizações já existentes no aparato administrativo do Estado, a implementação do programa obteve ganhos de eficiência para todas as organizações envolvidas, conforme consta nos relatos destes gestores federais:

Então, naquele primeiro momento a busca era por uma solução operacional que fosse mais eficiente do que a que eles tinham no primeiro momento. (Gestor Federal de C&T)

Então o FNS e o organismo internacional não eram adequados. E nós tínhamos uma agência de fomento, nacional, o CNPq. Então porque não estabelecer parceria entre o MS e o MCT, num termo de cooperação, que permita transferir recurso FNS-CNPq? o CNPq tem na sua norma descentralizar o recurso e dar liberdade para o estado executá-lo, através de políticas de fomento, de várias formas de financiamento. Então por que não usar de uma estrutura dada, já que não somos uma agência de pesquisa? Por que não usar disso para poder chegar ao estado, sem fazer uma triangulação, gigante, com uma prestação de contas difícil? (Gestor Federal da Saúde)

Tinha uma proposta de uma agência. E na época tinha pouco recurso, então a discussão era: você precisa de uma nova agência ou precisa compor os interesses, já que você tem pouco dinheiro? Você vai montar outra estrutura, gastar um monte de dinheiro, contratar gente, isto tudo, infraestrutura? Então, tinha uma discussão em torno disso. (Gestor Federal de C&T)

Além do efeito de realizar mais atividades voltadas para o SUS sem criar novas estruturas governamentais, o componente relacionado ao aprendizado organizacional, já citado em outros trechos desta tese, foi obtido com base nas práticas inerentes às relações e à coordenação interorganizacional do PPSUS e pode ser considerado um diferencial para as organizações envolvidas na implementação do programa. Por um lado, tanto as organizações federais quanto as estaduais, ao executarem as ações inerentes à implementação do PPSUS sem duplicarem estruturas organizacionais ao mesmo tempo em que assimilavam elementos de aprendizado organizacional, auferiram ganhos que podem ser considerados ganhos de eficiência:

E a maneira de resolver a outra questão, que era a inaptidão do Fundo para financiar pesquisa foi feito, como é que a gente podia fazer? Quem é que sabe financiar pesquisa no Brasil? Quem sabe financiar pesquisa é a FINEP e o CNPq, além das FAPs. Então o que nós fizemos foi estabelecer um acordo de cooperação técnica entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Ciência e Tecnologia ao qual essas duas agências estão subordinadas para a pesquisa. A essência é que a FINEP e o CNPq passassem a ser os agentes técnicos e financeiros das ações de fomento do Ministério da Saúde, eles sabem fazer fomento à pesquisa, mas teve outra vantagem importante, outro efeito colateral benéfico. Como o Ministério da Saúde passou a ter uma posição mais proativa no campo do fomento à pesquisa, o CNPq e a FINEP passaram a colocar recursos dos seus próprios orçamentos no financiamento de projetos que eram de prioridade do Ministério da Saúde. (Gestor Federal da Saúde)

Por outro lado, com base em North (1991) a aprendizagem organizacional relatada pelos entrevistados relaciona-se aos conhecimentos e à cultura organizacional, que se sedimentaram, mediante processos e contribuíram para a definição da trajetória das organizações envolvidas com a implementação do PPSUS, conforme este relato:

Parece óbvio, mas o processo de escrever editais, de definir prioridades, regras, de estabelecer um rito de julgamento, um rito de avaliação foi importantíssimo para as Fundações. Um aprendizado institucional mesmo. Porque além deste programa o CNPq tem milhões em outras ações com as Fundações nos mesmos moldes do programa PPSUS, alguns um pouco diferentes, mas a lógica de transferência do di-

nheiro é a mesma. Então, para nós do CNPq foi interessante. Instrumentalizar estas ações. (Gestor Federal de C&T)

A ideia do aprendizado de métodos e práticas como produto das relações interorganizacionais que se estabeleceram em decorrência da implementação do PPSUS, enfatizando seu potencial para modificar as práticas internas das organizações permeou a trajetória do PPSUS e esteve presente em vários relatos, como o que segue:

Sempre teve muito uma fala do MS no sentido de... por que buscar o CNPq? porque o CNPq tinha uma tradição, tinha um nome reconhecido em avaliação de mérito em projetos de pesquisa. Então eles [MS] queriam também aprender com o CNPq, se apropriar do que o CNPq fazia, que eles poderiam incorporar ao processo de seleção das propostas no PPSUS. (Gestor Federal de C&T)

Em resumo, os ganhos de eficiência identificados na implementação do PPSUS foram, sobretudo, relacionados ao abandono da proposta de criação de uma agência de fomento específica para o setor saúde sem que, contudo, possam ser ignorados os ganhos decorrentes do aprendizado organizacional, identificados pelos entrevistados nas relações de troca que se estabeleceram entre as organizações no processo de implementação do programa.

Os relatos obtidos permitem depreender que o contexto de coordenação interorganizacional que caracterizou a implementação do PPSUS se voltou para a obtenção dos resultados pretendidos pelo programa, sem que, para isso, fossem elevados os custos da máquina administrativa, com uma nova estrutura organizacional e demais gastos que lhe seriam inerentes.

4.2.1.5 Estabilidade

A *estabilidade* é uma contingência relacionada às respostas de adaptação das organizações às incertezas do ambiente. Estas incertezas incluem as carências de recursos, o conhecimento imperfeito sobre as flutuações ambientais e a disponibilidade de parceiros para trocas (OLIVER, 1990). As relações interorganizacionais, embora tenham como motivação a obtenção de maior estabilidade, previsibilidade e confiança nos fluxos e trocas, contemplam não apenas o consenso e a conformidade, mas também os conflitos e as mudanças como dimensões analíticas (HALL, 2004; SCOTT, 2004).

A estabilidade da atuação coordenada de duas ou mais organizações envolvidas na implementação de programas e políticas públicas requer o emprego de instrumentos e mecanismos que formalizem a motivação que as predispõe para a ação conjunta (LITWAK; HYTON, 1962). Com base nesse referencial, foram tratadas as principais normas, consensos e conflitos

que contribuíram para a formatação das relações interorganizacionais e para a definição da coordenação interorganizacional do PPSUS.

No caso estudado, os instrumentos normativos que se evidenciaram como principais estabilizadores da atuação coordenada das organizações envolvidas na implementação do PPSUS foram o documento de diretrizes do PPSUS (BRASIL, 2006a; 2014) e o TCAT, formalizado entre o DECIT e o CNPq.

Os aspectos relativos ao documento de diretrizes do PPSUS foram abordados no debate acerca da contingência assimetria. Para evitar repetições, serão doravante abordados apenas os aspectos concernentes às contribuições do TCAT para a configuração da estabilidade nas relações interorganizacionais do PPSUS.

O TCAT consiste num acordo formalizado entre o MEC e o CNPq, com os objetivos de conferir a sustentabilidade técnica e de execução financeira aos projetos de pesquisa fomentados pelo MS, bem como a agilidade necessária ao seu gerenciamento administrativo (BRASIL, 2010a, 2011, 2014), mediante a participação das SES e das FAPs.

O primeiro TCAT foi formalizado entre o DECIT e o CNPq em 2004, tendo sido objeto de atualizações periódicas¹⁴. O momento de efetivação do primeiro termo é referenciado como uma inflexão fundamental para a implementação do PPSUS, por permitir que o DECIT “passasse a operar por meio de canais consolidados de fomento e se beneficiasse da credibilidade adquirida pelas agências do MCT, o CNPq e a FINEP, junto à comunidade científica brasileira” (BORTOLI; MORAIS; MOTTA, 2011, p. 6).

A proposição do TCAT resultou de uma iniciativa do MS, no momento em que o diretor do DECIT era o Prof. Reinaldo Guimarães, cuja experiência profissional anterior incluía uma atuação no MCT (BAUMGARTEN, 2004), o que lhe concedera o conhecimento sobre o *modus operandi* do fomento à pesquisa nas organizações que tinham a responsabilidade governamental para isso. Os relatos obtidos enfatizaram que a experiência profissional anterior do diretor do DECIT e a aprendizagem dela decorrente foram decisivas para a motivação do movimento de aproximação organizacional que ocorreu entre o DECIT e o CNPq em 2003, conforme sintetizam os registros abaixo:

O MS já tinha tido uma primeira experiência com o PPSUS sem o CNPq, e do ponto de vista operacional isso foi algo bastante complicado na época e a parceria com a gente [CNPq] começou numa época que o Reinaldo Guimarães estava no DECIT, e o Reinaldo é uma pessoa que conhece profundamente o CNPq. Hoje o CNPq já conseguiu ter uma visibilidade no restante do governo federal de qual é o seu negó-

¹⁴ O termo em vigor foi assinado em 18 de setembro de 2012, com validade até 04 de janeiro de 2016 (BRASIL, 2012).

cio, o que é que a gente sabe fazer, como a gente sabe, mas lá em 2003 foi fundamental a presença do Reinaldo, que conhecia muito bem o CNPq, que viu essa dificuldade que eles tiveram para implementar o PPSUS diretamente. (Gestor federal de C&T)

Porque o Reinaldo Guimarães por aqui, pelo MS, com o Jorge Guimarães de lá, que à época era MCT, ele foi o suporte para esta abertura desse Termo de Cooperação... quer dizer, foi uma coisa construída entre eles. (Gestor Federal da Saúde)

A procura de uma cooperação formal com o CNPq pelo DECIT foi apontada como resultante do reconhecimento de que os problemas enfrentados por ocasião da implementação do Projeto Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia, considerado uma versão preliminar do que viria a ser o PPSUS, foram decorrentes não da percepção de que havia insuficiência de recursos financeiros, mas de que havia insuficiência de recursos organizacionais na estrutura do MS para a implementação do PPSUS.

Os relatos obtidos junto aos entrevistados confirmaram o trabalho de Oliveira (2008) e ofereceram evidências de que o Projeto Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia não logrou a estabilidade atingida pelo PPSUS particularmente por ter enfrentado problemas operacionais, relacionados às transferências de recursos orçamentários para os estados participantes do projeto, que assumiu apenas o caráter de um projeto-piloto. De acordo com os levantamentos realizados ao longo desta análise, a decisão de realizar as transferências de recursos aos estados pela via convencional, mediada pelo Fundo Nacional de Saúde, ou pela via contratual, mediada por organismos internacionais, como a UNESCO, demonstrou-se com baixíssima capacidade operacional e inadequada para as especificidades inerentes aos programas de fomento à pesquisa em saúde, conforme resume o relato abaixo:

O projeto anterior ao PPSUS tinha essa política de financiamento curta e inadequada, com recursos do MS, diretamente, via UNESCO ou via FNS, e esses mecanismos se mostraram totalmente incapazes de dar conta dessa estrutura. Então o Termo de Cooperação MS e MCT permite uma execução financeira direta, no espaço da pesquisa no território do estado. E isso dá um salto de qualidade porque esse instrumento permitiu todo o desenvolvimento da política. Isso foi o pulo do gato. (Gestor Federal da Saúde)

Sob o aspecto da coordenação interorganizacional do programa, o compartilhamento da coordenação do PPSUS entre o MS e o CNPq, mediado pelo TCAT, é considerado, pelos entrevistados de todas as organizações participantes da investigação, como um dos fatores mais importantes para a credibilidade conquistada junto aos pesquisadores da saúde pelo programa, que temiam se aventurar em projetos cuja continuidade estava em jogo. O TCAT é reconhecido como importante porque, uma vez formalizado, o CNPq passou a colocar a estrutura e a *expertise* que acumulara desde a sua criação a serviço do PPSUS, assumindo todas as questões relativas à descentralização dos recursos para os estados e à operacionalização dos

editais, cujos meandros eram desconhecidos para a equipe do DECIT e do MS. Os relatos obtidos referenciam esse reconhecimento:

A razão é muito simples e deve ser a única razão [para a formalização do termo entre o MS e o CNPq]. É o fato de que o MS o foco dele é saúde, o CNPq o foco dele é apoiar projetos de pesquisa. Então, o CNPq tem um know how de mais de 60 anos na área de fazer editais, julgar projetos, financiar estes projetos, ele tem um know how que o DECIT, muito inteligentemente, soube aproveitar. (Gestor Estadual de C&T)

Após a assinatura do TCAT, o DECIT, além de conseguir, de fato, viabilizar a descentralização dos recursos, considerada essencial para o programa, passou a implementar o PPSUS com ganhos de qualidade na condução dos editais, posto que se associara à credibilidade e à confiança que o CNPq usufruía na comunidade científica. Menções à credibilidade e à confiança associadas ao CNPq foram identificadas tanto em documentos e análises sobre o PPSUS (BORTOLI; MORAIS; MOTTA, 2011; BRASIL, 2014), quanto nos relatos feitos pelos entrevistados durante a investigação:

A tradição do CNPq em avaliação de projetos era reconhecida, a idoneidade, a confiança que você tinha de que ali saíam os melhores projetos já era sabido. O que você precisava adicionar? É a relevância do tema para a saúde pública. Então, se você adicionasse aquele componente ali, ia funcionar bem. (Gestor Federal de C&T)

Há também relatos que opõem a confiança e a credibilidade que era então conferida ao CNPq nas ações de fomento à pesquisa aos problemas enfrentados pelo DECIT para conduzir o PPSUS nos moldes esperados:

A primeira coisa é que o ministério [da saúde] era muito novo no fomento à pesquisa em saúde. Sem nenhuma tradição nesta área, então havia muita dúvida; o que este departamento está fazendo? As FAPs tinham dúvidas até se eles teriam fundos para pagar a segunda e terceira parcela dos repasses que a gente fazia. A desconfiança era generalizada. (Gestor Federal da Saúde)

Ainda nesse aspecto, foram verificadas convergências entre os relatos sobre a in experiência que havia sido demonstrada pelo DECIT para a seleção e o julgamento dos projetos na sua tentativa de implementação do projeto-piloto de gestão descentralizada de fomento à pesquisa, e as dúvidas e desconfianças geradas por essa condução, que poderiam ter inviabilizado o PPSUS, caso o Ministério não tivesse contado com a participação do CNPq:

Porque uma crítica que existia no passado é que o fomento que o MS fazia já era muito direcionado para alguns grupos. Ele não tinha um sistema amplo de soltar um edital público para que todos os grupos concorressem. Então, isso suscitava críticas: por que o fomento do MS não é aberto? por que todo mundo não pode concorrer?... a crítica que surgia de não ser uma concorrência ampla, pública e com seleção com critérios conhecidos por todos que era o que o CNPq fazia, porque era a função dele, foi criado para isso. (Gestor Federal de C&T)

Nesses termos, por ter contribuído para agregar elementos de confiança e de credibilidade ao processo, a assinatura do TCAT pode ser considerada como uma mudança no formato do PPSUS que contribuiu decisivamente para a estabilidade e a expansão do programa. Essa avaliação foi precipuamente associada à descentralização dos recursos do programa para os estados e ao ganho da credibilidade que o PPSUS necessitava, tanto junto aos pesquisadores que participavam do programa quanto à comunidade científica em geral. No que tange ao CNPq, o TCAT trouxe para esta organização o ganho de gerenciar os recursos orçamentários do PPSUS e, em decorrência, de ampliar o seu poder no espaço governamental, conforme relata este gestor federal de C&T:

Esta união deu para o Ministério da Saúde um acesso a toda uma comunidade científica, no sentido de ser reconhecido como um órgão fomentador de pesquisas e com critérios conhecidos; e para o CNPq obviamente também aumenta o recurso que ele poderia operar, abre novas frentes de pesquisa. Então foi uma parceria muito boa para os dois lados... com os conflitos que vira e mexe aconteciam. (Gestor Federal de C&T)

Em síntese, como pode ser depreendido, as referências ao TCAT firmado entre o DECIT e o CNPq se fizeram, amiúde, acompanhar das motivações, por parte do DECIT, de se associar à credibilidade e à confiança no julgamento das propostas e à agilidade nas transferências de recursos, características do gerenciamento dos programas de fomento praticados sob a gestão do CNPq. Para o CNPq o termo representou a possibilidade de ampliação de recursos sob sua gestão e, em consequência, do seu poder no âmbito governamental.

A aproximação que se estabeleceu entre o DECIT e o CNPq, mediante a assinatura do TCAT, pode ser explorada tanto pelo viés da compreensão da coordenação interorganizacional do PPSUS quanto pelo aspecto da continuidade e da expansão que conferiu ao programa. O TCAT foi recorrentemente mencionado por todos os entrevistados no decorrer da investigação e está presente em diversas transcrições já apresentadas nesta tese, ao serem tratados aspectos relacionados à parceria formalizada entre o DECIT e o CNPq, como um dos aspectos de maior relevância para a continuidade e a expansão que marcaram o programa entre 2004 e 2010.

Além dos aspectos normativos, representados nessa análise pelo TCAT, foram identificados como relevantes para a análise da contingência estabilidade nas relações interorganizacionais os consensos e os conflitos que permearam estas relações.

Os consensos evidenciados nas relações interorganizacionais da implementação do PPSUS foram reportados como decorrentes do compartilhamento de dois grandes grupos de ideias: (i) a ideia consensual de que a ciência e a tecnologia são importantes para a consolida-

ção do SUS e (ii) a concordância relativa à forma a ser adotada para o julgamento dos projetos, fundamentada no mérito científico e na relevância dos projetos. Quanto aos conflitos, a investigação identificou registros tanto documentais quanto obtidos nos relatos dos entrevistados relacionados a três naturezas de conflitos: (i) conflitos organizacionais; (ii) conflitos culturais; e (iii) conflitos relativos à oferta e à distribuição de recursos para o programa.

Os consensos

A primeira ordem de consensos, em se tratando da implementação de programas e políticas de C,T&I/S foi reiterada por vários entrevistados, tanto aqueles atuantes na esfera federal quanto na estadual de saúde e de C&T. Este consenso refere-se ao conceito de que evidências científicas são importantes para as decisões adotadas no setor saúde.

No que tange ao PPSUS, esta concepção abrange não apenas a relevância desse conhecimento específico no processo decisório voltado para a gestão do SUS, mas também evoca conteúdos que se reportam ao papel do Estado no financiamento e na condução de políticas públicas voltadas ao fomento de pesquisas em saúde, conforme sintetizam as declarações:

Consensual é a ideia de que pesquisa científica e tecnológica é muito valorizada na sociedade, ninguém é contra. Essa ideia o CNS gostava, o CNPq evidentemente, e o MS... nós estávamos tentando botar aquilo pra dentro do Ministério. Então, essa ideia de que a pesquisa em saúde é importante é que é mais consensual. (Gestor Federal da Saúde)

O consenso era a questão da relevância do programa, da importância que ele tinha para cada Estado por isto é que eles queriam participar efetivamente; e era também sempre consenso e muito bem avaliado o fato de cada estado decidir as suas próprias prioridades. Este era o ponto que mais aglutinava a discussão e sempre fazia com que ela marchasse para um bom resultado. (Gestor Estadual C&T)

Acho que é isso que dá a liga do CNPq, porque para os dois ministérios é importante fortalecer os sistemas estaduais de C&T, para os dois ministérios é importante alavancar os recursos estaduais como contrapartida do recurso federal, para os dois é importante que essas prioridades sejam definidas em nível local. Então eu acho que o PPSUS casa muito bem com a visão dos dois, dos dois ministérios nesse sentido. A gente brinca que a relação do CNPq e do MS é um casamento, tem suas crises. (Gestor Federal de C&T)

Primeiro se tinha um consenso de que aumentar os recursos para ciência e tecnologia em saúde é otimizar a utilização do recurso, não pulverizar etc. e tal, era importante, então estas outras questões de conflito elas tinham de ser superadas. (Gestor Federal de C&T)

O consenso é que pelo PPSUS você teria condições de avançar um pouco nessa área da C&T, na área da pesquisa, envolvendo os interesses diretos do SUS, o da política nacional nem tanto, mas do SUS. Isso seria o consenso, o PPSUS como motivação desse processo. E dissidência, discórdia, dissenso eu não lembro de ter. (Gestor Estadual da Saúde)

Outra ideia recorrentemente considerada consensual nos relatos feitos pelos entrevistados durante a investigação refere-se à forma adotada pelo PPSUS para o julgamento dos

projetos, fundamentada não apenas no mérito científico, mas considerando também a relevância dos projetos de pesquisa para a construção do SUS. Nesse ponto, vale destacar que o consenso foi obtido durante a implementação do PPSUS, dado que a tradição brasileira para julgamentos de projetos de pesquisas, historicamente, tendia a ser guiada pela competição de recursos baseada apenas no mérito (GUIMARÃES, 2002), sem atentar para a relevância do projeto, defendida pelo DECIT. O formato adotado pelo PPSUS foi submetido a intenso debate, conduzido pelo DECIT na fase inicial de implantação do programa, e foi posteriormente assimilado pelas organizações participantes da sua implementação, conforme os relatos abaixo:

A negociação dos instrumentos para avaliação dos projetos de pesquisa... foi um debruçar, até chegar no consenso de que o instrumento contemplasse as questões de relevância para o SUS... não era uma coisa que estava no CNPq, estava muito no mérito técnico-científico, a relevância. Demorou um tempo traquejando isso, criando este consenso interno sobre as variáveis que, de fato, devia ter, como é que ia ser, enfim, isso foi uma delicadeza, já que o entendimento era outro, era diferente. O entendimento que a gente tinha da aplicação da pesquisa para o SUS ou do que deveria ser importante num projeto... a gente concordava com o olhar do projeto do CNPq, mas eles tinham dificuldade de entender o nosso olhar naquilo que diz respeito a esta relevância sócio-sanitária e isto foi construído. (Gestor Federal da Saúde)

A nossa discussão... é uma posição que o CNPq nem discute, é o mérito e relevância da proposta. A gente não faz jogo político. Se tem dez milhões e não tem nenhum projeto qualificado não vai apoiar nenhum. Essa é a essência da nossa participação e da nossa discussão. (Gestor Federal de C&T)

Assim, os consensos que marcaram as relações interorganizacionais presentes no processo de implementação do PPSUS e identificados durante a investigação não são numerosos, mas foram fundantes e importantes o suficiente para conferir a estabilidade necessária ao programa. No que tange aos conflitos, esses foram identificados em maior número e foram classificados em conflitos de natureza organizacional, os conflitos relacionados às diferenças de cultura institucional predominantes nas organizações e os conflitos relacionados aos problemas vinculados à provisão de recursos aos estados.

Os conflitos

O principal conflito de natureza organizacional que se estabeleceu entre o DECIT e o CNPq referiu-se à proposta de criação de uma agência de fomento às ações de C&T específica para o setor saúde. A proposta de criação desta agência foi lançada pelo DECIT ainda na década de 1990, fundamentada no argumento de que a agência assumiria as responsabilidades de

[...] coordenar a construção da agenda de prioridades de pesquisa em saúde, bem como acompanhar sua operacionalização. Além disso, deveria também coordenar, em estrita articulação com as agências do MCT e com a CAPES, a aplicação dos recursos para pesquisa em saúde, em particular os oriundos do MS. Numa palavra, deveria ser a principal guardiã da uma PNCT&I/S renovada, como a que estamos propondo. (GUIMARÃES, R. 2004, p. 383).

Ainda conforme R. Guimarães (2004) a proposta foi prematuramente retirada da pauta governamental pelo MS face aos intensos conflitos que provocou, em razão da rejeição despertada não apenas no CNPq, mas também nos representantes da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e do CNS nos espaços decisórios do SUS.

Na visão do CNPq a proposta desta agência de fomento setorial representaria uma atuação organizacional duplicada no âmbito do governo brasileiro, visto que o CNPq já cumpria o papel de agência de fomento, de caráter intersetorial. Uma vez reconhecidas as resistências que se interpuseram à proposta de criação da agência, inviabilizando-a, foram iniciadas as negociações visando à construção do TCAT, já descrito nesta tese, firmado entre o DECIT e o CNPq que, conforme já assinalado, viria a se constituir numa das decisões mais importantes para a implementação do PPSUS.

Os relatos obtidos acerca dos conflitos que marcaram as relações interorganizacionais do PPSUS se reportaram principalmente às diferenças e aos choques culturais entre o DECIT e o CNPq, que se refletiram no *modus operandi* que predomina nas duas organizações, sendo o CNPq considerado mais tradicional e apegado aos ritos organizacionais do que o DECIT. Nesse sentido, os relatos obtidos junto aos entrevistados do setor saúde e de C&T contribuem para a compreensão deste aspecto da relação entre estas organizações:

Os pontos conflituosos eram as diferenças de cultura. O CNPq tem uma visão quase que exclusivamente acadêmica, enquanto o MS a visão é muito mais política de saúde e pesquisas para as políticas de saúde. Então no CNPq a gente tinha que arrefecer um pouco o academicismo deles e no MS o contrário, nós temos que botar um pouco de academicismo, um pouco de valorização da academia. (Gestor Federal da Saúde)

O CNPq é a instituição mais tradicional de implementação de execução e contratação de projetos de pesquisa. No passado era muito mais, era o formulador da Política de C&T do país. Com a criação do MCT, o CNPq passou a ser uma agência executora dessa política e perdeu o papel principal, de elaborador para executor e que foi conflituoso, lá atrás... mas nesta altura [2003–2010] a coisa já estava bem definida. Tinha uma tradição muito longa em ter criado processos de avaliação pelos pares, era o princípio e a base da avaliação do CNPq. Utilizava dois pareceres ad hoc e, se conflitantes, um terceiro, e aí entrava desde o projeto estar bem estabelecido, a metodologia clara e adequada para o objetivo, a competência do pesquisador em fazer pesquisa, a vida pregressa, publicações anteriores, expertise no tema. Tinha todo um roteiro de análise, que fechava com uma reunião do comitê assessor. (Gestor Federal de C&T)

Existia uma segunda ordem de encrenca que eram as diferenças de cultura institucional entre o CNPq e o DECIT. O CNPq tem 63 anos de idade, então estabeleceu uma cultura institucional muito importante. (Gestor Federal da Saúde)

Ainda no que concerne aos conflitos de caráter cultural, os relatos dos entrevistados enfatizaram as dificuldades de aceitação, por parte do CNPq, para que houvesse, além da etapa de julgamento pelos pares (denominada julgamento pelo Comitê de Especialistas), uma etapa final de julgamento pelos comitês gestores do programa, que eram integrados também pelos gestores do SUS. Esse tipo de conflito foi superado mediante a proposição de regras claras sobre os critérios de julgamento de cada projeto de pesquisa, construídas conjuntamente e, após pactuação, publicadas no Documento de Diretrizes do Programa, que assegurou a permanência dos comitês gestores do programa no modelo de governança do PPSUS.

Ao estudar a relevância dos fatores culturais para a estruturação organizacional, McSweeney (2009) e Hall (2004) advertem sobre dificuldades inerentes à conceituação do que seja a “cultura que cerca uma organização” (HALL, 2004, p. 200). O termo cultura organizacional pode ser compreendido de forma mais abrangente, que envolve tanto as preferências e as ideologias de pessoas que integram as organizações (HALL, 2004; TROMPENNAARS, 1994) quanto pode estar associado aos processos de aprendizagem e de assimilação coletiva, que se traduzem nos valores e comportamentos assumidos por determinado grupo social ou organizacional. No caso específico das relações que se estabeleceram entre o CNPq e as demais organizações, os aspectos relacionados à cultura organizacional que emergiram no decorrer da investigação associaram credibilidade e processos cognitivo-culturais como determinantes na construção das realidades organizacionais (TROMPENNAARS, 1994; HOFSTEDE, 1997; HALL, 2004; SCOTT, 2004; ALCADIPANI; CURBELLATE, 2007; LACERDA, 2011; MCSWEENEY, 2002, 2011).

Enquanto no âmbito federal as divergências culturais foram tratadas como conflitos, no âmbito estadual as FAPs consideravam que a interação com os ritos de julgamento do CNPq representaram oportunidades de aprendizagem, de integração e de aproximação com o principal órgão de fomento do país, como consta nos relatos registrados no item 4.2.1.3 desta tese.

Outro aspecto importante a ser ressaltado refere-se às diferenças culturais entre as organizações participantes. Mesmo que tenham sido potencialmente geradoras de conflitos, as diferenças culturais entre as organizações participantes foram expressas pelos entrevistados principalmente para realçar as contribuições oferecidas por cada organização, pelo diferencial que representavam no contexto interorganizacional, do que para enfatizar o poder desagregador que poderiam ter, conforme este relato:

Os conflitos giravam em torno de tradições culturais das instituições. Sejam Secretarias de C&T, Secretarias de Saúde, CNPq, FAPs e o MS, que foram as grandes

instituições envolvidas nisso. Esses conflitos, ao longo do tempo foram diminuindo. Numa questão de learning by doing, à medida que a coisa vai se desenvolvendo a gente vai aprendendo com a prática. Então, no PPSUS, o conflito, a divergência, não foi o centro. (Gestor Federal da Saúde)

Ainda nesse sentido, os esforços para a superação dos conflitos decorrentes da influência das diferenças culturais entre o DECIT e o CNPq mencionados foram relacionados ao respeito e ao sentimento construtivo que pautaram as relações entre as duas organizações, evocadas por entrevistados tanto do setor saúde quanto do setor de C&T:

O tema principal era o de articular e ajustar os interesses das duas instituições. Com o que era possível flexibilizar ou atender ao MS, dentro da sua estrutura. Aquela disputa, palmo a palmo para ficar confortável e para atender às expectativas de implementação do programa na visão do MS, ao mesmo tempo respeitando o que estava estabelecido, as regras, a tradição do CNPq. (Gestor Federal de C&T)

Era uma relação respeitosa. Eles tinham os seus preceitos e eu precisava conciliar com eles e eles também entendiam que a gente tinha uma resposta para dar à sociedade, que também eles tinham que deixar avançar mesmo que a gente tivesse dúvida do resultado daquela pesquisa. Então a gente estava certo em fazer a aposta, entendeu? Esta relação respeitosa, no sentido de ter ouvido, ouvir o outro, chamar para conversar, não ousar ir para a frente se a gente não tivesse consenso entre nós. Eu nunca sai daqui para julgar um edital com a equipe do CNPq, sem a gente conversar antes, chamava antes, conciliava. Para a gente sair mais redondo. Foi um esforço que eu fiz para me relacionar com eles. E eu fui feliz porque realmente nunca me indispus com nenhum deles. Em nenhuma reunião. (Gestor Federal da Saúde)

É claro que o DECIT discutia os eixos, os temas, a elaboração do edital, mas uma vez os pesquisadores submetendo seus projetos, é o CNPq que toca, que convoca, que forma o comitê de seleção, que julga... o DECIT respeitou o modus operandi do CNPq. Isso foi importante para não gerar esse tipo de conflito... nesse sentido o DECIT se espelhou no modus operandi da área de ciência e tecnologia que tem que ser respeitado. (Gestor Federal da Saúde)

O DECIT nas suas várias diretorias nesse período, ele sempre foi muito habilidoso nessa questão. Primeiro trazendo modelos, explicando isso, disponibilizando pessoal para ir aos estados, sempre numa postura de colaboração e de ajuda a cada estado, ele adotou uma abordagem vamos resolver e tal. Então esta postura do DECIT ao longo deste período até 2010, foi realmente o ponto que colaborou para que estes conflitos não prosperassem. (Gestor Estadual de C&T)

Outra ordem de conflitos relacionados aos recursos financeiros do programa foi reportada como decorrente das dificuldades e dúvidas relativas às contrapartidas estaduais para as transferências efetivadas pelo DECIT, já que alguns estados se omitiam nos repasses devidos para o funcionamento do PPSUS, conforme relatado por um gestor estadual de C&T:

Antes da criação das FAPs os convênios do PPSUS com as secretarias estaduais de ciência e tecnologia eram muito complicados, o PPSUS tinha dificuldades administrativas com os estados que não tinham FAP, pois não havia como o MS fazer o repasse dos recursos que estavam no CNPq. Assim, o papel do PPSUS para que as FAPs fossem criadas em alguns estados, que estavam fora do programa, foi fundamental. Outra dificuldade existente era porque os governos estaduais não se sentiam compromissados a colocar as contrapartidas para o funcionamento do programa. (Gestor estadual de C&T)

A situação gerada pela insuficiência de regras e a inadequação dos métodos de gestão para as transferências de recursos aos estados foi objeto de regulamentação específica, o que impactou positivamente sobre os conflitos presentes na fase inicial de implantação do PPSUS, contribuindo para sua superação. Com o objetivo de contribuir para sanar os problemas relacionados às contrapartidas estaduais, em junho de 2004, foi assinada, por ocasião da realização do Fórum Nacional de Secretários Estaduais para Assuntos de Ciência e Tecnologia e do Fórum Nacional das Fundações de Amparo à Pesquisa, a Carta de Salvador (CARTA DE SALVADOR, 2004).

A Carta de Salvador foi direcionada ao titular do Ministério de Ciência e Tecnologia, propondo a adoção de critérios para as contrapartidas estaduais destinadas ao financiamento das ações de C&T, definidos, proporcionalmente, com fundamento no PIB estadual e na base científica de cada estado. Esta carta propôs que os estados compartilhassem com o MCT os aportes para as ações de C&T na proporção de 1 para 1 (São Paulo); de 1 para 1,5 de aporte do MCT (Minas Gerais, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul); de 1 para 2 de aporte do MCT (Amazonas, Pará, Ceará, Pernambuco, Bahia, Paraíba, Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Paraná, Santa Catarina e Espírito Santo) e de 1 para 3 de aporte do MCT (Amapá, Acre, Roraima, Rondônia, Tocantins, Piauí, Maranhão, Rio Grande do Norte, Sergipe e Alagoas). A Carta de Salvador foi principalmente mencionada pelos gestores estaduais de C&T como um marco importante para a superação dos conflitos existentes entre os gestores federais e estaduais do PPSUS e entre os gestores estaduais, as SES e as FAPs, conforme relatado durante a investigação:

Isso a gente conseguiu ver na parte do arcabouço institucional dos estados, foi a postura do MCTI [...] houve outro edital junto com a FINEP, junto aos estados, dizendo que só colocaria recursos se nos estados fosse a contrapartida conforme a Carta de Salvador. E o PPSUS entrou na história e a gente acabou consolidando. Não sem conflito, é a questão da gestão dos recursos. (Gestor Estadual de C&T)

Houve uma Carta em 2004, criada em Salvador, chamada Carta de Salvador, aonde todas as secretarias de ciência e tecnologia e as FAPs existentes criaram uma proporcionalidade de negociação com o Governo Federal. [...] então o PPSUS acabou fazendo parte da História - e aí eu elogio muito o trabalho do ministro Sérgio Rezende - a partir daí acabou se consolidando e convencendo aos governadores que eles tinham que colocar recursos. (Gestor Estadual de C&T)

Vale registrar que os conflitos relacionados aos problemas na provisão de recursos aos estados foram mencionados pelos entrevistados, não tendo sido encontrados registros na literatura acadêmica ou institucional sobre o PPSUS acerca deste tema. Conforme os relatos obtidos, os conflitos relacionados à provisão de fundos para o PPSUS transcenderam a esfera federal da gestão do programa e atingiram as relações estabelecidas entre os gestores federais,

DECIT e CNPq, além dos gestores estaduais, SES e FAPs. Os conflitos relatados por entrevistados pertencentes ao DECIT se reportaram principalmente às irregularidades nos fluxos financeiros, decorrentes de dificuldades operacionais do Fundo Nacional de Saúde e aos problemas na prestação de contas por parte do DECIT. Ainda de acordo com os relatos, os conflitos inicialmente enfrentados na fase inicial da implementação do PPSUS foram se tornando menos frequentes com o passar do tempo, o que pode ser atribuído tanto aos ganhos de institucionalidade quanto à adoção de processos de aprendizagem organizacional do programa, perdendo a centralidade que tiveram nos seus momentos iniciais.

Em suma, a estabilidade obtida pelo PPSUS no período 2003–2010 pode, então, ser compreendida como resultante de um contexto no qual, com suporte na identificação da necessidade de coordenação entre as organizações participantes da sua implementação, foram viabilizados os incentivos, organizacionais e orçamentários, e definidas regras claras, formais e pactuadas para cada uma das organizações participantes de sua implementação.

4.2.1.6 Legitimidade

A procura por legitimidade foi igualmente considerada como uma contingência que procura explicar as razões pelas quais as organizações se interconectam e estabelecem relações interorganizacionais. Segundo Oliver (1990) os trabalhos de linha institucionalista sugerem que as organizações enfrentam pressões impostas pelo ambiente institucional para justificar suas atividades e seus resultados. Ainda de acordo com Oliver (1990) estas pressões estão na origem de motivações organizacionais para que se imprima legitimidade às organizações mediante normas, regras, crenças e expectativas que lhes são externas. A busca por legitimidade pode ser motivada para “demonstrar ou elevar a reputação, a imagem, o prestígio ou a congruência com normas vigentes no ambiente institucional” (OLIVER, 1990. p. 246).

