

Universidade Federal de São Carlos
Centro de Educação e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade

**Condições Sensíveis à Atenção Primária como
dispositivo de gestão do cuidado em saúde:
a apropriação pelos usuários do SUS**

Edson Malvezzi

São Carlos – SP
2019

EDSON MALVEZZI

**Condições Sensíveis à Atenção Primária como
dispositivo de gestão do cuidado em saúde:
a apropriação pelos usuários do SUS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade, do Centro de Educação e Ciências Humanas, da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutor em Ciência, Tecnologia e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Márcia Niituma Ogata

São Carlos – SP
2019

Malvezzi, Edson

Condições Sensíveis à Atenção Primária como dispositivo de gestão do cuidado em saúde: a apropriação pelos usuários do SUS. / Edson Malvezzi. -- 2019.

165 f. : 30 cm.

Tese (doutorado)-Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos

Orientador: Márcia Niituma Ogata

Banca examinadora: Gastão Wagner de Sousa Campos; José Maurício de Oliveira; Cidoval Moraes de Sousa; Maria Lúcia Teixeira Machado

Bibliografia

1. Ciência, Tecnologia e Sociedade. 2. Tecnologia e Inovação em Saúde. 3. Gestão de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. I. Orientador. II. Universidade Federal de São Carlos. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada pelo Programa de Geração Automática da Secretaria Geral de Informática (SIn).

DADOS FORNECIDOS PELO(A) AUTOR(A)

Bibliotecário(a) Responsável: Ronildo Santos Prado – CRB/8 7325



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Educação e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Tese de Doutorado do candidato Edson Malvezzi, realizada em 13/02/2019:

Profa. Dra. Márcia Niluma Ogata
UFSCar

Prof. Dr. Cidoval Moraes de Sousa
UEPB

Profa. Dra. Maria Lucia Teixeira Machado
UFSCar

Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos
UNICAMP

Prof. Dr. José Mauricio de Oliveira
IEP

Certifico que a defesa realizou-se com a participação à distância do(s) membro(s) Cidoval Moraes de Sousa e, depois das arguições e deliberações realizadas, o(s) participante(s) à distância está(ão) de acordo com o conteúdo do parecer da banca examinadora redigido neste relatório de defesa.

Profa. Dra. Márcia Niluma Ogata

*À Cilene, André, Bruno, Fábio e Tiago,
pela alegria nos nossos encontros.*

AGRADECIMENTOS

À professora Márcia Niituma Ogata, acolhedora orientadora, por sua generosidade e confiança, disposta a colaborar com minha formação, acreditando neste projeto e o valorizando, caminhando junto até chegarmos aqui;

À professora Maria Lúcia Teixeira Machado, por me apresentar e incentivar a trilhar pelos caminhos do campo CTS, que foi fundamental para esta minha escolha;

Ao professor Cidoval Moraes de Sousa, por sua disponibilidade em participar e contribuir tanto na qualificação como agora na defesa, trazendo luz sobre os aspectos da apropriação social;

Ao professor Gastão Wagner de Sousa Campos, pelo acolhimento e disponibilidade para reflexões e efeitos Paidéia, pelo privilégio da proximidade, por quem guardo muita admiração;

Ao professor José Maurício de Oliveira, que me orientou no mestrado e em tantos outros projetos inovadores, sempre disposto a uma boa conversa, às boas trocas e às novas produções, por sua companhia nestes percursos, tendo muito de suas contribuições neste trabalho;

Ao professor Everton Soeiro, por sua parceria de longa data, pela alegria e criatividade, pelos nossos bons e longos papos, sempre me mostrando que há outras possíveis formas de compreender e estar no mundo;

À professora Maria Filomena de Gouveia Vilela, pelas nossas sempre produtivas conversas sobre o SUS, especialmente sobre nossas atuações no SUS Campinas, e pela disponibilidade em participar como suplente na banca de defesa;

À professora Alana de Paiva Fornereto Gozzi, pelas muitas e sempre afetuosas contribuições em toda a trajetória deste doutoramento, colega de disciplinas, dupla na orientação, amiga e suplente na banca de defesa;

À Kátia Liane Rodrigues Pinho e Fabíola de Moraes Spiandorello, companheiras doutorandas, sempre presentes, pelos momentos de aprendizagem, de produção coletiva e de muita solidariedade, que enriqueceram e trouxeram leveza a este período;

A todos que fizeram ou fazem parte do “*Projeto ICSAP*”, gestores, trabalhadores e usuários, pelo privilégio de poder fazer parte deste processo;

À Monica Regina Prado de Toledo Nunes, diretora de Departamento de Saúde da SMS de Campinas, pela solidariedade e confiança, apoiando e acreditando no retorno que este trabalho pode trazer para o cotidiano das instituições públicas de saúde;

À Simone Vanzetto Minari, coordenadora do Distrito de Saúde Sul da SMS de Campinas, pelo apoio junto ao colegiado gestor para apresentação da pesquisa e pactuação para entrada em campo;

À Talita Poliana Roveroni Moraes, Adriana da Silva Marinho, Déjnis Cristina Bussolin Reis e Lorena Fatureto Pinto, em nome de todos coordenadores das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sul, que me abriram as portas para a realização das entrevistas de campo, sem as quais não haveria sentido este trabalho;

Às minhas queridas amigas Renata Lúcia Gigante, Ana Clara Lopes Costa e Cibele de Moura Sales, pelo carinho, incentivo e disposição para boas conversas, com concordâncias e contrapontos, mas sempre com muito bom humor, que me ampliam o olhar;

Ao meu mais que amigo de todas as horas, Antônio Ângelo Corte, pela oportunidade do convívio e pelo apoio incondicional, uma energia presente mesmo quando distante;

Aos meus pais e irmãos, pela possibilidade de experimentar tão diversas formas de afeto e por perceber que todas cabem em mim, me formam e me transformam;

À Cilene e aos nossos filhos, pelo amor e pela cumplicidade compartilhados na vida.

Obrigado!

Desejo contribuir para fazer existir em uma instituição um tal lugar – a ser inventado – tentando, muito modestamente, submeter a um exame crítico tão radical quanto possível as representações endógenas, eruditas ou espontâneas, [...] e sobretudo fornecer os instrumentos de conhecimento que me pareçam indispensáveis à construção de uma representação verdadeira, portanto útil para a ação.

Pierre Bourdieu (2004, p.18)

RESUMO

MALVEZZI, E. **Condições sensíveis à atenção primária como dispositivo de gestão do cuidado em saúde: a apropriação pelos usuários do SUS**. 2019. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade, Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos – SP.

A despeito dos avanços nestes últimos trinta anos, o sistema público de saúde brasileiro ainda enfrenta impasses para sua consolidação como política social de fomento a cidadania e o desafio da ruptura com o modelo de atenção tradicional no cotidiano dos serviços. Com a perspectiva da estruturação de novas formas de gestão do cuidado, de organização da oferta e garantia de sua continuidade, foi concebido e implementado em 2012 o “*Projeto ICSAP - internações por condições sensíveis à atenção primária*” na cidade de Campinas-SP, que busca articular e pactuar ações entre os serviços de um determinado território, especialmente as unidades básicas de saúde e o hospital, com a finalidade de qualificar e garantir o acesso e a continuidade do cuidado de seus usuários. Tomando esta iniciativa como objeto, esta pesquisa tem por objetivo analisar as percepções destes usuários quanto à sua apropriação da política pública de saúde, em especial pela compreensão, repercussões e participação nos processos de organização, operacionalização e avaliação do sistema e serviços de saúde em que estão inseridos. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa com levantamento documental e coleta de dados através de entrevistas com os usuários, sendo os resultados sistematizados segundo a análise de conteúdo e discutidos a luz da hermenêutica crítica e do referencial “*Paidéia*”. Os achados demonstram que os usuários reconhecem o Sistema Único de Saúde como política pública, apontando conhecerem sua lógica de funcionamento e os benefícios ofertados por seus serviços quando necessitam de cuidados à saúde; de forma análoga, reconhecem e percebem os efeitos do “*Projeto ICSAP*”, especialmente pela instituição de novas práticas no cuidado após episódio de internação hospitalar nas unidades básicas; porém, fica evidenciado que estes usuários não foram incluídos nos espaços institucionais de participação social para discussão, organização e avaliação desta iniciativa, assim como do sistema de saúde de maneira geral, demonstrando que ainda há desafios para suas efetivas apropriações pela sociedade. A partir deste cenário, espera-se contribuir para a reflexão nas diferentes instâncias deste sistema, especialmente de Campinas, e na sociedade de maneira geral, sobre a necessária ampliação da inclusão dos usuários nos processos deliberativos tanto do “*Projeto ICSAP*” como na organização do sistema de saúde.

Palavras-chave: Ciência, Tecnologia e Sociedade; Gestão de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde; Integralidade em Saúde; Cuidado Centrado no Paciente; Política Pública; Controle Social Formal.

ABSTRACT

MALVEZZI, E. **Conditions sensitive to primary care as a health care management device: the appropriation by SUS users.** 2019. Thesis (Doctorate) - Graduate Program in Science, Technology and Society, Center for Education and Human Sciences, Federal University of São Carlos, São Carlos – SP.

Despite advances in the last thirty years, the Brazilian public health system still faces impasses for its consolidation as a social policy to foster citizenship and the challenge of breaking with the traditional care model in the daily services. With the perspective of structuring new forms of care management, organization of supply and guarantee of continuity, the "ICSAP Project - hospitalizations for conditions sensitive to primary care" in the city of Campinas-SP was designed and implemented in 2012, which seeks to articulate and negotiate actions between the services of a specific territory, especially the basic health units and the hospital, in order to qualify and guarantee the access and continuity of the care of its users. Taking this initiative as an object, this research aims to analyze the perceptions of these users regarding their appropriation of public health policy, in particular the understanding, repercussions and participation in the processes of organization, operationalization and evaluation of the health system and services in which they are inserted. This is a qualitative study with a documentary survey and data collection through interviews with users, the results being systematized according to content analysis and discussed in the light of critical hermeneutics and the "Paidéia" reference. The findings demonstrate that users recognize the Unified Health System as a public policy, aiming to know their logic of operation and the benefits offered by their services when they need health care; in an analogous way, recognize and perceive the effects of the "ICSAP Project", especially for the institution of new practices in the care after hospital hospitalization episode in the basic units; however, it is evidenced that these users were not included in the institutional spaces of social participation for discussion, organization and evaluation of this initiative, as well as the health system in general, demonstrating that there are still challenges to their effective appropriations by society. From this scenario, it is hoped to contribute to the reflection in the different instances of this system, especially in Campinas, and in society in general, about the necessary expansion of the inclusion of users in the deliberative processes of both the "ICSAP Project" and in the organization of the health system.

Key-words: Science, Technology and Society; Health Sciences, Technology and Innovation Management; Integrality in Health; Patient-Centered Care; Public Policy; Social Control, Formal.

