



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

LETÍCIA CARLOS SOARES

**ANÁLISE DO FOMENTO À PESQUISA EM SAÚDE SEXUAL E
REPRODUTIVA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL**

Brasília

2015

LETÍCIA CARLOS SOARES

**ANÁLISE DO FOMENTO À PESQUISA EM SAÚDE SEXUAL E
REPRODUTIVA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade de Brasília – UnB, Faculdade de Ceilândia – FCE, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora:

Prof.^a Dr.^a Antonia de Jesus Angulo Tuesta

Brasília

2015

ANÁLISE DO FOMENTO À PESQUISA EM SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL

LETÍCIA CARLOS SOARES

Monografia apresentada à Universidade de Brasília – UnB, Faculdade de Ceilândia – FCE, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em 07 de julho de 2015.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Antonia de Jesus Angulo Tuesta
Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Orientadora

Prof.^a Dr.^a Maria Regina Fernandes de Oliveira
Universidade de Brasília
Faculdade de Medicina
Avaliadora

Prof.^a Dr.^a Ana Maria Costa
Escola Superior de Ciências da Saúde - DF
Avaliadora

Brasília

2015

Dedico este trabalho

À minha mãe e meu pai, pelo apoio, amor e esforço para que eu alcançasse mais este sonho;

À família Carlos Soares, pelo amor a mim dedicado;

Aos meus professores de graduação, por transmitirem seus conhecimentos e contribuírem para meu desenvolvimento acadêmico;

E, sobretudo a DEUS, meu Pai, misericordioso e amoroso.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por permitir mais esta conquista, pela força diária para que não me perdesse no meio do caminho, e pela intercessão materna de Nossa Senhora, fundamentais para a conclusão dessa graduação.

Agradeço à minha mãe e meu pai, Maria José e Vicente, por todo amor, apoio, incentivo, sacrifícios e renúncias para que eu chegasse até este momento, e principalmente por me ensinarem desde sempre o valor dos estudos. Muito obrigada por tudo, esta conquista também é de vocês!

Aos meus avós falecidos, Verônica e Manoel, e Edite e Vidal, que lá do céu olharam por mim nessa caminhada, e que estariam muito felizes com esta minha conquista, a eles meu amor e gratidão eternas. A Dona Valdelice, por todo carinho e incentivo aos estudos.

À minha família, minhas irmãs Vanessa Carlos e Beatriz Carlos, meus tios Cláudio, Jucélia, Ricardo, Rogério e meus padrinhos Maria do Socorro e Nabi, por todo apoio oferecido nesta jornada, pelas palavras de incentivo e carinho. E todos meus familiares.

Às minhas amigas, que trilharam esta caminhada junto a mim, nos bons e maus momentos, por todo amor, carinho, conselhos e ensinamentos, que me fizeram uma pessoa melhor, Luana Galeno, Jackeline Magalhães, Márcia França e Laísa de Almeida. À sétima turma de Saúde Coletiva, meu muito obrigada pelo companheirismo, risadas e todos os aprendizados que levarei para vida. Aos meus amigos da Equipe das Crianças e Grupo de Evangelização São Miguel Arcanjo, por todo apoio e incentivo para a finalização deste trabalho.

Às professoras, Doutora Olga Maria Ramalho Albuquerque, por primeiro me mostrar a essência da Saúde Coletiva e demais ensinamentos, e Doutora Antonia de Jesus Angulo Tuesta, por gentilmente ter aceitado ser minha orientadora neste trabalho de conclusão de curso, por ter me convidado a participar do Projeto de Iniciação Científica “Impacto da Pesquisa em Saúde Sexual e Reprodutiva Financiada por Instituições Governamentais no Brasil”, que me incentivou a desenvolvermos juntas o tema deste trabalho, agradeço por cada ensinamento e conselhos, que me fizeram crescer como futura sanitária de formação.

À banca examinadora, pela disposição em fazer parte da banca e pelas contribuições para aperfeiçoamento deste trabalho.

Aos meus professores de graduação, por todo aprendizado e dedicação que contribuíram para meu crescimento profissional e pessoal.

E a todos aqueles que me ajudaram e contribuíram de alguma forma para a conclusão desta etapa em minha vida. Obrigada a todos!

*Sei que meu trabalho é uma gota no oceano, mas sem ele, o oceano seria
menor.*

Madre Teresa de Calcutá

O primeiro passo para conseguir algo é desejá-lo.

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

A produção de pesquisa em saúde tem reflexos positivos no setor quando bem direcionada e empregada pelas autoridades competentes, para oferecer espaços favoráveis para a promoção de intervenções no sistema de saúde, por meio dos conhecimentos e tecnologias gerados. Na última década o Brasil vem incentivando a expansão na capacidade de Pesquisa & Desenvolvimento (P&D) por meio da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) e Agenda Nacional de Prioridade de Pesquisa em Saúde (ANPPS) e especificamente o Programa Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (PPSUS). A Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS) em parceria com instituições de fomento nacionais e estaduais financiou pesquisas em Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) orientadas pelas prioridades de pesquisa definidas por diversos atores sociais desde 2004. O objetivo desta pesquisa foi analisar a correlação entre a situação da saúde sexual e reprodutiva e os temas de pesquisa financiados pelo Ministério da Saúde e parceiros, nos anos de 2004 a 2013, no Brasil. Este é um estudo descritivo de abordagem qualitativa e quantitativa. A identificação das pesquisas foi realizada no sistema eletrônico PesquisaSaúde do MS. Foram financiadas 425 pesquisas em SSR, de 2004 a 2013, com R\$ 55,187 milhões de reais investidos por meio de 126 editais, 71,5% provenientes do fomento descentralizado (PPSUS). Os temas mais financiados foram gravidez, parto e puerpério (60,7%), DST/Aids (17,9%) e câncer ginecológico (8,5%). Quanto aos subtemas, os mais frequentes foram morbimortalidade materna e neonatal (21,4%), prevalência de DST (8%), e câncer de colo uterino (7,7%). Foram beneficiadas 119 instituições, principalmente, as de ensino superior (82,6%) e institutos de pesquisa (10,1%). Aproximadamente 60% dos recursos empregados estavam concentrados em dez instituições, com destaque para o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento que empregou 14% do valor total. As instituições das regiões sudeste e nordeste foram as principais beneficiadas financeiramente com 61,3% e 16% respectivamente, e concentradas nos estados de São Paulo (40%), Rio de Janeiro (14,2%) e Rio Grande do Sul (6,8%), Roraima foi o único estado que não teve nenhum estudo em SSR financiado. Cerca de 57% dos editais financiados apresentavam em suas respectivas linhas temáticas, questões voltadas para SSR. Os resultados apresentados sugerem que, os temas e subtemas mais financiados pelo Ministério da Saúde e parceiros institucionais, nos anos de 2004 a 2013, são de relevância às questões da SSR, a exemplo da morbimortalidade materna e neonatal e câncer de colo uterino. No entanto, é necessário promover outros debates e temas também prioritários, a exemplo do aborto, cesarianas, violência (contra a mulher, sexual e de gênero), os outros tipos de câncer ginecológico, contracepção e concepção, saúde sexual e reprodutiva do homem, e outros assuntos que tem igual importância para as categorias da SSR. A utilização dos resultados das pesquisas pode contribuir para o enfrentamento das dificuldades, porém, para maiores e melhores resultados, a agenda da SSR precisa ser atualizada, devido às novas necessidades de saúde, priorizando a diminuição das desigualdades, principalmente as regionais, para contemplar o princípio da equidade.

Palavras-chave: Pesquisa em Saúde; Saúde Sexual e Reprodutiva; Financiamento da pesquisa; Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde.

ABSTRACT

Production of health research have a positive impact in the industry when properly directed and used by the competent authorities, to offer favorable spaces for the promotion interventions in the health system, via the generated knowledge and technologies. Brazil has been encouraging the expansion in capacity of Research & Development (R&D) through policies and programs successful in the last decade, such as the Research Program for the National Health System (RPNHS), National Policy on Science, Technology and Innovation in Health (NPSTIH) and National Agenda of Priority Research in Health (NAPRH). The Secretariat of Science, Technology and Strategic Inputs of the Ministry of Health (SSTSI/MH) in partnership with national and state fomentation institutions funded researchs Sexual and Reproductive Health (SRH) oriented by search priorities defined by various social actors since 2004. The objective of this research was to analyze the correlation between the situation of sexual and reproductive health and the research topics funded by the Ministry of Health and partners, in the years 2004 to 2013, in Brazil. This is a descriptive study of qualitative and quantitative approach. The identification of the research was carried out in the electronics Search Health of the MH. 425 surveys were funded in SRH, from 2004 to 2013, with R\$ 55,187 million invested real. The most financed themes in SRH were pregnancy, childbirth and postpartum (60.7%), STD / AIDS (17.9%) and gynecological cancer (8.5%). Regarding the sub-themes, the most present were maternal and neonatal mortality (21.4%), STD prevalence (8%), and cervical cancer (7.7%). Were funded 126 notices, with 71.5% coming from the decentralized development (RPNHS). The year 2004 stood out as the percentage of studies (21.4%), and 2013 the percentage of resources used (24.5%). 119 institutions have benefited mainly the higher education (82.6%) and research institutes (10.1%). Approximately 60% of employees resources were concentrated in ten institutions, especially the Brazilian Center for Analysis and Planning which employed 14% of the total. The institutions of the Southeast and Northeast regions were the main beneficiaries economically with 61.3% and 16% respectively, and concentrated in the states of São Paulo (40%), Rio de Janeiro (14.2%) and Rio Grande do Sul (6,8%), Roraima had no funded study in health. About 57% of funded ads presented in their respective thematic areas about SRH. The results suggest that the themes and sub-themes more funded by the Ministry of Health and institutional partners, in the years 2004 to 2013, are relevant issues that concern the SRH, the example of maternal and neonatal mortality and cervical cancer. However, it is also necessary to promote other priority debates and topics, like abortion, caesarean sections, violence (against women, sexual and gender), other types of gynecological cancer, contraception and conception, sexual and reproductive health of man, and other matters that are of equal importance to the infinity of categories covering the SRH. The use of research results may contribute to face the difficulties, however, to bigger and better results, NAPRH needs to be updated, due to new health needs, so that there is reduction of inequalities, particularly regional, to contemplate the principle of equity.

Keywords: Health Research; Sexual and Reproductive Health; Research Financing; Health Research Agenda.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANPPS – Agenda Nacional de Prioridade de Pesquisa em Saúde

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

C&T – Ciência e Tecnologia

CIPD – Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

CNCTIS – Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde

CTI&S – Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde

Decit – Departamento de Ciência e Tecnologia

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

P&D – Pesquisa e Desenvolvimento

PNCTIS – Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde

PPSUS – Programa Pesquisa para o Sistema Único de Saúde

SCTIE – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

SSR – Saúde Sexual e Reprodutiva

SUS – Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição percentual de temas e subtemas das pesquisas financiadas em saúde sexual e reprodutiva. Brasil, 2004 - 2013.....	35
Tabela 2 - Distribuição percentual de recursos totais e pesquisas financiadas em saúde sexual e reprodutiva por região. Brasil, 2004 – 2013.....	41
Tabela 3 - Distribuição percentual de recursos totais e pesquisas financiadas em saúde sexual e reprodutiva por Unidades Federativas. Brasil, 2004 – 2013.....	42
Tabela 4 - Distribuição percentual de recursos totais e área de atuação da instituição do coordenador das pesquisas financiadas. Brasil, 2004 – 2013.....	43
Tabela 5 - Distribuição percentual das dez primeiras instituições e pesquisas em saúde sexual e reprodutiva por recursos totais. Brasil, 2004 – 2013.....	44
Tabela 6 – Distribuição percentual das dez últimas instituições e pesquisas em saúde sexual e reprodutiva por recursos totais.....	45
Tabela 7 - Distribuição percentual de editais, pesquisas e recursos financiados em saúde sexual e reprodutiva por modalidade de fomento. Brasil, 2004-2013.....	45
Tabela 8 - Distribuição percentual dos dez primeiros editais e pesquisas financiadas por recursos totais. Brasil, 2004 – 2013.....	46

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição percentual de pesquisas financiadas em saúde sexual e reprodutiva por tipo de abordagem. Brasil, 2004-2013.....	36
Gráfico 2 – Distribuição percentual de recursos e pesquisas financiadas em saúde sexual e reprodutiva por ano do edital. Brasil, 2004-2013.....	43
Gráfico 3 – Distribuição percentual de editais financiados que contemplavam em suas linhas temáticas a saúde sexual e reprodutiva. Brasil, 2004-2013.....	47

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 - Caracterização dos aspectos abordados nas pesquisas financiadas em saúde sexual e reprodutiva por subtemas. Brasil, 2004-2013.....	37
--	----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. JUSTIFICATIVA	16
3. REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1 Situação da Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil	17
3.2 Pesquisa em Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil	24
3.3 Fomento a Pesquisa em Saúde Sexual e Reprodutiva	26
4. OBJETIVOS	30
4.1. Geral	30
4.2. Específicos	30
5. METODOLOGIA	31
5.1 Pesquisa bibliográfica	31
5.2 Coleta de dados	31
5.3 Análise dos dados	32
5.4 Aspectos éticos	33
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
6.1 Financiamento de temas de pesquisas em saúde sexual e reprodutiva	34
6.2 Características de investimento das pesquisas em saúde sexual e reprodutiva	40
6.3 Modalidades de fomento e editais das pesquisas em saúde sexual e reprodutiva	45
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS	52

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, as contribuições propiciadas pela Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (CTI&S) são resultado do desenvolvimento da atividade de pesquisa em saúde no país, que nos últimos dez anos tem tido incentivos governamentais importantes para o estabelecimento de um pólo imponente e diversificado no setor saúde, tais como a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) e a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS), ambas aprovadas na II Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, realizada em 2004.

A Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS) em parceria com instituições de fomento a pesquisa nacional e estadual e secretarias estaduais de saúde financiou pesquisas em saúde sexual e reprodutiva orientadas pelas prioridades de pesquisa definidas pela subagenda de saúde da mulher da ANPPS.

De acordo com a Conferência Internacional de Populações e Desenvolvimento (CIPD), compreende-se por Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR), um conceito amplo e não restrito à ausência de doenças, que integra um conjunto de ações e serviços, para fins de tratamento, prevenção e promoção da saúde, de modo a assegurar o estado de bem-estar sexual e reprodutivo, tendo liberdade e autonomia para realizá-los (NACIONES UNIDAS, 1995).

No Brasil, questões relacionadas à temática são preocupantes, como mortes maternas associadas ao aborto, doenças hipertensivas e complicações do trabalho de parto, agravadas, sobretudo, pelas diferenças socioeconômicas e regionais de assistência, e o número exagerado de partos cesáreos realizados no país (BRASIL, 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde, entre as causas de mortes maternas no país, há um predomínio das causas obstétricas diretas, com destaque para hipertensão e hemorragia, que no ano de 2012, representaram 20,2% e 11,9% respectivamente, do total de óbitos maternos. Infecção puerperal e aborto são outras causas diretas importantes no Brasil, que no mesmo período corresponderam a 7,3% e 4,5% de mortes maternas. Quanto às causas indiretas, o grupo das doenças do aparelho circulatório complicadas pela gestação, pelo parto ou pelo puerpério (099.4 da CID-10), representou 7,3% dos óbitos maternos (BRASIL, 2014a).

O desenvolvimento e resultados das pesquisas na área podem contribuir de forma singular para o enfrentamento dos problemas, oferecendo respostas favoráveis para a

promoção de intervenções no sistema de saúde, por meio dos conhecimentos e tecnologias gerados.

A pesquisa em saúde pode ser entendida como um “componente indispensável ao crescimento e desenvolvimento de povos e nações”, além de ser fundamental para o processo de tomada de decisão (BRASIL, 2007, p. 12). Para Morel (2004), esses benefícios serão alcançados somente com a incorporação dos resultados nas políticas e ações em saúde pública.

De acordo com Francisco, Dixon-Mueller e D’Arcangues (2007), a pesquisa em saúde sexual e reprodutiva deve ser entendida como a articulação de um conjunto de conhecimentos, ações e serviços básicos integrados, tendo “papel chave” para o alcance de avanços na continuidade do bem-estar sexual e reprodutivo.

Diante do panorama geral da situação de saúde sexual e reprodutiva no país e do potencial de utilização da pesquisa na formulação de políticas e implementação de estratégias e intervenções em saúde, este estudo foi orientado pela seguinte pergunta: Qual a relação entre a situação de saúde sexual e reprodutiva e os temas de pesquisa financiados no Brasil de 2004 a 2013?

A análise da relação entre temas financiados e a situação da saúde sexual e reprodutiva no Brasil, é ainda um campo pouco explorado. A partir disso, aprofundar mais nessa assertiva constitui o foco central do presente estudo, de modo a conhecer os fluxos de investimentos de acordo com variáveis de financiamento definidas, por tipos de abordagens utilizadas nas pesquisas, além dos assuntos trabalhados por tema, de modo a contextualizar a discussão do fomento às pesquisas em saúde sexual e reprodutiva no Brasil.

2. JUSTIFICATIVA

A produção de pesquisa em saúde tem reflexos positivos no setor quando bem direcionada e empregada pelas autoridades competentes, de modo a ampliar o acesso, melhor alocar os recursos e conseqüente melhoria nos serviços. Para Noronha et al. (2009), é determinante a apropriação de maneira articulada, das políticas públicas em saúde, C&T e produção industrial, pois somente assim, os resultados de produção científica serão melhor aproveitados e aplicados para responder satisfatoriamente as demandas da população. O tema de estudo é bastante relevante para o campo da Saúde Coletiva, a fim de que os futuros gestores se apropriem de seus resultados e os transformem em contribuições para a saúde pública.

O Brasil vem incentivando a ampliação na capacidade de P&D por meio de políticas e programas de sucesso na última década, como o PPSUS, PNCTIS e ANPPS. Estes aproximaram a atividade de pesquisa no setor com as genuínas necessidades de saúde populacionais (GUIMARÃES, 2004).

Esses incentivos contribuem para produção de conhecimentos, elaboração de estratégias, políticas, programas e ações para melhorias no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, a exemplo das lacunas que merecem atenção, sobretudo referente ao aborto inseguro e os números exacerbados de cesáreas realizadas no país (VICTORA et al., 2011; BRASIL, 2012).

Durante a graduação participei de um projeto de iniciação científica, em que o tema abordado era o impacto das pesquisas em saúde sexual e reprodutiva, que em seu decorrer, tive grande interesse em aprofundar meus conhecimentos e que me motivou a estudar o presente tema. A temática a ser pesquisada não apresenta muitos estudos científicos publicados no país, o que reforça a relevância desta pesquisa, sobretudo para contribuições no Sistema Único de Saúde (SUS), tais como melhorias na assistência, ampliação do acesso e financiamento de mais pesquisas.

Analisar as possíveis e/ou prováveis relações de temas de pesquisa com as condições de SSR é relevante para a discussão a respeito das suas contribuições ao tema e se de fato as pesquisas são orientadas pelas demandas prioritárias de SSR no país.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Situação da Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil

Inicialmente, as distinções dos estados de saúde entre homens e mulheres eram encaradas com base em concepções equivocadas, onde o homem era um ser superior, forte, mais resistente, e a mulher como o sexo frágil. Com o tempo esse determinismo biológico foi sendo transformado, entrando a partir de então, a concepção socialmente construída das características femininas e masculinas (AQUINO, 2006).

Na década de 1990, foram realizados dois eventos considerados marcos de importância singular na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos. Em 1994, com a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), no Cairo, se estabeleceram pactos internacionais assinados por 179 países. Em 1995, esses pactos foram ampliados na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Pequim. Neste evento, assumiram-se modernas concepções sobre saúde sexual e reprodutiva, e principalmente de gênero, como o respeito aos princípios dos direitos humanos, exclusão de todas as maneiras de discriminação, assim como empoderamento das mulheres e igualdade de gênero (NACIONES UNIDAS, 1996).

Em seu Programa de Ação, a CIPD conceituou saúde reprodutiva, em seu capítulo VII, parágrafo 7.2, como sendo um direito, em que cada cidadão pudesse exercê-la de forma autônoma e livre:

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e as suas funções e processos, e não de mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para se reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. (...) Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva. Isso inclui também a saúde sexual, cuja finalidade é a intensificação das relações vitais e pessoais e não simples aconselhamento e assistência relativos à reprodução e a doenças sexualmente transmissíveis (NACIONES UNIDAS, 1995, p. 37).

Esta definição engloba ainda a saúde sexual, colocando-a como parte integrante da saúde reprodutiva. Além disso, o programa de ação pontua que o Estado é o responsável por prover meios seguros para suas práticas. Este levanta temas importantes e prioritários, que orientaram a presente pesquisa na descrição da situação de saúde SSR, além do entendimento do campo como a descrita na conferência. São eles, contraceptivos, infertilidade feminina e masculina, gravidez, parto e puerpério, DST, Aids, doenças infecciosas e não infecciosas do

aparelho reprodutor (esta última envolve por exemplo, fístula obstétrica, prolapso uterino e câncer ginecológico), sexualidade, saúde sexual, violência sexual e violência contra a mulher.

Depois deste conceito, outros foram disseminados e ampliados. De acordo com Díaz, Cabral e Santos (2004) o conceito de saúde reprodutiva é aceito até hoje, pois contempla o que o movimento feminista entende por saúde sexual e reprodutiva e toda sua diversidade envolvida.

Para Ávila (2003, p. 467), o conceito de saúde reprodutiva compreende o “respeito à igualdade e à liberdade na esfera da vida reprodutiva” e saúde sexual é entendida como “respeito à igualdade e à liberdade no exercício da sexualidade”. A autora expõe que por anos, pensamentos conservadores e tradicionais assumiam a heterossexualidade como a única e aceita, por ter a finalidade de procriação, e que ainda persiste fortemente quanto à desigualdade entre homens e mulheres, o que infere nas questões de igualdade e liberdade de gênero. O pleno exercício da saúde sexual e reprodutiva deve ser encarado como direito da população em sua totalidade, não apenas legítimo de um grupo social que se enquadre com os parâmetros “aceitos” pela maioria.

Ventura (2009, p. 19) define os direitos reprodutivos como os “princípios e normas de direitos humanos que garantem o exercício individual, livre e responsável, da sexualidade e reprodução humana”. Sinaliza ainda, que a CIPD foi importante na garantia de alguns aspectos referentes aos direitos sexuais e reprodutivos, e principalmente aos direitos humanos, a nível internacional.

De acordo com Berer (2013) o plano de ação da CIPD foi proposto em uma realidade diferente da atual. É importante que as questões que tangem à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos sejam conformadas de acordo com a situação presente. Além disso, é necessário compreender que SSR não diz respeito somente às mulheres.

Para Costa (2009), a CIPD representou um processo reducionista do que seria a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, por seu caráter de fragmentação voltado para os aspectos reprodutivos, deixando de fora o princípio da integralidade em saúde. Além disso, a conferência desconsidera as conquistas brasileiras sobre saúde da mulher, a exemplo do PAISM.

As interpretações sobre saúde sexual e reprodutiva assumem a questão de cidadania, sem impedimentos de sua prática por discriminação e preconceito. A ampliação do entendimento desses conceitos é importante para a prestação de cuidados, tendo em vista que,

atualmente, existem outras demandas de saúde, formas de relacionamento, assim como as famílias não se constituem mais somente por pai, mãe e filhos (BRASIL, 2013a).

No país, as questões referentes à SSR foram priorizadas como parte fundamental na garantia dos direitos humanos. Como referências nacionais é possível elencar o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM, 1984), a Constituição Federal (1988), a Lei nº 9.263/1996, que regulamenta o “parágrafo 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências”, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004), e a mais recente, em 2005, a Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos (BRASIL, 2013a). Os marcos supracitados e outros elementos contribuíram para a conformação atual da situação de SSR no Brasil.

De acordo com o último Censo Demográfico, a população é constituída por 97.348.809 mulheres, em que a maior parte reside na região Sudeste (42,4%). Da população total de mulheres, a maioria é jovem, sendo que 63,8% estavam em idade fértil (10-49 anos). Quanto à taxa de fecundidade, esta foi de 1,90 filho por mulher, uma redução de 20,1% em relação ao censo anterior. O valor atual está abaixo da taxa de reposição (2,1%), o que implica em consequente diminuição populacional, que em algumas décadas, o país terá sua estrutura reduzida (BRASIL, 2012).

Segundo o MS, em um número especial que tratou de saúde da mulher, no ano de 2010, ocorreram 487.137 óbitos de mulheres no Brasil, cujos maiores números foram da região Sudeste e Nordeste. A maior causa de óbitos de mulheres no país é associada às doenças do aparelho circulatório, que em 2010, representou 34,2% do total de mortes, seguida das neoplasias (18,3%). De 2000 a 2010, houve um aumento do número de óbitos por neoplasias malignas, de 15% para 16,5%, respectivamente, com participação significativa do câncer de mama, que saltou de 9,6 para 13,1 óbitos a cada 100 mil mulheres; quanto aos óbitos por câncer de pulmão e colo de útero, ambos apresentaram uma pequena elevação no número de casos. Para o MS, estes dados da mortalidade feminina sugerem o envelhecimento progressivo desta população, acometida principalmente por doenças crônicas (BRASIL, 2012).

A violência contra a mulher é outro fator considerável para o setor saúde, sua ocorrência tem por resultados “lesões físicas e gestações indesejadas, infecções sexualmente transmissíveis (inclusive pelo HIV), problemas emocionais, tais como ansiedade e depressão e, em casos extremos, homicídio ou suicídio” (BRASIL, 2012, p. 329). No ano de 2010,

foram notificados 27.176 casos de violência, a maioria contra mulheres entre 20 a 29 anos (42,5%), casadas e o agressor na grande parte, o próprio cônjuge, cujas características da agressão eram de violência doméstica (BRASIL, 2012). Mediante pressão dos movimentos sociais, foi sancionada a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, conhecida como Maria da Penha, como uma das medidas para coibir a violência contra a mulher. Apesar dos esforços, segundo publicação da Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), o número de notificações tem aumentado largamente, de 2009 a 2010, foram registrados 41.144 casos de mulheres adultas vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências (BRASIL, 2013b). A notificação dos casos de violência é essencial para a produção de informações e elaboração de medidas de enfrentamento propiciando espaços favoráveis de saúde e cultura de paz (BRASIL, 2012).