Em termos de implementação de políticas públicas, para vários autores, a procura por legitimidade encontra-se estreitamente vinculada à motivação para a realização de avaliações de políticas e de programas públicos (VIANA et al. 2006; TREVISAN; VAN BELLEN, 2008; SERPA, 2014). Embora esta vinculação não tenha sido identificada nos documentos institucionais do PPSUS, foi reportada no decorrer do trabalho de campo, mediante relatos que associaram os movimentos realizados pelo DECIT junto ao CNPq, e vice-versa, como focados em necessidades de obtenção de legitimidade. Nesse sentido, pode ser citado o trecho de uma das entrevistas, que relaciona os movimentos realizados pelo MS para se coordenar

com o CNPq como decorrentes da procura por legitimação dos processos de seleção dos projetos, conforme transcrito:

De qualquer forma buscar legitimidade, buscar o CNPq, que querendo ou não é quem certifica, dá um pouco mais de garantia... dá o status, dá a certificação, é garantia. Podemos até achar que o CNPq tem critérios, enfim, que possam ser discutidos, mas ninguém duvida de que o que ele faz é certificado, tem validade científica. (Gestor Municipal da Saúde)

Outra percepção relativa à necessidade de legitimação por parte das organizações participantes da implementação do PPSUS foi obtida junto a um gestor federal da saúde, para quem a procura por legitimidade também ocorreu por parte do CNPq:

O CNPq foi super cooperador, ele entendeu que era um ganho institucional em termos de experiência, até se legitimar como a instituição que coordena essa área, porque ele não ganhava nada, ele só recebia trabalho. O dinheiro ia pro CNPq e do CNPq para as instituições. (Gestor Federal da Saúde)

Num exercício de síntese acerca das contingências evidenciadas pelo peso explicativo que possuem para a compreensão das relações interorganizacionais em processos de coordenação interorganizacional de políticas públicas, conforme o modelo proposto por Oliver (1990) e com base no caso do PPSUS, as seis contingências foram reunidas, para efeito didático, na matriz do Quadro 4.8.

Quadro 4.8 - Matriz de análise, com as seis contingências para análise de relações interorganizacionais e as evidências de coordenação interorganizacional identificadas na implementação do PPSUS.

Contingências	Evidências
Necessidades	<p>DECIT: independência de recursos financeiros; necessidade dos recursos organizacionais, dos recursos normativos e metodológicos e da credibilidade do CNPq; necessidade da adesão das SES e da participação das FAPs.</p> <p>CNPq: necessidade de ampliação de recursos orçamentários sob sua execução SES e FAPs: autonomia decisória sobre a participação nas ações do PPSUS. Necessidade de obter recursos orçamentários provenientes do DECIT para ações de C,T&I/S e de recursos normativos e organizacionais do CNPq.</p> <p>SES e SMS: necessidade de acesso aos recursos orçamentários do DECIT para as ações de C,T&I/S</p> <p>FAPs: necessidade dos recursos orçamentários do DECIT e dos recursos normativos e organizacionais do CNPq.</p>
Assimetria	<p>Situação de maior simetria do que assimetria no que concerne aos aspectos decisórios, atribuída à pactuação prévia das regras e das responsabilidades para cada etapa do programa, à padronização e à formalização no Documento de Diretrizes do Programa.</p> <p>Assimetria decisória identificada na prerrogativa mantida pelo DECIT para as decisões relativas aos aportes orçamentários para cada estado.</p>
Reciprocidade	<p>DECIT: interesse de financiar pesquisas operacionais, com foco nos problemas do SUS, na perspectiva de contribuir para a redução das iniquidades regionais e lograr os resultados esperados para o PPSUS</p> <p>CNPq: colaboração com as demais organizações na busca da ampliação da influência político-institucional na esfera federal e estadual, mediante maior presença nos estados.</p> <p>SES: colaboração com as demais organizações face à dependência dos recursos orçamentários</p>

	<p>rios para as ações de C,T&I/S</p> <p>FAPs: colaboração com as demais organizações com o interesse de obter recursos orçamentários oferecidos pelo DECIT e o aprendizado institucional promovido pelo CNPq; interesse na ampliação da inserção das fundações estaduais no modelo de fomento praticado pelo CNPq.</p> <p>SES e SMS: necessidade de acesso aos recursos orçamentários do DECIT para as ações de C,T&I/S</p>
Eficiência	<p>DECIT e CNPq: as relações interorganizacionais substituíram a criação da agência de fomento à pesquisa em saúde, cogitada durante a década de 1990 e que representaria a criação de uma nova estrutura governamental, com gastos de custeio adicionais.</p> <p>SES e FAPs: aprendizado organizacional decorrente da implementação do PPSUS identificado como diferencial pelas organizações participantes do programa.</p>
Estabilidade	<p>DECIT e CNPq: adaptação mútua das organizações participantes da implementação do PPSUS antecedida pela participação no Fundo Setorial de Saúde, balizada pelo Documento de Diretrizes do PPSUS e pelo TCAT.</p> <p>Consensos entre as organizações relacionados à relevância e ao valor da C&T para o SUS e ao formato metodológico adotada no julgamento dos projetos de pesquisa.</p> <p>Conflitos de três ordens: (i) conflitos organizacionais; (ii) conflitos culturais e (iii) conflitos relativos à oferta e à distribuição dos recursos para o programa.</p>
Legitimidade	<p>DECIT e CNPq: legitimidades como motivação para a aproximação entre o DECIT e o CNPq.</p> <p>Obs: a ausência de evidências sobre os resultados obtidos com base na ação do PPSUS não foi relatada como objeto de pressões no processo de implementação do programa, de modo a colocar dúvidas sobre a sua legitimidade.</p>

Fonte: Elaboração própria, fundamentada em Oliver (1990).

4.2.2 Conclusão do tópico

Com base no que foi exposto, é possível afirmar que a investigação reuniu diversos elementos que têm poder explicativo sobre a atuação coordenada das organizações envolvidas na implementação do PPSUS, bem como elementos que explicaram a dinâmica que prevaleceu nas relações interorganizacionais que se estabeleceram entre estas organizações ao longo da implementação do programa. Esta combinação permitiu que fossem respondidas as duas questões formuladas ao longo da investigação para esta perspectiva de análise: as relações interorganizacionais que se estabeleceram entre as organizações envolvidas na implementação do PPSUS contribuíram para definir os rumos da coordenação interorganizacional do programa? Como a dinâmica das relações interorganizacionais do programa interagiu com a busca por resultados e com a ausência de avaliações de resultados no contexto de implementação e de avaliação do programa?

O levantamento documental e a análise de discurso dos entrevistados evidenciaram que a dependência de recursos existente entre DECIT, CNPq, FAPs e SES mobilizou estas organizações a cederem parte de sua autonomia para atuar de modo interdependente e coorde-

nado na implementação do PPSUS (LITWAK; HYLTON, 1962). Todas as organizações envolvidas na implementação do PPSUS necessitam de recursos que estão em poder das demais.

Pôde-se constatar que as relações interorganizacionais estabelecidas entre as organizações participantes da implementação do PPSUS se enquadraram em cada uma das seis contingências propostas pelo modelo analítico elaborado com base em Oliver (1990) e que estas relações contribuíram para a definição dos rumos da coordenação interorganizacional do PPSUS, o que responde à primeira pergunta. Esta contribuição foi mais fortemente evidenciada na rejeição à criação de uma agência nacional de fomento às ações de C&T. Neste caso, embora a maior divergência de posicionamento identificada pelas organizações participantes tenha sido a criação da agência de fomento para as ações de C&T/S, apontada como o maior motivo de conflito entre o DECIT e o CNPq no período estudado, este conflito foi superado mediante a decisão da manutenção das estruturas governamentais já existentes, numa motivação identificada pelos entrevistados como pautada pela eficiência. Uma vez que não houve consenso para a criação da agência nacional de fomento às ações de C,T&I/S, foram adotadas as estratégias de formalizar as relações entre MS e CNPq mediante um TCAT e de orientar a implementação do PPSUS pelo Documento de Diretrizes do Programa, o que contribuiu para conferir organicidade e estabilidade à implementação do programa. Os relatos indicam que, caso o conflito entre o DECIT e o CNPq não tivesse sido superado no contexto das relações interorganizacionais do programa, a coordenação interorganizacional do PPSUS teria assumido uma feição diferente da atualmente existente.

A análise sobre as relações estabelecidas entre a dinâmica interorganizacional e a ausência de avaliação de resultados no contexto de implementação e de avaliação do programa que se desenvolveu a partir da segunda questão ofereceu duas informações importantes para os objetivos desta investigação.

A primeira delas decorre da observação de que embora os entrevistados tenham expressado a preocupação com a inexistência de avaliação de resultados para o PPSUS, a realização da análise dos interesses das organizações para participar do programa revelou que apenas o MS foi referenciado e autorreferenciado como tendo interesse em participar do PPSUS para financiar pesquisas cujos resultados seriam incorporados ao SUS (matriz de interesses no Quadro 4.7). Assim, embora seja grande o número de organizações envolvidas, de modo coordenado, na implementação do PPSUS, fato que ampliaria sua capacidade organizacional e, em decorrência, a sua capacidade avaliativa (COUSINS et al., 2014) o baixo interesse nos resultados explicitados pelo programa pode ser considerado um elemento explicativo para a ausência de avaliações de resultados.

Dessa forma, na interpretação dos entrevistados, apenas uma das organizações participantes estaria interessada em participar do PPSUS para financiar pesquisas para o SUS, numa perspectiva de redução de iniquidades regionais e de incorporar seus resultados ao SUS, sendo que, segundo os relatos obtidos, para todas as demais organizações envolvidas os interesses encontram-se limitados aos produtos do programa na sua esfera de atuação ou até mesmo nenhum interesse nos resultados finais do programa. Entretanto, nos casos em que houve baixo ou nenhum interesse pelos resultados do PPSUS, a razão esteve relacionada ao fato do programa ser considerado secundário ou marginal no contexto da gestão assistencial do SUS, problema que foi relatado mesmo no âmbito do MS, o que isolaria ainda mais o DECIT neste contexto:

O DECIT é escanteado por várias áreas do MS. O gestor nacional não usa os resultados das pesquisas. (Gestor Federal da Saúde)

O ministério, na sua uma fragmentação, nem sempre colocava no PPSUS como programa a fazer... continuava tendo secretarias com suas pesquisas próprias, suas áreas de interesse próprias; esta é uma questão importante. Fora da Secretaria de Ciência e Tecnologia em outras áreas, em outras demandas, enfim, em vários órgãos do ministério e cada um com o seu pedaço. (Gestor Municipal da Saúde)

O argumento de que os resultados do programa são secundários no contexto da gestão assistencial do SUS foram acompanhados de explicações sobre o fato de a agenda dos gestores da saúde no Brasil ter um número expressivo de demandas assistenciais graves e importantes. Para alguns entrevistados, estas demandas podem não se beneficiar diretamente de um programa de fomento às pesquisas que podem nunca produzir resultados práticos, com potencial de serem incorporados ao SUS ou, produzindo, estes resultados podem estar disponíveis apenas num futuro distante das questões a serem enfrentadas na agenda cotidiana, conforme o relato:

É a gente procurar ser mais prático... isso me incomoda profundamente, às vezes eu fico muito preocupado quando vejo muito dinheiro na atividade meio, sem estar preocupado com a ponta... tem que discutir política de uma maneira tal que o efeito dela seja ali. Não gerou efeito, não foi bem pensada, tem que repensar, é por aí o caminho. (Gestor Estadual da Saúde)

A distância temporal entre o produto obtido com suporte em uma política e a obtenção de seus resultados foi analisada por Anderson (2008), que vinculou as políticas cujos resultados têm apenas consequências futuras ou num longo prazo às dificuldades para a realização de avaliações de resultados. No caso estudado, a distância para obtenção dos resultados do PPSUS foi relacionada ao comportamento assumido pelos gestores da saúde, que são eles próprios avaliados pelas respostas de curto prazo que oferecem aos problemas da rede assistencial do SUS.

Conforme mencionado no Capítulo 2 desta tese, a avaliação de resultados de uma política pública requer que sejam levados em consideração alguns desafios, sendo um deles apontado por Winter (1990) como a falta de clareza de que aquela política ou programa irá resolver um problema claro para a sociedade, o que também explicaria o desinteresse dos gestores da saúde pelo PPSUS, cujo foco tenderia a se voltar para as respostas cuja relação causa-efeito seria mais direta do que a oferecida por resultados de pesquisas.

Além disso, Winter (1990) também ressaltou a necessidade de que sejam consideradas as especificidades da avaliação de resultados em países federativos, nos quais as interferências podem ser devidas às discordâncias em relação aos objetivos dos programas propostos pelos governos locais. No caso do PPSUS, não foram relatadas discordâncias explícitas relativas à implementação do programa, até porque o PPSUS envolve a liberação de recursos orçamentários federais para os estados, o que explicaria a facilidade da adesão ao programa pelos SES.

Ficou, todavia, clara a posição de desinteresse e indiferença relativa aos resultados do programa e à sua avaliação por parte dos gestores da saúde. Esta posição de indiferença colide com a valorização atribuída por estes mesmos gestores às ações de C&T/S (que se explicaria, contudo, pela necessidade de obter mais recursos) e com a condição descrita na literatura para a participação em processos de coordenação interorganizacional, que consiste no cumprimento de objetivos e na obtenção de resultados que interessam ao conjunto das organizações participantes (LITWAK; HYTON, 1962; WEISS, 1988b, 1993, 1999; OLIVER, 1990; HANBERGER, 2011; GONTIJO, 2012).

Estas constatações podem oferecer uma contribuição importante para a compreensão do baixo tensionamento que prevalece em relação à inexistência de avaliações de resultado para o programa ao longo de sua implementação, contribuindo para explicar porque não têm sido cobrados e realizados esforços neste sentido pelas organizações que participam da implementação do programa.

A outra constatação também se refere às contradições relativas à participação dos gestores do SUS no contexto interorganizacional da implementação do PPSUS. Se por um lado o conteúdo programático do PPSUS previu um papel essencial para as SES, dada a sua condição de coordenadoras da implementação do programa no âmbito estadual e de público-alvo do programa (WINTER, 1990), por outro lado, como visto, os relatos foram uníssonos em identificar o baixo interesse desse grupo gestor pelo tema da C,T&I/S, sendo autorreferenciados como sem interesse direto nos resultados do programa e referenciados pelas demais organizações como o elo frágil e problemático para a implementação do PPSUS. Este fato contribui para a compreensão do baixo tensionamento relacionado à necessidade de realização de avali-

ações de resultados para o PPSUS, haja vista que não há uma demanda clara para que os resultados do programa sejam evidenciados por parte de sua principal clientela. De fato, não houve menção entre os entrevistados sobre nenhuma situação de conflito decorrente da ausência de avaliações de resultado para o programa no período investigado.

Estas duas informações sintetizam a resposta obtida para a segunda questão formulada sobre as interações entre a dinâmica interorganizacional do programa e a busca por resultados/ausência de indicadores de resultados no contexto da implementação do PPSUS.

Nesse sentido, as conclusões deste tópico consistem em:

- A investigação evidenciou que o PPSUS reúne características de um programa implementado sob condições de coordenação intergovernamental;
- As evidências informam, contudo, que as capacidades organizacionais identificadas nas organizações envolvidas na implementação do programa não foram extensivas às suas capacidades avaliativas (COUSINS et al., 2014).

Além disso, a investigação agregou elementos que contribuem para explicar porque o programa não tem sido avaliado sob a perspectiva de seus resultados:

- O baixo interesse das organizações participantes da implementação do PPSUS em relação à obtenção dos resultados esperados do programa, apesar de haver o reconhecimento da necessidade de participar da implementação do programa;
- O distanciamento entre as atribuições previstas para as SES no contexto de implementação do programa e a forma como estas organizações, de fato, têm atuado na implementação do programa.

4.3 A categoria especificidade da política e a avaliação de resultados no PPSUS

Esta investigação adotou, como uma de suas proposições, que a especificidade da política ou do programa seja um fator que influencia a decisão sobre avaliar ou não os seus resultados e que há programas e políticas públicas cujos produtos possuem especificidades que apresentam dificuldades adicionais para serem evidenciados em indicadores e em sistemas de avaliação de resultados (VAN THIEL; LEEUW, 2002), estando relacionadas à essência e à natureza da política ou do programa.

Segundo o dicionário de Aurélio Buarque de Hollanda (FERREIRA, 1999), o vocábulo natureza corresponde à essência, ao que é visível ao mundo, enquanto essência é definida como a substância, a ideia principal, o que uma coisa é. Sob o aspecto filosófico, o termo natureza está relacionado à “estrutura essencial de um corpo ou de um conjunto (funcional) ao

agir” (LEGRAND, 1983, p. 277). Ainda no campo da filosofia, o termo essência, que indica “aquilo que faz com que uma coisa seja o que é (e não seja outra coisa)” (LEGRAND, 1983, p. 152) também contribui para a compreensão necessária a esta categoria. Nestes termos, adotou-se que, para os objetivos propostos por esta investigação, o construto especificidade de uma política ou de um programa encontra-se estreitamente relacionado tanto ao caráter distintivo e ao que traduz a sua ideia principal, quanto aos produtos originados daquela política ou programa, conforme consta na matriz do Quadro 4.9.

Quadro 4.9 - Matriz de análise para a categoria especificidade de uma Política ou de um Programa, com fontes, construto e elementos de análise.

Fontes	Categoria	Construto	Elementos de análise
Weiss, 1979 Legrand, 1983 Van Thiel; Leeuw, 2002 Laurian et al., 2010	Especificidade de uma política ou programa	A especificidade de uma política ou programa pode ser definida como o conjunto de características que se associam aos momentos da formulação, da implementação e da avaliação e que se expressam na sua produção, distinguindo-a de outras políticas ou programas. No caso do PPSUS, assumiu relevância para a compreensão da sua especificidade a finalidade do programa, explicitada em seu conteúdo programático, que consiste em produzir conhecimento científico, para ser utilizado com o objetivo de contribuir para a resolução dos problemas do SUS.	Produção do PPSUS: A distribuição loco-regional e orçamentária dos projetos financiados pelo programa. A gestão do conhecimento produzido pelo programa. Os limites e as possibilidades das organizações participantes para elevar a incorporação dos resultados das pesquisas no SUS.

Fonte: Elaboração própria, baseada em Weiss (1979); Legrand (1983); Van Thiel; Leeuw (2002) e Laurian et al. (2010).

Segundo Winter (2010) os estudos de implementação de políticas públicas devem preservar a distinção entre os produtos de entrega e os resultados da política. Para Winter (2010) essa distinção justifica-se pelo fato de as análises dos produtos e dos resultados de políticas necessitarem de diferentes tipos de teorias, sendo que os estudos sobre os resultados de políticas podem ser considerados como “o elo perdido restante em nossa compreensão do processo de políticas” (WINTER, 2010, p. 226).

Como já mencionado neste mesmo capítulo, o Projeto de Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia em Saúde, criado em 2001, é considerado uma iniciativa precursora do que viria a ser o PPSUS. Lançado com o objetivo de desenvolver atividades de fomento descentralizado à pesquisa nos estados (BRASIL, 2006, 2006c), o PPSUS consistiu em uma das

ações desenvolvidas pelo DECIT, da Secretaria de Políticas de Saúde, como parte integrante do Projeto Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia em Saúde.

As ações prioritariamente conduzidas pelo Projeto Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia em Saúde são descritas pelo MS (BRASIL, 2006a) como: (i) o financiamento de pesquisas; (ii) a promoção de cursos de capacitação para técnicos e gestores das secretarias e das FAPs; e (iii) a implantação de infraestrutura para o desenvolvimento de atividades relacionadas à ciência e tecnologia nas SES (BRASIL, 2006a, 2010a). Também de acordo com registros documentais do MS (BRASIL, 2006a) e com os relatos obtidos, as ações prioritárias do Projeto Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia em Saúde tiveram o objetivo de fortalecer a gestão de C&T nas SES, cujos resultados foram “criação de núcleos de ciência e tecnologia no organograma das Secretarias de Saúde do Ceará, Minas Gerais, Paraíba e Sergipe” (BRASIL, 2006a, p. 11):

O PPSUS não existia em 2002. Existia um programa que se pretendia de fomento, que tinha uma atuação direta em nove estados da Região Norte e Nordeste, para fazer basicamente, o fomento à instalação de núcleos de C&T. Essa era sua primeira função. E, instituído o núcleo de C&T, o departamento, através da UNESCO, financiava ações de C&T naquele território. (Gestor Federal da Saúde)

Eu falei “Aqui tem campo para criar alguma coisa que sirva para o SUS e para o desenvolvimento institucional”. Note que o PPSUS nasce na área de desenvolvimento institucional voltada para os pequenos estados e para o que a gente considerava menos desenvolvida. Então, nós começamos a trabalhar e desenvolvemos a ideia que cada estado ia ter a possibilidade de fazer uma chamada local e que essa chamada local ela ia ter várias características. E isso começou a mostrar que a gente poderia ter fundos, que a gente organizaria as agendas locais, enfim, o PPSUS nasce assim. (Gestor Federal da Saúde)

Embora o DECIT tivesse a intenção de que o Projeto Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia em Saúde se constituísse como um projeto abrangente e presente em todos os estados da federação, as dificuldades e as limitações organizacionais enfrentadas no decorrer de sua implementação permitiram caracterizá-lo apenas como projeto-piloto. Na primeira e única edição produzida pelo Projeto Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia em Saúde, que correspondeu ao biênio 2002–2003, apenas dez estados da federação participaram de suas atividades, mediante o lançamento de editais de seleção pública. Havia, nesse conjunto de estados, forte predomínio dos estados da Região Nordeste, que contava com sete estados participantes: Alagoas, Bahia, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Piauí e Sergipe. Além dos sete estados nordestinos, completavam o grupo de dez estados participantes dos editais do projeto os Estados de Santa Catarina, Mato Grosso do Sul e Minas Gerais (BRASIL, 2006a).

Conforme dados do MS, triangulados com as informações prestadas pelos entrevistados (os relatos estão registrados no item 4.1.4 desta tese), o número limitado de estados parti-

cipantes do Projeto Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia em Saúde teve como principais determinantes o baixo volume de recursos disponíveis para a iniciativa e a inadequação das modalidades administrativas adotadas pelo MS para a realização das transferências de recursos orçamentários aos estados participantes do projeto. Estas modalidades administrativas para as transferências de recursos aos estados limitavam-se ao que estava disponível no aparato gestor do MS àquela época e foram viabilizadas, essencialmente, mediante a formalização de convênios entre o Fundo Nacional de Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde, além de parcerias administrativas, estabelecidas entre o MS e as SES e as FAPs, com a participação de organismos internacionais. Em se tratando de transferências mediadas por organismos internacionais, as mediações para a implementação do Projeto Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia em Saúde foram asseguradas pela UNESCO, que atuava como a entidade gerenciadora dos recursos transferidos aos estados participantes do projeto.

A viabilização financeira do Projeto de Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia em Saúde esteve na dependência de recursos orçamentários federais, transferidos pelo DECIT, acrescidos de contrapartidas orçamentárias estaduais. A concepção do projeto previra que a sua viabilização dependeria da existência de contrapartidas orçamentárias estaduais aos recursos federais transferidos pelo DECIT. Entretanto, de acordo com os relatos feitos pelos entrevistados, confirmados pelos registros existentes no banco de dados gerenciais do PPSUS, à exceção da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, nenhum dos dez estados¹⁵ que participaram da primeira edição do projeto assumiu a condição de parceiro orçamentário do MS (BRASIL, 2014):

Os processos abriam e não fechavam, porque a UNESCO tinha um dispositivo que retinha, como uma contrapartida direta, cinco por cento, que tinha que aparecer dentro do estado. E isso não aparecia porque os estados não dispunham desses recursos. (Gestor Federal da Saúde)

Face à relevância da manutenção e da estabilidade de fontes de financiamento para a implementação de programas e políticas públicas, a instabilidade e a insuficiência do formato da parceria estabelecida pelo DECIT com a UNESCO foi avaliado como um dos determinantes mais importantes para as limitações enfrentadas pelo Projeto Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia em Saúde. As constatações relativas às repercussões negativas decorrentes dessa modalidade de transferência sobre a implementação do projeto influenciaram, no que pode ser considerado um processo de aprendizado e de adaptação institucional (NORTH,

¹⁵ Os dez estados são: Alagoas, Bahia, Ceará, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Santa Catarina e Sergipe.

1990), as decisões que resultaram numa alteração substancial do marco normativo do projeto no que tange à modalidade de transferência de recursos, contribuindo para mudanças na gestão e, também como já foi abordado, nas relações interorganizacionais do PPSUS.

A fase de projeto-piloto do Projeto Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia em Saúde começou a ser superada a partir de 2002. Conforme já descrito neste documento, em 2003 ocorreram mudanças importantes no contexto político-institucional do governo brasileiro, decorrentes de mudanças no âmbito do poder executivo federal, em razão da eleição presidencial que ocorreu em 2002. Estas mudanças institucionais tiveram repercussão na estruturação e na mudança de condução do MS, alterando a condução dada pelo DECIT às ações de descentralização do fomento à C,T&I/S, com impactos sobre seus aspectos financeiros, administrativos e normativos, que influenciaram os objetivos estabelecidos e a trajetória assumida pelo PPSUS. Cada uma das mudanças verificadas na condução proposta para o PPSUS é importante para a compreensão das decisões adotadas ao longo da implementação do programa e que explicam a configuração que foi assumida por ela, definindo a especificidade do programa, e podem ser assim sintetizadas:

- *Expansão dos recursos orçamentários para o fomento descentralizado às ações de C,T&I/S*: a primeira mudança que merece ser destacada na implementação do programa a partir de 2003 ocorreu no âmbito do seu financiamento, como decorrência da acentuada expansão dos recursos orçamentários que lhe eram destinados.
- *Formalização do TCAT entre MS e o CNPq*: a segunda mudança importante ocorreu no âmbito administrativo do programa e decorreu da formalização do TCAT firmado entre o MS e o CNPq para a operacionalização das transferências de recursos financeiros aos estados, em substituição às modalidades de transferências convencionais e operacionalizadas, que haviam sido realizadas pela UNESCO.
- *Elaboração e pactuação do Documento de Diretrizes do PPSUS*: a terceira mudança, que alterou os aspectos normativos do PPSUS, resultou da elaboração pactuada e da publicação do Documento de Diretrizes do PPSUS, cuja construção envolveu a participação de representantes de todas as organizações integrantes do seu processo de implementação.

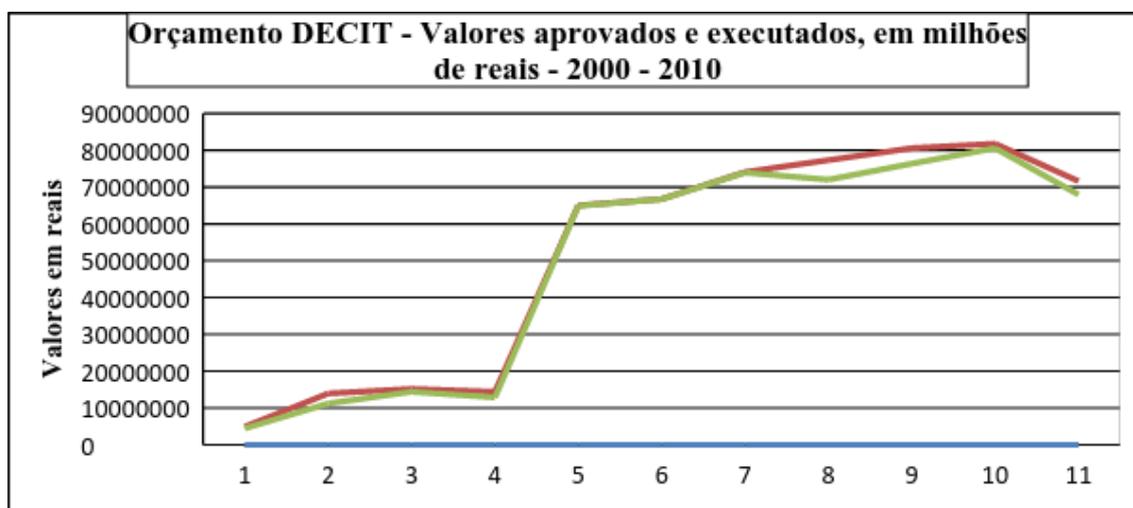
Como os aspectos relacionados ao TCAT e ao Documento de Diretrizes do PPSUS foram previamente tratados na primeira parte deste capítulo, serão abordados neste tópico os aspectos relativos à expansão de recursos e de projetos financiados pelo programa a partir de 2003.

4.3.1 O comportamento orçamentário e a distribuição loco-regional dos projetos financiados pelo PPSUS no período 2003–2010

O orçamento autorizado para o DECIT no período compreendido entre 2000 e 2002 apresentou variações nos valores disponíveis para seu financiamento, oscilando entre R\$ 4,9 milhões e R\$ 15,2 milhões, tendo, no ano de 2003, apresentado uma retração em relação ao ano anterior, para R\$ 14,4 milhões. A partir de 2004, contudo, os recursos orçamentários destinados ao financiamento do DECIT se pautaram não apenas pelo aumento expressivo que obtiveram, em 2004, mas também pela sua estabilidade, o que representou a liberação de recursos da ordem de R\$ 65 milhões para o financiamento do PPSUS nos estados participantes (Pesquisa Saúde, 2014).

Conforme revela a Figura 4.2, após 2003, o orçamento do DECIT manteve o patamar de aporte de recursos orçamentários que havia sido obtido no início da nova gestão presidencial, atingindo, em 2009, uma execução orçamentária da ordem de R\$ 81,8 milhões anuais. Se considerado em bloco, o período analisado, que compreende o período entre 2003 e 2010, representou, para a execução orçamentária do DECIT, uma variação percentual positiva de 397%. A título de comparação, no mesmo período, os dados obtidos no Portal da Transparência relativos aos recursos orçamentários executados pelo MS e pela FIOCRUZ, revelaram variações da ordem de 122% e de 273%, respectivamente. Esta comparação contribui para evidenciar o destaque conferido às ações conduzidas pelo DECIT no orçamento setorial da saúde, a partir de 2003, entre as quais as ações de fomento descentralizado.

Figura 4.2 - Valores orçamentários aprovados e executados pelo DECIT, no período compreendido entre 2000 e 2010, em milhões de reais.



Fonte: Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento/SCTIE/MS, 2014.

Segundo relatos obtidos nas entrevistas realizadas, a expansão dos recursos orçamentários para as ações conduzidas pelo DECIT foi obtida após a negociação e da exposição de motivos, encaminhada pelo seu diretor, em 2003, ao secretário executivo do MS que acabara de ser nomeado na gestão governamental que se iniciava e que também era um pesquisador na área de C&T/S, conforme registra o relato abaixo:

O orçamento muito pequeno foi equacionado depois de uma conversa [do diretor do DECIT] com o secretário executivo do Ministério da Saúde, Gastão Wagner de Souza Campos, professor da UNICAMP. O Prof. Gastão acompanhava essa questão da pesquisa em saúde, como pesquisador, mas também, em parte, como gestor, como pensador sobre a Política de Ciência e Tecnologia em Saúde. Ele era uma pessoa do ramo e autorizou que o orçamento do DECIT passasse de R\$ 13 milhões para R\$ 65 milhões. (Gestor Federal da Saúde)

Conforme relatos de entrevistados, os recursos orçamentários que passaram a ser assegurados pelo o DECIT para o PPSUS, a partir de 2004, alteraram substancialmente a trajetória de implementação do programa:

À medida que estas negociações foram progredindo isto foi se equalizando porque o MS entrou com muito dinheiro novo e na medida em que a gente tinha dinheiro novo ele conseguia também puxar uma agenda mais da cara do MS. Então tinha dinheiro do Fundo Setorial, tinha dinheiro do MS e tinha dinheiro do tesouro, do recurso do CNPq mesmo. Nas ações conjuntas você conseguia compor um pouco. [...] o Ministério [da saúde], obviamente, por ter criado uma estrutura dentro dele para pesquisa em saúde, ciência e tecnologia em saúde, e ter recursos, e ter liderança, ele conseguiu imprimir muito da política das prioridades vistas pelo MS para a agenda de pesquisa em saúde do Brasil. PPSUS também é um exemplo disso. (Gestor Federal de C&T)

Ainda segundo os relatos obtidos, essa alteração na trajetória do programa ocorreu não apenas pelo fato do aporte de novos recursos orçamentários ter atingido um montante capaz de mobilizar as FAPs e os pesquisadores do setor saúde para participarem dos editais do PPSUS, mas também porque a injeção de novos recursos foi acompanhada pela assinatura do TCAT com o CNPq, que alterou o rito de julgamento dos projetos e conferiu credibilidade ao programa:

O que dá credibilidade ao PPSUS são as várias fases do julgamento: primeiro tem enquadramento das propostas pelas FAPs, fase dos ad-hocs, depois a Comissão de Especialistas, e depois o Comitê Gestor. Isso dá a credibilidade de não privilegiar amigos nos julgamentos. (Gestor Federal da Saúde)

O acréscimo de recursos orçamentários destinados ao PPSUS, ao se associar ao TCAT e ao Documento de Diretrizes do Programa, contribuiu para compor o conjunto de fatores que, de acordo com os entrevistados, foram decisivos para a definição da trajetória de implementação assumida pelo PPSUS no período compreendido entre 2003 e 2010, caracterizando a estabilidade que expandiria a produção das pesquisas em saúde.

Estes dois fatores foram amplamente citados pelo conjunto dos entrevistados ao explicar as razões pelas quais o PPSUS logrou a estabilidade, a expansão e a visibilidade que o caracterizaram no período 2003–2010. Se para os gestores do PPSUS, o TCAT, ao formalizar a participação do CNPq no processo de seleção e nas demais etapas do programa, foi decisivo para a construção da credibilidade que o PPSUS necessitava, o Documento de Diretrizes do PPSUS procurou assegurar a uniformidade nacional nos aspectos relacionados ao levantamento de prioridades de pesquisa em cada estado e a sua vinculação com os conteúdos dos projetos financiados pelo programa.

Posto isso, as perguntas que interessam à presente investigação são: quais as evidências de que estes recursos apoiaram o desenvolvimento das pesquisas cujos resultados objetivavam “contribuir para a resolução de problemas prioritários de saúde da população brasileira” (BRASIL, 2006a)? Quais as possibilidades e limitações para a condução de avaliações de resultados num programa cujo objetivo é a incorporação dos resultados de pesquisa no SUS, de forma descentralizada e numa perspectiva de equidade?

Cumprе lembrar que o modelo explicativo adotado nesta análise se propõe a analisar as relações entre o processo decisório e as interferências na trajetória assumida pelo programa no período 2003–2010, com base em três abordagens adotadas, tendo sido já analisadas as abordagens institucionalista e organizacional. A questão que se coloca agora é: frente aos objetivos propostos pelo DECIT para o PPSUS, como as decisões adotadas sobre a avaliação de resultados do programa (na condição de variável dependente) teriam sido influenciadas pela especificidade do programa, expressa como uma decorrência dos insumos de natureza política/organizacional/orçamentária que passaram a ser disponibilizados para o programa a partir de 2003?

Para tentar obter as respostas para estas perguntas, a investigação trilhou o caminho dos recursos executados pelo PPSUS e dos projetos por eles financiados, como consequência da análise da sua distribuição loco-regional.

Neste aspecto, cumpre lembrar que, por ocasião do lançamento do PPSUS, o MS anunciou que o programa buscava atingir os propósitos de: (i) fortalecer as capacidades locais de pesquisa; (ii) apoiar o desenvolvimento de pesquisas voltadas para o atendimento das necessidades locais dos sistemas e serviços de saúde; e (iii) desconcentrar os investimentos feitos pelo MS para as ações de C,T&I/S (BRASIL, 2006a). Esta declaração de intencionalidade foi confrontada às categorias analisadas do PPSUS, representadas pelas mudanças institucionais decorrentes dos fatores financeiros, administrativos e normativos introduzidos no programa a partir de 2003 e aos resultados pretendidos no fortalecimento das capacidades locais

de pesquisa; no desenvolvimento de pesquisas voltadas para as necessidades locais dos sistemas e serviços de saúde e na desconcentração dos investimentos feitos pelo MS para as ações de C,T&I/S.

Para a condução da análise, foram adotados descritores relativos aos insumos disponíveis para a implementação do PPSUS, analisados de forma vinculada à produção obtida pelo programa no período 2003–2010. Um dos conjuntos de descritores foi composto pelos dados relativos aos insumos financeiros disponíveis para o programa. Estes insumos compreendem o volume de recursos executados por unidade da federação e por região do país ao longo do período estudado. Os insumos financeiros são oriundos de fontes orçamentárias do DECIT e dos três parceiros orçamentários que estiveram presentes em cada uma das quatro edições do programa, as SECT, as FAPs e as SES. O outro conjunto de descritores relaciona-se aos dados sobre os produtos associados ao PPSUS e compreendem os projetos realizados, as patentes informadas pelos pesquisadores, os mestres e doutores formados com recursos oriundos do PPSUS por unidade da federação e por região do país ao longo do período estudado¹⁶.

Todos os dados relativos aos produtos decorrentes da implementação do PPSUS foram obtidos junto à base de dados gerenciais do programa (a Pesquisa Saúde), organizada e mantida pelo DECIT, conforme atualizações realizadas até o dia 06 de setembro de 2014.

4.3.2 A execução dos recursos e o volume de projetos realizados em cada uma das edições do PPSUS

Uma variável que contribui para a caracterização do comportamento da implementação e da produção do PPSUS no período compreendido entre o ano de 2003 e 2010 é o volume de recursos orçamentários executados pelo programa em cada uma das quatro edições realizadas no período.

O Quadro 4.9 apresenta, para cada ano e em cada uma das edições do PPSUS, dados sobre os valores totais aprovados por edição¹⁷. Estão também individualizados nesse quadro, por ano e por edição, os recursos oriundos do DECIT e os recursos aportados ao programa pelo conjunto dos parceiros orçamentários, a saber: as SECT, as FAPs e as SES.

¹⁶ Um estudo detalhado acerca da produção oriunda do PPSUS para o período compreendido entre 2002 e 2008 pode ser encontrado em Peters (2013).