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Consumo final, em percentual do PIB - Brasil 2010 – 2013.....	30
Quadro 2: Quadro esquema com principais diferenças entre duas tradições CTS.....	43
Quadro 3: Taxa de ICSAP em cidades brasileiras selecionadas	70
Quadro 4: Série histórica das ICSAP no HM no período 2004 – 2010.....	71
Quadro 5: Série histórica das ICSAP no HM dos Grupos 9, 11, 12 e 13 entre 2004 e 2010 ...	73
Quadro 6: Esquema da sistematização do material coletado.....	90
Quadro 7: Núcleos de Sentido e Categorias de Análise dos Resultados.....	93

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Taxa de Internação por condições sensíveis, 2004-2011.	70
Gráfico 2: Percentual de ICSAP/TOTAL INTERNAÇÕES no HM no período 2004-2011... ..	72

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Modelo linear de progresso.....	39
Figura 2: Fluxograma Adaptado do Projeto ICSAP.....	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AGEMCAMP – Agência Metropolitana de Campinas

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

ANPPS – Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde

APPMS – Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPEX – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CES – Conselho Estadual de Saúde

CID – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CIT – Comissão Intergestora Tripartite

CLS – Conselho Local de Saúde

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

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

COSEMS/SP – Conselho dos Secretários Municipais de Saúde de São Paulo

CSAA – Condições Sensíveis a Atenção Ambulatorial

CSAP – Condições Sensíveis à Atenção Primária

CTS – Ciência Tecnologia e Sociedade

C&T – Ciência e Tecnologia

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DECIT – Departamento de Ciência e Tecnologia

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DCV – Doença Cerebrovascular

DM – Diabetes Mellitus

DNA – Ácido Desoxirribonucleico

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

DSS – Distrito de Saúde Sul

ELR – Equipe Local de Referência

ESF – Estratégia de Saúde da Família

ESOCITE – Asociación Latinoamericana de Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología

Esocite.BR – Associação Brasileira de Estudos Sociais das Ciências e das Tecnologias

FAA – Ficha de Atendimento Ambulatorial

GC – Gestão da Clínica

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HM – Hospital Municipal

HOSPUB – Sistema Integrado de Informatização de Ambiente Hospitalar

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICSAP – Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária

MS – Ministério da Saúde do Brasil

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OEA – Organização dos Estados Americanos

OMS – Organização Mundial de Saúde

PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde

PCT – Política Científica e Tecnológica

PESS – Pesquisas Estratégicas para o Sistema de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PICC – Portal de Indicadores de Competitividade de Campinas

PLACTS – Pensamento Latino-Americano de Ciência, Tecnologia e Sociedade

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNH – Política Nacional de Humanização

PNHAH – Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PPGTE – Programa de Pós-Graduação em Tecnologia

PPGCTS – Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade

PPG-PCT – Programa de Política Científica e Tecnológica

PSA-HM – Pronto Socorro de Adultos do Hospital Municipal

P&D – Pesquisa e Desenvolvimento

QualiHosp – Congresso Internacional de Qualidade em Serviços e Sistemas de Saúde

RAG – Relatório Anual de Gestão

RAS – Rede de Atenção à Saúde

REA – Relatório Eletrônico de Alta

SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência

SCTIE – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFSCar – Universidade Federal de São Carlos

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

UTFPR – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	16
INTRODUÇÃO.....	18
Políticas sociais no Brasil	21
O Sistema Único de Saúde: universalidade, equidade e integralidade	24
A hegemonia do modelo fragmentado: um desafio para o SUS.....	27
Reflexos e possibilidades no sistema local: a experiência de Campinas.....	34
Inquietações e a proposta desta investigação.....	36
2. O CAMPO CTS E A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	38
2.1. O Estado da Arte CTS	41
2.2. C&T em Saúde no Brasil	48
2.3. Aspectos da Inovação Social	52
2.4. Apropriação Social da Política Pública de Saúde.....	55
3. ICSAP: CONCEITO E APLICAÇÕES	59
4. O PROJETO ICSAP.....	68
4.1. O Projeto ICSAP como tecnologia inovadora em saúde	77
5. OBJETIVOS DA PESQUISA.....	81
6. PERCURSO METODOLÓGICO	82
6.1. Referenciais Metodológicos	82
6.2. Aspectos Éticos.....	85
6.3. Campo e os Sujeitos.....	85
6.4. Estratégias para Coleta do Material	86
6.5. Sistematização dos Dados.....	88
6.6. Discussão dos Resultados	90
7. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	93
8. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	107
<i>Núcleo 1: A percepção dos usuários a respeito do atendimento das suas necessidades para o cuidado em saúde.</i>	107
<i>Núcleo 2: Reflexos do episódio de internação na articulação da oferta e produção do cuidado.</i>	114
<i>Núcleo 3: Apropriação e participação nos processos de organização e avaliação do sistema público de saúde.</i>	121

CONSIDERAÇÕES FINAIS	127
REFERÊNCIAS	132
APÊNDICES	148
APÊNDICE 1 - Ficha de Caracterização dos Artigos	148
APÊNDICE 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	150
APÊNDICE 3 - Roteiro das Entrevistas	152
ANEXOS	153
ANEXO 1 - Unidades de Saúde do SUS Campinas-SP	153
ANEXO 2 - Mapa de Campinas com áreas de cobertura de cada Unidade Básica de Saúde, distribuídas por Distrito de Saúde	154
ANEXO 3 - Cronologia de um Fracasso: 1957 a 1968	155
ANEXO 4 - Organograma do Ministério da Saúde do Brasil	156
ANEXO 5 - Lista Brasileira de CSAP	157
ANEXO 6 - Quadro comparativo População X Cobertura AP X ICSAP nas Capitais Brasileiras e DF: 2008-2015 (Cidade de Campinas-SP como referencia).....	158
ANEXO 7 - Unidades Básicas de Saúde do Distrito de Saúde Sul de Campinas-SP participantes do “Projeto ICSAP”	161
ANEXO 8 - Autorização do CEP	162

APRESENTAÇÃO

Há em mim uma alegria em produzir este trabalho e poder compartilhá-lo, com a certeza de sua incompletude, mas também de avanços no caminho percorrido até aqui e que me permitem seguir na busca por transformações em minha prática cotidiana. Compreendi, para além dos objetivos e achados desta pesquisa, um pouco mais de mim mesmo, das coisas que venho pensando e daquelas que me proponho a defender, base da minha inserção na vida.

Sou terapeuta ocupacional e economista, uma combinação que trouxe a oportunidade de ampliar a compreensão social do mundo e de suas relações, que certamente influenciam minha atuação e convicções. Acredito estar na interdisciplinaridade, na simultaneidade e complementariedade dos múltiplos saberes, a possibilidade, democrática, inclusiva e emancipatória, de construção de processos potentes de transformação da realidade.

Meu percurso é significativamente marcado pela inserção e militância no SUS, especialmente pela minha vinculação desde 1993 à Prefeitura de Campinas, onde pude desempenhar várias funções no campo da gestão em diferentes instâncias e serviços na Secretaria de Saúde e no Hospital Municipal.

Destaco, dentre estas, a iniciativa que reúne muitos dos aspectos com os quais me identifico, não só por ter participado desde o momento de sua concepção em 2009, mas pela força de seu coletivo de participantes para manter-se ativa. Trata-se de um projeto de gestão de internações sensíveis à atenção primária, denominado “*Projeto ICSAP*”.

E é este projeto, cujo detalhamento trago no corpo deste trabalho, que tomo como objeto de pesquisa neste doutoramento. Para ser mais preciso, é uma oportunidade de continuidade, e justamente por isso um desafio, de explorá-lo com maior profundidade, agora sob a percepção de seus usuários, visto que no mestrado o fiz a partir dos gestores e trabalhadores envolvidos.

Os resultados do primeiro estudo apontaram para o reconhecimento de transformações qualitativas no cotidiano dos serviços, e conseqüentemente de suas equipes, sendo, assim, instituinte de novas práticas de gestão e de organização da atenção à saúde em seu território de atuação. E, neste sentido, inovador.

Isto me provocou o desejo de continuidade e ampliação desta investigação com a inclusão de usuários, em especial pela compreensão, repercussões e participação destes nos processos de organização, operacionalização e avaliação, tanto desta iniciativa como do sistema e serviços saúde em que estão inseridos.

Neste sentido, faço a escolha, e me encanto, pelo campo CTS – Ciência, Tecnologia e Sociedade, que, ao encontro das minhas expectativas, abre novos horizontes e amplia as possibilidades de abordagem e compreensão deste estudo, com produção de novas reflexões e conhecimentos numa perspectiva interdisciplinar de questionamentos do porquê, para que e para quem se produz ciência, tecnologia e inovação.

Disto amplia-se, para além dos aspectos já mencionados, minha opção pela inclusão da implicação do Estado na formulação e implementação de políticas públicas, sobretudo no campo da saúde, assim como das formas como a sociedade se apropria destas, mais especificamente do SUS.

Para apresentar este trabalho, o organizo em oito partes. Na introdução trago o processo histórico pelo qual as políticas públicas foram se constituindo no mundo e no Brasil, destacando o SUS e seus desafios.

No segundo capítulo apresento o estado da arte do campo CTS e como este tem sido abordado especialmente na área de saúde no nosso país, aproximando deste os conceitos de inovação e de apropriação social.

O terceiro traz o conceito e as aplicações que vem sendo atribuídas às ICSAP, estando no capítulo seguinte a apresentação detalhada do “*Projeto ICSAP*”, que é o objeto deste estudo. O capítulo cinco traz os objetivos desta pesquisa e o sexto o percurso metodológico para o desenvolvimento deste estudo, apoiado em matrizes dos estudos sociais na saúde.

No capítulo sete e oito são apresentadas a sistematização e a discussão dos resultados, respectivamente, destacando-se os núcleos de sentido e categorias de análise construídas por este pesquisador. Encerrando, trago minhas considerações finais.

O percurso da pesquisa e de construção deste trabalho me foi muito gratificante e enriquecedor. Espero que para você leitor seja uma leitura instigante e bastante proveitosa!

INTRODUÇÃO

O processo histórico pelo qual as políticas públicas foram se constituindo traz uma intrínseca relação entre as necessidades sociais da população, seus movimentos reivindicatórios e os interesses econômicos, cujo produto revela contradições (PASTORINI, 1997; 2006). Entre os diferentes aspectos que conformam este processo nas sociedades ocidentais, destacam-se aqueles decorrentes dos chamados movimentos de modernização iniciados no século XVIII com a revolução industrial.

Esses movimentos, iniciados na Grã-Bretanha e França, que ganham a Europa ocidental e América do Norte, acarretam em transformações sociais, políticas, culturais e econômicas que marcarão o século XIX. As mudanças trazidas pelo modelo econômico capitalista e sua forma de produção, tais como os fenômenos da acelerada e exacerbada urbanização, o crescimento da taxa de natalidade, mas também o surgimento de uma nova classe industrial mais politizada, trazem à luz a pressão social por necessárias intervenções do Estado para melhoria das condições de vida dos diferentes grupos da população (PIANA, 2009).