O planejamento familiar constitui um dos direitos sexuais e reprodutivos essenciais, que uma vez oferecidos de maneira ampla e de qualidade é capaz de transformar realidades, como por exemplo, o aborto inseguro. A estratégia objetiva ofertar meios de contracepção, como também tratar a infertilidade masculina e feminina, e permitir que o casal opte pelo número de filhos que deseja ter e quando os ter, medidas estas que desaceleram a fertilidade. Criada em 2007, a Política Nacional de Planejamento Familiar, disponibiliza métodos contraceptivos e a comercialização de medicamentos anticoncepcionais com desconto nas farmácias populares. O MS, no ano de 2008, disponibilizou os métodos por todos os municípios do país, e em 2009 expandiu a oferta de vasectomias e laqueaduras, anticoncepcionais e preservativos (BRASIL, 2011).

Nesta mesma publicação, o Ministério divulgou alguns dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), financiada em 2006 e apresentou que cerca de 46% das gestações não são planejadas, e que os métodos para evitá-las mais utilizados são os anticoncepcionais e o Dispositivo Intrauterino (DIU). A oferta de métodos contraceptivos nas instituições públicas de saúde e a compra facilitada nas farmácias populares, com o advento da política, permitiram o decréscimo de 20% da gravidez na adolescência, no período de 2003 a 2009 (BRASIL, 2011).

A presença de doenças sexualmente transmissíveis (DST) oferecem riscos à saúde, principalmente, por contribuírem com a mortalidade materna e infantil. De 2000 até junho de 2014, realizaram-se 84.558 notificações de grávidas infectadas por HIV. Segundo o MS, a detecção de mulheres grávidas com HIV no país, obteve um aumento de 25%, nos últimos dez anos. No mesmo período, a transmissão vertical do HIV diminuiu em 35,7% (BRASIL,

2014b). Estima-se que há 734 mil pessoas vivendo com HIV/Aids no país, em que a faixa etária está entre 25 a 39 anos de idade. Desde 1980 até dezembro de 2013, o número de óbitos por Aids foram de 278.306 mortes, grande parte concentrada na região Sudeste (61,8%).

Ao longo dos anos, transformações importantes contribuíram para melhorias na saúde da mulher, principalmente na saúde materna, podendo-se citar que, as “melhorias na educação das mulheres, urbanização e mudanças no papel das mulheres na sociedade (por exemplo, maior acesso ao mercado de trabalho e menor número de filhos), afetaram positivamente os indicadores sexuais e reprodutivos” (VICTORA et al., 2011, p. 34).

O acesso ao pré-natal e ao parto tiveram aumento importante, resultado da crescente cobertura de serviços assistenciais, buscando a superação das diferenças regionais. Quanto às consultas de pré-natal, em 2010, 61,1% das mulheres realizaram sete ou mais consultas, número recomendado, ultrapassando o percentual observado em 2000 (46%), que possibilitou um número maior de nascimentos (BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde encomendou a Pesquisa Nacional Nascer no Brasil, para conhecer as condições em que nascem os brasileiros, tendo em vista que no país o parto e nascimento, quando por meio natural é carregado de manobras e dor, já por procedimento cirúrgico, a cesariana, vem como alternativa ao desconforto do parto natural, porém, na maioria dos casos, sua realização é desnecessária. Foram realizadas coletas de dados e entrevistas em hospitais (públicos, privados e mistos), de 2011 a 2012 (LEAL e GAMA, 2014). Os dois parágrafos seguintes são alguns dos resultados da Pesquisa Nascer no Brasil.

A pesquisa identificou uma cobertura de 98,7% da assistência pré-natal no país, sendo que cerca de 75,8% das gestantes entrevistadas deram início a assistência até a 16ª semana gestacional. Contudo, somente 73,1% realizaram a quantidade mínima de consultas (6). A maioria das consultas de pré-natal aconteceu nos serviços públicos. Apesar da significativa cobertura, existem dificuldades importantes de acesso, de natureza social e regional, como os encontrados pelas mulheres indígenas e negras, as com baixa escolaridade, as com maior número de gestações, e as residentes nas regiões Nordeste e Norte. Além disso, observou-se baixa proporção de orientações durante o pré-natal, mostrando que o serviço falha no que tange à preparação das gestantes para o parto e amamentação (VIELLAS et al., 2014).

A mortalidade neonatal registrou taxa de 11,1 óbitos por mil nascidos vivos, sendo mais frequente nas regiões Nordeste e Sudeste. As principais causas foram prematuridade e malformações congênitas, e mais da metade dos óbitos ocorreram em crianças nascidas por cesariana (56,7%). O recebimento de assistência incorreta no pré-natal e no processo de

trabalho de parto e parto foi um dos determinantes importantes para óbitos neonatais, assim como baixa escolaridade, residir na região Nordeste e peregrinação para o parto (LANSKY, et al., 2014).

Para Victora et al. (2011), o crescimento no acesso aos serviços de pré-natal e parto, contribuíram e contribuem para um importante desafio atual, a abusiva “medicalização”, que incluem partos cesáreos, episiotomia¹ e excesso de exames de ultrassom. Para os autores, o aumento de cesarianas, principalmente, é o cenário de grande preocupação dos profissionais de saúde pública e de alguns movimentos feministas.

Segundo o Ministério da Saúde, no ano de 1994, a taxa do país de cesáreas era de cerca de 32%, em 2010 chegou aos 52%. Vale salientar, que as regiões Norte e Nordeste, mantiveram em ambos os anos, as taxas abaixo das observadas no país, diferentemente das demais regiões. Além disso, o setor privado de saúde contribui majoritariamente para a taxa nacional deste procedimento, realizado em maiores proporções, quando comparado ao SUS (BRASIL, 2012). A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece que taxas acima de 15% de cesáreas, são consideradas abusivas (OMS, 1985). No Brasil, a taxa supera três vezes o percentual recomendado pela OMS, o que reforça a preocupação de entidades de saúde pública em reduzir estas taxas, tendo em vista as complicações em que mães e bebês estão expostos, como mortalidade materna, infecção puerperal, e contribuição nos nascimentos pré-termo (BRASIL, 2012).

Como estratégia para redução de cesáreas no setor privado, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), regulamentou a Resolução Normativa, nº 368, de 6 de janeiro de 2015, que em seu Art. 1º:

Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar (BRASIL, 2015).

A ANS tem por intenção com a normativa, promover a decisão informada das mães a respeito do tipo de parto, por meio de estatísticas, taxas e informações pertinentes, como fonte para decréscimo do número de partos cesáreos realizados nos serviços privados, que segundo a agência chegam a 84%.

Segundo dados da pesquisa Nascer no Brasil, as cesarianas estão próxima dos 90% no segmento privado, indicando que, possivelmente, a escolha pelo procedimento está

¹ Episiotomia é um procedimento que consiste no “alargamento do períneo, realizada por incisão cirúrgica durante o último período do trabalho de parto, com tesoura ou lâmina de bisturi, requerendo sutura para sua correção” (CARVALHO, SOUZA e FILHO, 2010, p. 266).

relacionada a aspectos não clínicos. A adoção de boas práticas, como utilização de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, equipes médicas e de enfermagem obstétricas integradas, características estas de um “hospital atípico”, contribuem para bons desfechos neonatais, representando benefícios para a mãe e bebê (TORRES et al., 2014). No estudo de Domingues et al. (2014), sobre a escolha da via de parto, cerca de 66% das gestantes entrevistadas, indicaram o parto vaginal como o de preferência, contra 27,6% para parto cesáreo, porém, ao final, 51,5% das mães optaram pela cesariana. As principais justificativas para a opção pelo parto cirúrgico foram medo da dor do parto vaginal, maior conforto para a mulher, planejar a data do parto, e experiências antecedentes ruins.

A Razão de Mortalidade Materna (RMM), por causas obstétricas diretas² é consideravelmente maior que as indiretas. As principais causas diretas de mortalidade materna no país são hipertensão e hemorragia, que no ano de 2010 totalizaram 19,7% e 10,9%, respectivamente (BRASIL, 2012).

Conforme publicação do MS, as principais causas de óbitos maternos no Brasil são hipertensão e hemorragia, que tem se mantido nas últimas décadas como causas primeiras. Em 2012, tiveram participação em 20,2% e 11,9% respectivamente, dos óbitos maternos. As infecções puerperais (7,3%) e abortos (4,5%) corresponderam a importantes percentuais dos óbitos maternos (BRASIL, 2014a). Para esta última causa, Victora et al (2011) discorrem que, de todas as causas de óbitos maternos, as complicações decorrentes de aborto são as mais subnotificadas, isso por que em 2008, ocorreram 215.000 hospitalizações no SUS relacionadas ao aborto, em que apenas 3.230 dessas decorreram por abortos legais.

Segundo Shah e Åhman (2013), no ano de 2008 foram realizados 21, 600 milhões de abortos inseguros no mundo e cerca de 98% ocorreram em países em desenvolvimento; o estudo identificou que mulheres com menos de 25 anos de idade estão mais expostas à gravidez indesejada e conseqüente aborto inseguro.

De acordo com Richardson e Birn (2013) o Brasil tem atuação governamental importante quanto aos aspectos da SSR, como assistência à gravidez, o planejamento familiar e o programa de tratamento para o HIV, porém, a realização de abortos ilegais são um significativo problema de mortalidade materna. Estima-se que ocorrem mais de 700.000 casos por ano e que devido seu caráter ilegal no Brasil, as mulheres recorrem a clínicas clandestinas, com profissionais desqualificados, ou ainda pela administração medicamentosa de

² Mortalidade materna por causa obstétrica direta refere-se aquela, “que ocorre por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas” (BRASIL, 2012, p. 348).

misoprostol. A realização de abortos inseguros no Brasil é um dos importantes problemas de saúde pública, em que questões socioeconômicas e culturais contribuem para os riscos, segundo Victora et al. (2011, p. 36) “(...) mulheres jovens, negras, pobres e residentes em áreas periurbanas são as mais comumente afetadas. Mulheres negras tem um risco três vezes maior de morrer de abortos inseguros que mulheres brancas”. Os autores afirmam que se faz necessária a mudança de postura a respeito da problemática, deixando a visão unicamente moral para o plano dos direitos sexuais e reprodutivos, visando contribuições para a saúde da mulher (VICTORA et al., 2011).

Segundo Ávila (2003) políticas públicas em saúde voltadas para a gravidez, parto, puerpério, aborto, DSTs entre outros relacionados à temática devem oferecer meios de prevenção e/ou tratamento para que o estado de bem-estar seja assegurado.

A literatura, inclusive a PNCTIS, aponta a superação das disparidades de gênero, sociais, econômicas, regionais e políticas, fortemente presentes na realidade brasileira, como fonte crucial para a transformação da situação de saúde populacional (ÁVILA, 2003; DÍAZ, CABRAL e SANTOS, 2004; VICTORA et al., 2011).

3.2 Pesquisa em Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil

Em 1994, ocorreu a 1ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (I CNCTIS), que se constituiu em um primeiro esforço para a discussão da atividade de pesquisa em saúde no país, sobre as dificuldades e recomendações de enfrentamento. Foi proposta a criação da PNCTIS, com a finalidade de provocar:

(...) 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. Em outras palavras, a lógica fundamental tem que estar marcada, fortemente, por um claro compromisso ético e social de melhoria, a curto, médio e longo prazos, das condições de saúde da população brasileira (BRASIL, 1994, p. 29).

Além da política, a conferência recomendou a institucionalização da Secretaria de Ciência e Tecnologia, atualmente a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), criada somente em 2003. As propostas da conferência para sinergia entre as ações de C&T e o setor saúde, só foram genuinamente retomadas, dez anos mais tarde, com a II CNCTIS.

A II CNCTIS ocorreu em julho de 2004, em Brasília, prosseguindo com as discussões deixadas pela I CNCTIS, produzindo avanços importantes para o atual cenário da CTIS, como

a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) e a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS). O objetivo principal desta foi além de deliberar questões relacionadas à CTIS no país, mas colocá-la como uma das consideráveis atividades do SUS (BRASIL, 2005).

A PNCTIS faz parte da Política Nacional de Saúde, sendo baseada nos princípios do SUS. A finalidade central da política “é contribuir para que o desenvolvimento nacional se faça de modo sustentável, e com apoio na produção de conhecimentos técnicos e científicos ajustados às necessidades econômicas, sociais, culturais e políticas do País” (BRASIL, 2008a, p. 5), de modo a aperfeiçoar os meios de geração e utilização do conhecimento científico e tecnológico pelas instituições de saúde e outros segmentos.

Define ainda pesquisa em saúde como todos os “conhecimentos, tecnologias e inovações de cuja aplicação resultem melhorias na saúde da população” (BRASIL, 2008a, p. 5), para tal fim consideram-se as pesquisas clínica, biomédica e de saúde pública, contemplando as fases básicas até as operacionais. O princípio base da PNCTIS, abrange, “o respeito à vida e à dignidade das pessoas, a melhoria da saúde da população brasileira, a busca da equidade em saúde, inclusão e controle social, respeito à pluralidade filosófica e metodológica” (BRASIL, 2008a, p. 17).

Para que o fortalecimento da atividade de pesquisa fosse efetivo, se fez necessária a criação de um sistema de prioridade de temas, direcionando a produção científica e tecnológica do país, visando contemplar todas as lacunas existentes. Para tanto, foram produzidos materiais sobre as principais particularidades da situação de saúde, um seminário em 2003 para definição dos temas, e por fim sujeitou-se à consulta pública, para seu aperfeiçoamento, com participação de profissionais da área e usuários (BRASIL, 2005).