¹⁷ Cabe registrar que a Quadro 4.9 inclui dados relativos ao ano de 2002, embora a presente investigação tenha como momento inicial o ano de 2003.

Quadro 4.10 - Valores totais aprovados para cada edição do PPSUS, por ano e por origem orçamentária, em reais.

Edições PPSUS	Valores totais aprovados por edição PPSUS (em reais)	Ano	Valores PPSUS - totais anuais (em reais)	Recursos PPSUS - DECIT	Recursos PPSUS - Parceiros (SECT/FAPs/SES)
2002-2003	3.754.201,39	2002	1.764.992,26	1.764.992,26	–
		2003	1.989.209,13	1.603.834,54	385.374,60
2004- 2005	25.327.606,75	2004	13.367.728,52	8.103.853,44	5.263.875,15
		2005	11.959.878,23	6.756.382,35	5.203.495,88
2006-2008	38.091.189,32	2006	33.942.883,46	18.570.870,17	15.372.013,29
		2007	1.778.883,22	1.770.100,60	601.782,62
		2008	2.369.422,64	1.580.404,89	789.017,75
2009-2010	74.309.363,96	2009	54.578.955,10	34.761.554,77	19.816.904,46
		2010	19.730.408,86	10.482.148,02	9.248.260,86

Fonte: BRASIL, MS, Pesquisa Saúde, DECIT. Consulta realizada em 06 de setembro de 2014.

A leitura do Quadro 4.10 permite o acompanhamento das alterações que se verificaram no financiamento do PPSUS ao longo do período analisado. Observa-se que houve uma ampliação, da ordem de 1.243%, no volume de recursos orçamentários oriundos do orçamento do DECIT aplicados no PPSUS entre a 1ª e a 4ª edições, já que na 1ª edição do programa o DECIT aplicou R\$ 3.368.826,79 e, na 4ª edição, aplicou R\$ 45.243.702,79. Do mesmo modo, verifica-se que ocorreu, nesse mesmo período, uma ampliação de 7.442% no volume de recursos destinados ao programa pelo conjunto de seus parceiros orçamentários estaduais. Na 1ª edição do PPSUS, os recursos oriundos das SECT/FAP/SES representaram R\$ 385.374,60¹⁸, tendo atingido, na 4ª edição, R\$ 29.065.165,32. A trajetória linear e a expansão assumida pelos recursos orçamentários executados pelo programa podem também ser visualizadas na Figura 4.3, cujas curvas desagregam os recursos oriundos do DECIT, individualizando-os dos recursos provenientes dos parceiros orçamentários, durante as quatro edições do programa, no período compreendido entre 2002 e 2010.

A relevância do crescimento dos recursos financeiros federais e estaduais para o PPSUS foi relatado pelos entrevistados, vinculando-o aos produtos e resultados do programa:

Talvez isto tenha sido o grande produto que a gente deixou ao sair do PPSUS, foi ter mais que dobrado o orçamento, mais que dobrou, triplicou o orçamento; ter aumentado a capacidade de investimento do Estado duas vezes maior que o próprio Ministério colocava. (Gestor Federal da Saúde)

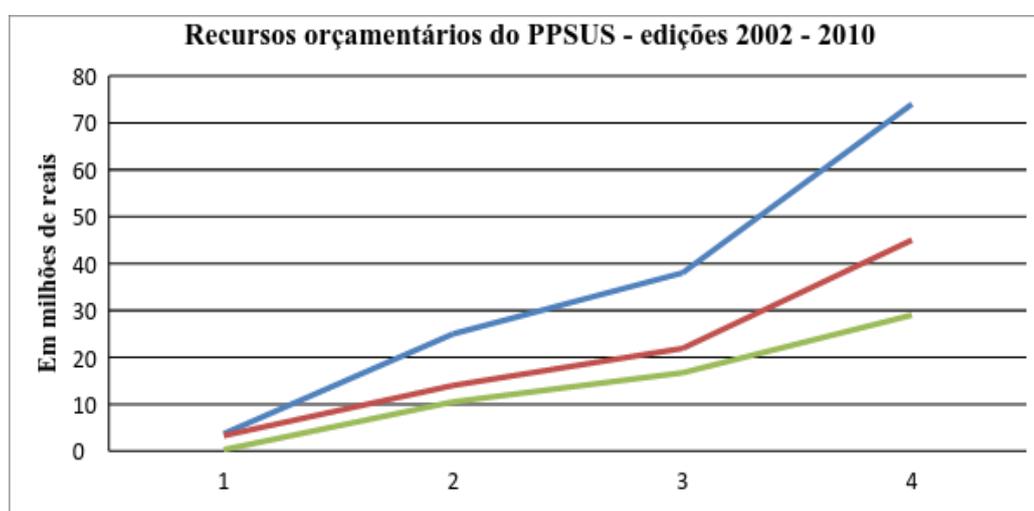
A partir daí houve uma maneira de que o MS tentava fazer uma interlocução com os estados para que essas contrapartidas fossem clonadas, que fossem realmente investidas no PPSUS. Isso acabou interferindo nos resultados do PPSUS. Por quê? Quando se colocou dinheiro mesmo que foi da área de pesquisa, da FAP, as SES passaram a assumir mais o PPSUS, não sei se você teve este corte com alguém,

¹⁸ Apenas a Secretaria Estadual de Santa Catarina destinou recursos orçamentários próprios na 1ª edição do PPSUS. Nesta edição os parceiros administrativos eram o Fundo Nacional de Saúde e o UNESCO (Ministério da Saúde, Pesquisa Saúde, Consulta realizada em 06 de setembro de 2014).

mas elas passaram a assumir não só porque o PPSUS era legal ou porque ia entrar, mas porque os estados tinham de colocar dinheiro. (Gestor Estadual de C&T)

Vale realçar que, neste período, os recursos totais destinados ao financiamento dos projetos de pesquisa financiados pelo PPSUS representaram R\$ 139.717.369,16 (destacados na linha na cor azul), dos quais R\$ 82.025.314,24 (destacados na linha na cor vermelha) foram oriundos do orçamento do DECIT e R\$ 56.680.724,61 (destacados na linha na cor verde) foram provenientes dos parceiros orçamentários do programa nos estados, ou seja, as SECT, as FAPs e as SES.

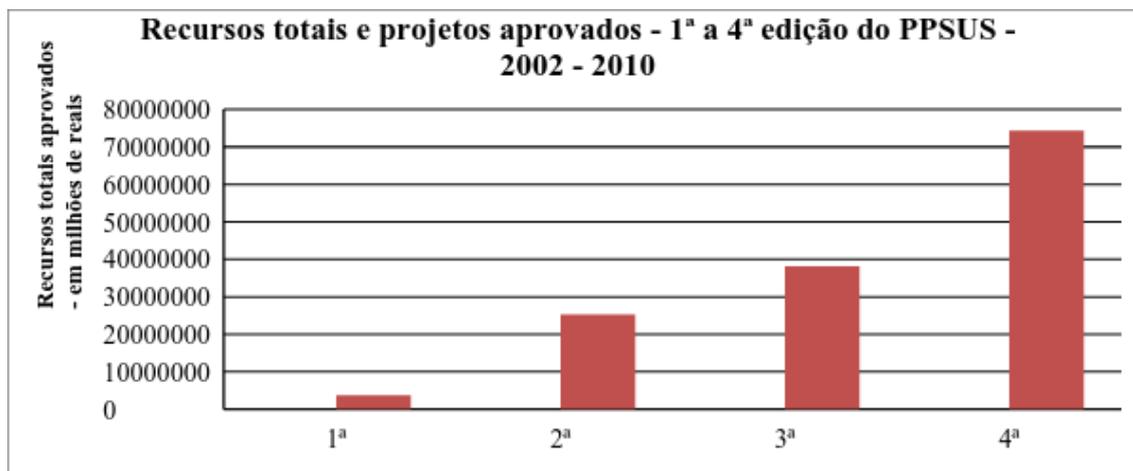
Figura 4.3 - Recursos orçamentários totais e por fonte orçamentária, disponíveis para o PPSUS, no período 2002–2010, em milhões de reais.



Fonte: BRASIL, MS, Pesquisa Saúde, DECIT. Consulta realizada em 06 de setembro de 2014.

A Figura 4.4 ilustra as informações sobre como estes recursos foram traduzidos no número de projetos, relacionando-os à execução dos recursos totais para cada uma das edições do programa. Na 1ª edição do programa, foram contratados 147 projetos de pesquisa e, na 4ª edição, foram contratados 746 projetos. Durante o período compreendido entre 2003 (1ª edição) e 2010 (4ª edição), houve uma ampliação de 376% no número de projetos de pesquisa contratados. Cabe registrar que a Figura 4.4 totaliza 2017 projetos realizados e não 1930 projetos porque nele estão incluídos os 87 projetos realizados com recursos dos editais lançados no ano de 2002.

Figura 4.4 - Relação entre o número de projetos e os valores totais de recursos aprovados em cada edição do PPSUS.



Fonte: BRASIL, MS, Pesquisa Saúde, DECIT. Consulta realizada em 06 de setembro de 2014.

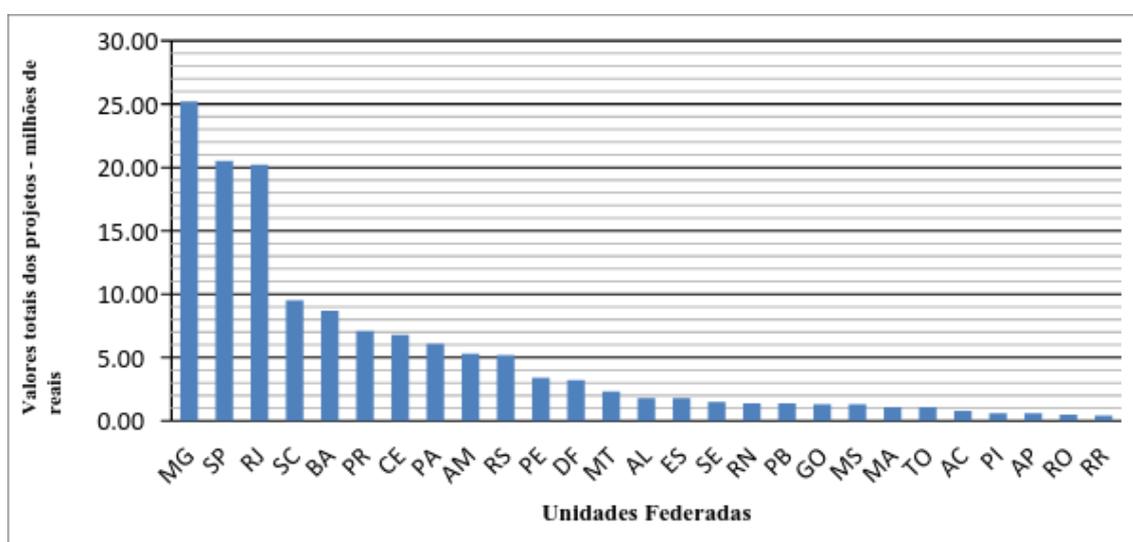
Haja vista que a tendência crescente no volume de recursos executados pelo programa se fez acompanhar pelo crescimento no volume de projetos financiados, um dado importante para caracterizar o comportamento do PPSUS no período é relativo aos valores médios dos projetos financiados por cada edição do PPSUS. Os valores obtidos no banco de dados gerenciais do programa informam que o crescimento do volume de recursos executados pelo PPSUS a cada edição do programa se fez acompanhar pela expansão no valor médio de recursos por pesquisa contratada. Desse modo, o valor médio dos projetos de pesquisa contratados, que era de R\$ 25.538,78 na 1ª edição, passou para R\$ 48.894,99, na 2ª edição, atingindo R\$ 62.856,75 e R\$ 99.610,41 nas suas 3ª e 4ª edição, respectivamente. Estes valores representaram uma elevação de 290% no valor médio dos projetos contratados entre a 1ª e a 4ª edição do programa, sendo que, se tomado o período 2003–2010 como um todo, o valor médio dos projetos contratados correspondeu a R\$ 59.225,23.

No decorrer do período 2003–2010, a implementação do PPSUS caracterizou-se não apenas por apresentar uma trajetória estável na sua disponibilidade orçamentária, mas também pela expansão dos recursos alocados para sua execução por parte das instituições federais e estaduais participantes de seu financiamento. Como decorrência, houve ampliação do número de projetos financiados, do volume de recursos contratados e do valor médio dos recursos custeados por projeto em cada edição do programa.

4.3.3 A distribuição territorial dos recursos executados pelo PPSUS no período 2003–2010

Os recursos provenientes do DECIT e dos parceiros orçamentários do PPSUS que na edição inaugural do programa foram caracterizados como uma experiência-piloto que contemplou apenas dez unidades da federação passaram, a partir de 2003, a contemplar instituições de pesquisa localizadas em todos os estados do país. A Figura 4.5 ilustra a distribuição dos recursos totais para as unidades federadas no decorrer do período compreendido entre 2003 e 2010.

Figura 4.5 - Distribuição dos recursos totais do PPSUS, por UF. Período: 2003–2010. Em milhões de reais.



Fonte: BRASIL, MS, Pesquisa Saúde, DECIT. Consulta realizada em 06 de setembro de 2014.

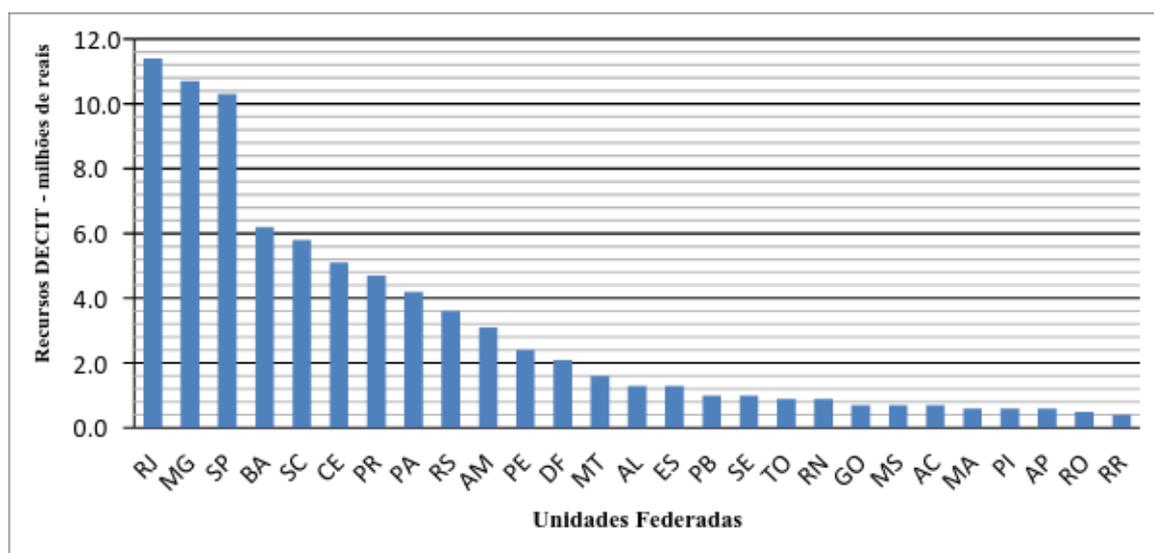
A análise sobre a distribuição territorial dos recursos disponibilizados para o PPSUS revelou que, ao final do período compreendido entre 2003 e 2010, o PPSUS havia liberado R\$ 139.717.369,16 para o financiamento de projetos em saúde, dos quais R\$ 65.930.358, ou seja, 47,2% dos recursos liberados no período foram destinados aos projetos de pesquisa realizados em três estados do país: Minas Gerais, que totalizou no período analisado R\$ 25.212.182,00; São Paulo, que recebeu R\$ 20.528.246,00 e Rio de Janeiro, que recebeu R\$ 20.189.931,00.

À exceção desses três estados, todos os demais estados obtiveram, nesse período, recursos que variaram entre R\$ 9.599.907, como é o caso do Estado de Santa Catarina e R\$ 455.576, recebidos pelo Estado de Roraima. O valor médio obtido pelo conjunto de estados no período compreendido entre 2003 e 2010 correspondeu a R\$ 5.174.717,38, sendo que, conforme pode ser constatado pela leitura da Figura 4.5, dezesseis estados receberam recursos abaixo desse valor médio. No conjunto de estados que recebeu recursos inferiores aos valores médios encontram-se todos os estados da Região Centro-Oeste, cinco estados da Região Norte

(as exceções são os Estados do Amazonas e do Pará) e sete estados da Região Nordeste (as exceções são os Estados do Ceará e da Bahia).

A Figura 4.6 individualiza as transferências orçamentárias realizadas pelo DECIT para os projetos financiados pelo PPSUS no período 2003–2010. Os recursos aplicados pelo DECIT totalizaram R\$ 83.036.148,77. Desse total, os Estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais, São Paulo e Bahia receberam R\$ 38.693.002,79, o equivalente a 46,6% do volume de recursos transferidos no período. O valor médio transferido pelo DECIT aos estados representou R\$ 3.075.412,92, sendo que dezessete estados receberam recursos abaixo desse valor. A composição desse grupo de estados é a mesma da descrita para o item anterior, que descreve a distribuição dos recursos totais do PPSUS no período, à exceção do Estado do Espírito Santo, único estado da Região Sudeste cujos recursos transferidos pelo DECIT se encontravam abaixo da média das transferências feitas no período.

Figura 4.6 - Distribuição dos recursos transferidos pelo DECIT ao PPSUS, por UF. Período: 2003–2010. Em milhões de reais.



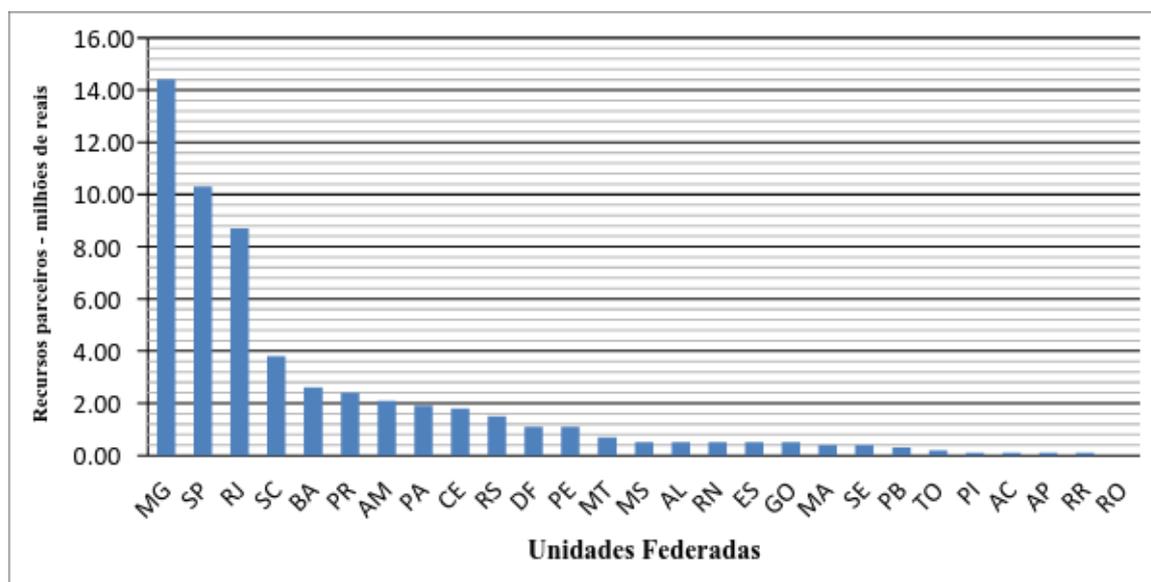
Fonte: BRASIL, MS, Pesquisa Saúde, DECIT. Consulta realizada em 06 de setembro de 2014.

Os dados sobre os aportes financeiros realizados com recursos provenientes de fontes orçamentárias das SECT, das FAPs e das SES foram individualizados na Figura 4.7, na qual se pode constatar que os maiores aportes estaduais feitos para o PPSUS foram realizados por três estados: Minas Gerais, São Paulo e Rio de Janeiro. No período compreendido entre 2003 e 2010, o conjunto dos estados brasileiros investiu R\$ 56.680.724,61 no PPSUS, com o valor médio de R\$ 2.099.286,10 para o conjunto dos estados. Além dos já citados três estados da Região Sudeste, transferiram para o programa um volume de recursos acima do valor médio

aplicado pelos estados no período apenas os Estados de Santa Catarina, Bahia, Paraná e Amazonas.

Vale registrar que três dos estados participantes do PPSUS – Acre, Amapá e Roraima – investiram valores inferiores a cem mil reais e o Estado de Rondônia foi a única unidade federada (UF) a não registrar nenhum aporte financeiro para o programa ao longo do período estudado.

Figura 4.7 - Distribuição dos recursos transferidos pelas SCTs/FAP/SES ao PPSUS, por UF. Período: 2003–2010. Em milhões de reais.



Fonte: BRASIL, MS, Pesquisa Saúde, DECIT. Consulta realizada em 06 de setembro de 2014.

Um dado importante para a compreensão da distribuição dos recursos do PPSUS entre os estados, além dos dados relativos aos volumes de recursos transferidos aos estados pelo DECIT e pelos estados ao PPSUS, é o valor médio financiado pelos projetos aprovados em cada estado. Cabe acrescentar que, do total de 1930 projetos financiados pelo PPSUS no período 2003–2010, 1345 projetos (69,7%) foram financiados com recursos inferiores a R\$ 59.225,23, média aritmética simples dos recursos alocados por projeto para o período. Estes projetos com menor valor de financiamento constituíram-se, principalmente, por projetos realizados em instituições localizadas nos estados da Região Nordeste (501 projetos, ou 37,3%), seguidos de projetos realizados por instituições localizadas nos estados da Região Sul (298 projetos), e em seguida, nas Regiões Sudeste (264 projetos), Centro-Oeste (144 projetos) e Norte (138 projetos).

Os dados levantados corroboram a tendência já identificada nos estudos efetuados por Caetano et al. (2010) e por Peters (2013). A análise de Caetano et al. (2010) foi elaborada

segundo o conjunto de investimentos em saúde realizados pelo MS no período compreendido entre 2000 e 2002, com a finalidade de estabelecer uma linha de base, relacionada aos temas de pesquisa mais frequentemente financiados e a concentração territorial dos investimentos oriundos do MS para P&D. Caetano et al. (2010) identificaram a tendência do MS para concentrar fortemente os recursos financeiros de pesquisa na Região Sudeste do país, para onde foram transferidos 69,9% dos recursos no período estudado, atribuindo essa tendência ao fato de o principal complexo da FIOCRUZ estar localizado na Região Sudeste. A investigação realizada por Peters (2013) voltou-se para a capacidade de descentralização do PPSUS no período 2002–2008. De acordo com o trabalho conduzido por Peters (2013), embora a Região Nordeste apresente, no período, o maior número de projetos financiados, os valores médios dos projetos financiados pelo PPSUS nesta região foram, em média, três vezes inferiores aos valores médios dos projetos financiados pelo programa na Região Sudeste.

Outro elemento importante para a compreensão do comportamento territorial da execução orçamentária do programa no período estudado está relacionado ao financiamento de 24 projetos que obtiveram os maiores financiamentos do programa, conforme consta no Quadro 4.11. Estes projetos destacaram-se durante o levantamento realizado não apenas pelo fato de apresentarem valores individuais que igualaram ou superaram o montante de R\$ 500.000,00, mas também porque todos eles foram executados por instituições localizadas nos Estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo.

Quadro 4.11 - Projetos financiados pelo PPSUS no período 2003–2010 com valores superiores a R\$ 500.000,00.

UF	ANO	Título do Projeto	Instituição	Recursos totais aprovados	Valores DECIT	Valores Parceiros
SP	2005	Dengue: produção de lotes experimentais de uma vacina tetravalente candidata contra dengue.	SES / SP	2.578.421,00	1.289.210,50	1.289.210,50
RJ	2009	Centro Nacional de Bioimagens – CENABIO.	HEMORIO	2.400.000,00	1.440.000,00	960.000,00
SP	2005	Desenvolvimento industrial de surfactante pulmonar de origem animal.	SES / SP	1.758.028,25	879.014,12	879.014,13
MG	2010	Desenvolvimento de produto para o diagnóstico, controle e tratamento das leishmanioses no Estado de Minas Gerais.	Santa Casa Misericórdia / BH	1.512.072,41	504.024,14	1.008.048,27
MG	2010	Desenvolvimento de testes rápidos para detecção do dengue vírus e avaliação do risco transfusional.	FUNED	1.494.022,85	498.007,62	996.015,23
SP	2005	Mapeamento genético de fatores de risco cardiovascular na população brasileira: uma abordagem de mapeamento baseada em núcleos familiares - projeto Corações de Baependi.	ABC - Academia Brasileira de Ciências	1.492.425,00	746.212,50	746.212,50

RJ	2009	Rede para desenvolvimento de marcadores moleculares em neoplasias.	INCA	1.490.000,00	894.000,00	596.000,00
SP	2005	Estudos sobre vírus emergentes incluindo arbovírus, robovírus, vírus respiratórios e de transmissão congênita, no centro de pesquisa em virologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP.	USP/RIB. PRETO	1.341.464,76	670.732,38	670.732,38
RJ	2006	Implantação de uma rede de pesquisa em métodos moleculares para o diagnóstico de doenças crônicas, degenerativas, infecciosas e parasitárias e doenças neurodegenerativas.	UFRJ	1.300.000,00	650.000,00	650.000,00
MG	2010	Soluções inovadoras aplicadas a ensaios vacinais, tratamento e diagnóstico em leishmaniose visceral canina.	Santa Casa Misericórdia / BH	1.264.093,32	421.364,44	842.728,88
MG	2010	Testes rápidos de diagnóstico para detecção do Dengue vírus em amostras de pacientes e mosquitos vetores.	Santa Casa Misericórdia / BH	1.212.433,40	404.144,47	808.288,93
RJ	2009	Rede de pesquisa em métodos moleculares para o diagnóstico de doenças infecciosas e parasitárias de aquisição comunitária e hospitalar.	HEMORIO	1.195.000,00	717.000,00	478.000,00
RJ	2009	Rede de pesquisa em métodos moleculares para diagnóstico de doenças cardiovasculares.	Hospital Procardíaco	1.156.539,00	693.923,40	462.615,60
RJ	2004	Rede LAB.	UFRJ	1.000.000,00	500.000,00	500.000,00
RJ	2006	Centro Nacional de Bioimagens.	Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho	1.000.000,00	500.000,00	500.000,00
RJ	2009	Estratégias racionais para a identificação de alvos terapêuticos e o desenvolvimento de uma quimioterapia antiprotozoários patogênicos.	HEMORIO	861.855,89	517.113,53	344.742,36
MG	2009	Avaliação da qualidade e requisitos de proteção radiológica em mamografia digital e monitoramento dos serviços de mamografia de Minas Gerais.	ABC - Academia Brasileira de Ciências	845.366,20	507.219,72	338.146,48
MG	2010	Infecção pelo HTLV-1/2: estratégias de diagnóstico e estudo da evolução clínica e co-infecções associadas.	Centro de Hematologia e Hemoterapia / MG	784.416,02	261.472,01	522.944,01
MG	2006	Implantação do banco mineiro de tumores humanos – Projeto-Piloto.	FHEMIG	712.763,64	285.105,46	427.658,18
RJ	2010	Rede de instituições sediadas no Estado do Rio de Janeiro para a implantação do registro de linfomas – RELINFO.	INCA	683.400,00	457.878,00	225.522,00
MG	2010	Leishmaniose visceral canina: novos antígenos para diagnóstico e vacina e avaliação do tratamento por imunoterapia.	UFMG	649.611,08	216.537,03	433.074,05
MG	2009	Emprego de hipoalérgenos para a promoção e proteção à saúde de pacientes com alergia respiratória.	UF DE UBERLANDIA	592.000,00	355.200,00	236.800,00
MG	2010	Uso da tecnologia peptídica (Phage Display e Spot-Synthesis) e imunologia computacional na bioprospecção de moléculas	UFMG	520.716,00	173.572,00	347.144,00

		aplicadas à obtenção de diagnósticos e vacinas em doenças infecciosas.				
RJ	2006	Rede de pesquisa em métodos moleculares em diagnósticos e prognóstico de neoplasias.	INCA	500.000,00	250.000,00	250.000,00

Fonte: BRASIL, MS, Pesquisa Saúde, DECIT. Consulta realizada em 06 de setembro de 2014.

O valor total dos recursos aplicados nesse conjunto de projetos variou entre R\$ 500.000,00 e R\$ 2.578.421,00, com um valor médio de R\$ 1.181.026,20. Em conjunto, estes 24 projetos atingiram o valor total de R\$ 28.344.628,82, dos quais R\$ 13.831.731,32 foram financiados com recursos orçamentários do DECIT e R\$ 14.512.897,50 foram financiados com recursos oriundos dos parceiros orçamentários do programa, que, neste caso, são as SES, as SECT e as FAPs dos Estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo. Desse modo, o total de recursos destinados a este conjunto de projetos representou 20% do total de recursos financiados pelo PPSUS, no período 2003–2010, sendo 16% dos recursos destinados pelo DECIT e 25% dos recursos destinados pelos parceiros orçamentários do programa, ao longo do período sob análise.

Os fatores envolvidos nesta alocação de recursos foram abordados durante a investigação, sendo analisados tanto sob o aspecto da necessidade de que os recursos fossem alocados nas instituições que teriam condições de executá-los, quanto sob o aspecto de que alguns estados carrearam mais recursos federais porque também alocaram mais recursos próprios para as ações de C&T/S:

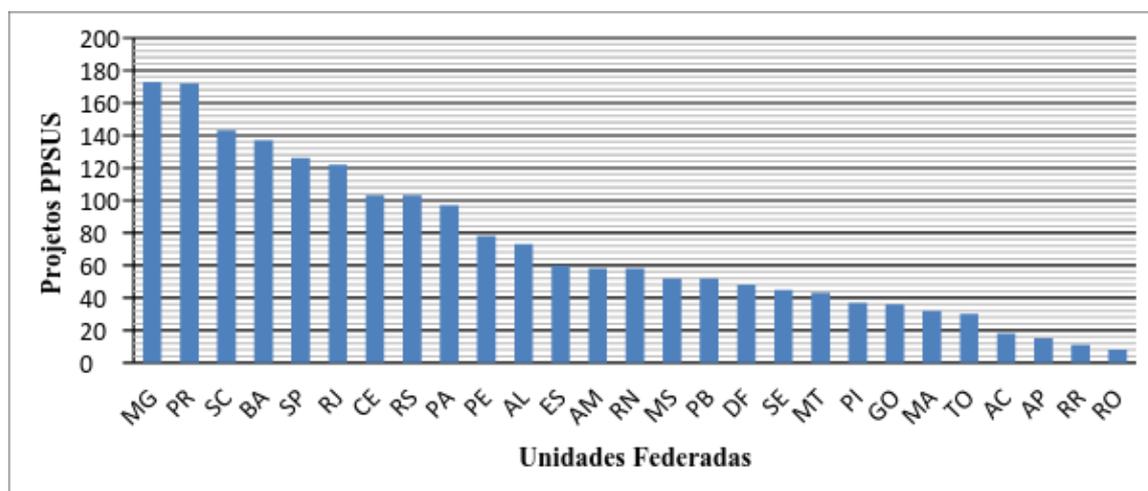
[...] como é que a gente distribuía ou como a gente podia contribuir com o desenvolvimento dessa capacidade a nível regional? De uma forma, claro, que não era igual... também não adiantava você pegar e dar vinte milhões para o Acre fazer pesquisa PPSUS, que se propõe uma pesquisa mais operacional, mais aplicada, não é para fazer pesquisa básica, até porque não se faz pesquisa básica com dinheiro pouco, todo mundo sabe disto. Quer dizer, o SUS implementando uma política de ciência e tecnologia, mas guardando os seus valores de promover, de diminuir iniquidades, de desenvolver capacidade local, autonomia, eu acho que é por aí. (Gestor Federal da Saúde)

Porque ele [o PPSUS] é uma ação descentralizada, ele é uma ação que descentraliza o poder decisório, ele tem um rito estabelecido, ele tem um regramento todo próprio. E especificamente no estado de Minas Gerais tem uma demanda qualificada muito grande, então o programa foi muito bem aceito. E Minas, por exemplo, é um estado que aporta mais dinheiro do que a média dos outros. Se não for o estado que aporta mais está entre os três primeiros, é o que aporta mais. Se tem este aporte dessa magnitude é porque tanto a Fundação como o seu presidente acreditam no programa como uma ação no campo da saúde. (Gestor Federal de C&T)

4.3.4 A distribuição territorial dos projetos, dos mestres e doutores formados e de patentes custeadas com recursos do programa por unidade da federação e por região do país

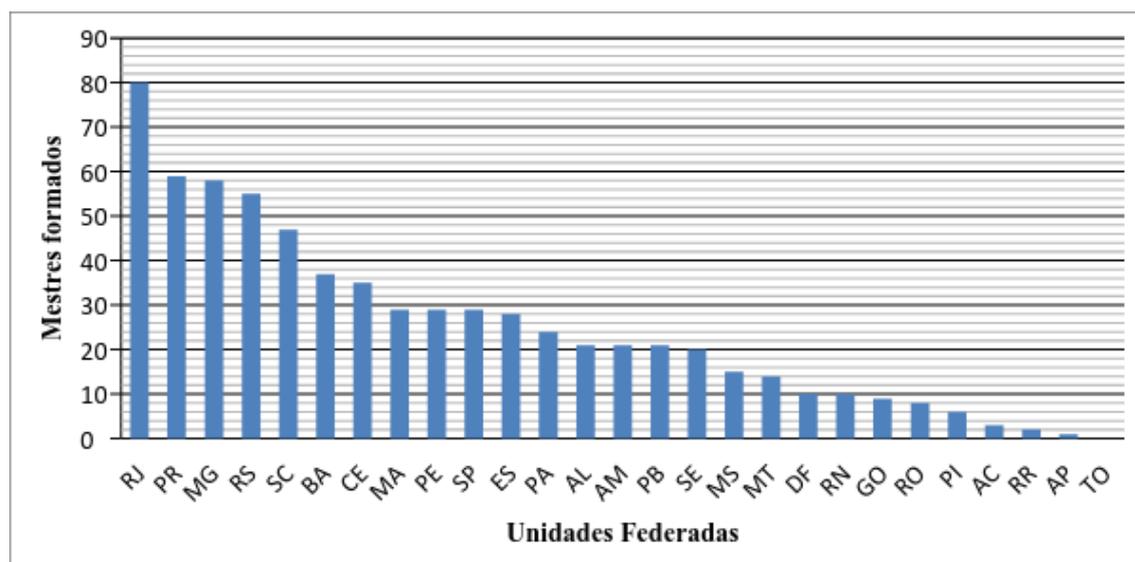
As Figuras 4.8, 4.9 e 4.10 trazem, respectivamente, a representação gráfica da distribuição dos 1930 projetos de pesquisa financiados pelo PPSUS no período 2003–2010 entre as 27 UFs e o contingente de mestres e doutores formados com a participação de recursos do PPSUS neste período.

Figura 4.8 - Distribuição dos projetos financiados pelo PPSUS por UF – período 2003–2010.



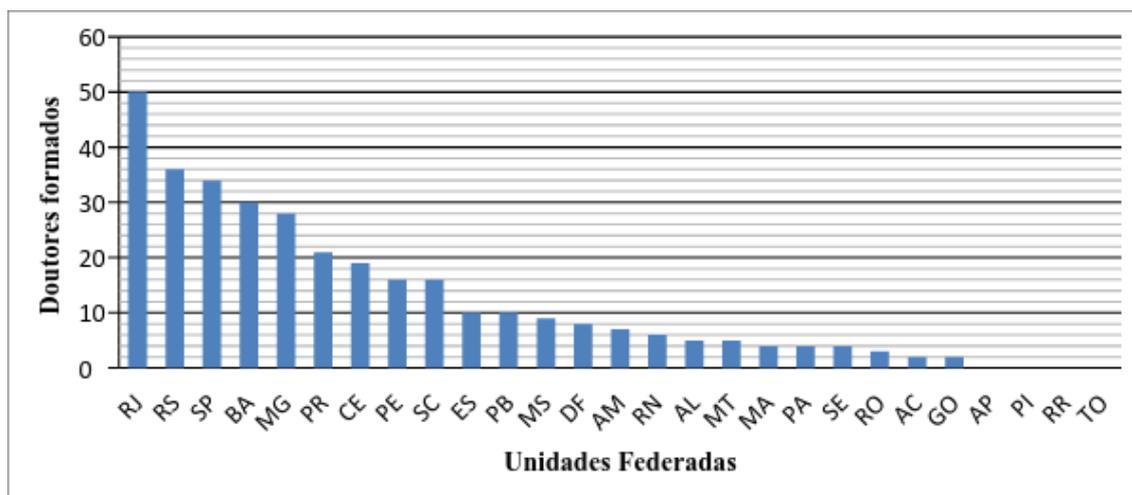
Fonte: BRASIL, MS, Pesquisa Saúde, DECIT. Consulta realizada em 06 de setembro de 2014.

Figura 4.9 - Contingente de mestres formados com a participação de recursos do PPSUS, por UF. Período: 2003–2010.



Fonte: BRASIL, MS, Pesquisa Saúde, DECIT. Consulta realizada em 06 de setembro de 2014.

Figura 4.10 - Contingente de doutores formados com a participação de recursos do PPSUS, por UF. Período: 2003–2010.