Sob este desenho, as políticas sociais são entendidas como fruto da dinâmica social, da inter-relação entre os diversos atores, em seus diferentes espaços e a partir dos diversos interesses e relações de força. Surgem como *“instrumentos de legitimação e consolidação hegemônica que, contraditoriamente, são permeadas por conquistas da classe trabalhadora”* (MONTAÑO, 2007, p.39).

Inicia-se, assim, a transformação da sociedade através de reformas graduais e sucessivas (reformismo), caracterizada, por parte dos governos, pela elaboração e institucionalização de políticas de caráter social, em especial referentes aos sistemas de saúde, educação e infraestrutura urbana.

Os efeitos negativos sofridos pela sociedade em decorrência das duas guerras mundiais no século XX reafirmam e reforçam este movimento de fomento e investimento nas políticas sociais (BEHRING; BOSCHETTI, 2006), atribuindo ao desenvolvimento destas o caminho para a garantia do progresso das nações. São deste mesmo período a criação de grandes agências de desenvolvimento econômico e social junto à recém-fundada Organização das Nações Unidas (1945), tais como o Banco

Mundial, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

Contudo, este movimento sofre reversões, tendo em vista a forte pressão dos interesses econômicos a que serão submetidos os governos, especialmente ao serem cobrados pela apresentação dos gastos e da eficácia destas políticas e pela racionalidade na utilização destes recursos, assim como da exposição a dúvidas em relação à integridade dos agentes públicos responsáveis pela administração destas.

Configura-se assim uma forte e inerente relação entre política social e política econômica, mais especificamente o modelo econômico capitalista vigente, com inegáveis contradições de interesse entre estas. A política econômica, hegemonicamente vinculada à acumulação capitalista, não necessariamente responde às necessidades sociais (VIEIRA, 2007).

Sobre esta relação, Faleiros (1991, p.8), aponta que:

As políticas sociais ora são vistas como mecanismos de manutenção da força de trabalho, ora como conquista dos trabalhadores, ora como arranjos do bloco no poder ou bloco governante, ora como doação das elites dominantes, ora como instrumento de garantia do aumento da riqueza ou dos direitos do cidadão.

Para atenuar estas contradições, mas tendo força preponderante a política econômica, mecanismos políticos buscaram amenizar o impacto social (BEHRING; BOSCHETTI, 2006). Neste sentido, emerge inicialmente o chamado Welfare State (Estado de Bem-Estar Social) e posteriormente o neoliberalismo.

O Estado de Bem-Estar Social, que se deu basicamente entre os anos 1945 e 1975, proposto e adotado por países da Europa e Estados Unidos, apresenta-se sustentado pelos princípios do pleno emprego (masculino) e na menor desigualdade social entre os cidadãos (PEREIRA, 2000). Ainda segundo a lógica do modelo econômico de mercado, trouxe a concepção de que os governos são responsáveis pela garantia de um mínimo padrão de vida para todos os cidadãos, como direito social, implicando assim na interferência do Estado na regulação da economia de modo a assegurar o pleno emprego e a criação de serviços sociais coletivos de acesso gratuito, como educação e saúde, e a prestação de benefícios mínimos de assistência social para atender aos casos de extrema necessidade e minimizar a pobreza (FALEIROS, 1991).

No entanto, a crise capitalista da década de 1970, que apresenta reduzidos índices de crescimento e altas taxas de inflação, reverte esta situação e, mais do que isto, aponta a regulamentação do mercado por parte do Estado e o avanço da organização dos trabalhadores como entraves aos interesses econômicos, levando ao declínio o padrão do Estado de Bem-Estar (BEHRING, 2003), período em que também caem os regimes socialistas do leste europeu.

Frente a este cenário, se fortalecem os argumentos neoliberais, recuperando o arcabouço teórico liberal¹, em contraposição ao ideário do Estado de Bem-Estar, sobretudo os direitos sociais, propondo em contrapartida a mínima regulamentação do mercado e a ampla liberdade econômica dos agentes produtivos. Os interesses do capital se sobrepõem em detrimento aos dos trabalhadores, velado por um discurso de direitos individuais.

O neoliberalismo passa então a dominar o projeto societário a ser implementado nos países capitalistas, apostando na restauração do crescimento estável e tendo como assertivas a privatização acelerada com enxugamento do Estado e colocando as políticas fiscais e monetárias em sintonia com as premissas dos organismos mundiais de hegemonia do capital, tal como o Fundo Monetário Internacional (FMI).

Em quase todo o mundo vê-se o desmonte das políticas nacionais de garantias sociais básicas, que passam a ter um caráter eventual e complementar por meio de práticas fragmentadas e compensatórias, revestidos de práticas alternativas e inovadoras para uma realidade de pobreza e exclusão social (PEREIRA, 2000). Rechaça-se o conceito dos direitos sociais e a obrigação da sociedade de garanti-los através da ação estatal, ganhando força o discurso de que o desenvolvimento econômico garantirá o emprego e, com ele, o acesso aos bens de consumo e serviços. O neoliberalismo opõe-se à universalidade, igualdade e gratuidade dos serviços sociais (LAURELL, 1997).

Desta forma, pode-se afirmar que as políticas sociais, no mundo capitalista, além de sua inerente função social, desempenham também uma função econômica (PASTORINI, 2006).

¹ A escola liberal clássica tem no pensamento de Adam Smith expresso na sua obra *A Riquezas das Nações: investigação sobre sua natureza e suas causas*, divulgada em 1776, a sua base teórica. Além de Adam Smith, contribuíram para a formulação do pensamento clássico liberal David Ricardo, Thomas Robert Malthus, John Stuart Mill e Jean Batista Say (CARVALHO *et al.*, 2007)

Ressaltando que se trata de um papel social cujas verdadeiras funções são dissimuladas para que o Estado mantenha o controle e a ordem social, cuja oferta de serviços, mais do que garantir direitos e diminuir as desigualdades entre as classes, tem como intuito o alívio às pressões advindas das disputas entre as diferentes classes sociais. Ao não serem apresentadas nem como meros favores das classes dominantes, nem como conquista das reivindicações populares, garantem, por conseguinte, uma suposta manutenção do *status quo* (FALEIROS, 1991).

E, em assim se mantendo, cumpre sua função econômica por meio da socialização dos custos de manutenção e reprodução da própria força de trabalho, pagos pela população por meio de impostos, através da oferta de prestação de serviços sociais como a saúde, a educação e a assistência social, que levam ao “*barateamento da força de trabalho e conseqüente acumulação ampliada do capital*” (PASTORINI, 2006, p.87). Essas ações apresentam-se como formas compensatórias às quedas do salário real, desobrigando o capitalista a atender exclusivamente as necessidades de sobrevivência e reprodução da força de trabalho (NETTO, 1996).

Pastorini (2006) observa que as políticas sociais não podem ser entendidas como um movimento linear e unilateral, mas analisadas como um processo dialético entre classes sociais, como uma expressão da correlação de forças e lutas na sociedade civil, produto concreto do desenvolvimento da sociedade e de suas contradições, ou seja, um produto histórico, e não consequência de um desenvolvimento “natural” (PASTORINI, 2006).

Políticas sociais no Brasil

Neste mesmo contexto mundial, a implementação das políticas sociais no Brasil está diretamente relacionada às condições vivenciadas pelo país em níveis econômico, político e social. Inserem-se, portanto, no centro do embate econômico e político do século XX e início deste, agravado por sua posição de país periférico no mundo capitalista, dependente das determinações e decisões do capital e das potências mundiais hegemônicas.

As políticas sociais brasileiras foram influenciadas a assumir um caráter assistencialista, paternalista e clientelista, no qual o Estado, por meio de medidas paliativas e fragmentadas, intervém nas manifestações da sociedade preocupado,

inicialmente, em manter a ordem social. São formatadas a partir de um contexto autoritário no interior de um modelo de crescimento econômico concentrador de renda e socialmente excludente.

A política social brasileira compõe-se e recompõe-se, conservando em sua execução o caráter fragmentário, setorial e emergencial, sempre sustentada pela imperiosa necessidade de dar legitimidade aos governos que buscam bases sociais para manter-se e aceitam seletivamente as reivindicações e até as pressões da sociedade (VIEIRA, 2007, p.68).

Quando nos remetemos aos anos 30, período do governo de Getúlio Vargas, podemos considerá-lo como o marco inaugural da formação do nosso “Estado de Bem-Estar Social”, de maneira bem peculiar, como menciona Schwartzman (2001, p.9):

Com a promulgação de leis de proteção aos trabalhadores, a organização dos sindicatos patronais e de trabalhadores, a fundação dos institutos previdenciários, e a criação da justiça do trabalho, que deveria administrar as relações de classe da sociedade brasileira, fica formada a base do nosso Estado do Bem Estar Social, dentro de uma concepção bastante específica, que é a organização corporativa da sociedade brasileira.

De 1930 até 1980, ocorreram várias modificações no escopo e na organização do sistema, mas sem alterar as suas principais características de centralização política e financeira em nível federal das ações sociais do governo; de acentuada fragmentação institucional; de exclusão da participação social e política dos processos decisórios; da adoção do princípio do autofinanciamento do investimento social; e, do uso clientelístico da máquina social (DRAIBE, 1993).

A partir de então, o Estado adotou uma postura de subsidiário do mercado, guardadas as peculiaridades de nossa cultura e prática política, sem instituições e programas voltados para metas sociais de longo prazo.

Estas características podem ser consideradas como a causa desencadeadora da ineficiência e da ineficácia do sistema público de atenção social, que começou a ser denunciada sistematicamente a partir dos anos 1980, provocando o surgimento de esquemas alternativos que davam ênfase a redução do papel do Estado e a uma ampliação da participação da iniciativa privada, fortalecendo o papel do mercado para responder a demanda, tal como vinha acontecendo nos demais países do mundo (VILLALOBOS, 2000).

Contudo, mais especificamente a partir de 1985, pós-período de ditadura militar, apesar de uma conjuntura de agravamento das questões sociais e escassez de recursos, o país vive o protagonismo dos movimentos sociais que contribui com uma série de avanços no que diz respeito à legislação referente aos direitos sociais.

O principal marco, neste sentido, é a promulgação da Constituição Federal em 1988, chamada de Constituição Cidadã, dada suas características pautadas pelos parâmetros da equidade e de direitos sociais universais, especialmente pela consolidação de conquistas e ampliação dos direitos nos campos da saúde, da educação, da assistência e previdência social, do trabalho, do lazer, da moradia, dentre outros. Inaugura-se assim um novo momento político-institucional no Brasil ao reafirmar o estado democrático de direito e definir uma política de proteção social abrangente, cujos objetivos precípuos são o bem-estar e a justiça sociais.