A ANPPS foi aprovada na II CNCTIS, construída com o intuito de considerar as dificuldades nacionais e regionais de saúde. É composta por 24 subagendas de pesquisa em saúde. A subagenda 8, refere-se a saúde da mulher, e permeia os principais fatores de saúde sexual e reprodutiva, como aborto; contracepção e concepção; DST/Aids; gravidez, parto e puerpério; sexualidade; e violência, além de avaliação de políticas, programas e serviços em saúde reprodutiva (BRASIL, 2008b). Desde então, os temas citados foram estimulados à produção de P&D, com foco no enfrentamento de dificuldades e estabelecimento de equidade em saúde, no acesso a serviços e tecnologias. A exposição e discussão dos principais temas financiados de SSR estão nos resultados deste estudo.

A conferência foi um evento determinante para a consolidação do parque científico e tecnológico em saúde do Brasil, possibilitando meios de recursos financeiros e humanos qualificados, e conseqüente progresso para a saúde sexual e reprodutiva.

3.3 Fomento a Pesquisa em Saúde Sexual e Reprodutiva

Segundo Aquino (2006), a partir da década de 1990, os estudos acadêmicos sobre a saúde da mulher se intensificam, decorrentes do surgimento dos chamados “núcleos”, sob a influência do feminismo. Os estudos iniciais sobre saúde sexual e reprodutiva tinham por recorte as questões materno-infantil, assim como a mortalidade materna. Nos anos seguintes, foram abordados temas negligenciados e polêmicos, como violência e aborto, Aids em mulheres, trabalho doméstico e noturno, e parto cesáreo.

De acordo com Guimarães (2005), o setor saúde é o que mais necessita de recursos para o desenvolvimento de pesquisas mundialmente. Somente em 1998 estima-se que mais de 73 bilhões de dólares foram investidos, por cerca de 90% dos países desenvolvidos, com a finalidade de acabar ou reduzir os problemas de saúde. Destaca ainda que, no Brasil, o desenvolvimento de pesquisa em saúde é tido como modelo de inspiração, pois acumula muitas contribuições no mundo, além disso, é o país que mais tem pesquisadores e grupos de pesquisa ativos. Estes fatores contribuem significativamente nos avanços para atenção em saúde da população do país.

Após a II CNCTIS, a institucionalização da PNCTIS e ANPPS organizaram os fluxos de pesquisa em saúde no Brasil, inclusive sobre saúde sexual e reprodutiva, com a subagenda sobre saúde da mulher com os temas já citados, de modo a priorizar campos de P&D e atrelar às necessidades da população.

Os recursos destinados à pesquisa em saúde no Brasil estão apoiados por uma política, em que os estudos são selecionados por meio de editais com investimentos em áreas prioritárias, definidas pela ANPPS. Para o financiamento das pesquisas, o Ministério da Saúde estabeleceu parcerias com as chamadas agências de fomento, para auxílio financeiro e técnico na execução dos estudos. As agências principais são o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), a Financiadora de Estudos e Projetos (Finep), as Fundações de Amparo à Pesquisa estaduais (FAP) e as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) (BRASIL, 2008c).

De acordo com o MS (BRASIL, 2008c), de 2004 a 2007, aproximadamente 169 milhões de dólares foram aplicados, deste montante 73% foram encaminhados ao fomento nacional, 15% de contratação direta e 12% de fomento descentralizado. No mesmo período,

por volta de 2.300 estudos foram financiados, boa parte por meio de editais de fomento nacional (52%), que até 2006 tinha aumentado em 500% seus recursos.

Em 2013, os investimentos foram ampliados largamente, em um total de 248,7 milhões para a atividade de pesquisa em saúde, valor muito superior aos observados nos últimos anos, sobretudo em 2011, cujo acréscimo foi de 600% do incremento. Dos recursos investidos em 2013, a maior parte destinou-se a editais nacionais (104 milhões de reais), seguido dos 79 milhões designados para editais municipais, e 59,2 milhões para contratação direta. Foi anunciado ainda, um investimento de 47,1 milhões de reais para o desenvolvimento de 75 projetos de pesquisa, voltados para a construção da Rede Nacional de Pesquisa sobre Políticas de Saúde e a consolidação da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde, a Rebrats (BRASIL, 2013c).

Marziale e Mendes (2006) reforçam que, apesar dos esforços nacionais para incentivar o desenvolvimento científico no setor saúde, os investimentos precisam ser maiores, tendo em vista que o setor saúde é o que mais despende de recursos para pesquisa no mundo. Além disso, os entes estaduais e municipais devem se envolver mais, no que diz respeito ao apoio financeiro e parcerias com grandes empresas do setor, para que o resultado seja revertido em melhorias para o Sistema Único de Saúde, como equipamentos, medicamentos e outras tecnologias e/ou inovações.

Para Guimarães (2006) existem dois grandes desafios para o Brasil no que diz respeito à pesquisa em saúde, que são: dar continuidade aos avanços positivos dos últimos trinta anos e prorrogá-los por igual período, e aumentar a produção de inovação científica e tecnológica, capaz de suprir as demandas da população, e que esta não seja mais realizada predominantemente no exterior.

Morel (2004) traz uma contribuição importante sobre as condições básicas para aplicação satisfatória dos conhecimentos gerados pela pesquisa em saúde:

Há que se discutir, planejar e implementar políticas de Estado multissetoriais, abrangentes e integradoras, baseadas não em implementação de processos ou atendimento de demandas isoladas, mas em Planos Estratégicos Plurianuais, com claros objetivos e metas, e cujos progressos possam ser avaliados por meio de marcos visíveis e indicadores mensuráveis (MOREL, 2004, p. 268).

O mesmo se aplica a pesquisa em SSR, para que os esforços sejam incentivados e atualizados, tanto financeiramente quanto à qualificação de equipes de pesquisadores, de modo a ampliar os benefícios, ofertando-os de forma equânime para toda a população brasileira. E, principalmente, revertidos em estratégias para a redução de cesarianas, do aborto inseguro, transtornos hipertensivos, hemorragia e demais questões voltadas para a saúde

sexual e reprodutiva. Keusch et al. (2010) sugerem que a capacidade de P&D deve fundamentalmente integrar o conhecimento com a ação, de forma que sua implementação não seja dificultada.

Em estudo semelhante ao presente, Almeida e Giovanella (2008), analisaram pesquisas financiadas pelo MS, referentes à avaliação em atenção básica à saúde, e questionam se os esforços governamentais são efetivamente capazes de apoiar políticas de saúde e processos de tomada de decisão, como fonte de melhorias para os serviços e demandas de saúde.

Manton et al. (2009) analisaram a correlação entre a história de financiamento do National Institute of Health (NIH) americano e o comportamento das principais causas de mortalidade nos Estados Unidos, de 1950 a 2004. Observou-se então que, houve correlação negativa entre três das quatro principais causas de mortalidade e o curso de financiamentos do Instituto Nacional de Saúde. Este estudo traz à tona, o objeto primordial da presente pesquisa, verificar se o mesmo ocorre no Brasil em relação à SSR.

No caso das doenças negligenciadas, para Walwyn (2013), os países que tem muitos casos destas são os que menos contribuem com P&D, além do mais, as pesquisas financiadas avançam pouco quando comparada a proporção das necessidades nacionais. É importante verificar se no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, esta estagnação ocorre e impede os avanços seguintes.

Apesar de todos os esforços para avanços na SSR, alguns desafios devem ser alvo de investigação a fim de serem ultrapassados, como a redução das diferenças regionais, socioeconômicas e de raça/cor, bem como mortes maternas evitáveis, a elevada medicalização do parto, abortos inseguros, gravidez na adolescência, diminuição da morte neonatal, e elevação da qualidade da assistência (VICTORA et al., 2011).

Além disso, é importante que os projetos nacionais e internacionais de desenvolvimento, continuem enxergando a SSR “como um conceito abrangente e um conjunto coordenado de informações e serviços essenciais de saúde” (FRANCISCO; DIXON-MUELLER; D’ARCANGUES, 2007, p. 11). Para Berer (2013) o financiamento restrito para pesquisas em SSR não contempla todas as questões que a envolvem, deixando a desejar em lacunas importantes, o que para a autora, constitui um potencial para ampliação dos problemas desta temática.

Aquino (2006) sugere, ainda, que os conhecimentos acumulados das ciências biomédicas e das sociais sobre SSR não tenham um fim em si mesmas, ou seja, que a

produção científica possa integrar as visões de várias áreas com a finalidade de diminuir as desigualdades, principalmente de gênero, e promover a justiça social.

4. OBJETIVOS

4.1 Geral

Analisar a relação entre a situação da saúde sexual e reprodutiva e os temas de pesquisa financiados pelo Ministério da Saúde e parceiros, nos anos de 2004 a 2013, no Brasil.

4.2 Específicos

- Identificar e descrever os temas dos estudos financiados em saúde sexual e reprodutiva pelo Ministério da Saúde e parceiros, nos anos de 2004 a 2013.
- Analisar as características dos investimentos realizados no financiamento às pesquisas em saúde sexual e reprodutiva pelo Ministério da Saúde e parceiros, nos anos de 2004 a 2013.

5. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa, com a utilização de dados secundários, orientado por seu objetivo que busca analisar e debruçar sobre as possíveis relações entre temas financiados e a situação de saúde sexual e reprodutiva, com a finalidade de gerar uma discussão sobre os critérios de fomento de pesquisa em SSR no país. De acordo com Gil (2008, p. 28), a pesquisa descritiva busca detalhar “características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis”.

A pesquisa foi desenvolvida por etapas:

5.1 Pesquisa bibliográfica

Para a construção da presente pesquisa o levantamento bibliográfico foi de singular importância para fundamentar o referencial teórico, assim como para compreender de forma mais aprofundada o contexto e situação da SSR no país, além de apoiar a discussão dos resultados encontrados.

5.2 Coleta de dados

Este foi embasado no levantamento de pesquisas em saúde sexual e reprodutiva contempladas pelos editais dos anos de 2004 a 2013. A identificação das pesquisas foi realizada no sistema eletrônico PesquisaSaude³ do Ministério da Saúde (<http://pesquisasaude.saude.gov.br/bdgdecit/index.php>), cuja coleta de dados foi realizada em março de 2015. Foram utilizados os seguintes filtros de busca para coleta das pesquisas financiadas: aborto, Aids, câncer de colo uterino, câncer de ovário, câncer do aparelho reprodutor, câncer do útero, contraceptivo, DST, doença infecciosa do aparelho reprodutor, doença não infecciosa do aparelho reprodutor, educação sexual, fístula obstétrica, gestação, gestante, gravidez, homem, infertilidade feminina, infertilidade masculina, mulher, parto, planejamento familiar, prolapso uterino, promoção do aleitamento materno, puerpério, saúde reprodutiva, saúde sexual, sexualidade, violência contra a mulher, violência de gênero e violência doméstica. A escolha dos filtros se deu por meio do programa de ação da CIPD, no tocante à

³ PesquisaSaude é “uma ferramenta eletrônica que congrega dados de mais de 3.000 pesquisas fomentadas pelo Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit), viabilizando a busca de projetos em áreas temáticas prioritárias do Ministério da Saúde, dando suporte ao trabalho realizado por pesquisadores, gestores e profissionais de saúde” (Decit/ SCTIE/ MS).

descrição dos serviços básicos que deveriam ser ofertados para saúde sexual e reprodutiva, como medidas de prevenção e/ou tratamento.

Esse sistema disponibiliza variáveis sobre as pesquisas financiadas e foram eleitas para o presente estudo as seguintes: edital, UF, região, ano, título do projeto, resumo, instituição e tipo de atuação, recurso total aprovado para o projeto, e modalidade de fomento.

Buscou-se identificar e descrever as seguintes características de investimento: o número de editais, pesquisas e recursos financiados por modalidade de fomento; área de atuação da instituição do coordenador da pesquisa; principais instituições beneficiadas; distribuição por região e UF das pesquisas financiadas; recursos e pesquisas em SSR por ano do edital; tipo de abordagem das pesquisas financiadas; principais editais financiados; pesquisas financiadas por temas e subtemas; aspectos principais abordados segundo tema e subtema; verificação da SSR nas linhas temáticas dos editais financiados.

O marco temporal escolhido deve-se ao fato de que 2004 foram definidos a PNCTIS e a ANPPS. Além disso, a pesquisa em saúde da mulher no referido ano, foi colocada como prioridade de fomento. O marco final, de 2013, conclui uma década a partir do marco inicial.

A pesquisa não teve financiamento e utilizou as informações disponíveis na base PesquisaSaude.

5.3 Análise dos dados

Para a análise e organização do banco de dados foi utilizado o software Microsoft Excel 2010. Os dados obtidos por meio da base PesquisaSaude foram exportados para uma planilha, de modo a organizar e melhor analisar os dados de acordo com as variáveis trabalhadas. A leitura crítica dos resumos de cada estudo foi utilizada como critério de inclusão de pesquisas financiadas para compor o presente estudo.

A coleta de dados na base eletrônica PesquisaSaúde, retornou como resultado das buscas, 1.733 pesquisas financiadas, que descreviam em seus respectivos resumos algum ou alguns dos filtros sobre SSR utilizados. Em seguida, foram excluídas as duplicações, atentando-se ao código da pesquisa, título, ano e resumo. Foram identificadas 884 duplicações, restando 849 pesquisas financiadas. Após esta filtragem, realizou-se a classificação das pesquisas de acordo com o conceito do Programa de Ação da CIPD (NACIONES UNIDAS, 1994) de SSR, como critério de inclusão, por meio da leitura dos resumos das pesquisas.