Fonte: BRASIL, MS, Pesquisa Saúde, DECIT. Consulta realizada em 06 de setembro de 2014.

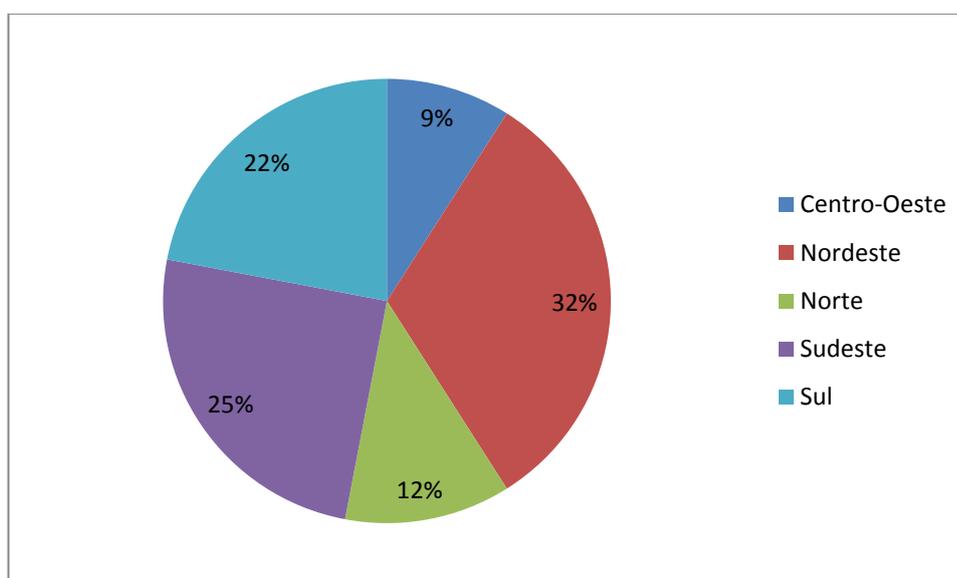
No período 2003 a 2010, o PPSUS financiou 1930 projetos de pesquisa, que contribuíram para a formação de 617 mestres e 329 doutores. Nesse mesmo período, sete estados concentraram 50,57% do total de projetos executados (Minas Gerais, Paraná, Santa Catarina, Bahia, São Paulo, Rio de Janeiro e Ceará), cinco estados concentraram 48,5% dos mestres formados com a contribuição de bolsas oferecidas pelo PPSUS (Rio de Janeiro, Paraná, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Santa Catarina), e cinco estados concentraram 54,1% dos doutores formados com a contribuição de bolsas oferecidas pelo programa (Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, São Paulo, Bahia e Minas Gerais). Vale destacar que apenas o Estado do Tocantins não informou a existência de mestres formados com a participação de recursos do PPSUS no período 2003–2010 e que os Estados do Amapá, Piauí, Roraima e Tocantins não informaram a existência de doutores formados com a participação de recursos do PPSUS no período 2003–2010.

Os dados apresentados permitem observar a manutenção do predomínio dos Estados da Região Sul e Sudeste do país para as três variáveis selecionadas. Da Região Nordeste, apenas os Estados da Bahia e do Ceará aparecem no conjunto de estados com maior número de projetos financiados pelo PPSUS. É possível ainda constatar que o Estado do Rio Grande do Sul, embora não integre o conjunto de estados que realizou o maior número de projetos, se encontra entre os estados que mais formaram mestres e doutores com recursos do programa destinados à concessão de bolsa de pós-graduação no período estudado.

Com o objetivo de prover dados complementares para a caracterização da distribuição regional do volume de projetos financiados e do contingente de mestres e doutores formados com auxílio de bolsas oferecidas pelo PPSUS, as Figuras 4.11, 4.12 e 4.13 ilustram dados relativos à distribuição regional para cada uma dessas três variáveis.

De acordo com a representação da Figura 4.11, os 1930 projetos executados com recursos oriundos do PPSUS no período compreendido entre 2003 e 2010 foram distribuídos entre as cinco regiões do país conforme se segue: 615 projetos foram realizados em instituições localizadas em estados da Região Nordeste, o que representa 32% do total dos projetos viabilizados pelo programa no período. Este percentual se eleva para 44% se forem agregados os projetos de pesquisa executados por instituições localizadas em estados da Região Norte (237 projetos), totalizando 852 projetos financiados com recursos do PPSUS nas duas regiões. Nesse mesmo período, foram financiados com recursos do PPSUS 481 projetos de pesquisa em instituições localizadas nos estados da Região Sudeste (25% dos projetos financiados com recursos do PPSUS), 418 projetos de pesquisa em instituições localizadas em estados da Região Sul (22% dos projetos financiados com recursos do PPSUS) e 179 projetos de pesquisa realizados em instituições localizadas em estados da Região Centro-Oeste do país (9% dos projetos financiados com recursos do PPSUS).

Figura 4.11 - Distribuição percentual dos projetos financiados pelo PPSUS por região do país. Período: 2003–2010.

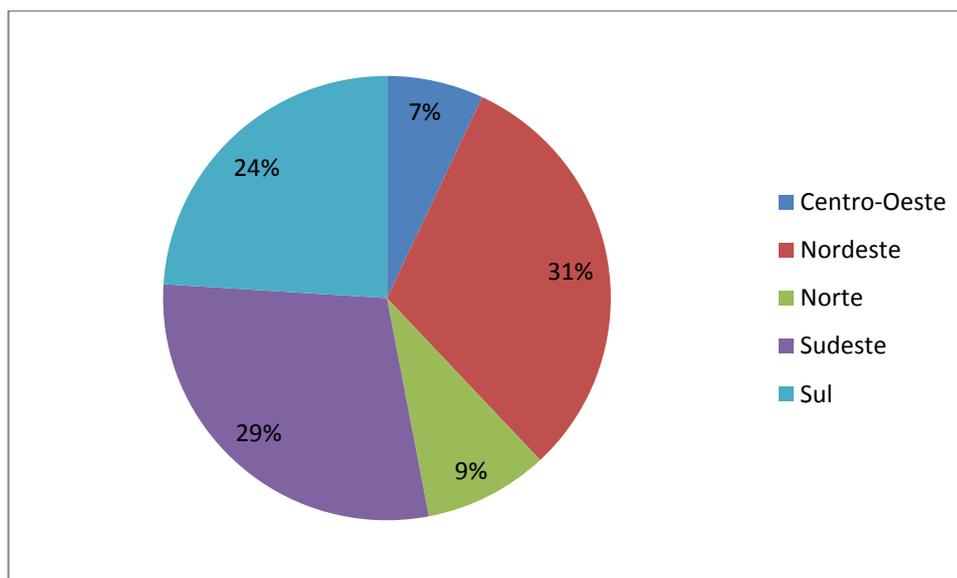


Fonte: BRASIL, MS, Pesquisa Saúde, DECIT. Consulta realizada em 06 de setembro de 2014.

A Figura 4.12 ilustra a distribuição regional dos 671 mestres formados com recursos provenientes do PPSUS no período estudado. Na Região Nordeste, foram formados 208 mes-

tres (31%), 195 mestres na Região Sudeste (29%), 161 mestres na Região Sul (24%), 59 mestres na Região Norte (9%) e 48 mestres na Região Centro-Oeste (7%). Em conjunto, as Regiões Norte e Nordeste formaram 267 mestres (39,8%) e as Regiões Sul e Sudeste formaram 356 mestres (53%) do total de mestres formados com auxílio provido pelo PPSUS, no período compreendido entre 2003 e 2010.

Figura 4.12 - Distribuição percentual dos mestres formados com auxílio do PPSUS por região. Período: 2003–2010.



Fonte: BRASIL, MS, Pesquisa Saúde, DECIT. Consulta realizada em 06 de setembro de 2014.

A distribuição percentual dos 329 doutores formados no período 2003–2010 com auxílio de recursos do PPSUS também apresentou variações regionais (Figura 4.13). A região na qual houve maior concentração de doutores formados nesse período foi a Região Nordeste, com 121 doutores formados (36,8%), seguida pela Região Norte, com 101 doutores (30,7%). As Regiões Norte e Nordeste somadas concentraram 67,5% dos doutores formados com auxílio de recursos do PPSUS no período estudado, sendo as regiões que mais se beneficiaram dos recursos do programa para esta finalidade. O PPSUS contribuiu para formar 54 doutores na Região Sudeste (16,4%), 39 doutores na Região Sul (11,8%) e 14 doutores na Região Centro-Oeste (4,26%).

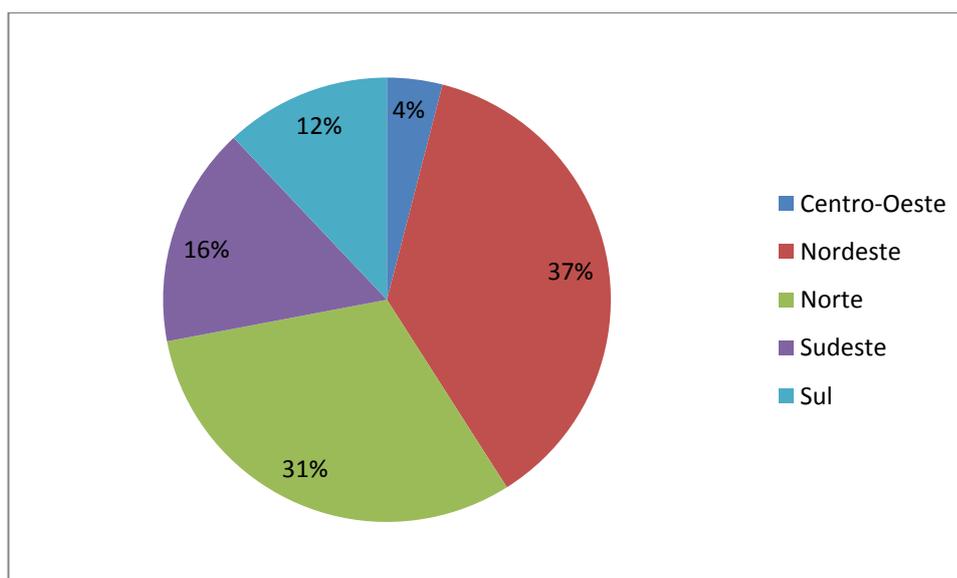
Face aos dados de produção decorrentes da atuação do PPSUS no financiamento de bolsas de mestrado e doutorado, a posição dos entrevistados oscilou entre duas posições: por um lado, relatos sobre a possibilidade de o PPSUS contribuir para o rompimento de ciclos viciosos na formação de profissionais especializados, com impactos futuros sobre a produção

local de C&T/S. Por outro lado, a preocupação de que esta produção não tenha reflexos na gestão do sistema, permanecendo limitada ao âmbito acadêmico:

Embora [o PPSUS] cumpra um papel de longo prazo de formação de pesquisadores para mais tarde começarem a produzir. Essa é uma polêmica que existe na universidade. Todas as universidades têm que ser de pesquisa? Todas as universidades têm que ter ensino, política e extensão? Tem algumas pessoas que defendem que não. Defendem que é muito mais custo efetivo colocar todos os recursos na USP, porque vão render mais pesquisas do que se o dinheiro for para a Paraíba, Amazonas... é uma visão de curto prazo. No curto prazo tem sentido. No curto prazo, onde tem pesquisador mais qualificado, ele vai aproveitar melhor aquele dinheiro do que um que não está formado. Assim, nunca vai quebrar um ciclo vicioso. (Gestor Federal da Saúde)

Porque bem objetivamente, você paga um monte de dinheiro e aí na hora que você vai ver o produto e conta quantos trabalhos de mestrado, quantos trabalhos de doutorado, quantos artigos, ou qual é o objetivo disso pra a qualificação da gestão que seria a ideia inicial? Nada. Então, você está gastando um monte de dinheiro para qualificar a gestão nos estados e nos municípios e na verdade você está tendo um lucro privado acadêmico. Um ganho acadêmico privado, as pessoas ganham com isso. (Gestor Estadual do SUS)

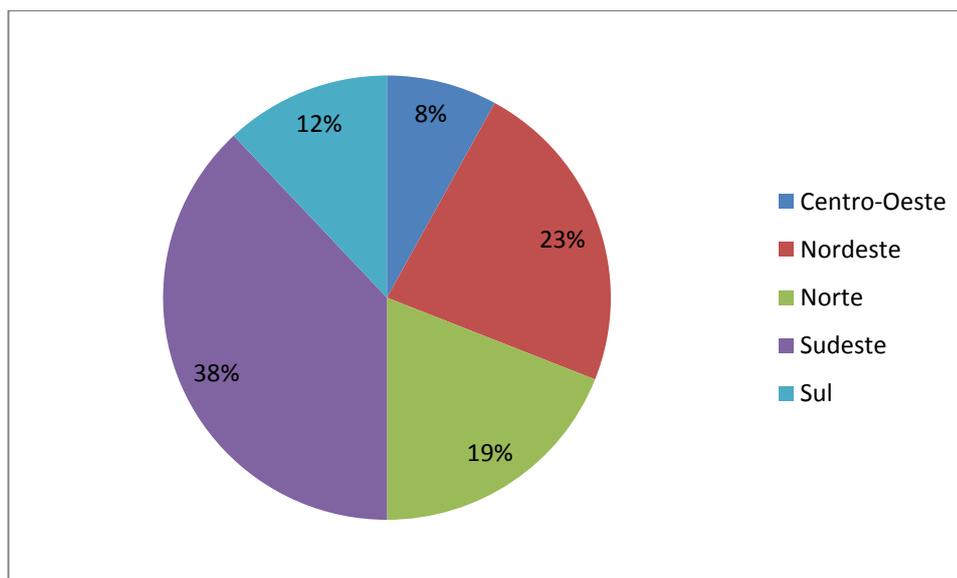
Figura 4.13 - Distribuição percentual dos doutores formados com auxílio do PPSUS por região. Período: 2003–2010.



Fonte: BRASIL, MS, Pesquisa Saúde, DECIT. Consulta realizada em 06 de setembro de 2014.

Outro dado que pode contribuir para a compreensão da distribuição territorial dos recursos financiados pelo PPSUS entre as regiões do país relaciona-se à produção de patentes oriundas de projetos financiados pelo programa (Figura 4.14), posto que a existência de patentes constitui-se como um indicador mais sensível para a avaliação de resultados do programa.

Figura 4.14 - Distribuição percentual de patentes originadas de projetos PPSUS por região do país. Período: 2003–2010.



Fonte: BRASIL, MS, Pesquisa Saúde, DECIT. Consulta realizada em 06 de setembro de 2014.

Para o período compreendido entre 2003 e 2010, os dados registrados na plataforma Pesquisa Saúde informam, como decorrentes do PPSUS, 10 patentes na Região Sudeste (38%), 6 patentes na Região Nordeste (23%), 5 patentes na Região Norte (19%), 3 patentes na Região Sul (12%) e 2 patentes na Região Centro-Oeste (8%).

A combinação do levantamento realizado em fontes documentais sobre o PPSUS, os dados obtidos junto ao banco de dados gerenciais do programa e os relatos dos entrevistados possibilitou a elaboração da análise relativa tanto aos recursos financeiros do PPSUS quanto aos produtos oferecidos em decorrência da implementação do programa no período 2003–2010. Sob o aspecto organizativo e financeiro, o PPSUS caracterizou-se, no período compreendido entre 2003 e 2010, tanto pela manutenção das parcerias administrativas e orçamentárias estabelecidas na fase inicial da implementação do programa, após a formalização do TCAT firmado entre o MS e o CNPq, quanto mediante as negociações realizadas com as SECT, com as SES e com as FAPs. Como previamente sinalizado, o quadro normativo do PPSUS foi definido com base no documento de diretrizes do programa, apontado pelos entrevistados como o instrumento que ofereceu às organizações participantes da sua implantação a demarcação contratual e normativa necessária à garantia da descentralização decisória em cada um dos processos que integram as distintas etapas que compõem a implementação do programa.

O diagnóstico elaborado com base no levantamento realizado no banco de dados gerenciais do PPSUS (Pesquisa Saúde) contemplou, essencialmente, dois aspectos: o volume de

investimentos governamentais destinados ao programa e a distribuição territorial dos projetos financiados no período estudado, aos quais foram agregados dados sobre as patentes depositadas e os mestres e doutores formados com auxílio de bolsas financiadas pelo programa.

Os dados obtidos sobre os investimentos governamentais realizados para o PPSUS informam que, no período estudado, o cenário se caracterizou pela expansão das ações do programa a todas as unidades da federação, superando a fase de projeto-piloto que vigorara entre 2000 e 2002 e que restringiu o alcance das ações para dez estados¹⁹. A leitura dos dados ilustrados nas figuras precedentes informa que a expansão dos recursos orçamentários obtida pelo PPSUS a partir de 2004 refletiu-se na ampliação do volume de projetos executados, bem como dos mestres e doutores formados com a participação de recursos do programa. Os dados levantados ilustram ainda o aumento expressivo do volume dos recursos alocados pelo programa que ocorreu no período inicial de sua implantação, e que foram não apenas mantidos, mas também expandidos, no período 2003–2010. Esta expansão foi determinada não apenas pelo aporte de recursos orçamentários oriundos do DECIT, mas também pela crescente participação dos investimentos governamentais dos estados participantes do programa.

Outra característica relativa aos investimentos destinados às ações do PPSUS refere-se ao fato de que, embora a Região Nordeste tenha concentrado 32% dos projetos aprovados no período, o percentual de 47,2% dos recursos alocados destinou-se a três estados da Região Sudeste do país, particularmente aos Estados de Minas Gerais, São Paulo e Rio de Janeiro.

Duas conclusões podem ser obtidas com base nestes dados:

(i) A expansão no volume total de projetos financiados pelo PPSUS e de mestres e doutores formados com a participação de recursos do programa alinhou-se ao compromisso institucional assumido pelo PPSUS de atuar no sentido de fortalecer as capacidades locais de pesquisa e de apoiar o desenvolvimento de pesquisas voltadas para o atendimento das necessidades locais dos sistemas e serviços de saúde; e

(ii) A distribuição dos recursos do PPSUS entre as UFs e as regiões do país indica a manutenção da tendência à concentração dos investimentos feitos pelo gestor federal do SUS em poucos estados do país, mormente nos estados da Região Sudeste, que já concentravam grande parte dos investimentos feitos pelo MS para as ações de C,T&I/S (CAETANO et al., 2010).

¹⁹ Os dez estados são: Alagoas, Bahia, Ceará, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Santa Catarina e Sergipe.

Constatou-se ainda que as decisões adotadas na formulação do programa, formalizadas mediante regras e normas (TCAT, Documento de Diretrizes do Programa e Carta de Salvador), viabilizaram as estratégias (de negociação e descentralização do processo decisório) que permitiram ao PPSUS a ampliação dos recursos orçamentários e da capacidade de produção do número total de projetos aprovados a cada edição do programa. As categorias analisadas evidenciaram que os processos decisórios, estruturados e descentralizados, adotados pelo PPSUS, com parcerias estáveis e recursos crescentes, concentraram a alocação de recursos principalmente em estados da Região Sudeste, embora 1/3 dos projetos aprovados tenham sido realizados por instituições de pesquisa localizadas em estados da Região Nordeste do país.

Em vista dessas conclusões iniciais, cumpre recolocar o debate que norteou essa parte do trabalho, cuja finalidade consistiu em analisar, num cenário orçamentário e político-institucional qualificado como favorável à implementação de um programa de fomento às ações de C,T&I/S, quais os formatos avaliativos, os indicadores e as variáveis disponíveis para refletir os resultados obtidos pelo programa. Ou seja, que outras evidências as organizações envolvidas na implementação do PPSUS dispõem para acompanhar a implementação do PPSUS que transcendam o volume e a distribuição dos projetos executados e dos produtos oferecidos? Quais seriam as limitações para a condução de avaliações de resultados do PPSUS que contemplem a descentralização, a correção das iniquidades no acesso aos recursos para ações de C&T/S nos estados e a utilização dos resultados das pesquisas financiadas pelo programa no SUS?

A resposta da presente investigação para a primeira questão – que evidências as organizações envolvidas na implementação do PPSUS dispõem para acompanhar a implementação do PPSUS além do volume e a distribuição dos projetos executados e dos produtos oferecidos - é que não foram encontradas outras evidências capazes de permitir o acompanhamento dos resultados da implementação do PPSUS além daquelas fundamentadas no volume e na distribuição territorial dos projetos executados e dos produtos oferecidos, ausência confirmada pelos relatos:

Eu não sei se existe uma avaliação em profundidade do PPSUS. Eu recordo que, ao menos quando eu estive no Ministério, na Secretaria, os diretores do DECIT [...] todos eles tinham a preocupação de avaliar. Agora, não sei se existe uma avaliação mais consistente. Falando assim meio impressionisticamente, tenho evidências indiretas, evidências institucionais, de que houve um impacto. (Gestor Federal da Saúde)

A gente ainda não foi capaz, o ministério ainda não foi capaz, de criar essa estratégia [avaliar resultados]... como eu te falei, a gente foi criando estratégias de aproximação. Aí chamava para discutir resultados e projetos finais, depois como isso

impactou a gente não conseguiu.... talvez se a gente criasse algum indicador, ou algum mecanismo de acompanhamento para aquilo que a gente visse que é mais palpável de ser incorporado, a gente tivesse essa medida. Falta isso, eu não sei como está o PPSUS hoje. É um processo que a gente foi aprendendo, ele não existia, era uma experiência inédita, a gente foi fazendo e aprendendo. Acertando mais do que errando, mas aprendendo. Então, não consigo pensar que a gente terminou tudo o que tinha que fazer. Uma das coisas que ficou faltando é essa coisa de devolver o resultado. (Gestor Federal da Saúde).

Não. Sem dúvida, não consigo identificar, pode até ser que existisse, isso [avaliação de resultados] não estava na minha esfera de percepção. Hoje eu sei que não existe. Essa não é uma característica do PPSUS. Eu diria que o CNPq mesmo não tem essa responsabilidade. Se sabe se os 130 milhões que foram aplicados no ano passado terão ou não potencial de gerar resultados sobre o sistema, e impacto. Quem está mais perto disso, em termos formais e metodológicos, de ter uma proposta consistente pra fazer esse tipo de monitoramento, que é muito complexo, é a FIOCRUZ – um projeto específico, que está no meio do caminho. No Brasil, ninguém tem condições de fazer isso. (Gestor Municipal da Saúde)

Eu não sei, eu realmente não tenho resposta para como faz isso [avaliar resultados]. Eu não tenho resposta para isso, mas se você for pensar em termos de administração, de objetivos do programa, eu gasto o dinheiro para ter o determinado resultado. Eu tenho todo um mundo de resultados, mas nenhum relacionado aquilo que era a ideia original, então é má gestão, má utilização de recursos. (Gestor Estadual da Saúde)

Nós não tínhamos um acompanhamento direto sobre isto. A bem da verdade é uma das falhas das agências de fomento no Brasil ainda, que é tudo muito novo; se você pegar metade das FAPs hoje existentes tem menos de dez anos de idade ou tem dez anos de idade para cá. Então ainda há uma carência nesse aspecto de focar no resultado e fazer um acompanhamento. Na FAP em particular, nós tentamos sempre e temos essa diretriz lá na FAP, nós criamos um departamento de acompanhamento e avaliação para que esse departamento pudesse focar nos resultados das pesquisas e qual o impacto que estes resultados trazem para a sociedade. Mas isto ainda é muito novo e é um passo ainda inicial que se está dando... as FAPs em geral não fazem um acompanhamento deste resultado diretamente. Isto no nosso entendimento na época que a discussão acontecia, caberia mais à própria Secretaria de Saúde do Estado, seria mais uma função da Secretaria de Estado da Saúde e do próprio Ministério dizer o seguinte: o resultado é útil ou não é útil; porque o nosso papel era selecionar os melhores projetos que, de acordo com as prioridades estabelecidas lá no documento que vão para o edital, eles sejam então financiados e cheguem a bom termo; agora, se aquele resultado implantado significou um avanço para o SUS, era mais uma área de competência das secretarias estaduais de saúde. Então, nós não temos um parecer mais concreto para responder isso não. (Gestor Estadual de C&T)

Quanto à segunda questão, relativa às limitações para a condução de avaliações de resultados do PPSUS que contemplem a descentralização, a correção das iniquidades no acesso aos recursos para ações de C&T/S nos estados e a utilização dos resultados das pesquisas financiadas pelo programa no SUS, esta envolve o recurso aos autores referenciados no Capítulo 2 desta tese. Estes autores (WINTER, 1990; WEISS, 1999; COSTA; CASTANHAR, 2003; HILL; HUPE, 2005; ANDERSON, 2008; ROBICHAU; LYNN JR., 2009; RAMOS; SCHABBACH, 2012) analisaram situações nas quais as avaliações de resultados não são contempladas na gestão das políticas ou são substituídas por outras modalidades avaliativas. As

argumentações destes autores serão utilizadas para a condução da análise dos relatos obtidos no decorrer da investigação.

As limitações identificadas para a avaliação dos resultados do PPSUS foram relatadas como decorrente dos problemas de gestão e da rotatividade de gestores estaduais e suas equipes, fato que comprometeria todo o encadeamento do processo de implementação do PPSUS, a começar pela definição de prioridades:

A dificuldade maior é com as secretarias de saúde porque as pessoas mudam, não necessariamente muda o governo, mas saem as pessoas todas, muda às vezes o secretário, muda todo mundo da secretaria e o processo meio que se perde. Então, as secretarias de saúde não se apropriam muito do PPSUS e isso reflete na avaliação dos resultados da pesquisa. As pessoas nem sabem que o PPSUS existe, que estão sendo financiados projetos de pesquisa, que existe uma oficina de prioridades para definir as prioridades de pesquisa. E aí, como é que elas vão se apropriar dos resultados? Então, a participação das secretarias, dos servidores, dos trabalhadores, dos funcionários das secretarias no seminário de avaliação, seja parcial ou final, é muito pequena também. (Gestor Federal de C&T)

Tem um problema de gestão sério, em geral, no PPSUS é assim, nos outros também, mas no PPSUS poderia ser mais fácil para resolver, justamente por conta das parcerias. É um problema desde a geração do resultado. E depois de gerado o resultado tem na segunda etapa, que é essa coisa do resultado estando pronto, como é que você pode favorecer a utilização, mas tem um antes, que é, se você não gerar um resultado, passível de incorporação... você pode até aumentar o seu conhecimento sobre aquele tema, mas ele não modifica aquele uso instrumental que a gente fala. Você até muda um pouco a sua forma de enxergar aquilo, é mais conceitual, mas ele não chega a mudar os procedimentos no atendimento, etc. (Gestor Municipal da Saúde)

As dificuldades de gestão que se interpõem para a realização de processos de avaliação de resultados por parte dos gestores envolvidos com a implementação do PPSUS contribuem para criar a percepção de que o foco do programa foi desvirtuado, conforme consta nestes relatos:

É má gestão mesmo... é uma má gestão por ignorância porque a gente não sabe como fazer uma boa gestão, nesse caso aí. Porque bem objetivamente, você paga um monte de dinheiro e aí na hora que você vai ver o produto e conta quantos trabalhos de mestrado, quantos trabalhos de doutorado, quantos artigos, ou qual é o objetivo disso para a qualificação da gestão que seria a ideia inicial? Nada. Então, você está gastando um monte de dinheiro para qualificar a gestão nos estados e nos municípios e na verdade você está tendo um lucro privado acadêmico. Um ganho acadêmico privado, as pessoas ganham com isso. Ou talvez até a universidade porque se criou um grupo de pesquisa dentro dela, mas a gestão não, ou seja, há muitos anos você tem um monte de dinheiro sendo jogado fora no sentido em que ele não está realizando a função para a qual ele foi pensado originalmente. (Gestor Estadual da Saúde)

Eu avalio, a preço de hoje, que o PPSUS terminou... a potência dele não é como a gente pensou no início porque ele podia ter maior potência se ele tivesse dentro de um processo estratégico sistêmico do SUS, mas ele se fragmenta na sua base; como ele se fragmenta na base ele tem dificuldade de voltar fragmentado para dentro do MS. Como é que é? Você fecha aqui em cima a SCTIE, do ministério, a secretaria de ciência e tecnologia dos Estados com suas FAPS, o CNPq coloca o dinheiro à disposição dos pesquisadores e vão para o campo pesquisar, produzir trabalho...

Uma pesquisa demora dois, três anos entre ela ser disparada até ela ser concluída, e o relatório voltar; quando ela voltar já tem outra equipe no ministério, já é outra coisa, como está dentro de um projeto estratégico, o vínculo estratégico e tático para pesquisa e o que foi produzido não volta e eu acho que se perde nas prateleiras. A sensação que eu tenho, é que tem muito disso [...] hoje o nível de internalização por parte do ministério é baixo. Vou usar uma expressão para não ser cruel: o índice de internalização do SUS em função do PPSUS é baixo. (Gestor Municipal da Saúde)

Neste sentido, cabe relembrar que Weiss (1999) associou as dificuldades para a realização de avaliação de resultados de pesquisas aos formatos adotados nos processos decisórios e às dificuldades para o uso do conhecimento na gestão de políticas. Os relatos obtidos apontam para a complexidade envolvida no cenário de implementação do PPSUS, associando-os a fatores organizacionais, corroborando as relações entre a avaliação e o processo decisório:

A questão dos resultados não é um processo trivial e nem baseado apenas na comunicação. Enquanto a gente mantiver a perspectiva de entrega de resultados, nunca se supera isso não, porque a dinâmica da tomada de decisão é extremamente influenciada por outros fatores que concorrem pela atenção, pelos recursos. Então, pôr à disposição das pessoas a informação é um requisito, não é tudo o que pode ser feito. [...] Essa seja talvez a lacuna. É falta de perna nisso, não é lacuna não. As FAPs certamente não fazem isso. (Gestor Municipal da Saúde)

Tem de relativizar esta questão. Eu não sei quantificar, não consigo quantificar, não tenho elementos para isto; mas tem que relativizar porque é muito recente, nós estamos falando de 12 anos, é muito novo, uma prática para que ela consiga mudar uma cultura, mudar um modo de trabalho, mudar um processo. Se nesse período todo tiver produzido meia dúzia, já é grande coisa. Já é muito bom. Eu não considero insatisfatório. Tem um esforço para isso, para essa inversão de agenda, para esta questão. Isso é válido, por mais que tenha que melhorar, que tenha que fazer, tenha que romper a fragmentação, tem que ter comando de verdade; vários programas produzem pesquisas hoje, nós participamos deles, participamos do movimento dos hospitais em excelência, que produzem pesquisas, embora tenha a participação do DECIT, lá dentro, em até que ponto a gente consegue colocar na agenda a nossa demanda e não a demanda deles, enfim, tem estes problemas no SUS. (Gestor Municipal da Saúde).

O interesse deles [gestores da saúde] era resolver, resolver problemas, só que... também tem a limitação da pesquisa. Não necessariamente ela responde ou não responde sozinha. Que mesmo que a pesquisa responda a uma questão de gestão ou de saúde, depois tem que implantar na SES. Eles têm que implantar e faltava também este cuidado por parte das SES. Por isto que eu dizia que eles tinham que seguir as pesquisas, porque o produto dela em si não vai valer nada; porque o pesquisador te entrega um relatório... e como é que implanta? A sistemática de implantação está sendo construída pela SES por ter temas de interesse e isto também não estava sendo feito. É isto que eu digo: uns avanços que eu esperava do programa, que ele é um programa de desenvolvimento de capacidade no nível estadual. (Gestor Federal da Saúde)

Weiss (1999) valorizou também as características dos agentes públicos envolvidos com a implementação da política e chamou a atenção para situações nas quais os formuladores de políticas têm alto grau de especialização no tema tratado, condição que explicaria a tendência apresentada por estes gestores a depositarem excessiva confiança em seu conhecimento pessoal em detrimento do conhecimento que poderia ser obtido mediante a condução

de avaliações de resultados. Nesses casos, os gestores se contentam em formular as suas avaliações sobre as políticas fundamentados em parâmetros pessoais, sem a preocupação de fundamentá-las com informações obtidas com base em sistemas de avaliação conduzidos sob uma metodologia definida, e com dados coletados de maneira confiável:

Eu tive a oportunidade de passar estes dez anos e meio envolvendo muito diretamente dentro do programa, outras vezes nem tão diretamente, mas sempre acompanhando este programa. Eu considero que ele é um sucesso absoluto. Dizer que ele é perfeito, não é; ele pode ser melhorado, ele pode ser aperfeiçoado, mas que ele é um caso de sucesso não há dúvida. Tanto é que em 2010 na Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação, ele foi usado como um modelo de programa nacional de política pública que poderia ser usado em outras áreas como a Educação Básica, por exemplo, que carece também de políticas públicas consistentes, de investimento de recursos volumosos. Um elemento importante também do programa é o volume de recursos que ele sempre mobilizou. Além daqueles três pilares lá, pode-se dizer que ele sempre alavancou um volume de recursos muito expressivo durante a sua existência. Então, eu acho que ele... eu acho não, tenho certeza que ele é um programa de sucesso e que o serviço público de saúde demonstra o sucesso deste programa. Em ciência, tecnologia e inovação quando você faz a pesquisa você não tem certeza do resultado, senão não seria pesquisa. Os resultados positivos que têm sido alcançados de longe ultrapassam os não bem sucedidos, ou seja, eles comprovam que o programa foi um sucesso e que ele deve ter continuidade ou se renovar, se reestruturar, mas que é um sucesso na área, sem sombra de dúvida. (Gestor Estadual da Saúde)

Então, pela realidade que eu vivi nestes dez anos, vendo o que foi aproveitado e o que não foi aproveitado me dá uma ideia de que foi pouco aproveitado em relação ao que poderia ser. Agora, do ponto de vista, isso do SUS... agora do ponto de vista de pesquisa, os pesquisadores se beneficiaram muito com este programa, melhoraram muito a qualidade da pesquisa nestas áreas que foram definidas como prioridade, ganharam articulação nacional e internacional; está em andamento um programa, o Fundo Newton com o Reino Unido - o grande foco dele é sobre a área da saúde, sobre a área de doenças negligenciadas. Então, do ponto de vista da ciência, foi muito bom, muito bem incorporado, muito bem aproveitado. Do ponto de vista dos serviços de saúde pública, a percepção não é tão boa assim, deve ter ficado bem abaixo do que poderia ser. (Gestor Estadual de C&T)

Entre os programas que nós temos para promover essa difusão de capacidades, o PPSUS cumpriu até o momento de uma forma extremamente relevante esse objetivo. Se nós olharmos para o objetivo de integração entre a gestão, entre a formulação de políticas, entre a implementação de políticas e a academia... recentemente tivemos um compêndio de experiências do PPSUS que foram além da produção do conhecimento, foram para o nível de impacto sobre os sistemas. Então o PPSUS, sob esse prisma pode sim ser considerado um programa cheio de êxitos, mas ele precisa ser mantido, precisa ser nutrido. (Gestor Municipal da Saúde)

O PPSUS tem permitido que situações importantes de integração de pesquisadores com o SUS e com problemas do SUS possam ter oportunidade de diálogo com a academia. O PPSUS dá uma contribuição importante, cria o espaço de interlocução entre a comunidade científica e os desafios do SUS, mas ele é insuficiente porque ele termina reproduzindo mais do mesmo. Ele reproduz mais do mesmo em muitos aspectos porque você não muda a forma dos pesquisadores fazerem a pesquisa, você não muda a forma do sistema se relacionar com a pesquisa e você ainda por cima tem outro problema grave que nós precisamos construir no país uma política estratégica, inclusive de produção científica e de publicação. (Gestor Municipal da Saúde)

Tem tido um êxito enorme [o PPSUS] não só porque a gente tem conseguido definir prioridades para cada estado, e eles efetivamente contrataram projetos de pesquisa, os projetos serem devolvidos. Obviamente que todo processo vai evoluindo e a gente

vai precisando fazer melhoras, mas que é um absoluto sucesso o PPSUS, é tanto que hoje o PPSUS é uma marca reconhecida nos estados, as pessoas já ficam esperando a chamada do PPSUS, foi uma forma importante de alavancar recursos para pesquisa nos estados, principalmente nos estados menos favorecidos, mas mesmo em estados grandes como Minas Gerais, por exemplo, isso é muito relevante hoje a chamada do PPSUS para pesquisa. A gente ainda não consegue fazer plenamente e aí não é uma falha do PPSUS, é uma falha da C&T como um todo, é transferir melhor o conhecimento que é produzido para o seu, vamos dizer assim, consumidor final. Esse deveria talvez ser o foco da gente para, para o futuro, mas tirando isso, o PPSUS é um absoluto sucesso. (Gestor Federal de C&T)

Do ponto de vista exclusivamente de C&T a gente acha que o Programa é um sucesso absoluto porque o fortalecimento do sistema de C&T nos estados e a descentralização de recursos, a quantidade de recursos que o PPSUS hoje consegue alavancar é realmente significativa e do ponto de vista de C&T em saúde a gente acha que os resultados do PPSUS são muito relevantes. Talvez a gente não tenha esse acompanhamento muito de perto do resultado individual dos projetos de pesquisa, mas quando a gente vê os nossos bolsistas de produtividade em pesquisa também submetendo propostas no PPSUS, a gente sabe que eles são contemplados, eles perguntam às vezes, por exemplo, “ah, quando vai ter a nova edição do PPSUS?”. Então, é um reflexo de que o PPSUS passou a ser para os sistemas locais uma referência em financiamento em saúde, apesar de eu não verificar o resultado individual eu sei que estou atraindo grandes pesquisadores para discutir problemas locais, com certeza o resultado disso só pode ser bom. (Gestor Federal de C&T)