Um marco político-institucional importante, elaborado num contexto de transformações do Estado e da sociedade, onde se buscava aliar esforços de crescimento econômico, fortalecimento dos valores democráticos e avanços sociais, mas que trouxe consigo algumas contradições. Ao mesmo tempo em que refletia o avanço do processo político-social no país, mantinha características das constituições anteriores com proposições conservadoras na área econômica, tributária, administrativa e do sistema político do Estado (SALLUM JUNIOR, 2004; SOUZA, 2001).

Segundo Costa (2009), duas agendas disputaram a condução da política social nesta ocasião: a perspectiva minimalista do ajuste macroeconômico e a perspectiva universalista da proteção. Na primeira, a proteção social estaria subordinada à política de ajuste fiscal, onde o sistema de proteção social seria uma externalidade do esforço de ajuste macroeconômico, focada nos estratos pobres.

Na perspectiva universalista, a política pública de proteção deveria responder à necessidade de resgate da dívida social pela via de um sistema de seguridade social vislumbrado pela redemocratização da década de oitenta. Entretanto, apesar da regulamentação em leis complementares houve pouco avanço neste campo.

Impactado pela crise fiscal que impôs limites a capacidade de resposta do Estado às crescentes demandas na área social, vê-se predominar a perspectiva minimalista, do ideário neoliberal propagado pelos países centrais e pelas agências multilaterais de financiamento, cujas principais propostas para a área social seguiram o formato da

privatização através da transferência da produção de serviços públicos para o setor privado; descentralização das políticas sociais para outras esferas de governo (estados e municípios) como forma de aumentar a eficiência e a eficácia do gasto público; focalização, orientada para a concentração da ação estatal em determinados serviços considerados essenciais e não passíveis de oferta pelo mercado e para segmentos específicos da população, mais vulneráveis e expostos a situações de pobreza extrema (DRAIBE, 1993).

O Sistema Único de Saúde: universalidade, equidade e integralidade

Considerada uma das mais importantes propostas de política social no Brasil, o Sistema Único Saúde (SUS) tem seus princípios e diretrizes na Constituição Federal de 1988, regulamentados na Lei Orgânica da Saúde de 1990. Destacam-se os princípios doutrinários da universalidade, integralidade e equidade e as diretrizes da descentralização e controle social (BRASIL, 1988; 1990).

Assim incluída, a saúde avança em relação às formulações de dicotomia entre saúde pública e assistência médica, inovando ao introduzi-la como parte dos direitos sociais universais não limitados ao biológico nem à assistência médica, antes restrita a população com vínculo formal de trabalho e contribuinte da previdência. Além disso, afirma o dever do Estado em sua manutenção e subordina as práticas privadas à sua regulação, incluindo a participação representativa da sociedade em instâncias de controle (FLEURY; OUVÉNEY, 2008).

Esta mudança foi motivada, por um lado, pela crescente crise de financiamento do modelo de assistência médica da Previdência Social e, por outro, como resultante da grande mobilização política dos trabalhadores da saúde, de centros universitários e de setores organizados da sociedade que constituíram o então denominado “Movimento da Reforma Sanitária”, no contexto da democratização do país.

Este movimento, que começou a tomar forma em meados da década de 1970, estruturou-se durante a luta pela redemocratização. Um amplo movimento social cresceu no país (LUZ, 1991) reunindo iniciativas de diversos setores da sociedade – desde os movimentos de base até a população de classe média e os sindicatos –, em alguns casos associados aos partidos políticos de esquerda, ilegais na época. A concepção política e ideológica do movimento pela reforma sanitária brasileira defendia

a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público (CAMPOS, 2006a; PEGO; ALMEIDA, 2002; BIRMAN, 1991).

Professores de saúde pública, pesquisadores da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência e profissionais de saúde de orientação progressista se engajaram nas lutas dos movimentos de base e dos sindicatos². O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), fundado em 1976 e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979, propiciaram a base institucional para alavancar e organizar o movimento das reformas (PEGO; ALMEIDA, 2002).

O movimento da reforma sanitária cresceu e formou uma aliança com parlamentares progressistas, gestores da saúde municipal e outros movimentos sociais (SCOREL, 1998). Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a primeira aberta a participação da sociedade, aprovou o conceito da saúde como um direito do cidadão e delineou os fundamentos do SUS, com base no desenvolvimento de várias estratégias que permitiram a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as instâncias federal, estaduais e municipais. Essas mudanças administrativas estabeleceram os alicerces para a construção do SUS universalizado, hierarquizado, regionalizado e descentralizado, com a municipalização dos serviços e fortalecimento do poder decisório municipal.

Desta forma, a formulação de política de saúde era concernente àquela definida pela Organização Mundial da Saúde:

Um posicionamento ou procedimento estabelecido por instituições oficiais competentes, notadamente governamentais, que definem as prioridades e os parâmetros de ação em resposta às necessidades de saúde, aos recursos disponíveis e a outras pressões políticas. A política de saúde é frequentemente estabelecida por meio de leis e outras formas de normatização que definem as regras e os incentivos que orientam a provisão de serviços e programas, assim como o acesso a esses. [...] Com a maioria das políticas públicas, as políticas de saúde emergem a partir de um processo de construção de suporte às ações de saúde que se sustentam sobre as evidências disponíveis, integradas e articuladas com as necessidades da comunidade, as realidades políticas e os recursos disponíveis (WHO, 1998, p. 10).

² Destacando Sérgio Arouca, Nelson Rodrigues dos Santos, Sonia Fleury, Gastão Wagner de Sousa Campos, Jairnilson Silva Paim, dentre tantos outros.

Aconteceu que o período seguinte, ao qual caberia a tarefa de efetivação dessa arrojada reforma, a década de 1990, apresenta um contexto completamente adverso, de rediscussão do tamanho e papel do Estado, cujo pensamento majoritário era de sua diminuição e atuação como subsidiário ao mercado. Nossa Constituição apontava o contrário disto, apesar de forte resistência do setor privado (MENICUCCI, 2014; CAMPOS, 2006a).

Conviviam nesta época a democratização e a liberalização econômica. Simultaneamente a essa reforma, as empresas de saúde se reorganizavam para atender às demandas dos novos clientes, recebendo subsídios do governo e consolidando os investimentos no setor privado (MÉDICI, 1990). Concorrem, assim, dois sistemas de saúde fortes, o SUS e o sistema privado.

Embora tenham ocorrido mudanças importantes na atuação federal, durante todo o período não se configurou um projeto positivo abrangente para o Ministério da Saúde, orientado por finalidades coerentes com as diretrizes da Reforma Sanitária, que seriam, no mínimo, a inserção da saúde num novo modelo de desenvolvimento e numa lógica de proteção social abrangente: a busca da consolidação dos princípios e diretrizes do SUS no território nacional e a redução das desigualdades em saúde (BAPTISTA, 2009, p.836).

Neste contexto, o SUS, um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, não se comportará de forma diferente das outras políticas sociais no país, enfrentando o mesmo revés trazido pela instabilidade e agravamento da crise econômica e a consequente pressão pela aproximação e adoção do modelo neoliberal, não chegando, assim, a ser plenamente implementado, ainda que permaneçam esforços contrário de sanitaristas e usuários.

O SUS se mantém como um sistema em desenvolvimento que continua a lutar para garantir a cobertura universal e equitativa, cujo desafio passa pela opção do enfrentamento político por parte do Estado à sua subordinação ao modelo neoliberal (CAMPOS, 2018; COSTA, 2009).

Apesar de muitas conquistas, tais como as inovações institucionais, a descentralização e participação dos diferentes entes federados, a ampliação de espaços formais para participação e controle social, o aumento da oferta de serviços, a ampliação dos quadros de recursos humanos contratados e incorporação de novas tecnologias em saúde, houve, contraditoriamente, a expansão do setor privado, comprometendo a equidade nos serviços e nas condições de saúde da população,

demonstrando a força nesta disputa dos planos de seguro privado e do mercado (PAIM *et al.*, 2011; CAMPOS, 2006; 2006a).

Fleury (2009) destaca que, ainda que se possa afirmar que a proposição de constituição do SUS tenha alcançado um valor público e que seus desdobramentos apresentem resultados concretos para a saúde pública coletiva, são inegáveis seus desafios:

A incapacidade de implantar um modelo integral de atenção à saúde, de reversão da predominância do modelo curativo para um modelo preventivo, a incapacidade das melhorias na gestão do sistema gerar melhorias correspondentes na gestão das unidades, a falta de uma renovação ética nos profissionais do sistema de saúde, a dependência de insumos e medicamentos cujos preços e condições de produção por grandes empresas multinacionais fogem ao controle dos Estados nacionais, e muitos outros mais, são desafios presentes no momento atual da reforma sanitária (FLEURY, 2009, p. 751).

A hegemonia do modelo fragmentado: um desafio para o SUS

Considerar a política de saúde como uma política social, implica envolver e considerar a relação entre os diversos aspectos, políticos, sociais, econômicos, institucionais, teóricos, técnicos, culturais, dentre outros, que a envolve e influenciam sua estruturação e dinâmica de organização e operacionalização. A ação da política de saúde, frente a esta diversidade de interesses, se encontra na interface entre Estado, sociedade e mercado, ou mais especificamente, na negociação dos inerentes conflitos e contradições entre estes (FLEURY; OUVÉNEY, 2008).

Segundo Eibenschultz (1992) as políticas de saúde se constituem em respostas produzidas socialmente e conduzidas pelo aparato do Estado, às necessidades de sua população, considerando suas diferenças e singularidades.

A política de saúde, ao definir seus objetivos, o tipo de estratégia a ser adotada e os planos para sua implementação e gestão, define onde serão alocados os recursos, e isto produz efeitos nos diversos setores ao mesmo tempo, afetando e sendo afetada por outras áreas. Destaca-se aqui a relação público-privado (CAMPOS, 2006; 2006a).

Ao movimentar recursos financeiros para sua operacionalização, na construção e manutenção de suas unidades, contratação e remuneração de seus profissionais, aquisição de insumos e equipamentos, dentre outros, constitui um complexo significativo de produção de bens e serviços para o sistema econômico do país,

especialmente nos setores farmacêuticos e de equipamentos médico-hospitalares, além da própria geração e arrecadação de impostos.

Ganha força a reflexão sobre a abordagem de cuidado à saúde que o SUS vem oferecendo aos seus usuários, componente de interesse central neste estudo. O conceito de política de saúde, em sua acepção mais técnica, remete à combinação de diferentes tecnologias disponíveis, quer de conhecimento, técnica, processo ou equipamento, para atender as necessidades de saúde (PAIM, 2006).