5.4 Aspectos éticos

A presente pesquisa não teve necessidade de obter o parecer pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Resolução nº 466/12) para sua concretização, pois os dados utilizados encontram-se em um sistema eletrônico, de domínio público, disponível na internet. As informações coletadas foram unicamente utilizadas para fins acadêmico-científicos.

A realização deste estudo não oferece qualquer tipo de riscos aos seres humanos. Seus benefícios são de natureza coletiva, como subsídios para orientar a tomada de decisão.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Financiamento de temas de pesquisas em saúde sexual e reprodutiva

Foram financiadas 425 pesquisas em SSR, de 2004 a 2013. Do total de pesquisas financiadas, estas foram ainda classificadas em grandes temas e subtemas, para descrever de forma mais aprofundada o que foi fomentado durante os dez anos quanto à SSR. A classificação dos temas e subtemas foi baseada na subagenda de prioridades de pesquisa da saúde da mulher. Os temas “câncer ginecológico”, “saúde sexual e reprodutiva do homem” e o subtema “cesariana”, não são contemplados pela agenda, porém estes foram inseridos na classificação, pois durante a leitura dos resumos foram temas de pesquisas citados recorrentemente.

Os temas mais financiados de 2004 a 2013, em SSR foram, gravidez, parto e puerpério com 60,7% das pesquisas identificadas e participação em 69,7% dos recursos empregados, DST/Aids em 17,9% das pesquisas e 12,5% de recursos, e câncer ginecológico com 8,5% dos estudos financiados e participação em 9,6% dos recursos empregados. Quanto aos subtemas, os mais presentes foram morbimortalidade materna e neonatal, com participação em 21,4% dos estudos e 37,9% dos recursos, sendo que parte dos resultados podem ser explicados pelo fato de que no ano de 2004 foram financiadas 31 pesquisas com o edital específico de “Mortalidade materna e Morbimortalidade neonatal”; prevalência de DST, com 8% dos estudos financiados e 4,4% dos recursos, em que boa parte dos estudos eram sobre HPV (papilomavírus humano); e câncer de colo uterino com 7,7% de pesquisas financiadas e 9,3% dos recursos empregados (Tabela 1).

Morbimortalidade materna, prevalência de DST e câncer de colo uterino são temas de grande relevância para a situação de SSR, sendo estes os mais financiados pelo MS nos dez anos analisados. Porém, outras questões atuais de grande preocupação para a saúde pública, não tiveram participação expressiva no percentual de pesquisas financiadas, como violência (5%), aborto (3,7%), cesariana (1%), saúde sexual e reprodutiva do homem (1%) e depressão pós-parto (0,8%) (Tabela 1).

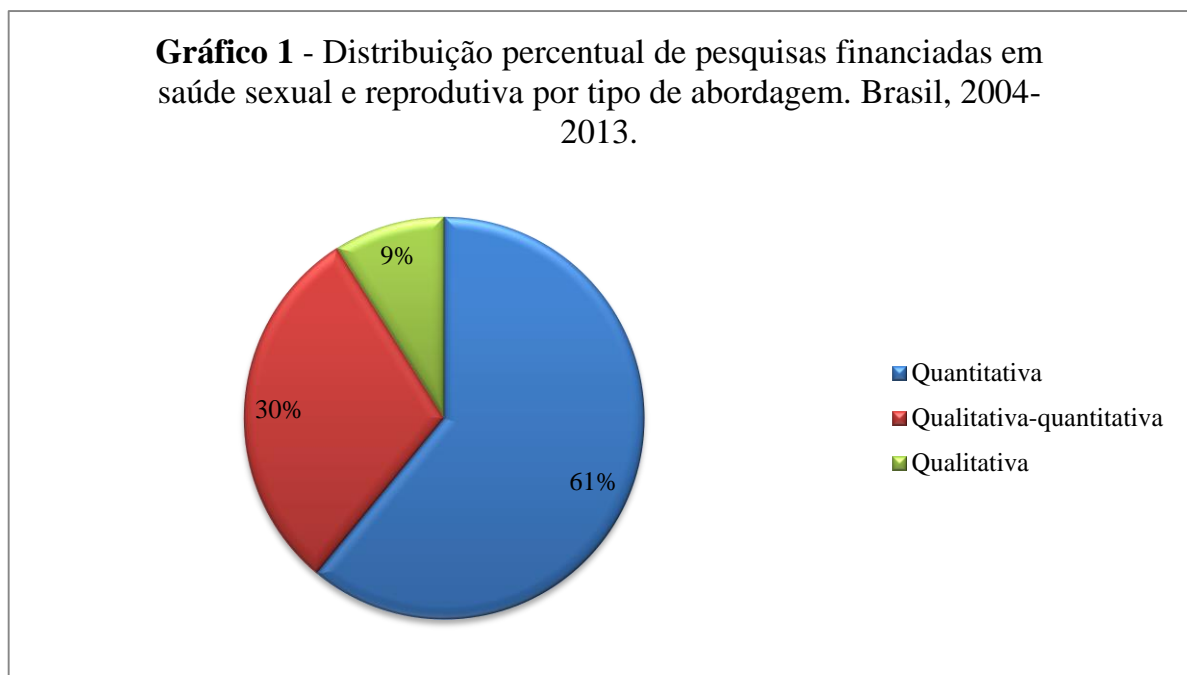
Tabela 1 – Distribuição percentual de recursos totais e pesquisas financiadas em saúde sexual e reprodutiva por temas e subtemas. Brasil, 2004 -2013.

Temas e subtemas	Nº	%	R\$	%
Gravidez, parto e puerpério	258	60,7	38.501.939,52	69,7
Morbimortalidade materna e neonatal	91	21,4	20.972.646,96	37,9
Morbimortalidade materna	39	9,2	11.804.298,87	21,3
Morbimortalidade neonatal	26	6,1	7.182.961,62	13,0
Morbimortalidade perinatal	11	2,6	610.863,22	1,1
Morbimortalidade infantil	15	3,5	1.374.523,25	2,5
Qualidade do pré-natal	31	7,3	3.847.676,49	7,0
Nutrição materna infantil	30	7,0	2.233.779,48	4,0
Gravidez na adolescência	24	5,6	2.503.245,90	4,5
Doenças transmissíveis na gravidez	17	4,0	788.355,00	1,5
Transmissão vertical	17	4,0	1.359.316,85	2,4
Doenças hipertensivas da gravidez	14	3,3	1.143.719,83	2,0
Assistência humanizada no parto e puerpério	14	3,3	689.562,19	1,2
Promoção do aleitamento materno	13	3,0	419.352,20	0,8
Cesariana	4	1,0	4.171.920,00	7,6
Depressão pós-parto	3	0,8	372.364,62	0,7
DST/Aids	76	17,9	6.904.073,10	12,5
Prevalência de DST	34	8,0	2.467.575,74	4,4
Ações de controle de DST/Aids	23	5,4	2.353.731,17	4,2
Infecções ginecológicas	15	3,5	1.665.783,66	3,2
Reprodução, sexualidade e HIV	4	1,0	416.982,53	0,7
Câncer ginecológico	36	8,5	5.330.811,54	9,6
Câncer de colo uterino	32	7,7	5.132.953,54	9,3
Câncer de útero	2	0,4	41.258,00	0,1
Câncer de ovário	2	0,4	156.600,00	0,2
Violência	21	5,0	1.612.556,43	3,0
Violência contra a mulher	11	2,6	965.206,83	1,8
Violência sexual	6	1,4	501.952,40	1,0
Violência de gênero	4	1,0	145.397,20	0,2
Aborto	16	3,7	1.606.215,62	3,0
Sexualidade	9	2,1	451.684,01	0,8
Sexualidade na adolescência	7	1,6	380.655,06	0,7
Acesso e qualidade da atenção à LGBT e outras orientações sexuais	2	0,5	71.028,95	0,1
Contracepção e Concepção	5	1,1	447.443,36	0,8
Métodos Contraceptivos	4	0,9	168.434,84	0,3
Infertilidade	1	0,2	279.008,52	0,5
Saúde sexual e reprodutiva do homem	4	1,0	332.476,31	0,6
Morbimortalidade masculina	2	0,4	129.959,60	0,2
Cuidados com a saúde	1	0,3	169.659,57	0,3
Câncer de próstata	1	0,3	32.857,14	0,1
Total	425	100	55.187.199,89	100

Fonte: PesquisaSaúde - Decit/ SCTIE/MS. Elaboração própria.

É interessante observar que número significativo de estudos sobre gravidez na adolescência foi produzido, em que estes tratavam das implicações da maternidade precoce no âmbito social, assim como a prestação de cuidados nos serviços e programas de apoio. Segundo Shah e Åhman (2013, p. 140), “garantir o acesso de adolescentes aos serviços de saúde reprodutiva é cada vez mais crucial”, para a utilização de métodos contraceptivos.

O tipo de abordagem das pesquisas financiadas, predominante, foi a quantitativa, 61% das pesquisas, em seguida a qualitativa-quantitativa em 30% das pesquisas (Gráfico 1).



Fonte: PesquisaSaúde - Decit/ SCTIE/MS.

O quadro 1 descreve os assuntos abordados nos temas das pesquisas financiadas em SSR. Os estudos permearam aspectos epidemiológicos, sociais, desenvolvimento de tecnologias, avaliação de programas e serviços, e estudos de intervenção.

Quadro 1 – Categorização dos aspectos abordados nas pesquisas financiadas em saúde sexual e reprodutiva por subtemas. Brasil, 2004-2013.

Gravidez, parto e puerpério	
Morbimortalidade materna	Fatores de risco, magnitude, impacto, prevenção da morbimortalidade materna; intervenção para avaliar a qualidade de informações sobre mortalidade materna e as circunstâncias envolvidas; avaliação da qualidade do cuidado de mulheres com complicações graves da gestação; avaliação da eficácia de protocolo de intervenção para redução do risco de consumo de álcool durante a gestação; prevalência de uso de cocaína/crack por gestantes; aspectos epidemiológicos (prevalência e fatores de risco), terapêuticos, diagnósticos e preventivos (biomarcadores) do Diabetes Mellitus Gestacional; avaliação dos fatores de risco para trombose venosa pélvica após parto cirúrgico, e associação de marcadores trombofílicos e ocorrência de eventos trombóticos na gravidez de alto risco.
Morbimortalidade neonatal	Fatores de risco, prevalência e caracterização da mortalidade neonatal; questões éticas e sociais do novo teste do pezinho para recém-nascidos diagnosticados com traço ou anemia falciforme; implementação e avaliação de protocolo de investigação de recém-nascidos portadores de anomalias congênitas visando a prevenção; avaliação, prevenção e a intervenção para sofrimento psíquico aos pais com bebês prematuros; e identificação de novos biomarcadores para gestações com maior risco de parto pré-termo.
Morbimortalidade perinatal	Indicadores de saúde perinatal; impacto da infecção malárica gestacional sobre a natimortalidade; avaliação de fatores de risco para recém-nascidos de baixo peso; prevenção de parto pré-termo; mortalidade fetal; qualidade das informações disponíveis nas declarações de nascimento e óbitos sobre mortalidade perinatal; estratégias para redução da morbimortalidade perinatal; e diagnóstico rápido para aneuploidias.
Morbimortalidade infantil	Perfil de morbimortalidade, situação nutricional, padrão de consumo alimentar e questões sociais sobre saúde de crianças; avaliação de avanços na assistência à saúde infantil; avaliação de intervenções para redução da mortalidade infantil; ocorrência de sequelas por doenças infecto-contagiosas adquiridas e transmissão materno-infantil em crianças; avaliação do impacto a exposição de contaminantes ambientais sobre a saúde reprodutiva de crianças e adolescentes; vivência da mortalidade infantil de pais adolescentes; avaliação da organização de comitês de investigação de óbitos infantis e a redução da mortalidade infantil; análise dos óbitos infantis evitáveis; avaliação da qualidade da assistência à criança menor de seis meses.
Qualidade do pré-natal	Avaliação da satisfação da usuária e da qualidade da assistência pré-natal; acesso ao pré-natal; impacto da assistência na prevenção e/ou controle dos fatores de risco da Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG); análise dos aspectos do processo de trabalho na atenção ao pré-natal; avaliação do pré-natal para desenvolvimento de conhecimentos necessários para qualidade da gravidez, parto e puerpério; avaliação da estrutura, processo e