Na condição de gestor eu acho que teve muito êxito e na condição também de cidadão que olha o resultado, certamente o PPSUS é um programa diferente que tem bons resultados. O que falta é a incorporação numa escala maior, dos resultados que o programa produz. Mas eu acho que é muito eficiente (Gestor Federal de C&T)

Agora mesmo eu participo de alguns trabalhos do PPSUS, eu participei, e todo o esforço tem sido de trabalhar para que a gente possa... fazer a devolutiva dos trabalhos e como é que essa devolutiva ela é estruturante para o trabalho e como é que ela integra a essência do trabalho; porque muitas vezes também você tem o feudo da universidade com alguns feudos de serviço; os feudos se unem, produzem o trabalho mas aquilo não muda a estrutura. É um avanço o PPSUS, um avanço importante tudo isso que a gente está fazendo, mas nós estamos precisando dar o salto, o salto do século XXI. A gente ainda está na esteira da produção das coisas do século XX e não conseguiu dar o salto. (Gestor Municipal de Saúde)

Como por exemplo, a articulação entre as secretarias estaduais de saúde com o próprio Ministério; diretrizes que definiram um determinado padrão de qualidade do serviço de saúde do SUS; treinamento das pessoas que se beneficiaram destes programas em várias etapas; articulação entre pesquisadores do Brasil de diversos Estados se dedicando especificamente sobre estes problemas do SUS para apresentarem soluções, são alguns deles que nós podemos falar. (Gestor Estadual de C&T)

Além destes, fatores decorrentes dos objetivos propostos pelo programa e os fatores identificados ao comportamento e à cultura das organizações envolvidas com a implementação do programa também foram apontados na explicação para as limitações na avaliação de resultados do PPSUS. Os relatos dos entrevistados corroboram as análises de Winter (1990), que associou dificuldades para a identificação de resultados de políticas aos problemas relacionados aos reais objetivos do programa, particularmente nos casos em que o programa não tem como resultado a resolução de um problema que é claro para a sociedade ou para o seu público-alvo. Este é um aspecto apontado por alguns entrevistados como relacionado às dificuldades para a condução de avaliações de resultado do PPSUS, dado que o objetivo do pro-

grama consiste na incorporação dos resultados das pesquisas financiadas pelo programa ao SUS e esta incorporação não é de fácil mensuração e avaliação:

Você está perguntando o que resultou das pesquisas, como é que isso era incorporado? Então, desde que a gente começou a única atividade que o programa prevê para tentar avaliar essa incorporação de resultados no SUS são os seminários. Então, tem o seminário parcial e tem o seminário final. E aí, é o gargalo principal do programa. (Gestor Federal de C&T)

Isto é um entrave que precisa ser melhor trabalhado, essa questão até para poder enfrentar... para melhorar. Como eu te falei: a gente não acompanha o CNPq para ter uma avaliação muito clara disso. Eu acompanho à distância, a gente sabe, a ABRASCO representa no MEC, vários movimentos da saúde pública, então a gente tem alguns acompanhamentos pelas pessoas que são próximas ao CONASEMS, da ABRASCO, que tem uma tentativa deles de melhorar isto internamente no meio da academia, no meio do próprio conselho de ciência e tecnologia. Nós não conseguimos, na agenda, e aí eu não falo o ministério, nós, porque é tripartite, nós não conseguimos realmente um espaço da ciência e tecnologia enquanto espaço permanente de discussão da política, da implementação. A gente não conseguiu viabilizar isto ainda. (Gestor Municipal da Saúde)

A gente começou a medir isso, a gente tinha clareza que esse era um dos desafios, medir incorporação de resultado, mas eu não sei se hoje o DECIT, aí é mais da minha ignorância atual por falta de tempo de acompanhar isso, conseguiu medir a incorporação de resultados. A medida disso é muito complicada, porque a gente fez várias pesquisas do PPSUS que hoje são usadas como referências até para portaria, mas ninguém foi lá e mediu, bom isso o cara se baseou nesse resultado, é uma pesquisa PPSUS. Não sei, eu não sei te responder isso cientificamente, com dados. Existe implementação e incorporação, agora a medida disso eu não poderia jamais te dar. (Gestor Federal da Saúde)

Além dos aspectos relativos à incorporação dos resultados das pesquisas ao SUS, cabe lembrar que o PPSUS tem como proposta a descentralização e a promoção da equidade no acesso aos recursos para o fomento às ações de C&T, que necessitariam ser avaliados. Como precedentemente destacado, houve marcante concentração dos recursos executados em três estados da Região Sudeste, dado que 47% dos recursos foram destinados a esta região, para um percentual de 25% dos projetos financiados. A questão que se coloca para avaliação é: esses percentuais representam a manutenção da tendência histórica do MS carrear recursos para esta região do país ou haveria outros fatores envolvidos? Os relatos dos entrevistados foram no seguinte sentido:

Porque a concentração de capacidade técnica em alguns estados permanece, não desapareceu, mas as outras regiões cresceram. Então, você consegue ver que não mudou, continua concentrado se você olhar para o gráfico de interação das redes de pesquisa você vai ver que está tudo concentrado ainda no sudeste e no sul, mas melhorou bastante o cenário. Acho que isso é o mais marcante. (Gestor Municipal da Saúde)

Então, eu percebo que tem uma questão, que é importante: equidade, é mais do que a oferta, é suporte. Então, uma única crítica que eu pudesse fazer ao conjunto da obra, do programa, é que os que ficaram pra trás, acabaram ficando pra trás. Então você tem algum incentivo normativo, que é caracterizado por uma flexibilização, alguma coisa pontual, mas a ideia de matriciamento a partir do MS, ou mesmo de uma FAP que não tem um bom desempenho, em conjunto, com CNPq, ou o que

quer que seja. Eu não identifico uma iniciativa específica além das oficinas. Então, claro, as oficinas aconteciam nos estados, o pessoal ia, porque eu participei de algumas, participei de pelo menos de uma em Brasília, mas parece que não foi suficiente porque alguns estados ficaram realmente pra trás. (Gestor Municipal da Saúde)

Face ao exposto, a análise conduzida sob este referencial identificou que a ausência de avaliações de resultados do PPSUS foi associada pelos entrevistados, principalmente, a duas ordens de fatores: (i) fatores relacionados às características da gestão setorial do SUS e (ii) fatores relacionados à especificidade do programa. Os fatores relacionados às características da gestão setorial do SUS foram identificados como relacionados ao processo decisório e à predominância de uma cultura organizacional no setor saúde que não valorizaria o conhecimento que pode ser obtido com base em avaliações de resultados. Os fatores relacionados à especificidade do programa foram principalmente explicados pela pouca clareza dos objetivos do PPSUS.

Os levantamentos documentais e os relatos que confirmaram a ausência de avaliações de resultados para o PPSUS contribuíram ainda para a compreensão das estratégias que o DECIT adotou para registrar e organizar a produção do PPSUS e para promover o uso que se faz do conhecimento científico nas decisões tomadas no contexto do SUS, a Pesquisa Saúde e a EVIPNet. As referências utilizadas indicaram a existência de relações entre estas duas estratégias e a inexistência de avaliações de resultados para o PPSUS, que serão exploradas na sequência deste capítulo.

4.3.5 As estratégias do DECIT para organizar e utilizar a produção do PPSUS: a plataforma Pesquisa Saúde e a EVIPNet

Face à inexistência de um sistema de avaliação de resultados para o PPSUS, foram adotadas, pelo DECIT, tentativas de organizar os dados relativos à produção oferecida pelo programa, que poderiam, eventualmente, ser utilizados para gerar informações e dar origem a indicadores de produtos e de resultados, caso o programa venha a implantar mecanismos futuros de avaliação de resultados.

Duas iniciativas identificadas no decorrer da presente investigação, a Pesquisa Saúde e a EVIPNet, foram relatadas durante as entrevistas numa condição de sucedâneos à inexistência de avaliação de resultados para o programa. Por um lado, foram expressas percepções sobre as dificuldades para a realização de avaliação de resultados em programas como o PPSUS, por outro lado, os relatos traduziram as expectativas dos gestores da saúde de que papel exercido pela Pesquisa Saúde, pela EVIPNet e pelos seminários de apresentação dos resultados

das pesquisas substitua a lacuna decorrente da inexistência de avaliações de resultado do programa:

Esse [a avaliação de resultados] é um desafio no mundo inteiro e essa é a razão de existir da Coordenação de Gestão do Conhecimento, que é saber fazer uso das evidências científicas, especialmente no SUS, onde os recursos são tão escassos. Se investe muito pouco e se usa pouco o que é investido. (Gestor Federal da Saúde)

Você fala do resultado? Nós participamos do seminário final onde é apresentado e dentre um dos campos que o pesquisador aborda é a produção científica. Como tinha e tem o banco de dados da Pesquisa Saúde, a gente optou por não receber esta papelada aqui também já que lá é um sistema on line e estava lá. Nos editais iniciais tinha um endereço para mandar aquela produção para o CNPq e foi retirado dos editais pois há uma duplicidade de informação que não tem muito fundamento, então como tem a Pesquisa Saúde, é um programa do SUS, acho que tinha de estar lá. (Gestor Federal de C&T)

A execução dos projetos é acompanhada pelo DECIT através da coordenação de fomento. Existe um sistema de inserção de propostas, de acompanhamento com relatórios, são relatórios parciais, relatórios finais, como a própria Plataforma Carlos Chagas. Você tem uma plataforma do PPSUS. Então você tem o PPSUS desde a inserção do projeto, como proposta, a inserção do projeto completo como proposta aprovada, e você tem o relatório parcial e tem a parte final. (Gestor Municipal da Saúde)

Além de expressar as dificuldades relativas à mensuração de resultados numa política onde os objetivos podem ser considerados fluidos e de difícil mensurabilidade, os entrevistados deixaram entrever a tendência de se tratar como equivalentes as evidências existentes sobre a produção do programa e seus resultados:

Um desses resultados foi esse, a constituição, em algumas Secretarias de Saúde, de componentes organizacionais que se voltaram para a questão de pesquisa. A exemplo do Ministério [da Saúde], isso meio que percolou, meio que vazou pra algumas Secretarias de Estado de Saúde, mas eu não saberia, eu acho que não existe uma avaliação de resultados. Certamente existe avaliação de quanto dinheiro gastou, existe avaliação de quantas pesquisas, quantos projetos foram financiados, isso tem, mas o resultado efetivo eu não conheço. (Gestor Federal da Saúde)

Embora a existência de dados organizados numa plataforma sobre os produtos oferecidos pelo PPSUS tenha sido um passo necessário para a gestão do programa e possa ser utilizado para a condução de avaliação de resultados no futuro, Ramos e Schabbach (2012) alertam que a relação entre a avaliação de produtos e a avaliação de resultados não é linear e pode ser apenas casual, de forma que a identificação de produtos não deve ser considerada como equivalente ou substituta para a avaliação de resultados.

A literatura também registra a existência de tendências ao uso de dados gerenciais e de informações sobre a produção das políticas públicas numa forma de substituição, considerada equivocada, às avaliações de resultados, mormente em situações nas quais se interpõem dificuldades para a realização de avaliações de resultados (COSTA; CASTANHAR, 2003; HILL; HUPE, 2005; ANDERSON, 2008; ROBICHAU; LYNN JR., 2009; RAMOS; SCHABBACH,

2012), tendo sido, por vezes, este o papel atribuído à plataforma Pesquisa Saúde no contexto da implantação do PPSUS.

Hill e Hupe (2005) destacaram os casos de políticas e programas avaliados como bem sucedidos pelo fato de que suas atividades ocorrem e até aumentam, sem que sejam evidenciados os resultados reais na realidade que pretendem modificar. Podem ser incluídos neste grupo de fatores aqueles que conduzem os gestores a enfatizarem os produtos obtidos (ANDERSON, 2008), o que gera uma situação que aparenta que muitas coisas foram feitas, conduzindo a ilusões de progresso, que são apresentadas com a finalidade de amenizar o tensionamento que possa existir sobre os agentes públicos.

Conforme o relato abaixo, as duas iniciativas, a plataforma Pesquisa Saúde e a EVIPNet, têm sido consideradas complementares no cumprimento do papel de oferecer um retorno sobre as pesquisas que têm sido financiadas pelo PPSUS:

Então, os momentos em que você junta a gestão com os pesquisadores para promover esse contato e ao mesmo tempo mostrar resultados de pesquisa, é muito mais rico do que uma base, em termos de difusão ativa. A principal estratégia, existem algumas estratégias que promovem essa difusão, ter uma base como Pesquisa Saúde promove, mas não é só isso. Pôr o pesquisador em contato com o gestor é uma das estratégias pra reduzir essa distância... quase nunca dá certo usar isolado uma coisa ou outra. (Gestor Federal da Saúde)

Embora entre os entrevistados tenha sido enfatizada a relevância e a necessidade de que o PPSUS tenha avaliações de resultados, apenas a Pesquisa Saúde e a adesão a EVIPnet foram apresentados como a forma encontrada pelo DECIT para assegurar que os objetivos do PPSUS sejam monitorados e os seus resultados difundidos.

4.3.5.1 A plataforma Pesquisa Saúde

Os dados que constituem a Pesquisa Saúde começaram a ser disponibilizados pelo DECIT a partir de 2007. A Pesquisa Saúde consiste num banco de dados gerenciais, mantido na forma de uma planilha eletrônica, cujos dados podem ser acessados pela rede mundial de computadores, sob domínio público. A inserção dos dados na Pesquisa Saúde é feita pelos pesquisadores participantes dos programas de fomento do DECIT, sendo o seu gerenciamento assegurado pela Coordenação de Gestão do Conhecimento do DECIT:

Os pesquisadores fazem uma parte da alimentação, o pessoal do fomento faz a parte de – isso com o PPSUS – a parte de revisão e de validação desses dados, e o DECIT põe no ar. A Pesquisa Saúde foi reformulada agora, foi lançada a reformulação, nós passamos por um ano de reformulação da plataforma, e ele tem outra interface hoje, inclusive para facilitar a customização da busca. (Gestor Municipal da Saúde)

A tela de apresentação da plataforma Pesquisa Saúde é reproduzida na Figura 4.15.

Figura 4.15: Tela de apresentação da plataforma Pesquisa Saúde.

The screenshot shows the Pesquisa Saúde platform interface. At the top, there is a navigation bar with links for 'Sobre o Pesquisa Saúde', 'Banco de Editais', 'Notícias', 'TABNET', 'Contato', and 'Dicionário de Dados'. The main content area is divided into several sections:

- SÍNTESE DA BUSCA:** A table summarizing search results by funding modality.
- Resultados:** A list of search results, including a study on the effect of vertical gastroplasty on zinc levels in obese patients.
- Buscar Pesquisas:** A search bar with a 'Pesquisar' button.
- Filtro de pesquisa:** A section for filtering results by year (2002-2016) and region (CENTRO-OESTE, NORDESTE, NORTE, SUDESTE, SUL).

Modalidade de Fomento:	Contratação Direta	Fomento Descentralizado - PPSUS	Fomento Nacional	Total
Número de Editais/ Contratos:	95	133	79	307
Número de Pesquisas:	136	2817	2170	5123
Total de Recursos:	R\$ 115.263.419,82	R\$ 228.376.940,44	R\$ 633.907.446,82	R\$ 977.547.807,08

Fonte: MS. Disponível em: <http://pesquisasaude.saude.gov.br/pesquisas.xhtml>. Acesso em: 23 jun 2015.

Embora seja utilizada para a inserção dos dados do PPSUS, vale ressaltar que a plataforma Pesquisa Saúde não é exclusiva do programa, pois nela constam dados de outras modalidades de fomento praticadas pelo DECIT. Além disso, a Pesquisa Saúde integra o que foi denominado de Sistema de Informação em Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, o SICT, descrito por um dos entrevistados:

O SICT é quando se resolveu juntar tudo numa cara só, na verdade ele não é uma plataforma. SICT é um one stop shop, que é onde você encontra todas as plataformas de Ciência e Tecnologia do DECIT. Lá você tem Prêmio de Incentivo de Ciência e Tecnologia, o Prêmio do DAF, você tem o Banco de Pareceristas, você tem o PPSUS, você tem a Pesquisa Saúde, tem o SISREBRATS você tem tudo lá. (Gestor Municipal da Saúde)

Durante a realização da investigação, nas situações de observação não participante e durante a realização de atividades no DECIT, foi possível constatar que uma grande utilização da Pesquisa Saúde encontra-se relacionada à provisão de dados sobre as pesquisas financiadas e realizadas pelo DECIT, em todas as suas modalidades. Os dados registrados na Pesquisa Saúde são utilizados para efeito de controle interno e externo do DECIT e do MS para subsidiar a elaboração de apresentações feitas pelos dirigentes do MS e de relatórios institucionais sobre o PPSUS, além de também serem adotados por pesquisadores interessados em estudar aspectos relativos à política de C&T/S ou ao PPSUS.

Há registros de que a Pesquisa Saúde tem sido consultada por diferentes países e estados do país (BRASIL, 2010b), tendo seus dados também sido utilizados no decorrer da pre-

sente investigação para efeito de caracterização da produção do PPSUS. Contudo, uma observação feita consiste no fato de que Pesquisa Saúde não é utilizada pelo grupo de gestores federais de C&T nem pelos gestores municipais do SUS para efeito da gestão do PPSUS. No caso dos gestores federais de C&T, o argumento para a não utilização da Pesquisa Saúde foi exposto com fundamento na existência de outra base de dados mantida pelo CNPq, a Plataforma Carlos Chagas:

O MCTI não usa não [a Pesquisa Saúde]. O CNPq tem a rotina dele que é outra dificuldade da gente ter acesso, por exemplo, aos dados de relatório da Plataforma Carlos Chagas, isso noutra seara. A ideia de que eu vou lá no CNPq e pego as variáveis que me interessam... a Plataforma Carlos Chagas deve ter uma centena de variáveis, mais ou menos. Nós identificamos que praticamente todas as que nós precisamos estão lá. É um web service que você vai lá e puxa as variáveis que você precisa e joga na Pesquisa Saúde. E faz um ano e meio que a gente tá nessa discussão. (Gestor Federal da Saúde)

Como os dados registrados na Pesquisa Saúde podem ser transportados para planilhas eletrônicas, eles podem ser apresentados em formatos de gráficos e também podem ser utilizados para a geração de indicadores. Todavia, até agora este uso tem sido feito apenas numa perspectiva descritiva e de produção, sem relação alguma com os resultados obtidos pelo programa, conforme relatado por um dos gestores entrevistados:

Então hoje você consegue cruzar, quando você quiser algum indicador quantitativo, por exemplo, você quer saber as pesquisas financiadas entre 2003 e 2007 com parceria com o CNPq sobre tuberculose nos estados do nordeste com população inferior a 100 mil habitantes. Então, você consegue customizar essas dimensões. Ele incorporou uma ferramenta para isso, que foi o TABNET. Então facilita a vida de quem quer um dado muito específico, porque o que tinha eram os indicadores padrão, standard. Esses estão lá, continuam, mas se você quiser fazer uma busca especial você faz. A outra coisa é que a gente incorporou uma ferramenta de busca mais inteligente baseada num thesaurus de descritores, que não tinha. (Gestor Federal da Saúde).

As pesquisas financiadas pelo DECIT são registradas na Pesquisa Saúde levando-se em consideração seu pertencimento a cada uma das 24 subáreas da ANPPS que, como já destacado nesta tese, é o documento que norteia os financiamentos feitos pelo DECIT. Contudo, cabe a ressalva de que “além do elenco de temas da ANPPS, outras áreas de relevância em saúde, como células-tronco, neoplasias, avaliação de tecnologias em saúde, doenças negligenciadas, estão na base de dados” (BRASIL, 2010b, p. 975).

Os registros da Pesquisa Saúde contêm dados relativos aos valores investidos pelo DECIT e por cada estado participante, ao ano do edital, à natureza da pesquisa, aos dados do coordenador da pesquisa, aos resumos das pesquisas, às informações sobre os bolsistas de pós-graduação participantes do projeto, às patentes decorrentes da realização do projeto, dentre outros. Embora tenha sido disponibilizada apenas a partir de 2007, a Pesquisa Saúde inclui

os registros sobre os dados de produção do PPSUS desde as suas edições iniciais, entre 2002 e 2003.

A utilização feita da Pesquisa Saúde durante o desenvolvimento da presente investigação permitiu que fossem identificadas dificuldades na estruturação da planilha, que dificultam o seu uso. Um primeiro conjunto de problemas é decorrente da pesada carga de dados, que pode travar o uso das planilhas, podendo impedir a formatação dos dados, fato que também foi constatado pelos gestores do SUS:

Há lacunas... porque é campo demais, é muita coisa, eu cortaria aquilo pela metade, já começa daí. Eu escolheria quais eram as 15 mais importantes e me concentraria nessas. (Gestor Municipal da Saúde)

São também muitos os casos de dados faltantes na base de dados, referentes a variáveis essenciais para a compreensão das condições de implementação do PPSUS. Estes problemas foram relatados pelos entrevistados, que reconhecem a insuficiência da base de dados para assegurar o cumprimento dos propósitos para os quais foi criada:

É meio terrível. Esse banco, ele tem 70% dos registros com alguma lacuna, desde pesquisador que já tem Lattes... ele não vai preencher um currículo novo nesse sistema. Então, o DECIT criou um link com o Lattes. O pesquisador não vai ficar entrando com aplicação para o SUS, ele não vai fazer isso. E o trabalho de tradução do conhecimento tem que ser feito por especialistas nessa área, não pode ser feito pelo pesquisador porque ele não tem informação para isso. Aí nós estamos aí nesse meio tempo. (Gestor Federal da Saúde)

Os relatos colhidos junto aos entrevistados corroboram os registros encontrados na literatura sobre as dificuldades decorrentes das confusões conceituais e operacionais entre avaliação de produtos e avaliações de resultados (HILL; HUPE, 2005; ROBICHAU; LYNN JR., 2009) e também os desafios postos para a avaliação de resultados em programas sociais, que podem ser particularmente atribuídas às dificuldades para a identificação de relações causa-efeito em modelos de avaliação de resultados (RICH, 1997; BOVAIRD, 2014).

No caso estudado, os dados de produção de projetos, mestres e doutores financiados pelo PPSUS e provenientes da Pesquisa Saúde foram apresentados por alguns dos entrevistados como sendo a resposta institucional existente para a avaliação de resultados do programa:

[O PPSUS] Cumpre o papel de formar muitos mestres e doutores, apoiando a formação de grupos de pesquisa em todo o país, no Amapá, em Roraima, no Nordeste... o que dificilmente ocorreria se houvessem apenas os editais nacionais. (Gestor Federal da Saúde)

A gente começou a pedir depois, mas não pedia antes, começou a pedir porque a gente começou a ver que era muito grande o número de gente defendendo Mestrado e Doutorado com recursos do programa. (Gestor Federal da Saúde)

Porque eu acho que um dos grandes méritos do PPSUS são aqueles seminários de avaliação local e nacional. Aquilo é muito bacana e é muito importante que seja feito. (Gestor Estadual de C&T)

Desde a época da criação desse departamento em 2007/2008 nós focamos num chamado Formulário Síntese de Resultados, onde se coloca quantos bolsistas de iniciação científica ele orientou, quantos médicos, mestres, quantos doutores, quantos artigos publicou, gerou patente, gerou medicamento, gerou vacina; então, é uma síntese de resultados E isto nós temos nestes arquivos... só que eles não são analisados a fundo com o interesse que poderia ter, por exemplo, da própria SES, chegar lá na FAP e falar assim: deixa eu ver os PPSUS de vocês para ver o que a gente poderia usar no nosso dia a dia. (Gestor Estadual de C&T)

Além do uso de dados de produto para avaliação dos resultados do programa, os relatos obtidos durante a investigação também identificaram que alguns dos entrevistados refutam a ideia de que haja relação causa-efeito com os resultados das pesquisas financiadas pelo programa:

E assim, principalmente no campo de investigação científica, a taxa de insucesso é imensa. Não porque os pesquisadores aqui do Brasil sejam um porcaria, ela é imensa em todo o mundo. Aliás, quanto mais avançados, quanto mais desafiadores sejam os projetos, é maior a taxa de incerteza, ao contrário do que o senso comum poderia imaginar, quanto mais mixuruca são os pesquisadores e os projetos maior a incerteza, não. Quanto mais avançados, mais desafiadores, mais instigantes, maior a taxa de incerteza, de aplicação, de bons resultados. (Gestor Federal da Saúde)

Então o gestor vai utilizar o conhecimento científico? Sim, é obvio que ele vai utilizar. Mas ele vai utilizar aquele conhecimento científico que ele leu nos jornais, que ele ouviu falar na televisão, no rádio, que ele conversa entre os pares dele. E esse conhecimento ele extravasa para o senso comum. Então, não tem assim que o resultado de uma pesquisa vai produzir e ser utilizado por um gestor. Até porque as pesquisas são contraditórias. É bom correr ou é bom caminhar, é bom tomar café ou não tomar café, é melhor comer manteiga ou margarina, comer ovo ou não comer ovo? (Gestor Federal da Saúde)

Pode ter tido alguma pesquisa, e que, saiu. por exemplo algum algoritmo, dizendo olha: para poder fazer tal procedimento é melhor fazer dessa forma. Eventualmente, pode ter tido alguma pesquisa que teve alguma utilização instrumental, mas isso são poucas pesquisas que produzem. A maioria das pesquisas pode produzir o que a gente chama da utilização conceitual, podem inspirar, pode dar um insight, pode ajudar o gestor a perceber, a analisar o problema de alguma outra forma, mas são coisas que não são só efeitos da pesquisa – são efeitos da pesquisa em um determinado contexto. (Gestor Federal da Saúde)

Assim, no caso do PPSUS, a investigação conduziu à percepção de que ambas as explicações podem ser aplicadas, pois tanto foram percebidas confusões conceituais entre avaliação de produtos e avaliação de resultados, quanto os resultados do PPSUS oferecem dificuldades para serem identificados mediante o uso de modelos de avaliação de resultados (RICH, 1997; HILL; HUPE, 2005; ROBICHAU; LYNN JR., 2009; BOVAIRD, 2014).

A adoção de avaliação de produtos em substituição à avaliação de resultados também tem sido explicada pelas facilidades comparativas existentes para a realização de avaliações de produtos (ANDERSON, 2008). No caso do PPSUS, a Pesquisa Saúde representou a possibilidade de montagem de um banco de dados sobre a produção obtida pelo PPSUS desde o seu lançamento, sem que, para tanto, tenha sido necessário o dispêndio dos esforços cogniti-

vos e organizacionais que seriam demandados para a montagem de um sistema de avaliação de resultados do programa.

Isso feito, a existência da Pesquisa Saúde tem permitido a realização de contagens, totalizações e análises estatisticamente descritivas sobre o PPSUS, se configurando como uma modalidade de avaliação dos produtos do programa que tem respondido a algumas demandas de avaliação do programa. Esses dados permitem que sejam realizados levantamentos sobre a produção do PPSUS, que contemplam o uso feito com os investimentos realizados pelo Estado brasileiro, informando sobre a produção de projetos de pesquisa, teses, dissertações e patentes. Na ausência de dados sobre o atingimento dos objetivos propostos pelo PPSUS, as organizações que o coordenam apresentam dados relacionados ao que o programa tem feito, sem que sejam, contudo, evidenciadas as relações entre o que foi feito e as mudanças ocorridas no mundo real (ROBICHAU; LYNN JR., 2009). O potencial analítico que cada uma destas variáveis (projetos de pesquisa, teses, dissertações, patentes) possui para a avaliação dos resultados do PPSUS foi destacado pelos entrevistados, em diferentes momentos da investigação. No que concerne às patentes, vale registrar este relato:

O sistema de inovação no Brasil é muito incipiente. Há uma distinção entre patentes depositadas e patentes concedidas. O PPSUS às vezes é o primeiro recurso para pesquisa em saúde em alguns estados que não tem tradição de pesquisa na área de saúde. Às vezes, patenteia-se metodologias. O INPI cobra para registrar as patentes dos pesquisadores, o que desestimula o depósito das patentes. Há um baixo volume de patentes depositadas e registradas no setor saúde do Brasil. Leva-se muitos anos para analisar os depósitos. Há uma dificuldade para forçar o pesquisador a informar o MS sobre os resultados das pesquisas porque muitos não associam o MS como o financiador do PPSUS. (Gestor Federal da Saúde)

Anderson (2008) explica que há predominância de avaliações de produtos no setor público pelas razões de que esta modalidade de avaliação tende a gerar estatísticas que contribuam para induzir a sensação de que muitas coisas foram feitas. A ilusão de progresso associada aos números que costumam ser apresentados aos dirigentes, legisladores, grupos de interesse e à população em geral é apontada por Anderson (2008) como um fator que ameniza as pressões sobre as organizações e agentes públicos, o que contribuiria para explicar a preponderância dessa modalidade avaliativa sobre a avaliação de resultados.

No caso do PPSUS, as avaliações de produção realizadas pelo programa podem ser comparadas às metas definidas no processo de planejamento governamental e inseridas no PPA (BRASIL, 2000, 2004a, 2004b, 2008a), permitindo que, a cada quatro anos o PPSUS seja analisado sob o aspecto de suas diretrizes, objetivos e metas. Contudo, como o PPA prevê a avaliação da concepção do programa, da implantação do programa e dos resultados do programa, esta terceira parte tem sido avaliada apenas com dados relativos à produção do

PPSUS, o que o coloca numa situação de programa que não evidencia os resultados obtidos no contexto do planejamento governamental. Enquanto isso, permanece no PPSUS a lacuna relativa ao reconhecimento de mérito e de valor do programa, bem como não se criam as oportunidades para a melhoria organizacional e programática que poderia advir do conhecimento acerca do que o PPSUS estaria, de fato, representando para a sociedade que o financia (WEISS, 1988b; MARK; HENRY, 2004).

Cumprе lembrar que Ramos e Schabbach (2012) enfatizam a relevância da avaliação de resultados para a manutenção dos programas no planejamento governamental, visto que “valoriza a elaboração, o acompanhamento e a apuração dos indicadores como forma de propiciar objetividade e credibilidade ao processo” (RAMOS; SCHABBACH, 2012), sendo que, para tanto, é necessário que o programa disponha de critérios e indicadores adequados à avaliação de resultados.

Esta ponderação introduz a segunda estratégia identificada pela investigação como sucedânea à avaliação de resultados no PPSUS: a adesão a EVIPNet.

4.3.5.2 A EVIPNet

No período que sucedeu o lançamento do PPSUS e ainda no decorrer do intervalo estudado por esta investigação, mais precisamente em 2009, os gestores do DECIT aderiram à participação numa rede colaborativa mundial, “cujo objetivo central é o de apoiar o desenvolvimento de sistemas e políticas de saúde pública através do uso sistemático de evidências de pesquisa” (BRASIL, 2013). A EVIPNet consiste numa iniciativa referendada na 58ª Assembleia Mundial da Saúde, realizada em Genebra, em maio de 2005, como uma resposta da Organização Mundial da Saúde à “necessidade de produzir políticas informadas por evidências” (BRASIL, 2015). A EVIPNet aproxima-se das estratégias identificadas na literatura como capazes de produzir efeitos na melhoria do uso dos resultados das pesquisas no processo de tomada de decisão, promovendo o uso consciente das pesquisas pelos gestores de saúde (WEISS, 1980; TROSTLE; BRONFMAN; LANGER, 1999; CORLUKA et al., 2014). Esta estratégia foi mencionada em vários relatos, associada à ideia de que o problema do uso dos resultados das pesquisas produzidas pelo SUS configura-se como uma questão cultural, que atinge os gestores do SUS de um modo diferenciado:

Primeiro, há que haver a chancela entre pares. Mas uma grande dificuldade é a resistência cultural. Há pesquisas muito caras, de R\$ 10 milhões, sobre a saúde da mulher, que nunca foram usadas. (Gestor Federal da Saúde)

O primeiro passo para o uso de uma evidência é fazer que o gestor tome conhecimento dos resultados e que os resultados sejam chancelados pelos pares. O MS paga para o gestor comparecer às reuniões e ele não comparece. A saúde não tem uma cultura do uso da ciência para a tomada de decisão. A saúde está muito atrasada em relação a isso. Na iniciativa privada, usa-se mais a evidência e a ciência para a gestão. (Gestor Federal da Saúde)

O DECIT é escanteado por várias áreas do MS. O gestor nacional não usa os resultados das pesquisas. O DECIT tem um acervo de 1000 pesquisas em PSF que podem ser utilizadas, mas a área do PSF não se interessa no uso desses resultados. O mesmo acontece na saúde mental – o DECIT tem estudos sobre drogas e desospitalização, finalizados e pagos, mas o coordenador da área de saúde mental não tem interesse. A contradição entre a produção e o uso dos resultados das pesquisas começa no MS. Não é um problema cultural brasileiro – o etanol foi pesquisado e teve eco, teve uso prático, mudou a vida das pessoas. Esse problema é típico do setor saúde, é cultural da saúde. (Gestor Federal da Saúde)

O PPSUS tem uma vertente muito importante de formação de cultura. Aquilo que eu falava lá atrás da Fundação Rockefeller, que ao lado, ou em paralelo, ou a serviço das ações de saúde deve haver uma cultura de pesquisa, isso é o que o PPSUS procurou colocar, quer dizer, o PPSUS levou uma perspectiva de pesquisa em saúde para lugares do país onde essa perspectiva não existia. Na verdade, já existiam comunidades científicas, comunidades de pesquisa em saúde nas universidades, nessas unidades todas da federação, mas o que o PPSUS fez foi colocar as Secretarias de Estado de Saúde nesse caldeirão, nessa panela, e isso me parece muito relevante (Gestor Federal da Saúde)

Esta rede colaborativa mundial tem procurado atuar mediante a elaboração, a implementação e o monitoramento do uso de políticas informadas por evidências científicas. Se a EVIPNet não se constitui como uma ferramenta construída com o objetivo específico de avaliar os resultados do PPSUS, é apresentada pelo DECIT como uma estratégia cujo funcionamento, quando efetivo, poderia contemplar o acesso às informações sobre o uso feito com as pesquisas financiadas pelo PPSUS no SUS. Nestes termos, com base nos relatos obtidos junto aos entrevistados, haveria a concepção de que o PPSUS poderia atingir seus objetivos mediante a disseminação do conhecimento produzido pelas pesquisas financiadas pelo programa, sem que essa disseminação passasse necessariamente por uma metodologia que avaliasse os resultados do programa:

Eles [SES] precisam conhecer o resultado das pesquisas. Por isso o PPSUS faz seminários estaduais, cujo principal ator é a SES... mas não comparece. O segundo passo é transformar o resultado da pesquisa para o canal mais adequado para atingir os gestores. Os canais não são os periódicos científicos. O MS está usando a EVIPNet e a mala direta para o gestor, a revista do CONASEMS, a parceria com os PSFs locais, a propaganda boca a boca. (Gestor Federal da Saúde)

Tem que fomentar a produção e fomentar a disseminação. Talvez isso. Investir na disseminação para o grande público, para a linguagem leiga. Os boletins, os policy briefings, são válidas, são importantes fazer. Não há nenhuma garantia de que vai ser utilizado, mas é uma coisa do enriquecimento do senso comum. É possível que o conhecimento científico se incorpore ao senso comum. É claro que a principal estratégia para fazer essa disseminação é envolver os gestores desde o início da pesquisa. É envolver o usuário desde o início da pesquisa, desde a formulação da questão. Isso o PPSUS faz. Não é apenas apresentar o relatório, com os resultados da pesquisa no final. (Gestor Federal da Saúde)

O DECIT apresentou, em 2007, uma proposta de adesão do Brasil a EVIPNet Américas, visando a participação do Brasil na rede colaborativa mundial (EVIPNet Global) para a “formulação, implementação, monitoramento e avaliação de políticas informadas por evidências científicas” (DIAS; BARRETO; SOUZA, 2014). O DECIT é o coordenador brasileiro da EVIPNet-Brasil e, desde 2009, atua em conformidade com as deliberações assumidas pelo seu Conselho Consultivo local, do qual participam, além de representantes de todas as sete secretarias do MS, representantes do BIREME/OPAS, do CONASS, do CONASEMS, da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e da FIOCRUZ. Além destas organizações, também se articulam na iniciativa da EVIPNet o Observatório Ibero-Americano de Sistemas e Políticas de Saúde (OIAPSS) e faculdades e escolas de saúde pública (DIAS; BARRETO; SOUZA, 2014).

A atuação do país na EVIPNet fundamenta-se no reconhecimento de que “o processo de construção e consolidação do sistema contribuiu para tornar o uso de evidências na gestão do SUS um enorme desafio” (BRASIL, 2015). O conselho consultivo da EVIPNet local se reúne duas vezes por ano e tem como atribuições a proposição de temas, o estabelecimento de prioridades, a elaboração de planos de trabalho, o estabelecimento de metodologias, a validação de sumários executivos de evidências e a avaliação de resultados para o aperfeiçoamento e a sustentabilidade da rede (BRASIL, 2015).

Os objetivos declarados da EVIPNet voltam-se para: (i) institucionalizar o uso do conhecimento científico nos processos de tomada de decisão no âmbito do SUS; (ii) desenvolver métodos e estratégias inovadoras na gestão da saúde; (iii) fazer tradução do conhecimento; e (iv) propiciar cooperação técnica entre países participantes da rede (BRASIL, 2015).