Ainda que reconhecida a importância dos determinantes sociais no processo saúde-doença, o avanço tecnológico na área biomédica tem tensionado para o aumento do consumo de tecnologias voltadas à crescente produção de conhecimento na direção da especialização, quer no campo diagnóstico como na oferta de opções terapêuticas, preventivas, curativas e de reabilitação (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Progressivamente vem se ampliando a oferta de uma assistência mais custosa, mais especializada, mais municiada de exames, de fármacos e de equipamentos. Nesta racionalidade há priorização do biológico em detrimento dos demais aspectos que envolvem o processo de saúde-doença (CAPRA, 2001; BATISTA, 2010; CAMARGO JÚNIOR, 2003).

Apesar das ações de saúde centrada na atenção curativa resultar em diminuição da letalidade de algumas doenças e agravos, não interfere significativamente no padrão e ocorrência dessas doenças, já que não atuam em seus determinantes (SALES, 2009), e seu caráter fragmentado é reconhecidamente ineficiente, sobretudo nas doenças crônico-degenerativas (BATISTA, 2010). Há uma hipervalorização dos aparatos tecnológicos sem necessariamente resultar em melhores coeficientes de saúde (CAMPOS, 2007a).

Essa lógica do modelo biomédico implicou em uma crescente departamentalização da oferta de serviços e fragmentação do cuidado, desqualificado do ponto de vista da humanização e mais oneroso aos sistemas de saúde (CAPRA, 2001; CAMPOS, 2006; CAMPOS, 2007a; CAMPOS e AMARAL, 2007). Cuidado entendido aqui em sentido mais amplo, que envolve implicações ontológicas existenciais, que atravessa inúmeros sentidos e significados, e que está imbricado nos encontros terapêuticos, nas ações em saúde, na integralidade e nas necessidades de saúde (AYRES, 2007, CAMPOS, 2007, 2007a; AYRES, 2004; PINHEIRO; GUIZARDI, 2004).

Há evidências de que a estratégia de ampliação de recursos em sistemas de saúde fragmentados não necessariamente resulta em melhoria nos indicadores de saúde (WHO, 2010). Aspectos políticos e econômicos, relacionados à própria natureza da tecnologia ou pela ação e interesses relativos ao mercado, concorrem para pressionar a incorporação de novas tecnologias pelos sistemas de saúde (LANGTON, 2016; TRINDADE, 2008).

Neste contexto, seguindo a mesma tendência, dados brasileiros mostram que a utilização dos serviços de saúde vem crescendo proporcionalmente mais do que o crescimento da população (RIPSA, 2008), muito provavelmente tensionada pelo também aumento da quantidade de tecnologias prescritas/solicitadas pelas equipes cuidadoras ou por ações judiciais (ELIAS, 2013). No Brasil as despesas com consumo final de bens e serviços de saúde (gastos por famílias, governo e instituições sem fins lucrativos) no ano de 2009 foi de R\$ 283,6 bilhões, avançando para R\$ 546 bilhões em 2015 correspondendo a um incremento da ordem de 92,5% nestes sete anos em valores absolutos (IBGE, 2017).

Já em relação ao Produto Interno Bruto (PIB), também houve um acréscimo, passando de 8,8% em 2009 para 9,1% em 2015, ainda que em todos os anos deste intervalo tenha sido de decréscimo. Em 2015, desse total, 3,9% (R\$ 231 bilhões) foram despesas de consumo do governo e 5,2% (R\$ 315 bilhões) despesas de famílias e instituições sem fins lucrativos a serviço das famílias.

A despesa per capita com consumo de bens e serviços de saúde em 2015 foi de R\$ 1.538,79 para famílias e de R\$ 1.131,94 para o governo. O principal gasto das famílias é feito com serviços de saúde (incluindo planos de saúde), chegando a R\$ 204,4 bilhões (3,4% do PIB). Na despesa de consumo do governo, o principal item é a saúde pública, com R\$ 184,3 bilhões (3,1% do PIB) (IBGE, 2017).

Pode-se observar no Quadro 1 que o principal gasto das famílias foi com serviços de saúde privados (incluindo planos de saúde), sendo que o consumo de medicamentos representa cerca de 1,5% do PIB no período, chegando a 92,5 bilhões em 2015.

Em relação aos gastos do governo com a saúde pública, em termos percentuais e tomando 2009 como parâmetro, nota-se que ainda não se recuperou, contudo, neste mesmo período, seus gastos com a saúde privada aumentaram e se estabilizaram.

Quadro 1: Consumo final, em percentual do PIB, por setor institucional, segundo os produtos - Brasil - 2009 – 2015.

Produtos	Consumo final, em percentual do PIB, por setor institucional (%)						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	8,8	8,0	7,8	7,9	8,1	8,6	9,1
Famílias							
Total	4,8	4,3	4,2	4,4	4,5	4,8	5,1
Medicamentos para uso humano	1,7	1,6	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
Preparações farmacêuticas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aparelhos e instrumentos para uso médico e odontológico.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Outros materiais médico/odonto/ópticos	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
Saúde privada	3,0	2,5	2,6	2,7	2,9	3,1	3,4
Governo							
Total	3,9	3,6	3,5	3,4	3,5	3,7	3,9
Medicamentos para uso humano	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Saúde pública	3,2	2,7	2,7	2,6	2,8	2,9	3,1
Saúde privada	0,4	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
Instituições sem fins de lucro a serviço das famílias							
Total	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Saúde privada	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Contas Nacionais.

O sistema de saúde brasileiro, historicamente marcado por um modelo de assistência curativista, hospitalocêntrica e medicocentrada, influência do paradigma cartesiano no pensamento da medicina, ainda convive com as implicações desta concepção na organização e práticas de saúde (BATISTA, 2010; CAPRA, 2001; CAMPOS, 2006; 2006a).

O desenvolvimento social, econômico e tecnológico possibilitou mudanças na carga de doença e consequente transição demográfica no Brasil, com uma pirâmide etária predominantemente de adultos e idosos. Ao mesmo tempo, também trouxe mudança nos hábitos de vida, em especial pelo consumo de alimentos industrializados e sedentarismo, expondo a população cada vez mais ao risco às doenças crônicas (SCHMIDT *et al*, 2011; MENDES, 2011).

Estudos apontam a importância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no perfil de adoecimento da população brasileira e a comparação com estudos prévios revela a consolidação da nossa transição epidemiológica. Schramm *et al* (2004)

apontam que a carga de doença no Brasil de 2004 mostrou que nas dez principais causas, medidas pelos anos de vida ajustados por incapacidade, para ambos os sexos, estão o diabetes mellitus (5,1%), a doença isquêmica do coração, angina e enfarte agudo do miocárdio (5,0%), as doenças cerebrovasculares (4,6%) e a doença pulmonar obstrutiva crônica (3,4%) e ainda que 59% dos anos perdidos por morte precoce e 74,7% dos anos de vida perdidos por incapacidade eram representados pelo grupo das DCNT. Estudo publicado em 2015 (THEME-FILHA, 2015) com base de dados de 2013 demonstra que a carga de doença no Brasil apresenta a hipertensão arterial (21,4%) como principal causa, seguida pela depressão (7,6%) e o diabetes mellitus (6,2%).

É emergente, neste contexto, a construção de novas abordagens para o enfrentamento do processo saúde-doença a partir da integralidade das ações de saúde visando o acesso e a produção do cuidado centrada no usuário (BATISTA, 2010). Souza (2009, p.915) aponta que:

Se, atualmente, é predominante um modelo biologicista, curativista e individualista, o SUS necessário só se materializará em um modelo de atenção integral, em que sejam oferecidas – considerando-se as necessidades de saúde – [...] ações de promoção e de assistência.

Ao encontro disso, Campos (2007a) ressalta a importância do enfrentamento desta fragmentação, apontando ser possível considerar as singularidades de cada sujeito sem abrir mão da ontologia das doenças e suas possibilidades de diagnóstico e intervenção. Por concepção para uma clínica ampliada, centrada no sujeito, afirma que “*não há problema de saúde ou doença sem que estejam encarnadas em sujeitos, em pessoas*” (CAMPOS; AMARAL, 2007, p. 852).

Neste sentido, o SUS vem buscando contribuir significativamente para produção do cuidado centrado no usuário, adotando políticas estabelecidas a partir da lógica inclusiva, solidária e universal, que concebe a saúde como direito dos cidadãos, cabendo ao Estado garanti-los com suficiência e qualidade (SANTOS, 2008; CAMPOS, 2007a; CARVALHO; SANTOS, 1995).

São inegáveis os resultados obtidos com sua prática nestes últimos 30 anos. É crescente o grau de universalização do acesso aos procedimentos de assistência à saúde da população, desde o mais simples até o mais complexo. Os Programas de Saúde da Família, de Imunização, de Controle de HIV/AIDS, de Controle de Tabagismo, de Transplantes e de Tratamento da Hepatite C, são reconhecidos mundialmente como

modelos (SÃO PAULO, 2017; ROCHA, 2014; MENDES, 2012). Os registros oficiais disponíveis junto ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS)³ indicam que a produção nacional ambulatorial apresentada nos últimos cinco anos (2013 a 2017) foi superior a quatro bilhões de procedimentos ao ano, que neste mesmo período o número de internações foi em torno de 11 milhões ao ano, que a cobertura vacinal da BCG foi superior a 90% e contra a Poliomielite superou os 80%, além de contar com número crescente de profissionais vinculados ao atendimento no SUS com registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde (CNES), chegando a novembro de 2018 com mais de 2.300.000 registros.

Contudo, é a integralidade do cuidado que enfrenta diretamente o modelo de atenção sustentado pela fragmentação das práticas em saúde, pela hierarquização e desarticulação entre os serviços e com foco na doença. O modelo pautado pela integralidade compreende a promoção, prevenção e assistência à saúde ofertadas num mesmo serviço e em todos os níveis de atenção, prevendo a articulação e horizontalização entre estes vários equipamentos de atenção à saúde do respectivo território (SALES, 2009).

Com intuito de alcançar uma atenção à saúde integral, universal e com equidade, o SUS adotou várias estratégias, das quais destacamos a concepção de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde⁴ (APS) como ordenadora do sistema de saúde e coordenadora do cuidado (BRASIL, 2006; 2017), a Clínica Ampliada e Compartilhada e a Gestão da Clínica como concepções de qualificação das ações assistenciais por ele ofertadas e a implantação de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como modelo de organização deste sistema (BRASIL, 2010; 2017).

O Ministério da Saúde do Brasil (MS), em sua Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aponta a Atenção Básica (AB) como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

³ Disponível em: < <http://datasus.saude.gov.br/> >

⁴ “A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS), nas atuais concepções, como termos equivalentes” (BRASIL, 2017, p.129).

A Clínica Ampliada, uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), propõe qualificar o modo de se fazer saúde, em que a vulnerabilidade e o risco do indivíduo são considerados e o diagnóstico é feito não só pelo saber dos especialistas clínicos, mas também pelos saberes e história de quem está sendo cuidado. É uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia (BRASIL, 2004).