	qualidade da assistência; e percepção de gestantes com pré-eclâmpsia sobre a assistência recebida no pré-natal.
Nutrição materna infantil	Condição nutricional na gestação; avaliação do impacto da adesão à intervenção da prática de atividade física e alimentação saudável sobre o peso gestacional; avaliação do efeito da suplementação materna de vitamina A; efeito da fortificação de farinhas com ácido fólico; e efetividade da assistência nutricional a gestantes com excesso de peso.
Gravidez na adolescência	Prevalência, fatores socioeconômicos, biopsicossociais, comportamentais e determinantes para gravidez na adolescência; identificação e orientação dos serviços de saúde às demandas do pai, na situação da gravidez na adolescência; desenvolvimento de programa de apoio à maternidade na adolescência; problematização da gravidez na adolescência no atendimento ao pré-natal, parto, e puerpério pela abordagem de questões de gênero e modelo assistencial; intervenção psicológica para prevenção de DPP; saberes e ações de adolescentes grávidas inscritas no programa de pré-natal sobre DST; e análise da integralidade na produção do cuidado à gestante adolescente.
Doenças transmissíveis na gravidez	Avaliação de diagnóstico para toxoplasmose; desenvolvimento e avaliação de vacina contra toxoplasmose congênita; incidência, prevalência e fatores de risco para toxoplasmose congênita e outras infecções congênitas; intervenções de educação em saúde para controle da toxoplasmose; e investigação de ações para melhorias na qualidade dos serviços referente à toxoplasmose congênita. Vale salientar que, das 17 pesquisas financiadas quanto às doenças transmissíveis na gravidez, 13 eram a respeito de toxoplasmose congênita.
Transmissão vertical	Prevalência e fatores de risco; taxa de transmissão; avaliação de programas preventivos e impacto de diagnóstico; novos métodos de diagnóstico; e ações preventivas.
Doenças hipertensivas	Fatores de risco e prevalência; prevenção e tratamento de complicações da hipertensão na gravidez; e avaliação do impacto da suplementação de cálcio para gestantes de alto risco para pré-eclâmpsia.
Assistência humanizada no parto e puerpério	Satisfação da mulher e profissional de saúde com a atenção humanizada ao trabalho de parto e parto; avaliação da implementação de práticas para melhorias no atendimento humanizado; qualidade da assistência prestada no ciclo gravídico-puerperal; avaliação do programa de humanização do parto e nascimento por profissionais e usuários; e prática profissional de enfermeiras obstétricas e cuidados humanizados recomendados pela Rede Cegonha.
Promoção do aleitamento materno	Intervenção para estímulo de aleitamento materno exclusivo; fatores determinantes para duração da amamentação; e avaliação do impacto de programa para promoção do aleitamento materno.
Cesariana	Prevalência de cesarianas e complicações para mães e bebês; avaliação de procedimento conforme resultados maternos e perinatais após o parto cesáreo; e efeitos de intervenção como

	meio de valorização do parto normal, como estratégia para redução de cesarianas.
Depressão pós-parto	Fatores clínicos e moleculares; e eficácia de intervenção de apoio emocional para depressão pós-parto.
DST/Aids	
Prevalência de DST	Prevalência de HPV, HIV, HTLV, Hepatites B e C, e Sífilis; e incidência e fatores de risco para DST.
Ações de controle de DST/Aids	Novas tecnologias de diagnóstico e tratamento de DST; avaliação de serviços de referência e eficiência dos métodos de diagnóstico de HIV e HPV; percepção de mulheres e agentes de saúde sobre as ações de controle de DST; vacina para HPV; e intervenção para adesão da terapia antirretroviral.
Infecções ginecológicas	Prevalência e fatores de risco; desenvolvimento de creme vaginal; novos métodos de diagnóstico e tratamento de infecções; e resistência a drogas dos agentes causadores de Candidíase.
Reprodução, sexualidade e DST	Interferências do HIV na trajetória de contracepção; intervenções para o uso de preservativos e suas interfaces culturais e de gênero para a não utilização; avaliação de contraceptivos hormonais em mulheres com HIV; e barreiras para tratamento de parceiros sexuais de gestantes com sífilis.
Câncer ginecológico	
Câncer de colo uterino	Prevalência, fatores de risco e prevenção; avaliação do atendimento recebido às mulheres com câncer cervical; custo-efetividade de métodos diagnósticos; desenvolvimento de novos métodos de diagnóstico e tratamento; acesso à assistência oncológica; avaliação de programas de rastreamento de câncer de colo de útero; qualidade de vida associada às condições de saúde de pacientes de câncer de colo uterino; avaliação de conhecimentos, atitudes e prática de mulheres em relação ao exame de Papanicolau; e avaliação da qualidade da assistência para prevenção e controle do câncer de colo uterino.
Câncer de útero	Prevalência de câncer de útero; e método de tratamento.
Câncer de ovário	Diagnóstico precoce de câncer de ovário por métodos biomoleculares.
Violência	
Violência contra a mulher	Prevalência, magnitude e fatores de risco para violência contra a mulher; caracterização de casos de violência em serviços de pronto atendimento; análise de ações voltadas ao atendimento a homens autores de violência contra a mulher; avaliação da assistência às mulheres em situação de violência.
Violência sexual	Fatores de risco e prevenção da violência sexual; avaliação do impacto de intervenção com mulheres que sofreram violência sexual; e avaliação de programa de capacitação profissional e intervenção psicológica para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual.
Violência de gênero	Prevalência de violência de gênero; influência da violência sobre a trajetória reprodutiva e contracepção; e análise das representações dos profissionais de saúde sobre a violência de gênero.

Aborto	
Aborto	Determinantes socioeconômicos, culturais, de gênero e questões psicológicas; qualidade da atenção; e percepção de usuárias e profissionais do SUS sobre o aborto induzido.
Sexualidade	
Sexualidade na adolescência	Prevalência e fatores de risco de DST/Aids em adolescentes; avaliação de programa de educação sexual com adolescentes; conhecimento e práticas de adolescentes relacionados à DST/Aids e gravidez.
Acesso e qualidade da atenção à LGBT e outras orientações sexuais, e profissionais do sexo	Acesso e o processo de cuidado à saúde de transexuais na rede pública de saúde; o processo de envelhecimento de profissionais do sexo, com mulheres idosas deste grupo social.
Contracepção e Concepção	
Métodos contraceptivos	Novos métodos; efetividade dos serviços; avaliação; e qualidade da assistência.
Infertilidade	Diagnóstico precoce; e tratamento.
Saúde sexual e reprodutiva do homem	
Morbimortalidade masculina	Fatores de risco para depressão pós-parto em homens; e perfil clínico-patológico de câncer de pênis.
Cuidados com a saúde	Análise das representações sociais de saúde-doença; e as práticas de saúde reprodutiva masculina.
Câncer de próstata	Tratamento radioterápico e paliativo do câncer de próstata.

Fonte: PesquisaSaúde - Decit/ SCTIE/MS. Elaboração própria.

6.2 Características de investimento das pesquisas em saúde sexual e reprodutiva

A primeira característica de investimento é a distribuição de recursos e pesquisas financiadas por região. As disparidades regionais, sobretudo no nordeste e norte, se observam quanto aos recursos financeiros governamentais voltados para estas regiões. O sudeste obteve o financiamento de 137 pesquisas, com cerca de 61% dos recursos totais, vale salientar que, os estados de São Paulo e Rio de Janeiro arrecadaram cerca de 55% dos recursos, mas para a região representaria 89,8% dos recursos, o nordeste do país ficou com aproximadamente 16%, e 135 pesquisas financiadas.

Observa-se que o recurso total do sudeste representa três vezes mais o da região nordeste, apesar do número de estudos financiados aproximarem-se. A região norte teve apenas 38 pesquisas em SSR financiadas, representando 7% do total de recursos. O sul do Brasil teve participação em cerca de 11% dos recursos totais e 78 pesquisas financiadas, a região centro-oeste foi a que menos apresentou pesquisas financiadas e menor percentual de recursos totais (3,8%) (Tabela 2).

O Programa Pesquisa para o Sistema Único de Saúde, PPSUS, melhor distribuiu o fomento de pesquisas nas unidades federativas de acordo com as respectivas demandas de saúde, porém a distribuição de recursos continua ainda concentrada na região sudeste, principalmente em São Paulo e Rio de Janeiro.

Tabela 2 – Distribuição percentual de recursos totais e pesquisas financiadas em saúde sexual e reprodutiva por região. Brasil, 2004 – 2013.

Região	Nº	%	R\$	%
SE	137	32,2	33.752.970,77	61,3
NE	135	31,8	8.816.414,17	16,0
S	78	18,3	6.484.431,82	11,3
N	38	9,0	4.065.491,01	7,6
CO	37	8,7	2.067.892,12	3,8
Total	425	100	55.187.199,89	100

Fonte: PesquisaSaúde - Decit/ SCTIE/MS.

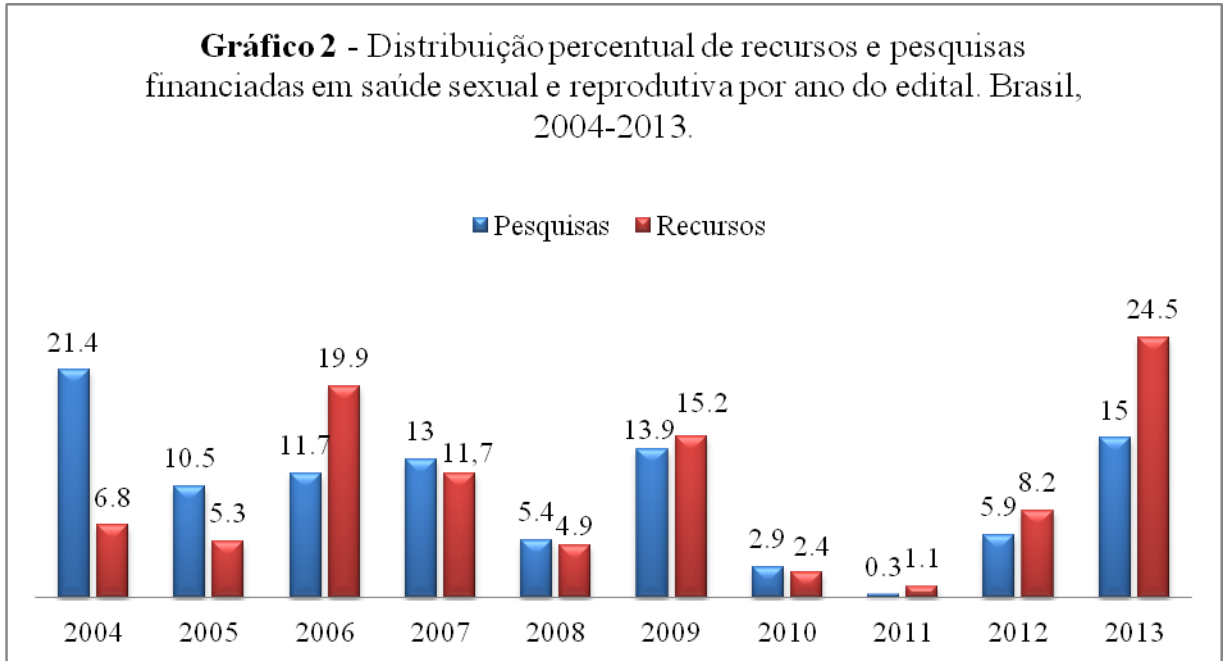
Quanto à distribuição de recursos e pesquisas financiadas por unidades federativas, somente o estado de São Paulo, de 2004 a 2013, financiou 68 pesquisas com mais de 40% do total de recursos empregados, logo em seguida o Rio de Janeiro, com 14,2% e 33 pesquisas financiadas. Os estados do Amapá, Mato Grosso, Rondônia e Tocantins foram os que tiveram menos pesquisas financiadas e, conseqüentemente, menor participação percentual no total de recursos, com 0,2%, 0,2%, 0,2% e 0,1%, respectivamente. O Distrito Federal produziu 11 pesquisas, com aproximadamente 1,8% dos recursos totais. Além disso, é interessante observar que o estado de Roraima foi a única unidade federativa que não teve nenhuma pesquisa em SSR financiada (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição percentual de recursos totais e pesquisas financiadas em saúde sexual e reprodutiva por Unidades Federativas. Brasil, 2004 – 2013.

UF	Nº	%	R\$	%
SP	68	16,0	22.526.780,29	40,9
RJ	33	7,7	7.824.018,83	14,2
RS	46	11,0	3.736.702,85	6,8
PE	31	7,3	2.860.565,83	5,1
MG	24	5,6	2.802.233,14	5,1
PA	18	4,2	2.528.189,52	4,6
PR	23	5,4	2.043.718,81	3,7
BA	20	5,0	1.965.998,90	3,5
CE	27	6,3	1.633.251,84	3,0
AM	8	2,0	983.655,70	2,0
DF	11	2,5	927.432,50	1,8
SC	9	2,1	704.010,16	1,2
ES	12	2,8	599.938,51	1,1
GO	10	2,4	587.094,82	1,0
RN	19	4,4	572.117,56	1,0
AL	11	2,5	554.866,45	1,0
MS	12	2,8	433.425,05	0,8
PI	7	1,6	344.881,83	0,7
MA	10	2,3	379.818,82	0,6
PB	4	1,0	255.975,24	0,5
SE	6	1,4	218.937,70	0,4
AC	6	1,4	200.719,11	0,3
AP	2	0,4	133.645,00	0,2
MT	4	1,0	119.939,75	0,2
RO	3	0,7	118.637,20	0,2
TO	1	0,2	100.644,48	0,1
Total	425	100	55.187.199,89	100

Fonte: PesquisaSaúde - Decit/ SCTIE/MS.

Observa-se na distribuição de pesquisas e recursos por ano dos editais, instabilidades expressivas, sendo que o ano de 2004, de criação da PNCTIS e ANPPS, foi o ano de maior concentração de projetos de pesquisas financiados (21,4%), porém um dos que menos recebeu recursos, cerca de 6,8%. Em 2013, aproximadamente 24% dos recursos estavam espalhados por seus editais, com 15% de pesquisas financiadas em SSR (Gráfico 2). Este resultado pode ser explicado pelo fato de que, neste ano foi lançado o edital chamada nº 05/2013, de fomento nacional, que financiou dez pesquisas sobre nascimentos pré-termo, além da chamada pública nacional de desenvolvimento de inovações para prevenção e/ou tratamento de câncer, com uma pesquisa financiada. Verifica-se ainda, contribuição pouco expressiva em 2011, tanto em pesquisas financiadas quanto nos recursos.