De acordo com o levantamento realizado, a EVIPNet não se dispõe a monitorar o uso que é feito do conhecimento científico nos processos de gestão e de assistência dos sistemas de saúde, que consiste no objetivo almejado pelo PPSUS, mas propõe-se a “estabelecer mecanismos para facilitar a utilização da produção científica na formulação e implementação de políticas de saúde” (BRASIL, 2015). Nesses termos, o avanço da atuação da EVIPNet poderia conferir maior consistência aos resultados obtidos pelo PPSUS, dado que a utilização da produção científica na formulação e na implementação de políticas de saúde é exatamente o resultado que se espera obter com a implementação do programa.

A tela de apresentação da EVIPNet Brasil encontra-se reproduzida na Figura 4.16.

Figura 4.16: Tela de apresentação da EVIPNet Brasil.



Fonte: MS. Disponível em: <http://brasil.evipnet.org/>. Acesso em: 23 jun 2015.

Uma das estratégias adotadas para a viabilização dos objetivos previstos na EVIPNet consiste na implementação de Núcleos de Evidências (NEVs), compostos por profissionais de saúde. A principal responsabilidade dos NEVs é cooperar para a obtenção, avaliação e uso de evidências científicas. Entre 2009, momento no qual o país aderiu à rede, e dezembro de 2014, quando foi publicizado o último relatório da EVIPNet, foram instalados 12 núcleos no país (BRASIL, 2015), tendo sido implantados dois NEVs no Estado de Minas Gerais (um na Escola de Saúde Pública e outro na Universidade Federal de Minas Gerais, ambos em Belo Horizonte); dois NEVs no Distrito Federal (um NEv na Fundação de Ensino e Pesquisa em Saúde - FEPECS e um NEv no núcleo da FIOCRUZ-DF); três NEVs no Estado do Ceará (um NEv na Universidade Regional do Cariri – URCA, localizada no Crato, outro na Escola de Saúde Pública, em Fortaleza e outro NEv na Secretaria Municipal de Saúde de Sobral); um NEv no Estado do Piauí, na Secretaria Municipal de Saúde de Piriipiri; um NEv no Estado de Pernambuco, na Secretaria Municipal de Saúde de Recife; dois NEVs no Estado do Rio de Janeiro (um NEv no Instituto Nacional de Cardiologia – INC e outro no Instituto Nacional do Câncer – INCA) e um NEv no Estado de São Paulo, na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

No âmbito local, o DECIT possui apenas o registro da experiência de Piriipiri, município de 62 mil habitantes, localizado no Estado do Piauí. A distribuição atual dos NEVs no país é ilustrada no *site* da EVIPNet, conforme mostrado na Figura 4.17.

Figura 4.17: Distribuição dos Núcleos de Evidência (NEv), Brasil, 2015.



Fonte: MS. Disponível em: <http://brasil.evipnet.org/nucleos-de-evidencias/>. Acesso em: 02 de janeiro de 2016.

Os processos de tradução e de disseminação do conhecimento para políticas informadas por evidências para o fortalecimento do SUS têm sido considerados como a atividade central da EVIPNet Brasil, e consistem em procurar promover a interação entre os pesquisadores e os gestores da saúde. Conforme dados levantados, no ano de 2014 foi elaborada, revisada e publicada uma síntese de evidência e cinco sínteses de evidência foram iniciadas (BRASIL, 2015).

Outra linha de ação local que tem sido destacada pela EVIPNet-Brasil compreende a capacitação de recursos humanos, utilizando a metodologia proposta pela rede global, que consiste em treinamentos oferecidos durante eventos setoriais e em oficinas presenciais. As ações de capacitação têm ocorrido de modo paralelo à implantação dos NEVs. O DECIT tem atuado no sentido de buscar combinar a capacitação de profissionais e a instalação dos NEVs, procurando, deste modo, viabilizar a produção de sínteses de evidências que contemplem os assuntos prioritários em cada estado. Em 2014, foram realizados nove eventos de capacitação presencial, dos quais participaram 168 profissionais de saúde, atuantes em 34 instituições.

As demais estratégias da EVIPNet consistem em:

- A participação em palestras, em mesas-redondas e na publicação de notícias nos meios de comunicação;
- A produção e disponibilização de vídeos, com entrevistas de facilitadores e participantes das oficinas e capacitações organizadas pela rede;

- A realização de cursos *online*: o Curso Políticas Informadas por Evidências é estruturado em nove módulos, com 60 horas de duração, com estudos de casos reais, exercícios de fixação e sugestões de leitura.

A EVIPNet enfatiza aspectos relativos à comunicação entre pesquisadores e gestores abordados por Weiss (1979) ao destacar as razões relacionadas aos interesses destes dois grupos, que necessitam ser mútuos para que o conhecimento produzido possa contribuir para a resolução de problemas no setor saúde. Para os entrevistados, o PPSUS enfrenta também problemas de comunicação entre os gestores federais e estaduais do SUS, conforme consta no relato abaixo:

Há obstáculos na comunicação do MS com os gestores. Os artigos científicos não são bons. Primeiro: trabalhar a informação e adequação do canal; Segundo: favorecer que a informação trabalhada chegue aos gestores; problematizar com os gestores, assegurar a presença dos gestores nos seminários de entrega dos resultados; Terceiro: os gestores valorizarem os resultados das pesquisas em detrimento do empirismo e da experiência. Mudança cultural de que a gestão precisa ter ciência por trás. Romper com a cultura do empirismo. (Gestor Federal da Saúde)

A EVIPNet Brasil tem estruturado suas ações procurando atingir os seguintes objetivos: (i) envolver a articulação da rede com parceiros institucionais; (ii) definir os temas prioritários para a tradução, a disseminação e o uso do conhecimento produzido em saúde num formato e numa linguagem compatível com a utilizada pelos gestores e profissionais do SUS; (iii) desenvolver cursos de capacitação para gestores, profissionais de saúde e conselheiros de saúde; (iv) promover a busca por evidências; e (v) sistematizar o conhecimento dos técnicos, gestores e tomadores de decisão no âmbito do SUS (BRASIL, 2015).

Também de acordo com dados obtidos junto a EVIPNet, “a presença da EVIPNet no âmbito do MS ainda é recente e impactos sobre macropolíticas não puderam ser mensurados” (BRASIL, 2015). Há, todavia, no presente, muitas expectativas de que esta ferramenta possa representar uma possibilidade de utilização das evidências científicas no processo de tomada de decisão.

4.3.6 Conclusão do tópico

Neste tópico, a abordagem consistiu em investigar como a especificidade do PPSUS, aqui expressa mediante os objetivos e a produção realizada pelo programa, pode ter influenciado a decisão dos formuladores e gestores do programa de não contemplar avaliações de resultados no seu desenho programático e na sua implementação, o que implicaria na incorporação do conhecimento gerado pelas pesquisas no SUS.

A exploração dessa abordagem permitiu identificar que a formulação do PPSUS representou, para o DECIT e para as demais organizações participantes da implementação do programa, a possibilidade de expansão dos recursos aplicados no fomento às ações de C&T e a ampliação da presença do programa para todos os estados do país. Ao mesmo tempo em que acompanhavam a expansão do PPSUS, os gestores do programa assumiram a necessidade de que o PPSUS contasse com avaliações que informassem sobre a sua capacidade para produzir conhecimento para o SUS, numa perspectiva que procurava combinar descentralização e promoção de equidade. Apesar do reconhecimento desta necessidade, no decorrer do período analisado por esta investigação, as iniciativas da gestão do PPSUS têm se limitado ao monitoramento da produção do programa, mediante a organização dos dados relativos às pesquisas financiadas pelo programa na base de dados gerenciais Pesquisa Saúde, e à promoção dos meios de difusão dos resultados das pesquisas, mediante a adesão à EVIPNet. Nestes termos, a resposta para a primeira pergunta feita no início do tópico é: na ausência de meios para avaliar os resultados obtidos pelo PPSUS, o DECIT fez a opção de avaliar e divulgar os seus produtos junto aos gestores do SUS e à população em geral.

Embora um dos entrevistados da esfera federal da saúde tenha citado a existência de notas técnicas sobre o uso feito com os resultados das pesquisas nos estados, que seriam elaboradas pelas FAPs, estes registros não foram encontrados no decorrer da investigação, o que pode ser indício de que o procedimento tenha sido abandonado ao longo do tempo:

As FAPs elaboram notas técnicas sobre o potencial de uso das pesquisas. São raríssimas, pois os mecanismos de pressão são muito poucos. (Gestor Federal da Saúde)

As FAPs vão ser o reservatório e o arquivo de todos estes resultados que vão estar lá disponíveis para serem utilizados. Agora isto precisará de um processamento, de um tratamento mais sistematizado para que ele chegue a causar algum impacto na sociedade; mas as FAPs serão nesse momento as grandes mantenedoras deste acervo importantíssimo, já histórico, são 14 anos de resultados de pesquisa catalogados e arquivados que podem ser utilizados em benefício do programa do SUS. (Gestor Estadual de C&T)

O movimento que mais se aproximou de uma modalidade de avaliação do programa resultou na elaboração de uma planilha de gerenciamento dos produtos do programa, denominada Pesquisa Saúde, que consiste no registro de dados de financiamento e de produção do programa, coletados no decorrer de sua implementação. Mesmo sendo uma ferramenta que pode ser considerada simples e desprovida das funcionalidades esperadas para o porte do PPSUS, a Pesquisa Saúde, se aperfeiçoada, poderia vir a se constituir em fonte importante para a elaboração de indicadores de resultados do programa, desde que os dados registrados sejam objeto dos cuidados necessários e de tratamento estatístico adequado.

Conforme apurado pela investigação, a Pesquisa Saúde tem se constituído na única ferramenta disponível para o acompanhamento das pesquisas geradas em todas as edições do PPSUS. Seus dados permitem, por exemplo, identificar se há concentração de recursos do PPSUS em alguns estados do país (e, de fato, há) e qual a distribuição territorial das pesquisas nos estados, além de oferecer outras possibilidades de dados relativos aos pesquisadores, ao tipo de pesquisa desenvolvida e aos recursos aplicados. Entretanto, o uso feito de seus dados não consegue ir além do caráter descritivo por não estarem vinculados a um modelo de avaliação que contemple as dimensões necessárias à avaliação de resultados do PPSUS no que tange à sua descentralização, bem como à sua capacidade de promover equidade entre os estados e regiões do país e de produzir conhecimento para o SUS.

A EVPINet tem se organizado buscando cumprir o papel de disseminar os resultados de pesquisas junto aos gestores do SUS e embora não tenha sido constituída numa perspectiva de monitoramento e de avaliação do PPSUS, propõe-se a ter um papel na viabilização da incorporação dos resultados das pesquisas ao SUS. No longo prazo, esta ferramenta contribuiria para que sejam atingidos os objetivos do programa e não para sua avaliação de resultados.

No que concerne à pergunta sobre quais as possibilidades e limitações que podem ser aventadas na análise sobre a realização de avaliações de resultados do PPSUS, as evidências obtidas indicaram que:

- Os gestores das organizações participantes do PPSUS tenderam a concordar que o programa necessita ter seus resultados avaliados, de modo a demonstrar, por exemplo, se houve ganhos de equidade decorrentes de sua implementação e se os resultados das pesquisas financiadas pelo programa foram incorporados ao SUS. Esta posição foi amígdue acompanhada pela observação de que a implantação de sistemas de avaliação de resultados para o PPSUS envolveria dificuldades decorrentes, sobretudo, das características do programa;
- Vários entrevistados expressaram a percepção de que o programa tem atingido os resultados esperados. A análise dos depoimentos obtidos acerca dessa questão revelou a existência de uma convergência entre os entrevistados dos grupos gestores para o reconhecimento de três grupos de resultados que poderiam ser considerados na avaliação do PPSUS: (i) resultados em C&T/S; (ii) resultados estruturais e organizacionais; e (iii) resultados financeiros. Estes grupos, os elementos que os originaram e a vinculação organizacional dos entrevistados que as identificaram podem ser vistos no Quadro 4.12.

Quadro 4.12 - Matriz de análise dos elementos para avaliação de resultados do PPSUS

	Elementos para avaliação dos resultados do PPSUS	Organizações
Resultados em C&T/S	Fortalecimento do tema da saúde no sistema da C&T	DECIT
	Fortalecimento das Redes Estaduais de Pesquisa	SES e DECIT
	Fortalecimento do Sistema de C&T	CNPq
	Aprendizado organizacional voltado para a elaboração de projetos de pesquisa nos estados	DECIT
	Integração entre pesquisadores e gestores da saúde	DECIT, FAPs e CNPq
	Apoio às comunidades científicas emergentes	DECIT
	Fortalecimento da atuação das Secretarias Estaduais de Saúde na condução estadual do PPSUS	DECIT
	Contribuição para ampliação de mestres e doutores no país	DECIT
Resultados organizacionais	Organização das FAP em estados que ainda não as tinham	FAPs, CNPq e DECIT
	Estruturação de áreas de C&T nas Secretarias Estaduais de Saúde	DECIT
Resultados financeiros	Elevação dos investimentos estaduais para pesquisa em saúde, repercutindo sobre os investimentos totais em C&T em saúde	CNPq, SES e FAPs
	Provisão de recursos para ações de C&T em saúde em estados menores, sem tradição de pesquisa nessa área	DECIT

Fonte: Elaboração própria.

Os resultados na área de C&T/S foram apontados por um contingente maior de entrevistados e foram identificados como relevantes principalmente pelos gestores federais do setor saúde. Entre estes, encontra-se o reconhecimento de avanços importantes como: (i) o fortalecimento das redes estaduais de pesquisa em saúde; (ii) o estímulo à integração entre pesquisadores da área de C&T/S nos estados e os gestores estaduais e municipais da saúde; (iii) o aprendizado organizacional voltado para a elaboração de projetos de pesquisa na área de saúde dos estados; (iv) o apoio às comunidades científicas emergentes nos estados; (v) o fortalecimento do tema de saúde no sistema de C&T; e (vi) a contribuição oferecida pelo PPSUS para a formação de mestres e doutores no país.

Os resultados organizacionais foram reconhecidos, de forma mais ampla, pelos gestores federais e estaduais de C&T e pelos gestores estaduais de saúde. Neste grupo de resultados, foram apontados: (i) os impactos do PPSUS sobre a organização de FAPs em estados que ainda não as tinham; e (ii) a estruturação de áreas de C&T nas SES, especialmente naqueles estados que não contavam com uma tradição prévia ao PPSUS em C&T/S. Os resultados financeiros identificados pelos entrevistados decorreram da elevação dos investimentos estaduais para a realização da pesquisa em saúde e a provisão que o PPSUS assegurou, com recursos orçamentários próprios para o financiamento de ações de C&T/S em estados menores, sem tradição anterior de pesquisa nessa área.

Embora tenha sido reiteradamente vocalizada pelos entrevistados a importância de serem efetuadas avaliações de resultados para o PPSUS, o fato de não haver clareza por parte

destes mesmos representantes das organizações participantes acerca dos resultados do programa e haver até certa confusão entre seus produtos e resultados, contribui para explicar porque esta lacuna no programa não tem sido identificada como um objeto de conflito entre as organizações participantes de sua implementação. De acordo com a literatura, o empenho para que sejam avaliados os resultados de uma política ou um programa pressupõe o conhecimento claro e prévio do que seriam os resultados a serem avaliados (SCHNEIDER; SIDNEY, 2009; LAURIAN et al., 2010), o que parece não ocorrer no caso do PPSUS para parte das organizações que estiveram envolvidas na sua formulação e implementação, conforme obtido com base nos relatos. No caso do PPSUS o desenho do programa não oferece a clareza esperada no que tange aos aspectos técnicos e metodológicos necessários à avaliação dos objetivos do programa. Foram igualmente expressadas expectativas de que possam ser implantados processos institucionalizados de avaliação de resultados do programa, capazes de analisar os fatores relacionados, por exemplo, à concentração dos recursos do programa verificada na Região Sudeste.

Weiss (1999) descreveu um tipo de situação na qual os gestores de políticas não se empenham na avaliação de seus resultados pelo fato de acreditarem deter o conhecimento suficiente sobre elas. Não obstante, a expressão da necessidade de dispor de dados confiáveis, que confirmem as percepções existentes, poderia se interpor a esta convicção, vindo a se constituir como uma razão para a implantação de um sistema de avaliação de resultados para o programa. Dado que até o presente esta modalidade de avaliação não foi implantada, infere-se que a necessidade de dispor destes dados não se revelou suficiente para tanto na perspectiva dos gestores do programa.

As chances para a institucionalização de avaliações de resultados para o PPSUS podem ter sido ainda comprometidas pela presença de pelo menos três dados de realidade:

- A aceitação e o uso dos dados de produção do PPSUS como resposta às demandas por resultados do programa no ambiente organizacional, que se verifica até mesmo por parte dos órgãos de controle e de planejamento governamental. Como exposta ao longo deste tópico, a substituição de avaliações de resultados por dados provenientes de avaliações de produto oferecem facilidades no âmbito da organização e da gestão dos dados (HILL; HUPE, 2005; ANDERSON, 2008; ROBICHAU; LYNN JR., 2009; RAMOS; SCHABBACH, 2012; BOVAIRD, 2014) que explicam inclusive sua maior frequência no ambiente organizacional;
- A especificidade/objetivos do PPSUS, que permite caracterizá-lo como um programa cujos resultados são de difícil identificação (WINTER, 1990) e, sobretudo, de difícil

identificação para as relações de causa-efeito (RICH, 1997; BOVAIRD, 2014), fatores que também já foram relacionados aos casos de dificuldades e de ausências de avaliações de resultados;

- O baixo tensionamento no meio político-institucional no qual o PPSUS é implementado em relação à necessidade de avaliações de resultados do programa. Apesar da vocalização, por parte dos entrevistados, de que as avaliações de resultados são importantes, este baixo tensionamento foi identificado como decorrente do desinteresse demonstrado pela clientela-alvo do PPSUS, os gestores da saúde, em relação aos resultados do programa. A explicação para este desinteresse foi identificada no papel secundário atribuído ao conhecimento nos processos decisórios da gestão pública e aos traços culturais dos gestores da saúde.

4.4 Conclusão do capítulo

Neste capítulo foram analisadas as categorias Institucionalidade, Coordenação Interorganizacional e Especificidade do PPSUS à luz do referencial teórico adotado e dos dados coletados ao longo da investigação.

As conexões do PPSUS com as regras, as normas e as estratégias introduzidas no cenário político-institucional do país pela Constituição Federal de 1988 o situam na concepção de institucionalidade prevista por North (1991) e remetem às decisões e às escolhas descritas por Pierson (2000), para quem as práticas organizacionais institucionalizadas tendem a adotar uma ordem sequencial. As conexões do PPSUS também puderam ser analisadas à luz dos trabalhos de Ostrom (2007), que valorizou o compartilhamento de regras, de normas e de estratégias na análise da institucionalização de políticas públicas. Os documentos consultados e as entrevistas realizadas indicaram que o PPSUS correspondeu não apenas aos princípios constitucionais da CF-88, mas assimilou as decisões emanadas das duas Conferências Nacionais de Ciência, Tecnologia e Saúde, da PNCTIS, ao tempo em que incorporou a ANPPS como etapa importante de sua implementação, o que permite concluir sobre a institucionalidade do programa.

A institucionalidade do PPSUS foi evidenciada pela inserção do programa nas organizações que participaram do processo de mudança institucional (STREECK; THELEN, 2005) na área de C,T&I/S e por ter se demonstrado um programa de fomento caracterizado pela formalidade, pelo elevado nível de debate entre as organizações que participaram de sua formulação e implementação, e descentralização, no que tange aos aspectos decisório e da exe-

cução das ações (WEISS, 1999). A institucionalidade do PPSUS conduziu-o a uma situação de estabilidade, associada na literatura a modelos de avaliação de resultados normativamente construídos (SABATIER; WEIBLE, 2007). Não foram, contudo, evidenciados, ao longo da investigação, elementos capazes de demonstrar as vinculações entre a trajetória institucional do PPSUS e a existência de movimentos organizacionais ou mesmo de iniciativas pontuais com a finalidade de institucionalizar avaliações de resultados para o programa.

No segundo tópico deste capítulo, a coordenação interorganizacional do PPSUS foi definida pelas três variáveis propostas por Litwak e Hylton (1962) para análises de coordenação interorganizacional, que incluem o compartilhamento da percepção, entre as organizações envolvidas na implementação do PPSUS, da situação de interdependência e da necessidade do compartilhamento decisório para a obtenção dos resultados previstos, assim como dos elementos de padronização das organizações participantes. Além disso, o caso do PPSUS apresenta tanto elementos da interdependência sequencial (O'TOOLE JR.; MONTJOY, 1984) quanto o centrado em rede (BOUCKAERT; PETERS; VERHOEST, 2010).

Nesse cenário, a formalização do TCAT entre o DECIT e o CNPq permitiu que o PPSUS contasse, desde a sua fase inicial, com o apoio organizacional e orçamentário que se demonstrou crucial para a consolidação que o programa obteve no âmbito do SUS. Por parte do CNPq, as necessidades de participar dessa atuação organizacional coordenada expressaram-se pelo interesse de manter o seu espaço institucional, como principal agência governamental de fomento desde a década de 1950, não apenas no âmbito federal, mas também junto às SES, às SMS e às FAPs. Esse interesse esteve presente nos relatos dos entrevistados, por se refletir tanto nos aspectos relativos à gestão do PPSUS quanto nos relacionados à normatização dos procedimentos adotados para o julgamento dos processos de pesquisa.

Com base no que foi exposto, foram reunidos os elementos que procuraram responder as duas questões formuladas durante a investigação para esta perspectiva de análise: as relações interorganizacionais que se estabeleceram entre as organizações envolvidas na implementação do PPSUS contribuíram para definir os rumos da coordenação interorganizacional do programa? Como a dinâmica das relações interorganizacionais do programa interagiu com a busca por resultados e com a ausência de avaliações de resultados no contexto de implementação e de avaliação do programa?

A primeira pergunta pode ser respondida com fundamento na constatação de que a dependência de recursos existente entre o DECIT, o CNPq, as FAPs e as SES mobilizou essas organizações a cederem parte de sua autonomia para atuar de modo interdependente e coordenado na implementação do PPSUS (LITWAK; HYLTON, 1962). Nesse contexto, as relações

interorganizacionais entre as organizações participantes da implementação do PPSUS enquadraram-se em cada uma das seis contingências propostas pelo modelo analítico elaborado com base em Oliver (1990), tendo os relatos obtidos revelado que estas relações contribuíram para a definição dos rumos da coordenação interorganizacional do PPSUS.

A contribuição mais evidente das relações interorganizacionais sobre os rumos da coordenação interorganizacional do PPSUS consistiu na rejeição à criação de uma agência nacional de fomento às ações de C&T específica para a área da saúde, conflito este superado mediante a decisão da manutenção das estruturas governamentais já existentes. Em substituição à criação da proposta da agência, foram adotadas as estratégias de formalizar as relações entre MS e CNPq, mediante a formalização do TCAT, e de orientar a implementação do PPSUS pelo documento de diretrizes do Programa (BRASIL, 2006a), que contribuíram para conferir organicidade e estabilidade à sua implementação. Caso o conflito entre o DECIT e o CNPq acerca da criação da agência não tivesse sido superado no contexto das relações interorganizacionais do programa, a coordenação interorganizacional do PPSUS possivelmente teria sido assumida por uma agência de fomento, submetidas a processos avaliativos distintos dos órgãos da administração direta.

Sobre a interação entre a dinâmica das relações interorganizacionais do PPSUS e a ausência de avaliações de resultados no contexto de implementação e de avaliação do programa, a investigação identificou que:

- Os gestores das organizações participantes do PPSUS que foram entrevistados tendem a concordar que o programa necessita ter avaliações de seus resultados, que informem, por exemplo, se houve ganhos de equidade em decorrência da implementação do programa e se os resultados das pesquisas financiadas pelo programa foram incorporados ao SUS. Estas declarações, contudo, foram amiúde acompanhadas por observações de que a condução de avaliações de resultados para o PPSUS envolveria grandes dificuldades, conforme registros transcritos no texto;
- Há a percepção entre os entrevistados de que o PPSUS tem atingido os resultados esperados, por eles exemplificados pela criação de centros de ciência e tecnologia em saúde nos estados e pelo estímulo à criação de comunidades científicas em estados menos desenvolvidos:

[O PPSUS] foi importante em descentralizar e estimular os estados que não tinham tradição. Mas em termos de contribuição para a produção do conhecimento científico foi muito pequena, pelo menos em termos dos resultados imediatos das pesquisas. Fortalece as FAPs estaduais, favorece que as SES deem atenção às questões de ciência e tecnologia na sua estrutura. (Gestor Federal da Saúde)

Essa injeção de uma cultura científica e tecnológica nessas comunidades científicas, digamos, emergentes, ou pouco desenvolvidas, é um dos traços principais do PPSUS, é uma das coisas que devem ser, na minha opinião, mais valorizadas na sua história já de 10 anos. (Gestor Federal da Saúde)

Cabe, contudo, destacar que os exemplos dados sobre o que deveria ser avaliado indicam confusão conceitual sobre o que é avaliação de produtos e avaliação de resultados neste programa;

- Há a expectativa entre os entrevistados de que a percepção de que os resultados do PPSUS têm sido atingidos possa vir a ser analisada por processos institucionalizados de avaliação de resultados do programa. Esta modalidade avaliativa poderia identificar, por exemplo, os fatores relacionados à concentração dos recursos do programa, verificada na Região Sudeste:

Agora, essa avaliação de impacto tem sido talvez um dos pontos mais frágeis das políticas de ciência, tecnologia e inovação no Brasil. Não é fácil... aliás, é muito mais fácil contabilizar os investimentos, o fluxo financeiro, o número de projetos apoiados, do que efetivamente avaliar os impactos reais no sistema de saúde. E que nem sempre essa avaliação é possível porque, às vezes ela é muito mediada por outras variáveis. (Gestor Federal da Saúde)

- Apenas o MS foi referenciado e autorreferenciado pelos entrevistados como tendo interesse em participar do PPSUS para financiar pesquisas, cujos resultados seriam incorporados ao SUS. Para todas as demais organizações envolvidas, os interesses foram identificados como limitados aos produtos do programa na sua esfera de atuação ou até mesmo foram relatadas situações organizacionais de nenhum interesse nos resultados finais do programa. Nos casos em que houve baixo ou nenhum interesse pelo PPSUS, a razão esteve relacionada ao fato de o programa ser considerado secundário ou marginal no contexto da gestão assistencial do SUS. É plausível que este desinteresse seja devido à distância temporal que existe entre os produtos obtidos em decorrência do PPSUS e a obtenção de seus resultados (ANDERSON, 2008), bem como a falta de clareza sobre o potencial do programa para resolver problemas num dado contexto (WINTER, 1990).
- A atribuída indiferença dos gestores da saúde em relação aos produtos e resultados do PPSUS pode ser considerada um dos determinantes para o baixo tensionamento em relação à inexistência de avaliações de resultado para o programa ao longo de sua implementação. De fato, constatou-se que não houve demandas ou outro tipo de esforço por parte das organizações participantes da implementação do PPSUS para que fossem realizadas avaliações de resultados do programa.

- O fato de não haver clareza acerca dos resultados do PPSUS contribui para explicar porque esta lacuna no programa não tem sido objeto de conflito, dado que o empenho para que sejam avaliados os resultados de uma política ou um programa pressupõe o conhecimento claro e prévio do que seriam os resultados a serem avaliados (SCHEIDER; SIDNEY, 2009; LAURIAN et al., 2010), o que não ocorre no caso do PPSUS.
- Há desencontros entre a participação prevista para os gestores do SUS no contexto da implementação do PPSUS e o papel que tem sido efetivamente desempenhado por eles. Se, por um lado, o conteúdo programático do PPSUS previu para as SES o duplo papel de coordenação na implementação do programa no âmbito estadual e de público-alvo do programa, por outro lado, os relatos foram uníssonos em identificar o baixo interesse desse grupo gestor pelo tema da C,T&I/S, sendo autorreferenciados sem interesse direto nos resultados do programa e referenciados pelas demais organizações como o elo frágil na implementação do PPSUS. Este fato também contribui para a compreensão do baixo tensionamento relacionado à necessidade de realização de avaliações de resultados para o PPSUS, haja vista que não há demanda clara para que os resultados do programa sejam evidenciados por parte de sua principal clientela:

São as SES [que devem avaliar os resultados do PPSUS]... é o SUS que deve ter a capacidade de analisar e ter a porosidade capaz de incorporar essas coisas. Evidente que isso não significa que o DECIT por estar no MS, por estar na gestão federal do SUS ele não tenha tanto poder de, digamos, induzir as SES de fazerem esse papel, mas eu não creio que seja uma tarefa dele, do DECIT, isso é uma tarefa da demanda. E insisto, isso não é uma coisa mecânica, as relações entre conhecimento e políticas de saúde, conhecimento de base científica e tecnológica políticas de saúde, está longe de ser uma relação linear, ela é uma relação muito complexa, de todo mundo. (Gestor Federal da Saúde)

Estes dados contribuíram para a formulação da resposta obtida para a segunda questão, que versa sobre as interações entre a dinâmica interorganizacional do programa e a busca por resultados/ausência de indicadores de resultados no contexto da implementação do PPSUS. A conclusão do tópico relativo à abordagem organizacional da investigação pode ser expressa como:

- A investigação evidenciou que o PPSUS reúne características de um programa implementado sob condições de coordenação intergovernamental;
- As evidências informam, contudo, que as capacidades organizacionais identificadas nas organizações envolvidas na implementação do programa não foram extensivas às suas capacidades avaliativas (COUSINS et al., 2014).

A baixa influência exercida pela coordenação interorganizacional sobre a capacidade de avaliação do PPSUS pode ser explicada pela atuação dos gestores do setor saúde que, ao mesmo tempo em que se interessaram em participar do programa, têm demonstrado indiferença em relação aos seus resultados. Este indício confirma os estudos que apontam para um comportamento contraditório dos gestores públicos nos processos de formulação e condução de políticas (WEISS, 1999). Há, contudo, uma associação entre a baixa capacidade de avaliar resultados e políticas implementadas sob alta informalidade e baixo nível de debate (WEISS, 1999), o que não é o caso do PPSUS, que estaria mais próximo de ser explicado pelo fato de os gestores terem elevada especialização no tema da política, o que os levaria a depositar mais confiança no seu próprio conhecimento do que na informação que poderia ser obtida mediante a realização de avaliações de resultados.

A abordagem relativa à especificidade do programa agregou elementos que contribuem para explicar as razões pelas quais o programa não tem sido avaliado sob a perspectiva de seus resultados em dois grupos de fatores. Estes fatores se relacionam ao baixo tensionamento em relação à necessidade de realização de avaliações de resultados do PPSUS e à substituição de avaliações de resultados por avaliações de produtos do PPSUS, cujas razões foram analisadas como se segue:

- O baixo tensionamento no meio político-institucional no qual o PPSUS é implementado para que sejam realizadas avaliações de resultados do programa: a despeito da vocalização, por parte dos entrevistados, de que as avaliações de resultados são importantes, este baixo tensionamento foi identificado como decorrente do desinteresse demonstrado pela clientela-alvo e pelos usuários primários do PPSUS (JOHNSON, 1998), os gestores do SUS, em relação aos resultados do programa. As explicações para este desinteresse foram associadas a:
 - O desconhecimento das organizações participantes da implementação do SUS acerca dos resultados esperados do programa;
 - O papel secundário atribuído ao conhecimento produzido pelo PPSUS nos processos decisórios da gestão pública setorial, o que envolve os traços culturais dos gestores da saúde e o desconhecimento das organizações participantes da implementação do SUS acerca dos objetivos e resultados esperados do programa;
 - O distanciamento existente entre as atribuições previstas para as SES no contexto de implementação do programa e a forma como estas organizações têm atuado na implementação do programa;

- A especificidade/objetivos do PPSUS permite caracterizá-lo como um programa cujos resultados são de difícil identificação e, sobretudo, de difícil identificação para as relações de causa-efeito, o que confirma os estudos realizados por Winter (1990), Rich (1997) e Bovaird (2014), que identificaram estes fatores e os relacionaram aos casos de dificuldades e ausências de avaliações de resultados. Existe a percepção entre os entrevistados de que o PPSUS assumiu um objetivo programático cujo resultado é de aferição complexa, dado que a produção do programa interage com o debate sobre a construção da ciência e a gestão do conhecimento no âmbito organizacional.
- A substituição de avaliações de resultados por avaliações de produtos do PPSUS podem ser explicadas de duas formas:
 - Numa situação de ausência de meios para avaliar os resultados obtidos pelo PPSUS, os gestores do programa optaram por avaliar e divulgar os seus produtos junto aos gestores do SUS e à população em geral mediante a organização da Pesquisa Saúde e da adesão à EVIPNet. A avaliação de produtos de um programa com as características do PPSUS envolve, no entanto, facilidades conceituais e operacionais distintas das dificuldades existentes para a condução de avaliações de resultados;
 - Há uma situação de aceitação e de uso dos dados de produção do PPSUS como resposta às demandas por resultados do programa no ambiente no qual o PPSUS é implantado, que se verifica até mesmo por parte dos órgãos de controle e de planejamento governamental. Esta aceitação combina-se às facilidades existentes no âmbito da organização e da gestão dos dados da produção do programa (HILL; HUPE, 2005; ANDERSON, 2008; ROBICHAU; LYNN JR., 2009; RAMOS; SCHABBACH, 2012), fato que pode estar inibindo as iniciativas para a condução de avaliações de resultados.

CAPÍTULO 5 - DESFECHO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo procura resgatar as questões e as proposições de trabalho colocadas no início da investigação, conservando como referência as três abordagens que orientaram a realização dos levantamentos documentais e do trabalho de campo: a institucionalista, a organizacional e da especificidade da política.

As evidências encontradas no decorrer da investigação, obtidas com base no referencial teórico e nos dados coletados, foram detalhadas no Capítulo 4. Para efeito didático, a síntese com as evidências e seus respectivos desfechos encontra-se no Quadro 5.1.

Quadro 5.1 - Matriz-síntese, com as três abordagens utilizadas na investigação, resumo das evidências e desfecho acerca de cada uma delas.

Abordagem	Evidências	Desfecho
Institucionalista	<p>A institucionalidade do PPSUS pôde ser evidenciada mediante a existência de regras, de normas claras e formais, compartilhadas entre as organizações participantes da implementação do programa.</p> <p>O conjunto das regras e das normas do PPSUS foi definido mediante a construção de estratégias compatíveis com as mudanças institucionais decorrentes da CF-88, da PNCTIS e da ANPPS.</p>	<p>A institucionalidade do PPSUS o situaria numa condição favorável para definir indicadores de resultados e para adotar processos de avaliação de resultados para o PPSUS.</p> <p>Contudo, as evidências indicam que a institucionalidade do PPSUS não influenciou a montagem de um sistema de avaliação capaz de identificar os seus resultados.</p>
Organizacional	<p>As organizações participantes da formulação e da implementação do PPSUS têm atuado de forma coordenada e interdependente, num padrão que contempla relações interorganizacionais pautadas pelo reconhecimento da necessidade, assimetria, reciprocidade, eficiência, estabilidade e legitimidade.</p> <p>A coordenação interorganizacional e as relações interorganizacionais que caracterizam o PPSUS o situam numa condição que favoreceria a adoção de avaliações de resultados.</p> <p>Há um baixo tensionamento das organizações participantes do PPSUS para a condução de avaliações de resultados.</p> <p>As relações interorganizacionais do PPSUS caracterizam-se pela necessidade de atuação coordenada e pelo baixo interesse nos resultados do programa.</p>	<p>As evidências de que o PPSUS tem forte coordenação interorganizacional não se associaram às demandas por realização de avaliações de resultados.</p> <p>O baixo interesse pelos resultados do PPSUS por parte da clientela-alvo do programa contribui para a explicação da ausência de avaliações de resultados.</p>
Especificidade do programa	<p>Os objetivos do PPSUS são definidos pelo fomento à produção de conhecimento para ser utilizado pelo SUS, que são considerados pouco claros e de difícil mensuração.</p> <p>As avaliações de produtos e a estratégia de disseminação dos resultados das pesquisas do PPSUS têm assumido o papel de sucedâneos</p>	<p>As dificuldades para a explicitação da utilização dos resultados das pesquisas financiadas pelo PPSUS e a aceitação de avaliações de produtos em substituição às avaliações de resultados complementaram as explicações da abordagem organizacional para explicar a inexistência de avaliações de resultados</p>

	das avaliações de resultados no contexto da implementação do programa.	no programa.
--	--	--------------

Fonte: Elaboração própria.

A pergunta e o objetivo que orientaram a realização da investigação buscaram identificar os fatores envolvidos na decisão de incluir ou não as ações de avaliação de resultados no desenho programático de uma política pública de fomento às ações de C,T&I/S. A resposta encontrada assume que, no caso estudado, a institucionalidade do programa não se constituiu como um fator que pode ser associado à adoção de avaliações de resultados, dado que não foram encontradas evidências de que a institucionalidade do PPSUS tenha influenciado a montagem de um sistema de avaliação capaz de identificar os seus resultados. Os fatores que melhor explicam a ausência de avaliações de resultados do PPSUS foram identificados com base na abordagem organizacional e na abordagem que considerou a especificidade do programa.