Em relação à Gestão da Clínica, conceitualmente compreendida como a aplicação de tecnologias de microgestão dos serviços de saúde (fornecendo elementos de apoio à decisão e manejo clínico, organizando o processo de trabalho e os fluxos e definindo as competências e responsabilidades dos serviços, das equipes e dos profissionais) apresenta como finalidade assegurar padrões clínicos ótimos, aumentar a eficiência, diminuir os riscos para os usuários e para os profissionais, prestar serviços efetivos e melhorar a qualidade da atenção à saúde (BRASIL, 2010).

Esta concepção visa ainda favorecer a integração dos diferentes pontos de atenção à saúde com a intenção de constituir uma rede que tenha capacidade e a lógica de ofertar serviços para o cuidado “*no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e a qualidade certa*” (MENDES, 2011, p. 409). Esta organização do sistema de saúde busca oferecer aos usuários o acesso para suas necessidades de saúde, assim como a garantia da continuidade e qualidade, ofertando atenção integral aos indivíduos, a ordenação e otimização dos recursos que se façam necessários para isto (STARFIELD, 2002).

Existem evidências que países cujos sistemas de saúde se organizam a partir dos princípios da Atenção Primária alcançam melhores resultados:

Em sistemas de saúde universalizantes e incluídos, como na Europa, no Canadá e na Nova Zelândia, este tema está na pauta política dos governos, fazendo um contraponto à fragmentação dos sistemas de saúde, à superespecialização e ao uso abusivo de tecnologias médicas, que determina necessidades questionáveis de consumo de serviços de saúde (BRASIL, 2007, p.15).

Sobre a estratégia de organização do sistema em Redes de Atenção à Saúde, Mendes (2007) faz uma ampla revisão bibliográfica em diversos países, dentre eles os Estados Unidos, o Canadá, alguns da Europa e outros da América Latina, demonstrando

que estas propostas são recentes, mas que há como ponto comum a busca pela superação da fragmentação da atenção à saúde através de sistemas integrados de serviços de saúde, ajustados às necessidades da população e tendo como objetivo a qualificação da atenção e, conseqüentemente, a melhoria na qualidade de vida de seus usuários, nos resultados sanitários e a ampliação da eficiência na utilização dos recursos em saúde.

Reflexos e possibilidades no sistema local: a experiência de Campinas

A Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) estabelece o Brasil como um sistema político federativo no qual união, estados e municípios são considerados entes de esferas de governo, com autonomia administrativa e sem vinculação hierárquica. Torna-se mais complexa a implementação de políticas sociais de abrangência nacional, particularmente nos casos em que a situação de diversidade diz respeito à existência de marcantes desigualdades e exclusão social.

No que diz respeito às políticas de saúde, agregue-se a isso as repercussões destas múltiplas determinações sobre o estado de saúde da população e dos indivíduos, que levam à diversidade de suas necessidades e que, por conseguinte, à necessidade de diferentes tipos de ações e serviços para responder a estas demandas. Frente a este cenário, os municípios ganham grande relevância.

A cidade de Campinas (SP), inserida neste contexto, é um dos dezessete municípios brasileiros com população maior de um milhão de habitantes (IBGE, 2018), além de ser sede e referência para sua região metropolitana, o que amplia a circulação de pessoas ao se dirigirem com regularidade à cidade para estudar, buscar atendimento médico, trabalhar, comprar, vender ou mesmo passear (MALVEZZI, 2010). Apesar de ser o décimo município mais rico do país (o maior do interior do Brasil), cujo PIB representa 1% do nacional (IBGE, 2014), e reconhecido como polo científico e tecnológico, convive com os problemas sociais típicos dos grandes centros urbanos, o que a invoca para a constituição de políticas públicas com a estruturação de programas e serviços que sejam capazes de oferecer respostas a estas necessidades.

Na área de saúde, sobretudo no que diz respeito à saúde pública, tem uma história de pioneirismo e inovação na implantação e organização de seu sistema que contribuíram para avanços na política nacional, com influência no Movimento da Reforma Sanitária e na própria constituição do SUS. Nascimento, Correa e Nozawa (2007) observam que

mesmo antes da efetiva implantação do SUS, desde a década de 1970, a cidade já se organizava de modo pioneiro, por meio da Medicina Comunitária⁵, implantando uma rede básica de atenção à saúde que tinha a finalidade de atender as necessidades de saúde da população.

A crescente complexidade deste seu sistema, com uma rede de serviços assistências⁶ próprios, conveniados e contratos sob sua gestão, levou a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) a adotar um modelo descentralizado como forma de gerenciamento executivo e operacional das ações e serviços sob sua responsabilidade. Organizada em cinco Distritos Sanitários⁷ (DS), que ocupam papel determinante neste processo junto ao Departamento de Saúde, optou pela lógica da adscrição territorial da população e dos serviços, buscando responder com maior eficiência às suas atribuições, identificando as necessidades de oferta e as possibilidades para otimização dos recursos alocados (MALVEZZI, 2010).

Como parte desse esforço, o conjunto de gestores desta SMS definiu em 2008, através de documento denominado “Reorganização da Atenção Básica”, que suas UBS ofertem assistência integral e resolutiva à população, reconhecendo este incremento como fundamental para consolidação das diretrizes e avanços do SUS. Para tanto, estas unidades devem organizar as ações de saúde necessárias para prover resposta satisfatória para a produção do cuidado, articulando e disponibilizando seus diversos recursos, trabalhando de forma integrada e articulada junto aos outros níveis de atenção da rede. A concepção de fortalecimento da Atenção Básica, os conceitos de Redes de Atenção à Saúde, da Clínica Ampliada e da Gestão da Clínica compõem seu repertório de estratégias para a qualificação do cuidado (CAMPINAS, 2008).

Neste contexto de revisão e formulação de novas formas de produção de cuidado fora realizada em 2009 uma “Oficina da Atenção Básica” que reuniu todos os serviços da rede municipal de saúde para, dentre outros objetivos, pactuar estratégias de

⁵ Medicina Comunitária foi um modelo de inovação da assistência à saúde. Concebido nos Estados Unidos da América do Norte na década de 60 do século passado. Teve seu substrato teórico, político e ideológico consagrado na Conferência Internacional de Alma Ata, em 1978. Chegou ao Brasil no início da década de 70, como modelo assistencial comunitário que buscava integrar promoção, prevenção, reabilitação e cura.

⁶ Ver anexo 1.

⁷ A divisão corresponde as regiões da cidade: Norte, Sul, Leste, Sudoeste e Noroeste. No Anexo 2 pode-se observar o corresponde território de cada um destes, subdividido pela área de abrangência das unidades básicas de saúde.

enfrentamento nos modos de se fazer a gestão do cuidado em saúde (CAMPINAS, 2009). Muitas iniciativas foram desencadeadas a partir deste momento.

Motivados por esta “Oficina”, representantes do Distrito de Saúde Sul (DSS) e do Hospital Municipal (HM) propõem neste mesmo ano a formulação de um plano para reorganização de seus serviços de forma a constituir uma rede integrada e responsável pela continuidade do cuidado de seus usuários em comum (MALVEZZI *et al*, 2013). Tem origem assim uma proposta conjunta, denominada “*Projeto ICSAP*” (internações por condições sensíveis à atenção primária), que após período de planejamento e organização é efetivamente implantada em janeiro de 2012 (MALVEZZI, 2014).

O nome vem do indicador ICSAP (ALFRADIQUE, 2009), que compreende um conjunto de agravos que podem ter o risco de internação hospitalar reduzido por um cuidado oportuno e efetivo nos serviços de atenção primária.

Certamente outras iniciativas e ou mudanças ocorreram no SUS Campinas desde então, mas é neste “*Projeto*” que este estudo irá concentrar seu foco.

Inquietações e a proposta desta investigação

Quando objeto de estudo na minha dissertação de mestrado, o “*Projeto ICSAP*” demonstrou ser reconhecido pelos seus gestores e trabalhadores como instituinte de novas práticas, alinhadas com os pressupostos do SUS e suas propostas de ampliação do acesso e melhorias na oferta, tanto na gestão como na qualificação do cuidado em rede pelas equipes dos serviços aos seus usuários (MALVEZZI, 2014). Este resultado o aproxima tanto do conceito de inovação social, tal como define Fleury (2014), como dos princípios de política pública social (BRASIL, 1988).

Frente a estes achados emerge a inquietação sobre quais seriam as percepções que os usuários teriam sobre este mesmo processo em curso. Ouvir a voz dos usuários.

Assim, como uma forma de continuidade do estudo anterior, a ideia inicial era investigar a percepção dos usuários incluídos no “*Projeto*”, após a vivência do episódio da internação hospitalar, sobre a assistência ofertada pelos serviços participantes para a continuidade de cuidados necessários às suas necessidades de saúde. Mais especificamente explorando o seu encontro com as equipes cuidadoras e os resultados das estratégias utilizadas por elas.

Contudo, ao explorar o universo da participação da sociedade na construção, organização e avaliação de sistemas e serviços públicos no campo Ciência, Tecnologia e Sociedade (CTS), emerge e ganha destaque o tema da apropriação social da ciência e tecnologia, em especial relacionado às políticas públicas, que incorporo ao desenho inicial.

Analisar as percepções dos usuários incluídos no “*Projeto ICSAP*” quanto à sua apropriação da política pública de saúde passa então a ser o objetivo desta pesquisa.

Desta maneira, a investigação aqui apresentada se constitui ao mesmo tempo como oportunidade de continuidade, mas também como de aprofundamento e de ampliação deste tema, mantendo-se o mesmo objeto.

Guarda ainda coerência com a proposta do programa⁸ no qual está inserido, que busca desenvolver estudos com importantes segmentos sociais sobre um fenômeno científico-tecnológico, e com a orientação da política nacional de gestão de tecnologias em saúde de que se faz social e politicamente necessário desenvolver mecanismos de articulação entre os setores envolvidos na produção, incorporação e na utilização de tecnologias nos sistemas de saúde (BRASIL, 2011, p.9).

⁸ Linha de pesquisa “Dimensões Sociais da Ciência e da Tecnologia” do Programa de Pós-graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade da Universidade Federal de São Carlos.

2. O CAMPO CTS E A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Vimos presenciando mudanças no processo de produção científica. Da crença indiscriminada no progresso científico como fonte de bem-estar da sociedade, avançamos para uma visão mais crítica, relativizando o poder normativo da produção científica, assim como do alcance da racionalidade técnico-instrumental frente à complexidade dos fenômenos sociais e desafios éticos (PEDRO; SOUSA; OGATA, 2018).

Ciência e cientistas, e, por conseguinte, o conhecimento produzido por estes, são afetados pela sociedade em que estão inseridos, não são autônomas e independentes, ao contrário, são frutos e refletem a estrutura e dinamismo da organização social e toda sua peculiaridade (TEZANOS TORTAJADA, 1997; GARCÍA PALACIOS *et al*, 2001; SILVA, 2002; BOURDIEU, 2004; BITTAR; FERREIRA Jr, 2014).