Fonte: PesquisaSaúde - Decit/ SCTIE/MS.

Cerca de 82% dos projetos financiados foram desenvolvidos em instituições de ensino superior, o que representa 63,3% dos recursos totais, os institutos de pesquisa/desenvolvimento tecnológico contribuíram com 10% dos estudos financiados e 29% dos recursos empregados. Entre as associações, receberam financiamento a APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais) e ABENFO (Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras) (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição percentual de recursos totais e área de atuação da instituição do coordenador das pesquisas financiadas. Brasil, 2004 – 2013.

Área de atuação da instituição do coordenador da pesquisa	Nº	%	R\$	%
Ensino Superior	351	82,6	34.942.123,92	63,3
Instituto de P&DT	43	10,1	16.170.598,00	29,4
Outros	9	2,1	1.998.448,18	3,6
Hospital de Ensino	13	3,1	1.468.009,98	2,6
Secretaria de Saúde	7	1,7	563.048,81	1,0
Associação Assistencial	1	0,2	28.215,00	0,06
Associação Profissional	1	0,2	16.756,00	0,04
Total	425	100	55.187.199,89	100

Fonte: PesquisaSaúde - Decit/ SCTIE/MS.

Com exceção do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), que são institutos de pesquisa, as oito seguintes instituições financiadas eram de atuação no ensino superior, em que três dessas estão localizadas no

estado de São Paulo. A Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) foi a instituição que mais obteve pesquisas financiadas (5,6%), com participação em cerca de 3% dos recursos totais (Tabela 5). A tabela abaixo expressa as dez primeiras instituições financiadas segundo recursos totais, porém, vale salientar que foram financiadas pesquisas de 119 instituições, de 2004 a 2013.

O Cebrap foi o que mais arrecadou recursos totais de financiamento (14%), por coordenar a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizada em 2006. A Fiocruz, também um instituto de pesquisa, ficou com 11,6% dos recursos e 20 pesquisas financiadas (Tabela 5). É importante relatar que, a Universidade de Brasília ficou em 21º posição de instituições financiadas, com cinco pesquisas em SSR aprovadas nos dez anos analisados.

Tabela 5 – Distribuição percentual das dez primeiras instituições e pesquisas em saúde sexual e reprodutiva por recursos totais. Brasil, 2004 – 2013.

	Instituição financiada	Nº	%	R\$	%
1	Centro Brasileiro de Análise e Planejamento	1	0,2	7.772.744,57	14,0
2	Fundação Oswaldo Cruz	20	4,7	6.433.421,61	11,6
3	Universidade Estadual de Campinas	9	2,1	5.143.683,56	9,3
4	Universidade de São Paulo	22	5,1	4.331.093,66	7,8
5	Universidade Federal do Rio Grande do Sul	24	5,6	2.107.877,25	3,8
6	Universidade Federal do Pará	12	2,9	1.983.124,82	3,6
7	Universidade Federal de Pernambuco	23	5,4	1.713.874,79	3,1
8	Universidade Federal de Minas Gerais	10	2,3	1.362.736,80	2,4
9	Universidade Federal de São Paulo	9	2,1	1.340.505,09	2,4
10	Universidade Federal da Bahia	13	3	1.224.691,06	2,2
	Total	143	33,4	33.413.753,21	60,2

Fonte: PesquisaSaúde - Decit/ SCTIE/MS.

Seis, das dez últimas instituições por recursos totais, são da região nordeste, em que todas produziram apenas uma pesquisa, com percentual de recursos variando entre 0,03% e 0,01% (Tabela 6). A Universidade Estadual da Paraíba foi a que menos recebeu recursos, com apenas R\$ 8.529,00 e produziu uma pesquisa que abordava o impacto de um programa sobre o aleitamento materno. É interessante observar ainda que, o somatório dos percentuais dos recursos é de somente 0,2%, do total empregado.

Tabela 6 – Distribuição percentual das dez últimas instituições e pesquisas em saúde sexual e reprodutiva por recursos totais. Brasil, 2004-2013.

Instituição financiada	Nº	%	R\$	%
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte	1	0,2	17.177,60	0,03
Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras	1	0,2	16.756,00	0,03
Universidade Estadual do Piauí	1	0,2	16.656,28	0,03
Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Norte	1	0,2	16.273,38	0,02
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro	1	0,2	12.125,00	0,02
Centro Universitário Vila Velha	1	0,2	11.910,00	0,02
Secretaria de Estado da Ação Social do Rio Grande do Norte	1	0,2	11.700,00	0,02
Pontifícia Universidade Católica do Paraná	1	0,2	10.853,00	0,01
Faculdade Novafapi	1	0,2	10.580,00	0,01
Universidade Estadual da Paraíba	1	0,2	8.529,00	0,01
Total parcial	425	2,0	132.560,26	0,2

Fonte: PesquisaSaúde - Decit/ SCTIE/MS.

6.3 Modalidades de fomento e editais das pesquisas em saúde sexual e reprodutiva

A modalidade de fomento das pesquisas financiadas se expressam com atuação significativa do fomento descentralizado, por meio do Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS), com 90 editais publicados e 241 pesquisas financiadas em dez anos (2004-2013), tendo aproximadamente 29% dos recursos totais. No fomento nacional observa-se maior participação no percentual de recursos totais (67%), e número considerável de pesquisas e editais financiados. Quanto à modalidade contratação direta, a atuação foi pouco expressiva, com apenas 4 pesquisas financiadas e igual quantidade de editais publicados (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição percentual de editais, pesquisas e recursos financiados em saúde sexual e reprodutiva por modalidade de fomento. Brasil, 2004-2013.

Modalidade de fomento a pesquisa	Edital publicado		Pesquisa financiada		Recurso financiado	
	Nº	%	Nº	%	R\$	%
Contratação Direta	4	3,1	4	1	1.727.807,41	3,2
Fomento Descentralizado	90	71,5	241	56,7	16.437.306,23	29,8
Fomento Nacional	32	25,4	180	42,3	37.022.086,25	67,0
Total	126	100	425	100	55.187.199,89	100

Fonte: PesquisaSaúde - Decit/ SCTIE/MS.

Os dez primeiros editais com maiores recursos totais representaram 59%, sendo que oito editais eram de fomento nacional, o equivalente a 54,9% dos recursos. A Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), executada pelo Cebrap, em 2006, foi o edital que captou 14,1% dos recursos. A chamada N° 05/2013 (MCTI/CNPq/MS/SCTIE/Decit/Fundação Bill e Melinda Gates), tinha por linha temática a “prevenção e manejo dos nascimentos prematuros”, produziu 10 pesquisas e obteve 14% dos recursos, logo em seguida, na terceira posição, com 10,8%, o edital Saúde da Mulher, com 45 pesquisas financiadas (Tabela 8).

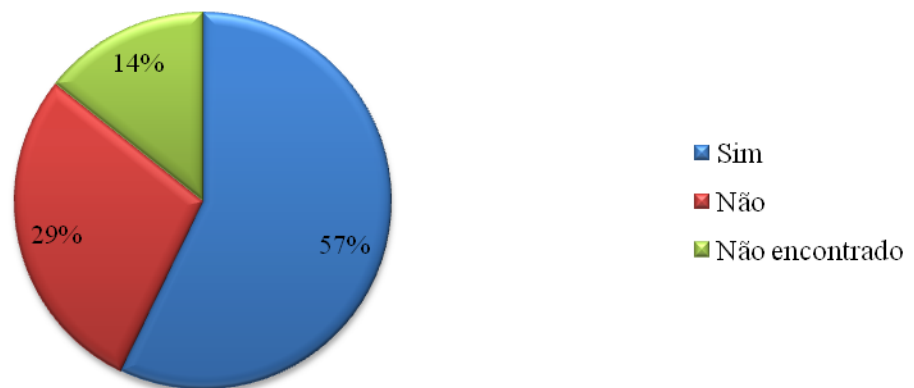
Tabela 8 – Distribuição percentual dos dez primeiros editais e pesquisas financiadas por recursos totais. Brasil, 2004 – 2013.

	Edital financiado	Modalidade de		Nº	%	R\$	%
		fomento					
1	Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde - PNDS	Nacional		1	0,2	7.772.744,57	14,1
2	Chamada N° 05/2013- Parto prematuro	Nacional		10	2,5	7.717.965,00	14,0
3	Saúde da Mulher	Nacional		45	10,7	5.905.155,87	10,8
4	Parto Cesáreo Desnecessário no Brasil	Nacional		2	0,4	3.622.250,00	6,6
5	Chamada Pública de Desenvolvimento de Inovações para Prevenção e Tratamento de Câncer	Nacional		1	0,2	1.560.200,00	2,8
6	Mortalidade Materna e Morbimortalidade Neonatal	Nacional		31	7,4	1.472.080,16	2,7
7	Chamada Neonatal	Contratação Direta		1	0,2	1.257.672,60	2,2
8	Rebrats 2009	Nacional		11	2,6	1.131.744,09	2,1
9	Edital FAPESPA 003/2012	Descentralizado		2	0,4	1.045.185,62	1,9
10	Saúde da Mulher 2º edital	Nacional		2	0,4	998.819,28	1,8
Total parcial				106	25	32.483.817,19	59

Fonte: PesquisaSaúde - Decit/ SCTIE/MS.

O gráfico 3 indica o número de editais que contemplavam em suas linhas temáticas questões referentes à SSR. Para tanto, o documento das chamadas dos editais foi pesquisado na internet para verificação. Cerca de 57%, o que corresponde a 72 editais, apresentavam em suas respectivas linhas temáticas, assuntos voltados para a SSR. Os que não contemplavam somaram 36 editais, o equivalente a 29%, e 14% dos documentos das chamadas dos editais não foram encontrados para verificação das linhas temáticas para o qual estava voltado (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Distribuição percentual de editais que contemplavam em suas linhas temáticas a saúde sexual e reprodutiva. Brasil, 2004-2013.



Fonte: PesquisaSaúde - Decit/ SCTIE/MS. Elaboração própria.

Os resultados apresentados sugerem que os temas e subtemas mais financiados pelo Ministério da Saúde e parceiros institucionais, nos anos de 2004 a 2013, são de relevância no que tange às questões que regem a SSR, a exemplo da morbimortalidade materna e câncer de colo uterino. Além disso, a variedade de aspectos abordados pelos subtemas das pesquisas caracteriza-os de forma ampla, dando diferentes olhares e contribuições. Porém, é necessário fomentar outros temas prioritários, a exemplo do aborto, cesarianas, violência, os outros tipos de câncer ginecológico (câncer de útero e câncer de ovário), contracepção e concepção, saúde sexual e reprodutiva do homem.

As discrepâncias encontradas no número de pesquisas financiadas e recursos aplicados por regiões e estados devem ser superadas, tendo em vista que cada estado possui diferentes demandas de saúde, de modo a atentar-se para a distribuição equitativa de fomento à pesquisa, em busca de melhorias populacionais referentes ao acesso de serviços em SSR de qualidade e apropriados.

A PNCTIS trata da superação de desigualdades regionais no exercício da pesquisa em saúde, porém, o que se percebe é que esta ainda não foi totalmente ultrapassada, com concentração majoritária do sudeste. As regiões norte e nordeste enfrentam dificuldades no pleno acesso da população aos serviços de saúde, como é o caso do pré-natal (LANSKY et al., 2014; VICTORA et al., 2011; e VIELLAS et al., 2014). Fomentar pesquisas em SSR nestas localidades pode contribuir como estratégia para enfrentamento das disparidades de acesso,

assim como fortalecer a produção científica para que os futuros editais tenham maior participação dessas regiões.

A criação do PPSUS, em 2004, foi um passo importante, para descentralizar o fomento, tanto que cerca de 71% dos editais financiados eram provenientes do fomento descentralizado. Porém, mais significativa é a concretização de sua implementação de maneira objetiva e igualitária nos estados brasileiros. Além disso, verificou-se uma redução progressiva no percentual de pesquisas ao longo dos anos, o que reforça a necessidade de fomentar mais estudos em SSR.

Constatou-se ainda com estes resultados, a influência do ambiente acadêmico para produção de novos conhecimentos, aproximando a pesquisa do processo de formação acadêmica e de novos pesquisadores. Para Cecatti, Pinheiro e Costa (2015, p. 19), é essencial fomentar a “qualificação teórica e técnica” de “jovens pesquisadores” ainda na academia, para o fortalecimento da pesquisa em saúde. Além disso, a produção científica deve ser desenvolvida pelas diversas áreas de atuação institucional, não somente do ensino superior, para apropriação dos conhecimentos desenvolvidos e sua alocação nos ambientes propícios.

Francisco, Dixon-Mueller e D’Arcangues (2007) descrevem desafios para a investigação em SSR e sugerem linhas de pesquisas para melhor contextualizar e acumular conhecimentos a cerca da SSR, podendo elencar, a identificação das principais variáveis causadoras de desigualdades, levantar os temas básicos de problemas em SSR, construção de um ambiente político propício para a SSR, oferecer um fluxo de informações inteligível e de alta qualidade, garantir serviços acessíveis, adequados e de qualidade, e implantar e ampliar técnicas e melhores práticas. Segundo estes autores (p. 11) “a investigação desempenha um papel chave na identificação e resolução das desigualdades sociais e econômicas e as deficiências do sistema de saúde que impedem alcançar o mais elevado nível possível de saúde sexual e reprodutiva para todos”.