Essa constatação gerou indícios distintos dos trabalhos encontrados na literatura (WINTER, 1990; WEISS, 1988a, 1999; STREECK; THELEN, 2005; SABATIER; WEIBLE, 2007; ANDERSON, 2008; MARCH, 2009; MAHONEY; THELEN, 2010) que identificaram associações entre a institucionalidade obtida no processo de formação e de implementação das políticas e a formação de um ambiente favorável para a prática avaliativa. As evidências neste aspecto diferiram de Weiss (1999), que associou variáveis como a história institucional da política, seu grau de formalização, a abertura para o debate, a descentralização e a disponibilidade de espaços de participação democrática para os atores institucionais às situações favoráveis à institucionalização de avaliações de resultados. Conforme exposto ao longo do documento, o caso estudado é uma negativa às condições relatadas por Weiss (1999), haja vista que, no decorrer de sua trajetória, o PPSUS tem contemplado diversas variáveis que indicam a sua institucionalidade, sem que tenha, contudo, contemplado avaliações de resultados.

Ainda neste aspecto, os resultados da investigação suscitam o debate entre os trabalhos de autores que defendem a influência dos fatores institucionais (EVANS, 1993; 2008; SKOCPOL, 1985; PIERSON, 2000; SABATIER; WEIBLE, 2007) sobre a cultura política, a burocracia e as capacidades estatais e os autores que identificam a predominância dos fatores culturais sobre as instituições, os padrões de pensamento e de comportamento dos *policymakers*, que se expressam nas decisões adotadas nas formulações de políticas (TROMPENNAARS, 1994; HOFSTEDE, 1997; MCSWEENEY, 2002, 2009), sendo definidoras da sua implementação e do modo como serão avaliadas. Até onde foi possível avançar na investigação, os fatores culturais pareceram prevalecer no contexto político-institucional no qual o

PPSUS foi formulado e tem sido implementado, mas como a abordagem cultural não foi considerada nesta investigação, esta seria uma condição a ser explorada em análises futuras, podendo ser, inclusive, objeto de comparação entre países (KUHLMANN; SHAPIRA, 2009) ou entre programas de fomento às ações de C,T&I voltados para outras áreas.

Tanto a abordagem organizacional quanto a abordagem que contemplou a especificidade do programa contribuíram para a explicação da ausência de avaliações de resultados no caso estudado.

A contribuição da abordagem organizacional pôde ser constatada na influência exercida pelos gestores do setor saúde sobre a dinâmica das relações interorganizacionais do PPSUS e desta sobre a inexistência de avaliações de resultados: embora os gestores atuantes nas organizações envolvidas na implementação do programa reconheçam a interdependência interorganizacional (O'TOOLE JR.; MONTJOY, 1984; ALEXANDER, 1998) e a necessidade de atuação coordenada para a obtenção de resultados (JOHNSON, 1998; ARRETCHÉ, 2000, 2004; PETERS, 2008), não foram identificados registros de tensionamentos ao longo da implementação do PPSUS no sentido de que o programa tivesse seus resultados avaliados. A explicação obtida para este fato foi o baixo interesse, por parte dos gestores da saúde, pelos resultados do programa. Esta constatação contribui para a compreensão da inexistência de avaliações de resultados porque o desinteresse foi observado entre os tomadores de decisão do PPSUS, que também são os seus usuários primários e clientela-alvo do programa (JOHNSON, 1998).

Os resultados desta pesquisa não confirmaram os achados de Aranha (2012) relativos à situação de interação entre os gestores de políticas e os pesquisadores na saúde como favorecedor da utilização dos resultados de pesquisa no processo decisório estudado. De fato, a situação identificada para o PPSUS aproxima-se mais de situações previamente descritas, nas quais a perda de coerência e o distanciamento dos objetivos das políticas em situações de compartilhamento decisório repercutem sobre a avaliação de resultados das políticas (JOHNSON, 1998; ARRETCHÉ, 2000).

A contribuição da abordagem que contemplou a especificidade do programa foi evidenciada pelos entrevistados em razão da pouca clareza e da difícil mensuração dos objetivos do programa, observado na tendência de trabalhos que referenciaram estes fatores como contribuintes nas explicações para as dificuldades na condução de avaliações de resultados (INGRAHAM, 1987; HANBERGER, 2011; HOWLETT, 2014). No caso estudado, as dificuldades relatadas para a identificação dos objetivos do programa associaram-se à baixa valorização do conhecimento científico no processo decisório adotado pelos gestores da saúde. Han-

sen, Klejnstrup e Andersen (2013) vincularam as dificuldades para explicitação das variáveis a serem avaliadas aos contextos de países em desenvolvimento, o que poderia remeter aos fatores culturais já tratados. Contudo, estes mesmos autores ressalvam que estas dificuldades podem ser superadas mediante o uso de modelos de seleção de variáveis adequadas à política a ser avaliada, num resgate da relevância dos aspectos operacionais para a condução de avaliações de resultados, desde que esteja presente a decisão dos gestores da política para tanto.

A influência do modelo *Knowledge-driven*, (ALMEIDA; BÁSCOLO, 2006; BOVAIRD, 2014) sobre o desenho do PPSUS, direcionando-o ao conhecimento e à resolução de problemas, parece estar na origem das contradições observadas na implementação do programa. Assim, uma provocação teórico-prática a ser feita ao final desta investigação dirige-se às intenções subjacentes aos objetivos do PPSUS, de que conhecimentos produzidos num determinado contexto sejam necessariamente disseminados e usados, desconsiderando que a utilização do conhecimento constitui-se com base em uma série de eventos que podem ou não conduzir a ações específicas pelos atores envolvidos (RICH, 1997; CHAMPAGNE, 1999; GREENHALGH, 2004). Decorrida mais de uma década entre a formulação do desenho inicial do PPSUS e o momento no qual foi realizada esta investigação (anos 2014/2015), as evidências indicam a oportunidade para uma revisão do desenho do programa que considere a sua capacidade para atingir os objetivos declarados, a importância desses objetivos, os compromissos normativos e os pressupostos ideológicos desses objetivos (SCHNEIDER; SIDNEY, 2009).

A opção pela abordagem qualitativa adotada nesta investigação, na qual são valorizadas a subjetividade e a visão de mundo dos sujeitos, ofereceu oportunidades de aprendizagem não previstas no desenho da pesquisa. Entre elas, o aprendizado decorrente das informações vocalizadas pelos entrevistados, que são, a um só tempo, os formuladores, os implementadores e a população-alvo do programa, de que o conhecimento produzido pelo e para o SUS ocupa um papel secundário na gestão do sistema, o que muito contribuiu para a compreensão do distanciamento dos gestores em relação aos resultados do programa.

5.1 Limitações e propostas de estudos futuros

Embora a investigação tenha lançado luzes acerca das razões envolvidas na ausência de avaliações de resultados em políticas de C,T&I/S, a investigação apresentou limitações que não foram superadas no contexto de elaboração da tese. A primeira limitação refere-se ao uso do caso único, que pode ter sido mitigada pelo uso das três abordagens, conforme orienta Os-

trom (2007) para os estudos de linha institucionalista. Assume-se, contudo, que a investigação poderia ter sido beneficiada se houvesse sido expandida para uma análise comparativa, envolvendo outras políticas, setores e mesmo países, o que poderá ser feito num estudo futuro, que conte com maiores recursos materiais e humanos.

Outras dificuldades foram decorrentes de problemas operacionais para consultar todos os secretários de saúde dos estados brasileiros no período estudado, razão pela qual foi feita a opção para a realização de entrevistas com os representantes dos gestores estaduais e municipais do CONASS, CONASEMS e CONFAP e de abandonar a consulta a representantes das áreas de planejamento das SES, no Grupo Técnico de Planejamento e Gestão do CONASS. As barreiras enfrentadas para a condução dessa estratégia foram avaliadas como intransponíveis nas limitações temporais e logísticas existentes na elaboração desta tese.

A condução do trabalho identificou questões que podem ser exploradas em trabalhos futuros, que versem tanto sobre o tema da avaliação de resultados em programas de fomento a C,T&I/S quanto sobre o tema da incorporação de resultados de pesquisa em sistemas de saúde, que se constitui como o objetivo final dessas políticas. Um desses objetos reporta-se ao papel desempenhado pelos gestores do setor saúde na avaliação de resultados de políticas de C&T/S. Embora sejam citados no Documento de Diretrizes do PPSUS em todas as etapas de sua implantação (BRASIL, 2006a), os gestores do SUS, vistos em conjunto, foram descritos como alheios ou indiferentes à relevância das ações de C,T&I/S e à importância dos resultados das pesquisas para a tomada de decisão no âmbito do SUS. Desse modo, não obstante a formulação e a implementação do PPSUS e da PNCTIS terem adotado um caráter participativo em todos os momentos do programa e da política, não houve a ocupação prevista dos espaços decisórios pelos gestores, sendo o estudo acerca das razões envolvidas na atuação destes atores nestes espaços de poder político-institucional outra linha de investigação a ser explorada. Durante a realização do trabalho de campo, foram apontadas razões de ordem cultural para explicar este comportamento, que se configuraria na predominância de uma cultura organizacional nas organizações do setor saúde que prioriza o enfrentamento de questões de curto prazo em detrimento de ações de planejamento de longo prazo e de gestão estratégica do sistema.

Estes temas poderiam ser objetos de investigações futuras, inclusive porque, em paralelo, foram externadas as percepções de que o conhecimento em C,T&I é igualmente útil para a orientação do processo decisório e para a gestão do sistema e do reconhecimento, por parte destes mesmos gestores, da relevância de que o Estado brasileiro tenha procurado assegurar os recursos orçamentários para o financiamento de ações de C,T&I/S.

Outro tema a ser considerado para estudos futuros remete às relações entre a descentralização do PPSUS e a avaliação de seus resultados. Embora o Brasil seja citado na literatura como um país com baixo interesse em associar a avaliação ao processo de formulação de políticas (WEISS, 1999), é também um país cuja Constituição Federal preconiza a implementação de políticas de Estado descentralizadas e que vem tentando institucionalizar processos de avaliação desde a década de 1990. Uma linha de investigação a ser considerada para estudos futuros poderia testar o modelo proposto por Weiss (1999), segundo o qual o fato de haver mais centros de poder no contexto político-institucional do país elevaria as possibilidades de acesso aos resultados da avaliação de políticas e, em decorrência, de sua avaliação.

A análise da participação dos gestores nas ações de fomento à C,T&I/S também pode ser objeto de estudos que contemplem os aspectos federativos da implantação do SUS. Em sua atual configuração, o MS, na condição de gestor federal da saúde, assume responsabilidades de destaque no que tange à compra de equipamentos e de insumos para o SUS, bem como ao financiamento de pesquisas para o setor. Também atuam nesse contexto, no âmbito governamental, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Ciência e Tecnologia, as FAPs, os Parques Tecnológicos, entre outras estruturas, cuja interação com a esfera federal é delimitada pela diretriz constitucional da descentralização e da horizontalidade entre as três esferas de poder. Assim, além dos aspectos envolvidos no entendimento da articulação e da coordenação interministerial, para a compreensão da condução da PNCTIS e do PPSUS, interessa a análise do contexto federativo no qual os programas de fomento às ações de C&T setoriais e intersetoriais são avaliados no país, enfocando como tem sido exercida, na federação, a coordenação da sua implementação junto aos estados e municípios. Este tema decorre do anterior, pois também salienta o papel coordenador do Estado brasileiro, agregando análises voltadas para a descentralização e o arranjo federativo do país.

5.2 Recomendações de ordem prática

A primeira recomendação de ordem prática seria no sentido de que as dificuldades identificadas para a avaliação de resultados do PPSUS não sejam confundidas com a sua impossibilidade. No caso específico do PPSUS, pôde-se observar que, na ausência de um sistema de avaliação de resultados, o DECIT poderia, em paralelo aos esforços que têm sido feitos para a condução da Pesquisa Saúde e da EVIPNet, investir em formatos avaliativos que fossem capazes de contemplar, entre outros, resultados de curto e de médio prazo para o progra-

ma, buscando formular indicadores que contemplassem, por exemplo, as relações entre o papel do PPSUS e o fortalecimento das redes loco-regionais de pesquisa, o papel do PPSUS no apoio às comunidades científicas emergentes, assim como o fortalecimento da atuação das SES na condução estadual da política de C&T em cada estado e também no âmbito federal. Para tanto, é fundamental investir no aperfeiçoamento do sistema de gerenciamento de dados do programa e estimular a elaboração de indicadores, assegurando sua disponibilidade para uso não apenas dos pesquisadores e gestores envolvidos na implementação do programa, mas também para o público em geral.

Além disso, cabe a sugestão para a condução de uma reflexão aprofundada sobre o desenho do PPSUS e a criação de possibilidade para a realização de avaliações de caráter interno e externo ao programa, que contem com a participação de órgãos externos ao DECIT como, por exemplo, o IPEA ou o IBGE. Trata-se de uma interpretação que se aproxima dos autores que defendem que o setor público, por ter o foco na justiça social, na equidade e na *accountability*, possui particularidades e complexidades que merecem ser consideradas em processos avaliativos, sob pena de obscurecer os resultados no campo político ou democrático da oferta de serviços públicos (VAN THIEL; LEEUW, 2002).

À guisa de conclusão, a interpretação feita com base nos dados levantados junto às organizações participantes do PPSUS e nos relatos obtidos junto aos entrevistados tende a compartilhar, com os formuladores do PPSUS, que são muitos os desafios postos para a condução de avaliações de resultados para políticas públicas, cujo produto consiste em gerar conhecimento. Contudo, o reconhecimento acerca deste desafio associa-se à expectativa de que prevaleça a concepção de que as avaliações de resultado são ferramentas fundamentais para orientar as decisões sobre os ajustes necessários a uma política (ANDERSON, 2008) e que, pela mesma via do conhecimento, estes desafios podem vir a ser superados.

Ao final do trabalho, remanesce a expectativa de que seu conteúdo possa ser útil, tanto pelos acertos quanto pelas limitações que apresenta, aos pesquisadores e gestores que se interessem pelo tema da avaliação de resultados no contexto da administração e das políticas públicas.

REFERÊNCIAS

ABRÚCIO, F. L. A. A coordenação federativa no Brasil: A experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 24, p. 41-67, jun. 2005.

_____. A Descentralização e Coordenação Federativa no Brasil: Lições dos anos FHC. In: Abrúcio, F. L.; Loureiro, M. R. (Orgs.). **O Estado numa era de reformas: os anos FHC**. Parte 2. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Secretaria de Gestão, 2002. p. 143-245.

ABRÚCIO, F. L.; LOUREIRO, M. R. (Org.). **O Estado numa era de reformas: os anos FHC**. Parte 2. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão, 2002. 316 p. Disponível em: <http://www.cedec.org.br/files_pdf/oestadonumaeradereformasosanosfhcparte2.pdf>. Acesso em: 23 maio 2013.

ALCADIPANI, R.; CURBELLATE, J. The notion of Brazilian organizational culture. **Critical Perspectives on International Business**, v. 5, n. 3, p. 150-169, 2007.

ALEXANDER, E. R. A structuration theory of interorganizational coordination: cases in environmental management. **International Journal of Organizational Analysis**, Bingley-UK, v. 6, n. 4, p. 334-355, 1998.

ALMEIDA, C.; BÁSCOLO, E. Use of research results in policy decision-making, formulation and implementation: a review of the literature. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, p. S7-S33, set. 2006.

ANDERSON, J. **Public Policymaking: an Introduction**. 7. ed. Boston: Houghton-Mifflin, 2008. 352 p.

ANDRADE, P. A. **Análise da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (1990 a 2004): a influência de atores e agendas internacionais**. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

ALVES, M. A.; BLIKSTEIN, I. Análise da narrativa. In: GODOI, C. K.; BANDEIRA-DE-MELLO, R.; SILVA, A. B. **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais**. Paradigmas, Estratégias e Métodos. 2. ed. São Paulo: Ed. Saraiva, 2012. p. 403-428.

ARANHA, S. C. A. D. **Estudo sobre o fomento à pesquisa em dengue no Brasil: contribuições para a aproximação entre a geração e o uso do conhecimento**. Tese (Doutorado em Ciência da Informação) - Faculdade de Ciência da Informação, Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

ARAUJO FILHO, T. P. Burocratas do Nível de Rua: uma análise interacionista sobre a atuação dos burocratas na linha de frente do Estado. **Áskesis**, São Carlos, v. 3, n. 1, p. 45-57, jan./jun., 2014.

ARRETCHE, M. **Estado Federativo e Políticas sociais**. Determinantes da Descentralização. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: FAPESP. 2000.

_____. Federalismo e Relações Intergovernamentais no Brasil: A Reforma de Programas

Sociais. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 431-458, 2002.

_____. Federalismo e Políticas sociais no Brasil. Problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo. v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARRETO, M. L. O conhecimento científico e tecnológico como evidência para políticas e atividades regulatórias em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 229-238, 2004.

BAUMGARTEN, M. Avaliação e gestão de ciência e tecnologia: Estado e coletividade científica. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, n. 70, p. 33-56. 2004.

BJORK, B. C. A model of scientific communication as a global distributed information system. **Information Research**, Bognor Regis, v. 12, n. 2, jan. 2007.

BOLLAND, J. M.; WILSON, J. V. Three Faces of Integrative Coordination: A Model of Interorganizational Relations in Community-Based Health and Human Services. **Health Services Research**, Malden, v. 29, n. 3, p. 341-365, aug. 1994.

BONAFONT, L. C. **Redes de Políticas Públicas**. Madrid: Siglo Vientiuno de España Editores, 2004.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 68-80, jan.-jul. 2005.

BORGATTI, S.; FOSTER, P. The Network Paradigm in Organizational Research: A Review and Typology. **Journal of Management**, Berkeley, v. 29, n. 6, p. 991-1013, 2003.

BORTOLI, M. C.; MORAIS, L. F. S.; MOTTA, M. L. Programa de pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde e o Estado de São Paulo. **Boletim do Instituto de Saúde – BIS**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 5-11, abr. 2011.

BOUCKAERT, G.; PETERS, G.; VERHOEST, K. **The coordination of Public Sector Organizations**. Shifting Patterns of Public Management. Hampshire: Palgrave MacMillan, 2010.

BOURGEOIS, I.; COUSINS, J. B. Understanding Dimensions of Organizational Evaluation Capacity. **American Journal of Evaluation**, Berkeley, v. 34, n. 3, p. 299-319, 2013.

BOVAIRD, T. Attributing Outcomes to Social Policy Interventions – ‘Gold Standard’ or ‘Fool’s God’ in Public Policy and Management? **Social Policy and Administration**, Malden, v. 48, n. 1, p. 1-23, feb. 2014.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. 292 p.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set.

1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 22 fev. 2013.

BRASIL. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 22 fev. 2013.

BRASIL. Decreto nº 2851, de 30 de novembro de 1998. Dispõe sobre programas de amparo à pesquisa científica e tecnológica aplicados à indústria do petróleo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 01 dez. 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D2851.htm>. Acesso em: 18 nov. 2014.

BRASIL. Lei nº 9989, de 21 de julho de 2000. Dispõe sobre o Plano Plurianual para o período 2000/2003. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 24 jul. 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9989.htm>. Acesso em: 26 dez. 2014.

BRASIL. Lei nº 10332, 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. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 19 dez. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10332.htm>. Acesso em: 21 jul. 2013.

BRASIL. Decreto nº 4194, de 11 de abril de 2002. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 12 abr. 2002a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.933.htm>. Acesso em: 15 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia em Saúde. **Proposta de Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde**. Dez 2002b. Projeto 014/BRA 2000 – UNESCO. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proposta_tecnologia.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Ciência e Tecnologia. **Livro Branco: Ciência, Tecnologia e Inovação**. Brasília: Ministério da Ciência e Tecnologia, 2002c. 80p. Disponível em: <http://www.cgee.org.br/arquivos/livro_branco_cti.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Ciência e Tecnologia. Centro de Gestão e Estudos Estratégicos. **Memória da Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação**. Sessões Plenárias. Brasília: Ministério da Ciência e Tecnologia, Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, 2002d. 160p. Disponível em: <<http://www.cgee.org.br/arquivos/plenarias.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Ciência e Tecnologia. Centro de Gestão e Estudos Estratégicos. **Memória da Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação**. Simpósios. Brasília: Ministério da Ciência e Tecnologia, Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, 2002e. 364p. Disponível em: <<http://www.cgee.org.br/arquivos/simpósios.pdf>>. Acesso em: 19 nov.

2013.

BRASIL. Ministério da Ciência e Tecnologia. Centro de Gestão e Estudos Estratégicos. **Memória da Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação**. Contribuições da ABC. Brasília: Ministério da Ciência e Tecnologia, Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, 2002f. 248p. Disponível em: <<http://www.cgee.org.br/arquivos/abc.pdf>>. Acesso em 19 nov. 2013.

BRASIL. Lei nº 10933, de 11 de agosto de 2004. Dispõe sobre o Plano Plurianual para o período 2004/2007. **Diário Oficial da União**. Edição Extra. Brasília, DF, 12 ago. 2004a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.933.htm>. Acesso em: 02 dez. 2012.

BRASIL. Lei nº 10933, de 11 de agosto de 2004. Dispõe sobre o Plano Plurianual para o período 2004/2007. Anexo I. Orientação Estratégica de Governo. 2004b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/anexos/lei10933-04/10933Anexo_I.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil**. Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. 306p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes Técnicas do Programa de Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em Saúde - PPSUS**. 2. ed. revisada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a. 82p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Processo de definição de prioridades de pesquisa em saúde: a experiência brasileira**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b. 44p.

BRASIL. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Informes Técnicos Institucionais. 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, p. 1131-1136, 2006c.

BRASIL. Lei nº 11653, de 7 de Abril de 2008. Dispõe sobre o Plano Plurianual para o período 2008/2011. **Diário Oficial da União**. Edição Extra. Brasília, DF, 08 abr. 2008a, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/111653.htm>. Acesso em 02 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde**. 2. ed, 1. reimpressão. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008b. 44p.

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**. 2. ed, 1. reimpressão. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 60p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Decit 10 anos**. Brasília: Editora do Ministério da

Saúde, 2010. 56p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Pesquisa Saúde: facilitando a apropriação do conhecimento científico na gestão de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 5, p. 975-978, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Relatório de Gestão 2009 do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT)**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 139p.

BRASIL. Extrato de Cooperação nº 54/2012. Celebram entre si a União Federal, através do Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e tecnológico, **Diário Oficial da União**, Seção III, n. 185, 24 set. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Coordenação Geral de Gestão do Conhecimento. **Rede para Políticas Informadas por Evidências, Evipnet BRASIL**. Relatório Anual. Brasília. Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://brasil.evipnet.org/wp-content/uploads/2015/04/evipnet_brasil-_relat%C3%B3rio_anual_2014.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde**. Diretrizes Técnicas. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014. 62p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Coordenação Geral de Gestão do Conhecimento. **Rede para Políticas Informadas por Evidências, Evipnet BRASIL**. Relatório Anual. Brasília. Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://brasil.evipnet.org/wp-content/uploads/2015/04/evipnet_brasil-_relat%C3%B3rio_anual_2014.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Ciência e Tecnologia. **Ciência, Tecnologia e Inovação para o Desenvolvimento Nacional**. Plano de Ação 2007-2010. Investir e Inovar para crescer. Brasília, Ministério da Ciência e Tecnologia, 2007. Disponível em: <http://www.mct.gov.br/upd_blob/0021/21439.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2014.

BURRELL, G.; MORGAN, G. **Sociological Paradigms and Organizational Analysis**. Aldershot, UK: Ashgate, Publishing Co. 1979.

CAETANO, R. et al. Análise dos investimentos do Ministério da Saúde em pesquisa e desenvolvimento do período 2000-2002: uma linha de base para avaliações futuras a partir da implementação da agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2039-2050, 2010.

CARTA DE SALVADOR. Fórum Nacional de Secretários Estaduais para Assuntos de CT&I. Fórum Nacional das Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa. Ofício Fórum nº 297/04, 2004. Disponível em: <<http://www.consecti.org.br/wp-content/uploads/2010/02/carta-de-salvador-15-06-2004.doc>>. Acesso em 21 jan. 2012.

CELINO, S. D. M. et al. Programa Pesquisa para o SUS: a contribuição para gestão e serviços

de saúde na Paraíba, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 203-213, 2013.

CHAMPAGNE, F. The use of scientific evidence and knowledge by managers. In: CLOSING THE LOOP: 3RD CONFERENCE ON THE SCIENTIFIC BASIS OF HEALTH CARE. Toronto, Anais eletrônicos October 1-3, 1999. Disponível em: <<http://www.irspum.umontreal.ca/rapportpdf/N99-01.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2014.

COLLINS, C.; PHIELDS, M. E.; DUCAN, T. An Agency Capacity Model to Facilitate Implementation of Evidence-based Behavioral Interventions by Community-based Organizations. **Journal of Public Health Management Practice**, Philadelphia, v. 13, n. 1 (Suppl), p. S16-S23, jan. 2007.

CÓLON-RAMOS, U. et al. Translating research into action: a case study on trans fatty acid research and nutrition policy in Costa Rica. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 22, p. 363-374, 2007.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE, 1. **Anais**. Parte I. Brasília: Ministério da Saúde, 1994a. 45p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais_conf_nac1.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2013.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE, 1. **Anais**. Parte II. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1994b. 56p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais_conf_nac2.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2013.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE, 2. **Documento Base**: Produzir e aplicar conhecimento na busca da universalidade e equidade com qualidade da assistência à saúde da população. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 164p. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2CNCTISfinal.pdf>>. Acesso em 19 jan. 2013.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE, 2. **Anais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 273p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais_2_CNCTIS.pdf>. Acesso em 19 jan. 2013.

CONDE, M. V. F. **Políticas de C&T e a área da saúde**: relevância da pesquisa biomédica para o sistema de saúde e para a saúde pública. Tese (Doutorado em Pesquisa Científica) - Instituto de Geociências, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo. 2004. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000329121&fd=y>>. Acesso em: 20 set. 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. **Nota Técnica Nº 22**. 2007. 8 p. Disponível em: <http://www.crf-mt.org.br/arqs/materia/1228_a.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2013.

CORLUKA A. et al. Exploring health researchers' perceptions of policymaking in Argentina: a qualitative study. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 29 (Suppl 2), p. ii40-ii49, sep. 2014.

COSTA, F. L.; CASTANHAR, J. C. Avaliação de Programas Públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 969-992, 2003.

COUSINS, J. B.; LEITHWOOD, K. A. Current Empirical Research on Evaluation Utilization. **Review of Educational Research**, Berkeley, v. 56, n. 3, p. 331-364, 1986.

COUSINS, J. B. et al. Framing the capacity to do and use evaluation. In: Organizational capacity to do and use evaluation. **New Directions for Evaluation**, Malden, n. 141, p. 7-23, 2014.

COUTINHO, L. G. et al. Desenvolvimento com base em inovação: oportunidades para o Brasil e implicações de Política. **Parcerias Estratégicas**, Brasília, v. 16, n. 32, p. 125-130, jan-jul 2011.

CUNILL-GRAU, N.; OSPINA, S. M. Performance measurement and evaluation systems: Institutionalizing accountability for governmental results in Latin America. In: KUSHNER, S.; ROTONDO, E. (eds.). **Evaluation voices from Latin America**. John Wiley & Sons, Ltd, New Directions for Evaluation, v. 2012, n. 134, p. 77-91, 2012.

DIAS, R. I.; BARRETO, J. O. M.; SOUZA, N. M. Desenvolvimento atual da Rede de Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet Brasil): relato de caso. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 36, n. 1, p. 50-56, 2014.

EVANS, P. O Estado como problema e solução. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, São Paulo, n. 28, 1993.

_____. In Search of the 21st Century Developmental State. Centre for Global Political Economy at The University of Sussex. **Working Paper Nº 4**. 2008, 22 p. Disponível em: <<https://www.sussex.ac.uk/webteam/gateway/file.php?name=cgpe-wp04-peter-evans.pdf&site=359>>. Acesso em: 02 fev.2013.

FARIA, C. A. P. **Implementação de Políticas Públicas**. Teoria e Prática. Belo Horizonte: Editora PUC de Minas Gerais, 2012. 406 p.

FARRELL, H.; HÉRITIER, A. Interorganizational Negotiation and Interorganizational Power in Shared Decision Making. Early Agreements Under Codecision and Their Impact on the European Parliament and Council. **Comparative Political Studies**, v. 37, nº 10, December 2004, p. 1184 – 1212.

FERNANDEZ, R. G.; PESSALI, H. S.; Oliver Williamson e a construção retórica da Economia dos Custos de Transação. In: GALA, P.; REGO, J. **A História do Pensamento Econômico como Teoria e como Retórica**. São Paulo: Editora 34, 2003. Disponível em: <<http://128.118.178.162/eps/mhet/papers/0512/0512002.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2013.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio Século XXI**: o dicionário da língua portuguesa. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FIANI, R. A natureza multidimensional dos direitos de propriedade e os custos de transação. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 12, n. 2, p. 185-203, 2003.

_____. Arranjos Institucionais e Desenvolvimento: o papel da coordenação em estruturas híbridas. **Texto para Discussão**, v. 1815. Rio de Janeiro: IPEA, 2013.

FILIPPIM, E. S.; ABRÚCIO, F. L. Quando Descentralizar é Concentrar Poder: o Papel do Governo Estadual na Experiência Catarinense. **Revista de Administração Contemporânea**,

Curitiba, v. 14, n. 2, p. 212-228, mar./abr. 2010.

FLEURY, S. M. F.; OUVENERY, A. O Sistema Único de Saúde brasileiro. Desafios da gestão em rede. **Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2-3, p. 74-83, 2012.

FLICK, U. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. Métodos de Pesquisa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed. 2009.

FRARE, E. et al. Indicadores de desempenho em instituições de ciência, tecnologia e inovação: estudo de caso do Laboratório Nacional de Luz Síncrotron. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 5, p. 1229-1252, 2014.

FREY, K. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 21, p. 211-260, jun. 2000.

GADELHA, C. A. G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 521-535, 2003.

GADELHA, C. A. G.; QUENTAL, C.; FIALHO, B. C. Saúde e inovação: uma abordagem sistêmica das indústrias da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 47-59, 2003.

GADELHA, C. A. G. et al. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 3003-3006, 2011.

GADELHA, C. A. G. et al. O Complexo Econômico-Industrial da Saúde no Brasil: dinâmica de inovação e implicações para o Sistema de Inovação em Saúde. **Revista Brasileira de Inovação**, Campinas, v. 12, n. 2, p. 251-282, jul.-dez. 2013.

GALA, P. A Teoria Institucional de Douglass North. **Revista de Economia Política**, São Paulo, v. 23, nº 2, abr.-jun., 2003.

GODOI, C. K. Perspectivas de análise do discurso nos estudos organizacionais. In: GODOI, C. K.; BANDEIRA-DE-MELLO, R.; SILVA, A. B. **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais**. Paradigmas, Estratégias e Métodos. 2. ed. São Paulo: Ed. Saraiva, 2012. p. 376-401.

GODOI, C. K.; BALSINI, C. P. V. A pesquisa qualitativa nos estudos organizacionais brasileiros: uma análise bibliométrica. In: GODOI, C. K.; BANDEIRA-DE-MELLO, R.; SILVA, A. B. **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais**. Paradigmas, Estratégias e Métodos. 2. ed. São Paulo: Ed. Saraiva, 2012. p. 88-112.

GODOI, C. K.; MATTOS, P. L. C. L. Entrevista qualitativa: instrumento de pesquisa e evento dialógico. In: GODOI, C. K.; BANDEIRA-DE-MELLO, R.; SILVA, A. B. **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais**. Paradigmas, Estratégias e Métodos. 2. Ed. São Paulo: Ed. Saraiva, 2012. p. 301-323.

GODOY, A. S. Estudo de caso qualitativo. In: GODOI, C. K.; BANDEIRA-DE-MELLO, R.; SILVA, A. B. In: **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais**. Paradigmas, Estratégias e Métodos. 2. Ed. São Paulo: Ed. Saraiva, 2012. p. 115-146.

GILSON, L.; RAPHAELY, N. The terrain of health policy analysis in low and middle income countries: a review of published literature 1994-2007. **Health Policy and Planning**, v. 23, p. 294-307, 2008.

GOMIDE, A. A. Agenda, Democracia e Desenvolvimento no Brasil Contemporâneo. **Boletim de Análise Político-Institucional**, Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, n. 1, p. 9-11. 2011. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/boletim_analise_politico/111129_boletim_analisepolitico_01.pdf>. Acesso em: 02 set. 2012.

GONTIJO, J. G. L. Coordenação, cooperação e políticas públicas: organização, percepções e conceitos sobre um tema caro à implementação. In: FARIA, C. A. P. **Implementação de Políticas Públicas**. Teoria e Prática. Belo Horizonte: Editora PUC de Minas Gerais, 2012. p. 82-22.

GRANDORI, A; SODA, G. Inter-firm Networks: Antecedents, Mechanisms and Forms. **Organization Studies**, Berkeley, v. 16, n. 2, p. 183-214, 1995.

GREENHALGH, T. et al. Diffusion and Innovation in Services Organizations: Systematic Review and Recommendations. **The Milbank Quarterly**, Malden, v. 82, n. 4, p. 581-629, 2004.

GUIMARÃES, J. A. A pesquisa médica e biomédica no Brasil. Comparações com o desempenho científico brasileiro e mundial. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 303-327, 2004.

GUIMARÃES, R. Pesquisa no Brasil: a reforma tardia. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 16, n. 4, pp. 41-47, 2002.

_____. Bases para uma Política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 375-387, 2004.

_____. Pesquisa em saúde no Brasil: contextos e desafios. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, número especial, p. 3-10, 2006.

_____. Desafios da pós-graduação em saúde humana no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 1-13, 2011.

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. 1775-1794, 2006.

HALL, R. H. Ambientes Organizacionais e relacionamentos interorganizacionais. In: **Organizações: estruturas, processos e resultados**. 8. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2004. p. 191-223.

HAM, C.; HILL, M. **The policy process in the modern capitalist state**. 2. ed. London: Harvester Wheatsheaf, 1993. 224 p.

HANBERGER, A. The real functions of evaluation and response systems. **Evaluation**, Berkeley, v. 17, n. 4, p. 327-349, 2011.

HANSEN, H.; KLEJNSTRUP, N. R.; ANDERSEN, O. W. A Comparison of Model-Based

and Design-Based Impact Evaluations in Developing Countries. **American Journal of Evaluation**, Berkeley, v. 34, n. 3, p. 320-338, 2013.

HENRY, G. T. et al. Formative Evaluation: Estimating Preliminary Outcomes and Testing Rival Explanations. **American Journal of Evaluation**, Berkeley, v. 34, n. 4, p. 465-485, 2013.

HILL, M.; HUPE, P. **Implementing public policy**. 2. ed. Thousand Oaks, California: Sage Publications Inc., 2005. 227 p.

HOFFMAN-CÂMARA, R. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia, Juiz de Fora**, v. 6, n. 2, p. 179-191, jul.-dez. 2013.

HOFSTEDE, G. Os níveis de cultura. In: **Culturas e Organizações**. Cap. 1. Lisboa: Edições Sílabo, 1997. p. 17-33.

HOWLETT, M. From the 'old' to the 'new' policy design: design thinking beyond markets and collaborative governance. **Policy Sciences**, New York, n. 47, p. 187-207, 2014.

INGRAHAM, P. Toward more systematic consideration of policy design. **Policy Studies Journal**, Malden, v. 15, n. 4, p. 611-628, jun. 1987.

INGRAM, H.; SCHNEIDER, A. L.; DELEON, P. Social Construction and Policy Design. pp. 93-128. In: SABATIER, P. A. **Theories of the Policy Process**, 7. ed. Boulder, Colorado: Westview Press, 2007.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Boletim de Análise Político-Institucional**, Brasília, n. 1, p. 9-11, 2011. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/boletim_analise_politico/111129_boletim_analisepolitico_01.pdf>. Acesso em: 02 set. 2012.

JOHNSON, R. B. Toward a theoretical model of evaluation utilization. **Evaluation and Program Planning**, Waltham, v. 21, n. 1, p. 93-110, feb. 1998.

KETTL, D. F. **The Transformation of Governance: Public Administration for Twenty-First Century America**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press. 2002. 205 p.

KISSLER, L.; HEIDEMANN, F. G. Governança pública: novo modelo regulatório para as relações entre Estado, mercado e sociedade? **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 479-499, mai./jun. 2006.

KUHLMANN, S.; SHAPIRA, P. How is Innovation Influenced by Science and Technology Policy Governance? Transatlantic Comparisons. In: HAGE, J.; MEEUS. **Innovation, Science, and Institutional Change, A Research Handbook**. 2 ed. New York: Oxford University Press, 2009, p. 232-253.

LABIN, S. N. Developing Common Measures in Evaluation Capacity Building: An Iterative Science and Practice Process. **American Journal of Evaluation**, Berkeley, v. 35, n. 1, p. 107-115, 2014.

LACERDA, D. P. Cultura Organizacional: sinergias e alergias entre Hofstede e Trompenaars.

Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 45, n. 5, p. 1285-1301, set/out 2011.

LANE, J. E. Institutionalality: “Institution” and “Institutions Matter”. **Open Journal of Political Science**, Wuhan, v. 4, n. 1, p. 23-30, 2014.

LAURIAN, L. et al. Evaluating the outcomes of plans: theory, practice and methodology. **Environment and Planning B: Planning and Design**, Berkeley, v. 37, p. 740-757, 2010.

LEEUEW, F. L.; FURUBO, J.E. Evaluation Systems. What are they and why study them? **Evaluation**, Berkeley, v. 14, n. 2, p. 157-169, 2008.

LEGRAND, G. **Dicionário de Filosofia**. Lisboa: Edições 70, 1983.

LEVITON, L. C. Evaluation Uses: Advances, Challenges and Applications. **American Journal of Evaluation**, Berkeley, v. 24, n. 4, 2003, p. 525-535.