Para Bourdieu (1983, p.122):

[...] a verdade do produto - mesmo em se tratando desse produto particular que é a verdade científica - reside numa espécie particular de condições sociais de produção; isto é, mais precisamente num estado determinado da estrutura do funcionamento do campo específico. O universo "puro" da mais "pura" ciência é um campo social como outro qualquer, com suas relações de força e monopólios, suas lutas e estratégias, seus interesses e lucros, mas onde todas essas *invariantes* revestem formas específicas.

Ainda que a prática da comunidade científica não venha se organizando necessariamente sob esta concepção, estudos no campo da sociologia da ciência de Merton (2013), Kuhn (2013), Bloor (2009) e Latour (1997), cada qual com seu enfoque⁹, mas empenhados numa reflexão crítica sobre esta situação, nos apresentam como esta comunidade se constitui e se mantém separada do mundo exterior a eles próprios, sob o paradigma da própria tradição científica, da autonomia e da isenção, de tal modo a determinar por quais questões se dedicarão e quais serão excluídas, sem considerar a sociedade em que estão inseridos, a não ser, paradoxalmente, para a manutenção das condições de financiamento que asseguram a continuidade de seus estudos e, conseqüentemente, sua autonomia e reconhecimento (BOURDIEU, 2013).

Poincaré (1995), corroborando, aponta para necessária superação da distância que se permite estabelecer entre o apego ao suposto rigor científico e a perda em

⁹ Merton: ethos da ciência moderna; Kuhn: paradigma da ciência; Bloor: programa forte; Latour: caixa preta da ciência e rede; e Bourdieu: habitus.

objetividade¹⁰ para sua comunicação com a sociedade. Em alusão a ciência impecável, porém interdita da relação com o mundo exterior, afirma que “*será necessário sair dessa torre [de marfim], se quiser tentar a menor aplicação*” (POINCARÉ, 1995, p.19).

Em relação à comunicação científica com a sociedade, dois são os tipos de canais mais comumente identificados: os formais e informais. Os formais que se dão através das publicações e os informais pelo contato direto entre os cientistas. Há uma constatada superior rapidez da segunda forma em relação à primeira, contudo, ao mesmo tempo de abrangência limitada, constituindo o que Robert Boyle (1627-1691) denomina de “Colégios Invisíveis” (VALOIS *et al*, 1989).

Mas esta categorização ainda deixa os próprios cientistas como os principais agentes da comunicação científica, o que faz parecer serem eles os seus únicos usuários, e transparecendo não haver preocupação em atender a necessidades e interesses da sociedade, ou, por outro, que isto seria uma consequência natural deste processo.

López Cerezo (1998) resume esta clássica concepção essencialista e triunfalista através da equação “+ *ciência* = + *tecnologia* = + *riqueza* = + *bem-estar social*” (p.42). Ou como na figura abaixo com esquema adaptado de Auler (2007, p.10):

Figura 1: Modelo linear de progresso



A ciência moderna, que surgiu entre os séculos XVI e XVII, relacionada com as revoluções culturais e científicas da época, manteve-se nesta mesma direção, ainda que definido como pressupostos, o caráter lento e gradual de sua construção e de que a pesquisa científica tem como finalidade o benefício de toda a humanidade, sendo isto mais importante do que o indivíduo que a executa, conferindo um caráter público, democrático e colaborativo (MEDINA, 1990; TEZANOS TORTAJADA, 1997; GARCÍA PALACIOS *et al*, 2001; BITTAR; FERREIRA Jr, 2014).

Prosseguindo historicamente para os séculos XIX e XX, a sociedade vivencia as duas grandes guerras mundiais e incessantes revoluções das forças produtivas e avanços

¹⁰ Poincaré (1995) aponta como condição da objetividade aquilo que é comum a outros e vários seres pensantes e, portanto, possível de ser transmitido.

tecnológicos. A ciência, as pesquisas e o conhecimento, ganham características de tecnologias aplicadas, especialmente vinculados aos interesses políticos e econômicos do Estado e mercado financeiro. Mas não que isto possa ser diretamente traduzido por repercussões confortáveis para a sociedade.

Como exemplo desta ambivalência, Bittar e Ferreira Jr (2014) apontam a tríade científico-tecnológica: a microeletrônica, a microbiologia e a energia nuclear. Cada qual com seus impressionantes avanços, mas também com suas preocupantes repercussões sociais. No âmbito da microeletrônica, se por um lado trouxe o tentador processo de acesso aos pequenos aparelhos domésticos e pessoais (da geladeira ao acesso a internet), por outro materializa a automação e robotização da produção com risco de gerar desemprego estrutural, gerando instabilidade social.

Nesta mesma linha, o campo da microbiologia apresenta a descoberta no campo da genética humana da estrutura do Ácido Desoxirribonucleico (DNA) e da inseminação artificial, abrindo novas perspectivas para a vida, contudo emerge também intenso debate sobre as possibilidades de manipulação genética e o temor de seu uso abusivo por ideologias autoritárias e/ou regimes totalitários em busca de uma pretensa raça humana pura ou superior. E, por fim, nos domínios da energia nuclear, que poderiam apresentar soluções para a geração de energia limpa, fica marcado por tragédias que causaram terror ao mundo, quer no episódio do bombardeio no Japão (em agosto de 1945) durante a segunda guerra mundial, quer pelo acidente nuclear de Chernobyl (Ucrânia, em abril de 1986), para citar apenas estes dentre outros (BITTAR; FERREIRA Jr, 2014).

E poderíamos seguir com muitos outros exemplos¹¹ desta desconexão entre os interesses da sociedade e os caminhos da ciência definidos pelos interesses político e econômico determinados pelo mercado e pelo Estado.

Não se trata simplesmente de olhar para as descobertas científicas e avanços tecnológicos, mas também de que modo e com qual lógica são aplicados e como são sentidos pela sociedade (PEDRO; SOUSA; OGATA, 2018; TEZANOS TORTAJADA, 1997a). Silva (2002) afirma que “a *relação entre ciência e o seu contexto tem sido fortalecida na medida (em) que se reconhece que a produção científica esteja associada a um sujeito cognoscente que traz consigo, toda uma idiosincrasia, toda sua cultura, toda sua história*” (p.109-110).

¹¹ Ver Anexo 3: Cronologia de um fracasso.

2.1. O Estado da Arte CTS

Há, portanto, movimentos de transformação nesta relação, com abordagens que buscam compreender as repercussões geradas pela ciência na sociedade. Neste contexto, que implica no intercâmbio e integração de diferentes conhecimentos, complexos e multidisciplinares, emerge e ganha relevância os espaços de articulação entre ciência, tecnologia e a sociedade, em especial os estudos sociais de Ciência, Tecnologia e Sociedade (CTS) ao se constituírem em importante campo dedicado à compreensão dos fenômenos técnico-científicos no contexto social, tanto por suas relações com os condicionantes sociais¹², quanto às suas consequências (LÓPEZ CERREZO, 1998).

Segundo Linsingen (2007), está cada vez mais presente em nosso cotidiano o uso do acrônimo CTS vinculado à percepção, constituição e apropriação da sociedade acerca da natureza social da atividade técnico-científica. Pedro, Sousa e Ogata (2018) distinguem CTS como um campo *“cujo objeto constitui-se no estudo das interações e determinações sociais da ciência e da tecnologia, em seus fatores sócio-históricos e culturais, que influenciam as mudanças científico-tecnológicas”* (p.98).

Entra em pauta, desta forma, a possibilidade de participação da sociedade no debate e definição sobre as políticas públicas de Ciência e Tecnologia (C&T), sobre os rumos do ensino e pesquisa para a inovação tecnológica e produtiva, assim como da consequente construção de uma consciência e responsabilidade social sobre a produção, a circulação de saberes e os impactos destas nos diferentes aspectos da atividade humana.

Os estudos CTS tiveram sua origem nos anos 60 do século passado, especialmente nos Estados Unidos e Europa, em meio a movimentos sócio-políticos de contracultura, que se reflete em mudanças na imagem da ciência e da tecnologia (PEDRO; SOUSA; OGATA, 2018; MITCHAM, 1990; CUTCLIFFE, 1990).

Sobre esta mudança de concepção, López Cerezo (1998, p.44) afirma:

O ponto chave é a apresentação de ciência e tecnologia não como um processo ou atividade autônoma, que segue uma lógica interna de desenvolvimento em seu funcionamento ótimo resultante da aplicação de um método cognitivo e um código de conduta, mas como um processo ou produto inerentemente social onde os elementos não epistêmicos ou não técnicos (por exemplo: valores morais, convicções religiosas, interesses profissionais, pressões econômicas etc.)

¹² Aspectos socioeconômicos, condições de vida, trabalho e ambiente, hábitos e estilos de vida, complexo produtivo e de ciência, tecnologia e inovação.

desempenham um papel decisivo na gênese e na consolidação das ideias científicas e dos artefatos tecnológicos.

Amplia-se, assim, a compreensão da ciência e tecnologia como parte de uma complexa atividade humana relacionada ao seu contexto sócio-político, em contraposição ao anterior resultado de uma força endógena cujo método universal garantiria a objetividade e sua aproximação com a verdade (MITCHAM, 1990; CUTCLIFFE, 1990).

Para Álvaro, Lima e Albuquerque (2013, p.919):

O que se pretende com os estudos CTS é trazer a discussão das implicações tecnocientíficas para o contexto social, buscando-se melhores meios para que a sociedade possa participar, democraticamente, na indicação dos seus rumos, e não apenas ficar a reboque das decisões tomadas na esfera dos tecnocratas ou daqueles que acreditam que a ciência e a tecnologia são neutras e destituídas de interesses e valores dos mais diversos.

López Cerezo (1998) e Linsingen (2007) apontam que desde seu início os estudos e programas CTS estão sendo elaborados em três grandes direções: 1) no campo da **pesquisa**, como alternativa à reflexão tradicional sobre a ciência e a tecnologia a partir da filosofia e sociologia da ciência, promovendo uma nova visão não-essencialista e socialmente contextualizada da atividade científica; 2) no campo da **educação**, promovendo a introdução de programas e disciplinas CTS no ensino médio e universitário, referidos à nova imagem da ciência e da tecnologia; e, 3) no campo das **políticas públicas**, defendendo a regulamentação social da ciência e da tecnologia, promovendo a criação de mecanismos democráticos facilitadores da abertura dos processos de tomada de decisão sobre questões de políticas científico-tecnológicas.

Bazzo, Linsingen e Pereira (2003) apontam que é possível identificar pelo menos duas correntes em CTS que influenciam estas direções. A primeira de origem europeia e outra norte-americana, cuja distinção está na compreensão da contextualização social da ciência e tecnologia.