Os aspectos abordados pelas pesquisas financiadas contemplavam características epidemiológicas, determinantes sociais, acesso e qualidade de serviços assistenciais, porém ainda assim, prevaleceram os estudos voltados para carga de doença, ao passo que aborto, cesariana e violência, temas importantes para a saúde no Brasil foram pouco fomentados.

Berer (2013) faz ponderações interessantes que complementam alguns dos aspectos indicados anteriormente, como os riscos assumidos quando se tem fontes de recursos financeiros voltados somente para aspectos de carga de doença, principalmente por eliminar

as demais questões de SSR, a exemplo da assistência à gravidez, contracepção e aborto, que não dizem respeito à doença.

É evidente que os estudos aqui analisados, não se dedicaram a pesquisar unicamente carga de doenças, porém, é necessário equilibrar o financiamento quanto aos aspectos utilizados, sem descuidar de outros temas não relacionados às doenças. Vale salientar ainda, que a abordagem qualitativa foi utilizada em somente 9% dos estudos, tendo em vista que esta abordagem permite compreender como ocorrem os fenômenos sociais e como se distribuem, possibilitando estratégias de enfrentamento.

Desta forma, a autora acrescenta que, para que a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos sejam genuinamente contemplados se faz necessária a articulação dos financiamentos, leis e políticas nacionais de "bem estar social", assim como fomentar pesquisas (BERER, 2013).

Cerca de 57% dos editais financiados, apresentavam em suas respectivas linhas temáticas, questões voltadas para SSR, presentes nas três modalidades de fomento, indicando assim que, ao formular as chamadas dos editais houve a necessidade e prioridade em abordar SSR dentro das realidades nacionais e estaduais.

O que se buscou neste estudo foi verificar se, o que foi produzido e financiado em dez anos, contempla as questões referentes à situação de SSR. É necessário ressaltar que, os esforços governamentais de fomento às pesquisas foram de suma importância para melhorias no setor saúde, porém, é interessante refletir que a ANPPS foi moldada em uma época diferente da atual, em que as necessidades mudaram, quando a participação da cesariana não chegava a percentuais exorbitantes como atualmente, assim como saúde do homem e suas implicações na SSR, não foram contemplados pela agenda.

Para Fonn e Ravindran (2013), a saúde sexual e reprodutiva sofrerá impactos somente quando, os serviços assistenciais forem ofertados de maneira ampliada. O qual o cenário ideal é aquele em que mulheres disponham da utilização de contraceptivos, que a população de risco para câncer de colo de útero seja examinada em sua maioria, e oferta de serviços de qualidade para atenção à gravidez, parto, aborto e recém-nascidos. Alertam ainda que, a morbimortalidade reprodutiva não está espalhada de maneira semelhante em toda população, em que “mulheres pobres e que residem em áreas longínquas suportam um fardo desproporcional nesse aspecto”, sendo assim, as melhorias serão alcançadas “por meio de decisões políticas conscientes da necessidade de superar as desigualdades” (FONN e RAVINDRAN, 2013, p. 26-27).

É interessante retomar o que foi explanado por Berer (2013), quando diz que os recursos destinados à pesquisa em SSR são insuficientes para investigar toda a temática que a abrange, no sentido de ser um fator determinante para o alargamento das dificuldades de SSR. Portanto, é essencial, pensar na pesquisa em SSR como um conjunto de conhecimentos, ações e serviços básicos integrados, como foi proposto por Francisco, Dixon-Mueller e D’Arcangues (2007), assim sendo todos os coletivos incluídos e assistidos.

Segundo Fathalla (2015), mesmo após vinte anos da CIPD, pouco se avançou, pois desafios antigos ainda são atuais, a exemplo da violência contra a mulher. A superação das dificuldades em SSR só serão ultrapassadas mediante a reafirmação dos direitos humanos em conjunto com os sistemas de saúde, para oferecimento de serviços de saúde e informação integrados e de qualidade. Para o autor, “saúde sexual e reprodutiva para todos é uma meta alcançável” (FATHALLA, 2015, p. 136).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho apresentado permitiu compreender as questões que envolvem a saúde sexual e reprodutiva e como se comportam no Brasil, e como a pesquisa sobre a temática vem sendo fomentada pelos órgãos governamentais e parceiros institucionais, após o advento da PNCTIS e ANPPS. Sendo assim, este estudo conseguiu responder aos objetivos propostos, observando-se que a trajetória de fomento escolhida, atende em partes a situação de SSR, tendo em vista que este campo é bem amplo, necessitando assim, maiores investimentos em pesquisas em SSR, não restritos à carga de doença.

A utilização dos resultados das pesquisas pode contribuir para o enfrentamento das dificuldades, porém, para maiores e melhores resultados, a ANPPS necessita ser atualizada, levando em conta as novas necessidades de saúde, visando à diminuição das desigualdades, principalmente as regionais, para contemplar o princípio da equidade. Assim, as atividades de pesquisa no país, serão orientadas em acordo com as genuínas e atuais demandas da situação de SSR.

Sugere-se ainda, que estudos que abordem o objeto presente sejam realizados, para produzir mais conhecimentos sobre o fomento de pesquisas em saúde sexual e reprodutiva e a situação desta encontrada no país, no intuito de contribuir para reflexões mais amplas acerca do tema. A discussão da saúde sexual e reprodutiva se faz necessária na formação dos cursos de saúde, como fonte reflexiva e problematizadora, a fim de buscar estratégias de melhorias nos serviços de assistência e apoio para implementação de políticas públicas.

O profissional sanitário é capacitado para pensar e agir em como as políticas e demais estratégias são implementadas no setor saúde, além de perceber se as respostas governamentais são efetivas para a promoção e/ou recuperação da saúde, e se contemplam as demandas populacionais, tendo em vista que a área de pesquisa é um dos campos de sua atuação.

REFERÊNCIAS

- AQUINO, E. M. L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. spe, p. 121-132, 2006.
- ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cad. saúde pública**, v. 19, n. Sup 2, p. S465-S469, 2003.
- BERER, M. Repolitizando a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos. **Revista Questões de Saúde Reprodutiva**, Londres, Reino Unido, v. 7, n. 6, p. 9-16, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Anais da 1ª Conferência nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde – I CNCTIS – Brasília: Coordenação Geral de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, 476 p., 1994.
- _____. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regulamenta o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial [da] União. Brasília, 15 jan. 1996. Seção 1, p. 1-3.
- _____. Ministério da Saúde. 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, Brasília, 25 a 28 de junho de 2004: anais/ Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 272 p., 2005.
- _____. Presidência da República. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Diário Oficial [da] República. Brasília, ago. 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Por que pesquisa em saúde? – Brasília: Ministério da Saúde – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pesquisa para Saúde: Textos para Tomada de Decisão), 20 p., 2007.
- _____. 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.– Brasília : Editora do Ministério da Saúde – (Série B. Textos Básicos em Saúde), 44 p., 2008a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde – (Série B. Textos Básicos em Saúde), 68 p., 2008b.
- _____. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Pesquisa em saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública** [online], vol.42, n.4, p. 773-775, 2008c.
- _____. Ministério da Saúde. Planejamento familiar. Portal Brasil, out. 2011. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/planejamento-familiar>> Acesso em: 17 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 44p.:il., 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica, n. 26, 300 p. : il., 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011 [recurso eletrônico]. – Brasília: Ministério da Saúde, 784 p.: il., 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_2009_2011-versao_eletronica.pdf> Acesso em: 16 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde amplia em sete vezes investimentos em pesquisa. Portal Brasil, dez. 2013c. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2013/12/ministerio-da-saude-amplia-em-sete-vezes-investimentos-em-pesquisas>> Acesso em: 10 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza. – Brasília: Ministério da Saúde, 384 p.: il., 2014a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico – Aids e HIV. Brasília: Ministério da Saúde. Ano III, n° 01, 84 p., 2014b.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução Normativa - RN nº 368, de 6 de janeiro de 2015. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=2892> Acesso em: 24 abr. 2015.

CARVALHO, C. C. M. de; SOUZA, A. S. R.; MORAES FILHO, O. B. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. **Femina**, v. 38, n. 5, 2010.

CECATTI, J. G.; PINHEIRO, A.; COSTA, M. L. Pesquisa na área de saúde materna e perinatal no Brasil: passado, presente e futuro. **Medicina & Pesquisa**, n. 1, p. 11-21, 2015.

CORRÊA, S; ALVES, J. E. D; JANNUZZI, P. de M. Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: CAVENAGHI, S (Org.). Indicadores municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva. Rio de Janeiro: **ABEP**, Brasília: UNFPA, p. 27-62, 2006.

COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1073-83, 2009.

DÍAZ, M.; CABRAL, F.; SANTOS, L. **Os direitos sexuais e reprodutivos**. In: RIBEIRO, C.; CAMPUS, M.T.A. (ed.). Afinal, que paz queremos? Lavras: Editora UFLA, p. 45-70, 2004. Disponível em: <

- http://adolescencia.org.br/upl/ckfinder/files/pdf/Os_direitos_sexuais_e_direitos_reprodutivos.pdf> Acesso em: 15 mar. 2015.
- DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30, n. supl. 1, p. S101-S116, 2014.
- FATHALLA, M. F. Sexual and reproductive health for all: The challenge still stands. **Global public health**, v. 10, n. 2, p. 135-136, 2015.
- FONN, S.; RAVINDRAN, T. K. S. Contexto macroeconômico e saúde sexual e reprodutiva: uma análise de tendências nos últimos 30 anos. **Revista Questões de Saúde Reprodutiva**, Londres, Reino Unido, v. 7, n. 6, p. 17-31, 2013.
- FRANCISCO, A. de; DIXON-MUELLER, R; D'ARCANGUES, C. Aspectos de la investigación sobre la salud sexual y reproductiva en países con ingresos bajos e intermedios. **Foro Mundial para la Investigación sobre la Salud y Organización Mundial de la Salud**, 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/2940286507/es/>> Acesso em: 17 set. 2014.
- GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6 ed. São Paulo: **Atlas**, 2008.
- GUIMARÃES, R. Bases para uma política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 9, n. 2, p. 375-387, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n2/20392.pdf>> Acesso em: 18 set. 2014.
- GUIMARÃES, R. Pesquisa em saúde no Brasil: contexto e desafios. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. Esp, 2006.
- KEUSCH, G. T. et al. The global health system: linking knowledge with action—learning from malaria. **PLoS medicine**, v. 7, n. 1, p. e1000179, 2010.
- LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascido no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. supl. 1, p. S192-S207, 2014.
- LEAL, M. do C.; GAMA, S. G. N. da. Nascido no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S5, 2014.
- MANTON, K. G. et al. NIH funding trajectories and their correlations with US health dynamics from 1950 to 2004. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, v. 106, n. 27, p. 10981-10986, 2009.
- MARZIALE, M. H. P.; MENDES, I. A. C.. O investimento em pesquisas na área da saúde: termos de referência para o desenvolvimento científico e tecnológico brasileiro. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 149-50, 2006.
- MOREL, C. M. A pesquisa em saúde e os objetivos do milênio: desafios e oportunidades globais, soluções e políticas nacionais. **Ciência & saúde coletiva**, v. 9, n. 2, p. 261-270, 2004.

NACIONES UNIDAS. **Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo**: el Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Nueva York: Naciones Unidas, 1995. Disponível em: http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/572_filename_finalreport_icpd_spa.pdf > Acesso em: 02 fev. 2015.

NACIONES UNIDAS. **Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer**: Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995. Nueva York: Naciones Unidas, 1996. Disponível em: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf> > Acesso em: 02 fev. 2015.

NORONHA, José et al. Análise do sistema de pesquisa em saúde do Brasil: o ambiente de pesquisa. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 3, p. 424-436, 2009.

PESQUISA SAÚDE. Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit/ SCTIE/ MS). Disponível em: <http://pesquisasaude.saude.gov.br/bdgdecit/>. Acesso em: 23 a 31 mar. 2015.

RICHARDSON, E.; BIRN, A-E. Saúde e direitos sexuais e reprodutivos na América Latina: uma análise de tendências, compromissos e conquistas. **Revista Questões de Saúde Reprodutiva**, Londres, Reino Unido, v. 7, n. 6, p. 49-62, 2013.

SHAH, I. H.; ÅHMAN, E. Aborto inseguro: carga elevada entre mulheres jovens de países em desenvolvimento. **Revista Questões de Saúde Reprodutiva**, Londres, Reino Unido, v. 7, n. 6, p. 138-142, 2013.

TORRES, J. A. et al. Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. supl. 1, p. S220-S231, 2014.

VENTURA, M. Direitos Reprodutivos no Brasil. **Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA)**, 3. ed., 292 p., 2009.

VICTORA, C. G. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**, London, p. 32-46, maio 2011. (Saúde no Brasil, 2). Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2015.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. supl. 1, p. S85-S100, 2014.

WALWYN, D. et al. Determining quantitative targets for public funding of tuberculosis research and development. **Health Res Policy Syst**, v. 11, n. 1, p. 10, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Appropriate technology for birth. **Lancet**. 1985; 2(8452):436-7.