LEVITON, L. C.; HUGHES, E. F. X. Research on the Utilization of Evaluations. A Review and Synthesis. **Evaluation Review**, Berkeley, v. 5, n. 4, p. 525-548, aug. 1981.

LIMA, L. L.; D’ASCENZI, L. Implementação de Políticas Públicas: Perspectivas Analíticas. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 21, n. 48, p. 101-110, dez. 2013.

LITWAK, E.; HYLTON, L. F. Interorganizational Analysis: A Hypothesis on co-ordinating Agencies. **Administrative Science Quarterly**, Berkeley, v. 6, n. 4, p. 395-420, 1962.

LONGO, W. P.; DERENUSSON, M. S. FNDCT, 40 anos. **Revista Brasileira de Inovação**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 515-533, jul.-dez. 2009.

LOWNDES, V.; SKELCHER, C. The dynamics of multi-organizational partnerships: an analysis of changing modes of governance. **Public Administration**, Malden, v. 76, n. 2, p. 313-333, 1998.

LUNDIN, M. When Does Cooperation Improve Public Policy Implementation? **The Policy Studies Journal**, v. 35, nº 4, p. 629-652, 2007.

MACHADO, C. **Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L. D. **Políticas de Saúde no Brasil**. Continuidades e Mudanças. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. 324 p.

MACHADO-DA-SILVA, C.; GONÇALVES, S. A. Nota Técnica: A teoria institucional. In: CLEGG, S. R.; HARDY, C.; NORD, W. R. (Orgs.) **Handbook de estudos organizacionais: Modelos de Análise e Novas Questões em Estudos Organizacionais**. 1. ed, 6. reimp. São Paulo: Atlas, 2012. v. 1. p. 218-225.

MACLE, J. A pesquisa-ação como estratégia de pesquisa participativa. In: GODOI, C. K.; BANDEIRA-DE-MELLO, R.; SILVA, A. B. **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais**. Paradigmas, Estratégias e Métodos. 2. ed. São Paulo: Ed. Saraiva, 2012. p. 207-239.

MAHONEY, J; THELEN, K. **Explaining Institutional Change**. Ambiguity, Agency and Power. Cambridge: Cambridge University Press, 2010. Livro Eletrônico, 236 p.

MAJZADEH, R. et al. Knowledge Translation for Research Utilization: Design of a Knowledge Translation Model at Tehran University of Medical Sciences. **Journal of continuing education in the health professions**, Malden, v. 28, n. 4, p. 270–277, 2008.

MALONE, T. W.; CROWSTON, K. **Toward an interdisciplinary theory of coordination**. Cambridge, Massachusetts: Massachusetts Institute of Technology. Center for Coordination Science, 1991. 45 p.

MANZINI, E. J. Uso da entrevista em dissertações e teses produzidas em um programa de pós-graduação em educação. **Revista Percorso – NEMO**, Maringá, v. 4, n. 2, p. 149-171, 2012.

_____. **Entrevista semi-estruturada**: análise de objetivos e de roteiros. [200?]. Disponível em: <<http://www.sepq.org.br/Isipeq/anais/pdf/gt3/04.pdf>>. Acesso em 25 fev. 2014.

MARCH, J. G. **Como as Decisões Realmente Acontecem**: Princípios de Tomada de Decisões. São Paulo: Editora Leopardo, 2009.

MARK, M. M.; HENRY, G. T.; JULNES, G. **Evaluation**: An integrated framework for understanding, guiding, and improving policies and programs. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2000. 400 p.

MARK, M. M.; HENRY, G. T. The Mechanisms and Outcomes of Evaluation Influence. **Evaluation**, Berkeley, v. 10, n. 1, p. 35-57, 2004.

MASTENBROEK, E.; VOORST, S. V.; MEUWESE, A. Closing the regulatory cycle? A meta evaluation of ex-post legislative evaluations by the European Commission. **Journal of European Public Policy**, 2015. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13501763.2015.1076874?journalCode=rjpp20>>. Acesso em 29 ago. 2015.

MATTOS, P. L. C. L. Análise de entrevistas não estruturadas: da formalização à pragmática da linguagem. In: GODOI, C. K.; BANDEIRA-DE-MELLO, R.; SILVA, A. B. **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais**. Paradigmas, Estratégias e Métodos. 2. ed. São Paulo: Ed. Saraiva, 2012. p. 347-373.

MAYNARD, R. A. Presidential Address. Evidence-Based Decision Making: What Will It Take for the Decision Makers to Care? **Journal of Policy Analysis and Management**, Malden, v. 25, n. 2, 249-265, 2006.

McSWEENEY, B. Hofstede's model of national cultural differences and their consequences. **Human Relations**, Berkeley, v. 55, n. 1, p. 89-118, 2002.

_____. Dynamic Diversity: Variety and Variation Within Countries. **Organization Studies**, Berkeley, v. 30, n. 9, p. 933-957, 2009.

MELO, L. M. Financiamento à Inovação no Brasil: análise da aplicação dos recursos do Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FNDCT) e da Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP) de 1967 a 2006. **Revista Brasileira de Inovação**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 87-120, jan.-jun. 2009.

MENY, I.; THOENIG, J.C. **Las Políticas Públicas**, 1ª ed. Barcelona: Editorial Ariel, 1992, 271p.

MOREL, C. A pesquisa em saúde e os objetivos do milênio: desafios e oportunidades globais, soluções e Políticas nacionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p 261-270, 2004.

MOTTA, F. C. P.; VASCONCELOS, I. F. G. **Teoria Geral da Administração**. 3. ed, São Paulo: Cengage Learning, 2011, 428 p.

NOGUEIRA, R. M. N. Desafios estratégicos en la implementación de programas sociales. In: VELARDE, J. C. C. **Entre el diseño y la evaluación**. El papel crucial de la implementación de los programas sociales. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo, 2007. p. 63-116.

NORTH, D. C. Institutions. **The Journal of Economic Perspectives**, Pittsburgh, v. 1, n. 5, p. 97-112. 1991.

NOVAES, H. M. D. From production to evaluation of health systems technologies: challenges for the 21st century. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, número especial, 2006.

OLIVER, C. Determinants of Interorganizational Relationships. **Academy of Management Review**, New York, v. 15, n. 2, p. 241-265, 1990.

OLIVER, K. et al. A systematic review of barriers to and facilitators of the use of evidence by policymakers. **BMC Health Services Research** [online], v. 14, n. 2, 2014. Disponível em: <<http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-2>>. Acesso em: 23 maio 2015.

OLIVEIRA, M. M. **O programa de Pesquisa para o SUS – gestão compartilhada em saúde**: Construção do modelo lógico e da matriz avaliativa. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2008. 138 p.

OLIVEIRA, M.; FREITAS, H. Focus group: instrumentalizando o seu planejamento. In: GODOI, C. K.; BANDEIRA-DE-MELLO, R.; SILVA, A. B. **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais**. Paradigmas, Estratégias e Métodos. 2. ed. São Paulo: Ed. Saraiva, São Paulo, 2012. p. 325-346.

OLIVEIRA, V.; PINHO, P. Bridging the gap between planning evaluation and programme evaluation: the contribution of the PPR methodology. **Evaluation**, Berkeley, v. 17, n. 3, p. 293-307, 2011.

OSTROM, E. Institutional Rational Choice: An Assessment of the Institutional Analysis and Development Framework. In: SABATIER, P. A. **Theories of the Policy Process**, 7. ed. Boulder, Colorado: Westview Press, 2007. p. 21-64.

O'TOOLE Jr, L. Relações Interorganizacionais no processo de implementação. In: PETERS, B. G.; PIERRE, J. (Orgs.) **Administração Pública**. Coletânea. São Paulo: Editora UNESP; Brasília, DF: ENAP. 2010. p. 229-248.

O'TOOLE Jr., L. J.; MONTJOY, R. S. Interorganizational Policy Implementation: A Theoretical Perspective. **Public Administration Review**, Malden, v. 44, n. 6, p. 491-503, nov./dez. 1984.

PACHECO, C. A. As reformas da política nacional de ciência, tecnologia e inovação no Brasil (1999–2002). In: COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE. **Manual de Políticas Públicas**. Santiago do Chile: CEPAL, 2007a. 44 p. Disponível em: <<http://www.cepal.org/iyd/noticias/paginas/5/31425/carlosamericop.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2014.

_____. A Criação dos “Fundos Setoriais” de Ciência e Tecnologia. **Revista Brasileira de Inovação**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p.191-223, jan./jun. 2007b.

PALMEIRA-FILHO, P. A indústria farmacêutica nacional: panorama atual e desafios a luz da acao do BNDES e outros agentes. **Parcerias Estratégicas**, Brasília, v. 15, n. 31, p. 311-314, jul.-dez. 2010.

PATROCLO, M. A. A. **As múltiplas facetas da interação entre pesquisa e o processo de formulação de política pública e ou intervenção em saúde pública**. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011. 222p.

PATTON, M. Q. Reports on Topic Areas. The Evaluator’s Responsibility for Utilization. **Evaluation Practice**, Berkeley, v. 9, n. 2, p. 5-24, may 1988.

_____. Organizational Development and Evaluation. **The Canadian Journal of Program Evaluation**, Renfrew, Special Issue, p. 93-113, 1999.

_____. Rembering and Celebrating a Realistic Evaluation Visionary. **American Journal of Evaluation**, Berkeley, v. 34, n. 3, p. 439-441, 2013.

PELLEGRINI FILHO, A. Pesquisa em saúde, política de saúde e equidade na América Latina. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 339-350, 2004.

PEREIRA, L. C. B.; SPINK, P. **Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998.

PEREZ, J. R. J. Por que pesquisar implementação de políticas educacionais atualmente? **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 31, n. 113, p. 1179-1193, out./dez. 2010.

PETERS, G. Managing horizontal government. The politics of coordination. **Research paper nº 21**. Canadian Centre for Management Development, 1998. 71 p. Disponível em: <<http://publications.gc.ca/collections/Collection/SC94-61-21-1998E.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

_____. Os dois futuros do ato de governar: processos de descentralização e recentralização no ato de governar. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 59, n. 3, p. 289-307, 2008.

PETERS, L. R. **O programa de Pesquisa para o SUS – gestão compartilhada em saúde: PPSUS como ferramenta de descentralização do fomento à pesquisa em saúde**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2013.128 p.

PIERSON, P. Increasing Returns, Path Dependence and the Study of Politics. **American Political Science Review**, Washington, DC, v. 94, n. 2, p. 251-267, jun. 2000.

PFEFFER, J.; SALANCIK, G. R. **The External Control of Organizations**. A Resource Dependence Perspective. New York: Harper & Row, Publishers, Inc., 1978.

PRESSMAN, J. L.; WILDAVSKY, A. **Implementation**. 3. ed. Berkeley: University of California Press, 1984. 280 p.

RADIN, B. A. Os instrumentos da Gestão Intergovernamental. In: PETERS, B. G.; PIERRE, J. (Orgs.) **Administração Pública**. Coletânea. São Paulo: Editora UNESP; Brasília, DF: ENAP. 2010. p. 597-618.

RAMOS, M. P.; SCHABBACH, L. M. O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 5. p. 1271-294, set./out. 2012

RICHARDSON, L. Putting the Research Boot on the Policymakers's Foot: Can Participatory Approaches Change the Relationship between Policymakers and Evaluation? **Social Policy and Administration**, Malden, v. 47, n. 4, p. 483-500, aug. 2013.

RICH, R. F. Measuring Knowledge Utilization: Process and Outcomes. **Knowledge and Policy: the International Journal of Knowledge Transfer and Utilization**, Cincinnati, v. 10, n. 3, p. 11-24, Fall 1997.

ROBICHAU, R. W.; LYNN JR, L. E. The implementation of Public Policy: Still the Missing Link. **The Policy Studies Journal**, Malden, v. 37, n. 1, p. 21-36, 2009.

ROSSETTO, C. R.; ROSSETTO, A.M. Teoria Institucional e Dependência de Recursos na adaptação organizacional: uma visão complementar. **RAE-eletrônica**, São Paulo, v. 4, n. 1, art. 7, jan.-jun. 2005.

SABATIER, P. A.; WEIBLE, C. The Advocacy Coalition Framework: Innovations and Clarifications. In: SABATIER, P. A. **Theories of the Policy Process**. 7. ed. Boulder, Colorado: Westview Press, 2007. p. 189-220.

SCHNEIDER, V. Redes de políticas públicas e a condução de sociedades complexas. *Civitas* – **Revista de Ciências Sociais**, Fortaleza, v. 5, n. 1, p. 29-58, 2005.

SCHNEIDER, A.; SIDNEY, M. What Is the Next for Policy Design and Social Construction Theory? **The Policy Studies Journal**, Malden, v. 37, n. 1, p. 103-119, 2009.

SCOTT, W. R. **Organizations**. Rational, Natural, and Open Systems. 4. ed. New Jersey: Prentice-Hall Inc., 1998.

_____. Institutional Theory: Contributing to a Theoretical Research Program. 2004. In: SMITH, K. G.; HITT, M. A. (eds.). **Great Minds in Management: The Process of Theory Development**. Oxford UK: Oxford University Press. 47p. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/W_Scott/publication/265348080_Institutional_Theory_Contributing_to_a_Theoretical_Research_Program/links/54de42450cf2966637857c60.pdf>. Acesso em: 15 set. 2014.

SERPA, S. M. H. C. Uma leitura dos usos da avaliação na administração pública no Brasil a partir da caracterização dos sistemas de avaliação de programas governamentais. **Tese** (Doutorado em Administração) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de Brasília, 2014.

SILVA, A. B.; ROMAN NETO, J. Perspectiva multiparadigmática em estudos organizacionais. In: GODOI, C. K.; BANDEIRA-DE-MELLO, R.; SILVA, A. B. **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais**. Paradigmas, Estratégias e Métodos. 2. ed. São Paulo: Ed. Saraiva, 2012. p. 53-87.

SILVA, T. C.; RUIZ, R. M. Uma avaliação exploratória do Fundo Setorial da Saúde. **Revista Brasileira de Inovação**, Campinas, SP, v. 10, n. 2, p. 343-370, jul.-dez. 2011.

SKOCPOL, T. Bringing the State Back in: Strategies of Analysis in Current Research. In: EVANS, P. B; RUESCHEMEYER, D.; SKOCPOL, T. **Bringing the State Back In**. Cambridge: Cambridge University Press, 1985. p. 3-37.

SOUZA, L. E. P. F.; CARDOSO, M. O. Conhecimento em saúde. Utilização do conhecimento científico na gestão da saúde. In: ANDRADE, L. O. M. et al. **Conhecimento e inovação em saúde: experiências do Brasil e do Canadá**. Campinas, SP: Saberes Editora, 2012. p. 101-149.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa**. Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 288p.

STREECK, W.; THELEN, K. **Beyond Continuity: Institutional Change and Advanced Political Economies**. New York: Oxford University Press, 2005.

SUAREZ-BALCAZAR, Y.; TAYLOR-RITZLER, T. Moving from Science to Practice in Evaluation Capacity Building. **American Journal of Evaluation**. Forum. p. 1-5, 2013.

SURJADJAJA, C.; MAYHEW, S. H. Can policy analysis theories predict and inform policy change? Reflections on the battle for legal abortion in Indonesia. **Health Policy and Planning**, v. 26, p. 373-384, 2011.

TAYLOR-POWELL, E.; BOYD, H. H. Evaluation capacity building in complex organizations. **New Directions for Evaluation**, Malden, v. 2008, n. 120, p. 55-69, Winter 2008.

TOLBERT, P. S.; ZUCKER, L. G. A Institucionalização da Teoria Institucional. In: CLEGG, S. R.; HARDY, C.; NORD, W. R. **Handbook de estudos organizacionais: Modelos de Análise e Novas Questões em Estudos Organizacionais**. 1. ed, 6. reimp. São Paulo: Atlas, 2012. v. 1, p. 194-217.

TOMA, T. S. et al. PPSUS e o desafio da incorporação dos resultados das pesquisas no Estado de São Paulo. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 15-25, abr. 2011.

TREVISAN, A. P.; VAN BELLEN, H. M. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 529-550, maio/jun. 2008.

TROMPENAARS, F. Culturas Nacionais e Culturas Empresariais. In: _____. **Nas ondas da Cultura**. Como entender a diversidade cultural nos negócios. São Paulo: Educator, 1994. p. 143-169.

TROSA, S. **Gestão Pública por Resultados**. Quando o Estado se compromete. Rio de Janeiro: Revan; Brasília, DF: Enap, 2001. 320p.

TROSTLE, J.; BRONFMAN, M.; LANGER, A. How do researches influence decision-makers? Case studies of Mexican policies. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 2, n. 14, p. 103-114, 1999.

VAN THIEL; LEEUW, F. L. The performance paradox in the Public Sector. **Public Performance & Management Review**, London, v. 25, n. 3, p. 267-281, mar. 2002.

VAN DE VEN, A. H.; WALKER, G.; LISTON, J. Coordination Patterns within an Interorganizational Network. **Human Relations**, Berkeley, v. 32, n. 1, p. 19-36, 1979.

VIANA, A. L. d'A. Abordagens metodológicas em políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 5-43, mar./abr., 1996.

_____. **Saúde, Desenvolvimento, Inovação Tecnológica e Cooperação Regional**. Relatório Final. Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Edital Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde. PPSUS/SP/2009. 2013.

VIANA A. L. d'A. et al. Pesquisa para a tomada de decisão: um estudo de caso no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, supl., p. 57-67, 2006.

VIANA A. L. d'A. et al. Saúde, Desenvolvimento e Inovação Tecnológica: Nova Perspectiva de Abordagem e de Investigação. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, São Paulo, n. 83, p. 41-77, 2011.

VIANA A. L. d'A.; MACHADO, C. V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 3, p. 807-817, 2009.

WANDERSMAN, A. Getting to Outcomes: an Evaluation Capacity Building Example of Rationale, Science, and Practice. **American Journal of Evaluation**, Berkeley, v. 35, n. 1, p. 100-106, 2014.

WEISS, C. H. The many meanings of research utilization. **Public Administration Review**, Malden, v. 5, n. 3, p. 426-431, 1979.

_____. Knowledge Creep and Decision Accretion. **Knowledge: Creation, Diffusion, Utilization**, Berkeley, v. 1, n. 3, p. 381-404, mar. 1980.

_____. Reports on Topic Areas. Evaluations for Decisions: Is Anybody There? Does Anybody care? **American Journal of Evaluation**, Berkeley, v. 9, p. 5-19, 1988a.

_____. If Program Decisions Hinged Only on Information: A Response to Patton. **American Journal of Evaluation**, Berkeley, v. 9, p. 15-28, 1988b.

_____. Where Politics and Evaluation Research Meets. **Evaluation Practice**, v. 14, n. 1, p. 93-106, 1993.

_____. Have We Learned Anything New About the Use of Evaluation? **American Journal of Evaluation**, Berkeley, v. 19, n. 1, p. 21-33. 1998.

_____. Speeches and Addresses. The interface between Evaluation and Public Policy. **Evaluation**, Berkeley, v. 5, n. 4, p. 468-486, 1999.

WILLIAMSON, O. E. The Economic Organization. The Transaction Cost Approach. **The American Journal of Sociology**, Chicago, v. 87, n. 3, p. 548-577, 1981.

_____. **The Economic Institutions of Capitalism**. Firms, Markets, Relational Contracts. New York: The Free Press. 1985. Disponível em: <[http://www.sp.uconn.edu/~langlois/Williamson%20\(1985\),%20chapter%201.pdf](http://www.sp.uconn.edu/~langlois/Williamson%20(1985),%20chapter%201.pdf)>. Acesso em: 04 nov. 2013.

_____. The New Institutional Economics: Taking Stock, Looking Ahead. **Journal of Economic Literature**, New York, v. 38, n. 3, p. 595-613, 2000.

WINTER, S. Integrating Implementation Research. In: PALUMBO, D. J.; CALISTA, D. J. **Implementation and the policy process: opening up the black box**. New York: Greenwood Press, 1990. p. 19-50.

_____. Perspectivas de Implementação: status e reconsideração. In: PETERS, B. G.; PIERRE, J. (Orgs.) **Administração Pública**. Coletânea. São Paulo: Editora UNESP; Brasília, DF: ENAP. 2010. p. 209-228.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2014.

ANEXOS

ANEXO 1 – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

PPGA/UNB - PROJETO: AVALIAÇÃO DE RESULTADOS EM POLÍTICAS PÚBLICAS DE FOMENTO A C,T&I/S

Entrevistado n°:

Dia da entrevista:

Hora de início da entrevista:

Hora de término da entrevista:

Identificação do entrevistado

- Nome completo
- Cargo/função ocupada na organização participante da implementação do PPSUS (perguntar sobre as atribuições desta estrutura).
- Tempo de ocupação do cargo/função na organização e trajetória anterior - cargos/funções desempenhadas na saúde ou outros setores do governo.

Sobre o PPSUS:

- Como você vê a proposição do PPSUS no contexto da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde?
- Como você vê a proposição do PPSUS no contexto da Política Nacional da Saúde?
- Como você vê a proposição do PPSUS no contexto da implantação do SUS?
- Qual a relevância do PPSUS?
- O que distingue o PPSUS dos demais programas de fomento à C,T&I/S?

Sobre a institucionalidade do PPSUS:

- Qual a sua participação nas atividades de formulação/implementação do PPSUS?
- Quais as regras/normas/estratégias que guiaram a formulação/implementação do PPSUS?
- Você identifica alguma mudança nas regras ocorrida no decorrer da implementação do programa? Se sim, causas para a mudança.

Sobre a coordenação inteorganizacional/relações interorganizacionais

- Por quais razões o DECIT implementou o PPSUS conjuntamente com o CNPq, as FAPs e as SES? (identificar se o entrevistado faz alguma relação com a obtenção de resultados)
- O que levou à assinatura do Termo de Cooperação e Assistência Técnica entre o MS e MCTI?
- Qual o seu conhecimento acerca do Documento de Diretrizes do PPSUS?
- Quais os temas predominantes nos fóruns de negociação para a formulação/implementação do programa? (temas de interesse/conflitos/consensos/estratégias de superação de conflitos – procurar alguma relação com a avaliação de resultados/procurar identificar interesses e motivações para a Coordenação Interorganizational e as Relações Interorganizacionais)
- Indagar sobre conflitos e estratégias de superação de conflitos (algum conflito decorrente ou relacionado à ausência de avaliações de resultados do programa?)

Sobre a especificidade do programa

- Você acha que o PPSUS tem alcançado os resultados esperados?
- Você conhece alguma experiência de avaliação de resultados do PPSUS no país?
- Você sabe como o MS e o CNPq avaliavam os produtos e resultados do PPSUS no período 2003–2010?
- Como a sua organização avaliava os resultados do PPSUS? (incorporação dos resultados das pesquisas ao SUS)

- Qual o conhecimento existente na sua organização sobre os resultados obtidos a partir da implementação do PPSUS entre 2003 e 2010?
- Você tem alguma informação sobre o uso que tem sido feito com os resultados das pesquisas financiadas pelo PPSUS no país?
- Como você acha que o PPSUS deveria ser avaliado?
- Que fatores facilitariam ou dificultariam esta avaliação do PPSUS?
- Quais as razões pelas quais o programa não tem avaliação de resultados?
- Que expectativas você tem em relação aos resultados das pesquisas fomentadas pelo PPSUS?

ANEXO 2 - PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Perfil dos entrevistados, critérios para a inclusão na investigação e data e duração de cada entrevista.

Perfil	Critério para ser entrevistado	A entrevista
<ul style="list-style-type: none"> - Assessora técnica do CONASS para a área de ciência e tecnologia: 2005 – 2007. - Consultora para a área de gestão do conhecimento no DECIT: 2007 – 2008. - Cargo ocupado no momento da entrevista: médica aposentada da SES-DF. 	<ul style="list-style-type: none"> - Grupo dos Gestores Estaduais da área da saúde. - Assessora técnica do CONASS para a área de ciência e tecnologia: 2005 a 2007. 	<ul style="list-style-type: none"> - 30/11/2014 - 15:25-16:40 (75 min) - 20 pg
<ul style="list-style-type: none"> - Analista de Ciência e Tecnologia do CNPq desde 1988 até o momento atual. - Cargo ocupado no momento da entrevista: Coordenador substituto do Programa de Pesquisa em Saúde do CNPq. 	<ul style="list-style-type: none"> - Grupo dos Gestores Federais da área de C&T. - Participante do processo de implementação do PPSUS durante todo o período da pesquisa (ainda nessa atividade em 2014). 	<ul style="list-style-type: none"> - 26/12/2014 - 14:31-15:46 (75 min) - 20 pg
<ul style="list-style-type: none"> - Secretário extraordinário de ciência e tecnologia do CONASEMS: 2007 a 2012. - Membro da CICT/CNS: 2007 a 2012. - Cargo ocupado no momento da entrevista: coordenador da área de gestão do conhecimento do DECIT e pesquisador em saúde pública da Fiocruz. 	<ul style="list-style-type: none"> - Grupo dos Gestores Municipais da área da saúde - Secretário extraordinário de ciência e tecnologia do CONASEMS: 2007 a 2012. 	<ul style="list-style-type: none"> - 26/11/2014 - 14:00-15:48 (108 min) - 27 pg
<ul style="list-style-type: none"> - Secretário Estadual de Ciência e Tecnologia no período 2005 – julho de 2006. - Diretor científico da FAP e coordenador técnico do PPSUS – a partir de 2006. - Cargo ocupado no momento da entrevista: professor universitário. 	<ul style="list-style-type: none"> - Grupo dos Gestores Estaduais de C&T. - Direção da FAP – Goiás e coordenador técnico do PPSUS. 	<ul style="list-style-type: none"> - 20/02/2015 - 18:55-20:12 (77 min) - 20 pg.
<ul style="list-style-type: none"> - Secretário Municipal de Saúde de Pedra Branca - CE: 1997 a 2002. - Presidente do COSEMS – CE: 1997 a 2002. - Secretário Estadual de Saúde do Ceará – 2003 a 2006. - Presidente do CONASS: 2006 a 2007. - Secretário Executivo do CONASS – a partir de 2007. - Cargo ocupado no momento da entrevista: ainda secretário executivo do CONASS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Grupo dos Gestores Estaduais da área da saúde. - Presidente do CONASS: 2006 a 2007 . - Secretário Executivo do CONASS a partir de 2007 (ainda no cargo em 2014). 	<ul style="list-style-type: none"> - 12/12/2014 - 09:21-10:21 (60 min) - 18 pg
<ul style="list-style-type: none"> - Secretário extraordinário de ciência e tecnologia do CONASEMS: 2005 a 2006. - Diretor do DECIT: 2009. - Cargo ocupado no momento da entrevista: coordenador do Programa de Economia, Tecnologia e Inovação em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva (UFBA). - Presidente da ABRASCO. 	<ul style="list-style-type: none"> - Grupo dos Gestores Federais da Saúde. - Diretor do DECIT em 2009. 	<ul style="list-style-type: none"> - 04/11/2014 - 19:49-21:00 (61 min) - 11 pg

<ul style="list-style-type: none"> - Secretário Municipal de Saúde de Sobral - CE: 1997 a 2004. - Presidente do CONASEMS: 2003 a 2005. - Secretário Municipal de Saúde de Fortaleza: 2005 a 2008. - Presidente do Instituto de Ciência e Tecnologia do Ceará: 2010. - Cargo ocupado no momento da entrevista: Deputado Federal (PT - CE) - 2014 a 2018. 	<ul style="list-style-type: none"> - Grupo dos Gestores Municipais da área da saúde. - Presidente do CONASEMS: 2003 a 2005. 	<p><u>1ª parte</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 11/02/2015 - 15:30-16:02 (32 min) - 10 pg <p><u>2ª parte</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 09/03/2015 - 20:06-20:27 (21 min) - 7 pg
<ul style="list-style-type: none"> - Coordenadora geral da área de fomento do DECIT - a partir de 2004 (ainda no cargo em 2014). - Diretora substituta do DECIT a partir de 2004. - Cargo ocupado no momento da entrevista: ainda coordenadora geral da área de fomento do DECIT e diretora substituta do DECIT. 	<ul style="list-style-type: none"> - Grupo dos Gestores Federais da Saúde. - Coordenadora geral da área de fomento do DECIT - a partir de 2004 (ainda no cargo em 2014). 	<ul style="list-style-type: none"> - 21/10/2014 - 16:30-17:58 (88 min) - 28 pg
<ul style="list-style-type: none"> - Presidente do CONASS: 2005 a 2006. - Secretário de Saúde de Minas Gerais: 2003 a 2006 e 2007 a 2010. - Presidente do Conselho Estadual de Saúde: 2003 a 2010. - Deputado Estadual: 2007 a 2010. - Cargo ocupado no momento da entrevista: Deputado Federal (PSDB - MG) - 2011 a 2015. 	<ul style="list-style-type: none"> - Grupo dos Gestores Estaduais da área da saúde. - Presidente do CONASS: 2005 a 2006. 	<ul style="list-style-type: none"> - 04/12/2014 - 11:00-11:40 (40 min) - 10 pg
<ul style="list-style-type: none"> - Assessora de políticas do DECIT - 2003 a 2004. - Coordenadora técnica do Fomento Descentralizado - PPSUS: 2004 a 2010. - Cargo ocupado no momento da entrevista: consultora do Projeto Qualisus/Ministério da Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Grupo dos Gestores Federais da Saúde. - Coordenadora técnica do Fomento Descentralizado - PPSUS: 2004 a 2010. 	<ul style="list-style-type: none"> - 20/11/2014 - 08:55-10:33 (98 min) - 29 pg
<ul style="list-style-type: none"> - Presidente do CONFAP no período 2009 - 2013. - Diretor científico da FAPEMIG no período 2004 - 2008. - Presidente da FAPEMIG entre 2009 e 2014. - Cargo ocupado no momento da entrevista: professor universitário. 	<ul style="list-style-type: none"> - Grupo dos Gestores Estaduais de C&T. - Presidente do CONFAP no período 2009 - 2013. 	<ul style="list-style-type: none"> - 13/01/2015 - 18:04-19:22 (81 min) - 28 pg
<ul style="list-style-type: none"> - Assessor técnico do CONASEMS - 2005 a 2007. - Coordenador da Assessoria Técnica do CONASEMS - a partir de 2007. - Cargo ocupado no momento da entrevista: Coordenador da Assessoria Técnica do CONASEMS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Grupo dos Gestores Municipais da área da saúde. - Assessor técnico do CONASEMS - 2005 a 2007. - Coordenador da Assessoria Técnica do CONASEMS - de 2007 até a data atual. 	<ul style="list-style-type: none"> - 27/02/2015 - 14:44-15:34 (50 min) - 15 pg
<ul style="list-style-type: none"> - Coordenadora do Programa de Pesquisa em Biociências do CNPq - 2003 a 2007. - Coordenadora-Geral substituta do Programa de Pesquisa em Saúde do CNPq - 2004 a 2007. - Coordenadora-Geral do Programa de Pesquisa em Saúde do CNPq - a partir de 2007. - Cargo ocupado no momento da entrevista: Coordenadora-Geral do Programa de Pesquisa em Saúde do CNPq. 	<ul style="list-style-type: none"> - Grupo dos Gestores Federais da área de C&T - Coordenadora-Geral do Programa de Pesquisa em Saúde do CNPq - a partir de 2007 (ainda no cargo em 2014). 	<ul style="list-style-type: none"> - 19/12/2014 - 10:18-12:11 (113 min) - 33pg
<ul style="list-style-type: none"> - Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde: 2007 a 2010. 	<ul style="list-style-type: none"> - Grupo dos Gestores Federais da Saúde. 	<p><u>1ª etapa</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 24/11/2014

<ul style="list-style-type: none"> - Vice-presidente de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico da FIOCRUZ: 2005 a 2006. - Diretor do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde: 2003 a 2005. - Presidente do Conselho Superior da FAPERJ: 2003 a 2006. - Pesquisador Visitante e Consultor do CNPq: 1992 a 2003. - Membro do Conselho Superior da CAPES: 1996 a 1999. - Diretor da FINEP: 1985 a 1988. - Cargo ocupado no momento da entrevista: Diretor de Propriedade Intelectual da Associação Brasileira da Indústria de Química Fina, Biotecnologia e suas Especialidades (ABIFINA) - 2011 a 2014. 	<ul style="list-style-type: none"> - Diretor do DECIT: 2003 a 2005. 	<ul style="list-style-type: none"> - 11:30-12:42 (72 min) <u>2ª etapa</u> - 09/12/2014 - 11:00-11:37 (37 min) - 20 pg
<ul style="list-style-type: none"> - Analista em Ciência e Tecnologia e Coordenadora Geral do Programa de Pesquisa em Saúde do CNPq no período 2001 – 2007. - Cargo ocupado no momento da entrevista: assessora do Centro de Gestão de Estudos Estratégicos – CGEE. 	<ul style="list-style-type: none"> - Grupo dos Gestores Federais da área de C&T. - Coordenadora-geral do Programa de Pesquisa em Saúde do CNPq – entre 2001 e 2007. 	<ul style="list-style-type: none"> - 14/01/2015 - 11:06-12:50 (104 min) - 28 pg
<ul style="list-style-type: none"> - Coordenadora da área de Desenvolvimento Institucional e de pesquisa e desenvolvimento tecnológico para os estados no DECIT: 2003 a 2004. - Diretora do DECIT: 2005 a 2008. - Cargo ocupado no momento da entrevista: Assessora Regional de Saúde Sexual e Reprodutiva para as Américas da Organização Mundial da Saúde: a partir de 2008 (permanece no cargo em 2014). 	<ul style="list-style-type: none"> - Grupo dos Gestores Federais da Saúde. - Diretora do DECIT: 2005 a 2008. 	<ul style="list-style-type: none"> - 03/12/2014 - 18:07-19:38 (91 min) - 19 pg

ANEXO 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Universidade de Brasília
Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade
Programa de Pós-graduação em Administração

Termo de consentimento livre e esclarecido

O Sr(a) está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada “A coordenação interorganizacional da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde no período 2003–2010: o caso do Programa de Pesquisa para o SUS - PPSUS”, desenvolvida por Lucia de Fatima Nascimento de Queiroz, sob orientação do Prof. Luiz Guilherme de Oliveira.

A pesquisa dará origem a uma tese, que será defendida no Programa de Pós-Graduação em Administração (PPGA), da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade (FACE), da Universidade de Brasília (UnB), como requisito parcial para obtenção do título de doutora.

O Sr(a) foi selecionado pelo conhecimento acumulado e pela função relevante que exerceu, durante o período estudado, no contexto de implantação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde - PNCTIS e do Programa de Pesquisa para o SUS – PPSUS. A sua participação não é obrigatória e a qualquer momento o Sr. pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo para sua relação com a pesquisadora ou para o PPGA/UnB.

Este trabalho propõe-se a analisar os fatores relacionados à implementação do PPSUS no contexto da PNCTIS. Para tanto, está prevista a coleta de dados sobre os atores relevantes, sobre a natureza das relações interorganizacionais e sobre as temáticas predominantes na coordenação interorganizacional ao longo do período estudado.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista sobre o período no qual o(a) senhor(a) atuou como _____ e oferecer informações relativas ao contexto de implantação do PPSUS; às interfaces estabelecidas por (organizações envolvidas na implementação do PPSUS); aos principais temas presentes na agenda decisória e aos resultados que podem ser atribuídos à implantação do PPSUS.

A sua entrevista será gravada, visando facilitar o processo de análise. A gravação ficará em posse exclusiva da pesquisadora e será utilizada apenas para fins deste estudo, sendo os registros destruídos após o período de cinco anos, conforme a Resolução n.196/96.

As informações provenientes das entrevistas serão cotejadas com outras fontes de pesquisa, sendo sua interpretação e análise de responsabilidade da pesquisadora. Na eventualidade da citação da fala de um entrevistado, os dados de identificação não serão expostos, podendo ser feita alguma referência mais genérica ao grupo a que pertence o entrevistado. Contudo, seu nome será citado na relação de entrevistados. Caso haja interesse, a pesquisadora se compromete a devolver os resultados do estudo aos entrevistados, por meio de envio do trabalho final redigido.

O Sr(a) receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora e poderá esclarecer suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação agora ou a qualquer momento.

Lucia de Fatima Nascimento de Queiroz
 Pesquisadora

Universidade de Brasília – UnB - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade (FACE)
 Programa de Pós Graduação em Administração – PPGA
 Campus Universitário Darcy Ribeiro – Prédio da FACE - CEP: 70910-900 – Brasília – DF - Telefones: 61
 – 3107 0759 - Endereço eletrônico: www.ppga.unb.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

ANEXO 4 – EXEMPLO DE MATRIZ UTILIZADA PARA CODIFICAÇÃO DOS DADOS DAS ENTREVISTAS

Construto: Institucionalidade do Programa – regras, normas e estratégias				
Organização:				
Código do Entrevistado	Código da pergunta na entrevista	Como você vê a proposição/advento do PPSUS no contexto de implementação da PNS?	Quais as regras/normas/estratégias que você destacaria na formulação e a implementação do PPSUS?	Você identifica alguma mudança nas regras ocorrida no decorrer da implementação do programa?
E1	001	Transcrição do trecho da resposta, com vinculação aos construtos	–	–
E2	–	–	–	–
E3	–	–	–	–
E4	–	–	–	–

ANEXO 5 - ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. PERÍODO 2000–2002



Fonte: BRASIL, 2002.

ANEXO 6 – ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE – 2003, CONFORME DECRETO Nº 4726, DE 9 DE JUNHO DE 2003