Os autores seguem especificando. A tradição europeia tem seus princípios no marco explicativo das ciências sociais, mais especificamente na sociologia clássica do conhecimento, com forte caráter teórico e descritivo, centrada nos estudos dos antecedentes ou condicionantes sociais da ciência, deixando a tecnologia como interesse secundário. “*Uma tradição de investigação acadêmica, mais do que educativa ou divulgativa*” (LÓPEZ CERESO, 1998, p.45)

Já a tradição norte-americana tem seu marco no modo avaliativo da ética e na teoria da educação, com caráter prático e valorativo, centrado nas consequências sociais e ambientais dos produtos tecnológicos, deixando a ciência como interesse secundário. *“Uma tradição com características mais ativista e mais inserida nos movimentos sociais [...] e a consolidação institucional desta tradição foi produzida através do ensino e reflexão política”* (LÓPEZ CERREZO, 1998, p.45).

Quadro 2: Quadro esquema com principais diferenças entre duas tradições CTS

TRADIÇÃO EUROPEIA	TRADIÇÃO NORTE-AMERICANA
<ul style="list-style-type: none"> - Institucionalização acadêmica, com características de investigação; - Marco explicativo das ciências sociais; - Caráter teórico e descritivo; - Ênfase nos fatores sociais antecedentes; - Atenção à ciência e, secundariamente, a tecnologia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Institucionalização administrativa e acadêmica, com características de ensino e reflexão; - Marco avaliativo da ética e educação; - Caráter prático e valorativo; - Ênfase nas consequências sociais; - Atenção à tecnologia e, secundariamente, a ciência.

Inspirado em Bazzo; Linsingen e Pereira (2003)

Apesar destas diferenças, é possível afirmar que os estudos CTS se constituem numa diversidade de programas multidisciplinares que enfatizam a dimensão social da ciência e da tecnologia e que compartilham: *“(a) a rejeição da imagem da ciência como uma atividade pura; (b) a crítica da concepção da tecnologia como ciência aplicada e neutra; e (c) a condenação da tecnocracia”* (LÓPEZ CERREZO, 1998, p.46).

Tomando esta questão da tecnocracia e avançando na questão da participação da sociedade, Bazzo, Linsingen e Pereira (2003) destacam que o cerne da questão não está em impor limites ao desenvolvimento da ciência e da tecnologia, tampouco estabelecer controle sobre o que fazem os cientistas, mas sim renegociar as relações entre a ciência e a sociedade, estabelecendo objetivos da primeira e como a segunda verificaria seu alcance. E isto não se constitui tarefa simples.

Na América Latina

Aproximar este movimento CTS à América Latina nos remete necessariamente ao “Pensamento Latino-Americano de Ciência, Tecnologia e Sociedade” (PLACTS) que tem

origem no final dos anos 1960 e início dos 1970 e que forneceu a base analítica-conceitual para os argumentos daqueles que defendiam a necessidade de fortalecer a estrutura de pesquisa e desenvolvimento local.

Tendo em vista a coincidência de datas com o surgimento também nos países centrais (Europa e América do Norte), Dagnino (2008) aponta que as contribuições do PLACTS, se é que não as precedeu, manteve sua independência em relação a eles. Argentina e Brasil, em especial, conseguiram gerar, durante as décadas de 1960 e 1970, críticas originais e análises contextualizadas sobre a C&T a partir da periferia do capitalismo (DAGNINO, THOMAS e DAVYT, 1996).

Contrário a uma visão mimetista e simplista da teoria do desenvolvimento defendida pela ordem ideológica, econômica, política e legal norte-americana ou europeia, a matriz analítica do PLACTS apresentava uma crítica diferenciada à tentativa de influência de organismos internacionais como UNESCO e OEA que se apresentavam como pontes institucionais para a introdução de políticas de ciência e tecnologia na América Latina, indicando a transferência de experiências dos países centrais como caminho para diminuição da defasagem local (VACCAREZZA, 1998).

O pensamento latino-americano desta época advertia que, no proposto processo de transferência científica e tecnológica, não estavam sendo incorporados conhecimentos e ferramentas neutras, mas modelos de sociedade. Afirmava ainda, e em consequência disto, que a dinâmica do desenvolvimento científico-tecnológico seria, desta forma, alheia às demandas do conjunto da sociedade latino-americana (AULER; DELIZOICOV, 2015).

Frente a este contexto, propõe a concepção de uma política científico-tecnológica (PCT), de agendas de pesquisa a partir de demandas da maioria da sociedade, historicamente relegadas, e que para isto seriam necessárias mudanças na sociedade, onde os distintos atores pudessem estabelecer relações dinâmicas, especialmente entre os centros de produção de conhecimentos, o setor produtivo e o governo (VACCAREZZA, 1998).

Com este enfoque, o PLACTS passa a ser utilizado por analistas, pela comunidade de pesquisa e pelas elites tecnocráticas progressistas na Argentina, Brasil e em outros países latino-americanos (DAGNINO, 2008). Mas este movimento não chega a se configurar como uma nova tradição.

Nestes últimos anos o conceito CTS contou com uma ampliação no número de pesquisadores e especialistas pertencentes a diferentes disciplinas e campos de interesse teórico e prático, multi e interdisciplinar, especialmente na comunidade acadêmica, pautado em aportes teóricos e epistemológicos da filosofia e da sociologia da ciência e da história da tecnologia, que podem ser observados especialmente em programas de pós-graduação interdisciplinares, revistas, congressos e seminários.

Pedro, Sousa e Ogata (2018) destacam a importância da “Asociación Latinoamericana de Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología” (ESOCITE) ao desempenhar, como catalisadora e incentivadora na América Latina, movimentos de diversas áreas do conhecimento em torno de estudos CTS:

As contribuições desta associação se dão pela realização de jornadas e eventos científicos, a publicação de livros e revistas científicas, articulação e integração de pesquisadores e instituições, visando o fortalecimento do campo CTS e a disseminação de conhecimentos imprescindíveis aos avanços das ciências e das tecnologias (p.99).

São evidentes, desta forma, os movimentos para sua constituição como campo de conhecimento, que encontra nas instituições de ensino e pesquisa seu espaço privilegiado, porém permanece, segundo Vaccarezza (1998), o desafio de consolidá-la também como uma área de intervenção e ação ideológica com vistas a movimentos de mudança social.

Thomas (2010), Kreimer (2007) e Vaccarezza (1998), em seus estudos sociais sobre ciência e tecnologia, reconhecem esse contexto como característico da América Latina, onde a pesquisa científica e o desenvolvimento tecnológico estão ainda intrinsecamente ligados ao desenvolvimento econômico e, portanto, fortemente ligados, orientados e influenciados pelos interesses políticos, especialmente pelo forte poder fomentador do Estado (nacional-desenvolvimentista e conservador).

No Brasil

Intrinsecamente relacionado ao movimento na América Latina, as reflexões sobre as relações entre ciência, tecnologia e sociedade no Brasil ganham projeção também nos anos 1960 e 1970.

Da mesma forma, duas correntes pautavam o debate e os caminhos que seguiria a política científica e tecnológica (PCT) no país. Uma bastante próxima das propostas defendidas pelo PLACTS, que apresentava um projeto redistributivo e anti-imperialista,

baseado numa aliança com a sociedade. E outra, mais conservadora, defendendo um projeto nacional desenvolvimentista de modernização capitalista, tendo como base o determinismo do Estado, as empresas (multinacionais em especial) e a burguesia nacional, estimulando, sobretudo a relação universidade-empresa (DAGNINO, 2012).

Nesta correlação de forças, a segunda tem se mostrando preponderante, onde o modelo de difusão científica e tecnológica vem se caracterizando como dominante no país. Sobre isto, Marques (2009) ressalta que:

[...] no modelo de difusão, as entidades (fatos científicos e artefatos tecnológicos) construídas pela tecnociência chegam à Sociedade com formas que tendem a ser naturalizadas, a ser tecnicamente determinadas, e o máximo que a Sociedade pode fazer é construir critérios éticos para a sua utilização, uma vez que “a mesma ciência que faz os (bons) remédios faz a (má) guerra bacteriológica”. Na base do modelo de difusão está a noção de descoberta, da ideia de que a ciência descobre as formas naturais antes desconhecidas, mas que já “estavam lá” presentes, determinadas, independentemente do observador, e o estratagema de uma separação entre ciência e tecnologia, entre o conhecimento científico e sua aplicação. As correntes identificadas com o chamado determinismo técnico-científico aderem fortemente ao modelo de difusão da ciência e da tecnologia (MARQUES, 2009, p.12-13).

Destacando a participação das universidades neste contexto, Invernizzi e Fraga (2007) apontam que o desenvolvimento acadêmico do campo CTS só se iniciou timidamente a partir dos anos 1980 e, ainda hoje, as universidades brasileiras possuem um número bastante reduzido de programas de educação superior inteiramente dedicado ao estudo das inter-relações entre ciência, tecnologia e sociedade, e esses se localizam quase exclusivamente no nível da pós-graduação.

Todavia, nos últimos anos, assistimos a uma expansão do campo CTS por meio da integração de disciplinas e da criação de linhas de pesquisa em diversos cursos de graduação e pós-graduação. Muito recentemente, o campo CTS começou a ser introduzido na formação de professores, particularmente aqueles dedicados ao ensino de ciências, e nos programas escolares do ensino fundamental e médio. (INVERNIZZI; FRAGA, 2007, p.1).

Em relação à formação de recursos humanos no âmbito CTS, Pedro, Sousa e Ogata (2018) apontam a constituição de Programas de Pós-Graduação interdisciplinares, visando a formação de pesquisadores para atuarem nas múltiplas demandas das atividades científicas e tecnológicas. Dentre eles, destacam o Programa de Política Científica e Tecnológica da Universidade Estadual de Campinas (PPG-PCT), o Programa de Pós-

Graduação em Tecnologia da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (PPGTE-UTFPR) e este Programa de Pós-Graduação em Ciência Tecnologia e Sociedade da Universidade Federal de São Carlos (PPGCTS-UFSCar).

A exemplo da ESOCITE, que exerce importante papel na América Latina, no Brasil a “Associação Brasileira de Estudos Sociais das Ciências e das Tecnologias (Esocite.BR), fundada em 2010, vem promovendo e coordenando estudos e eventos na área de estudos sociais das ciências e tecnologias, além de apoiar e fortalecer a divulgação da produção acadêmica e favorecer o estabelecimento de vínculos estáveis entre os diversos programas e instituições da área.

Recente dossiê “Incursões pelo campo CTS no Brasil”¹³, elaborado pelo PPGCTS-UFSCar, onde se exploram aspectos relacionados às instituições, programas e linhas de pesquisa pelas cinco regiões brasileiras, um dos aspectos ali descritos aponta que, assim como as desigualdades sociais entre as regiões do Brasil são reconhecidas, identificam-se disparidades na distribuição regional de recursos científicos e tecnológicos entre as mesmas, com grande concentração destes nas regiões sul e sudeste do país, onde se encontram a grande maioria dos grupos atuantes em pesquisa, e para onde são canalizadas a maior parte dos investimentos das agências de fomento nacionais (MALVEZZI *et al*, 2017).

Seguindo nas ações fortemente influenciadas pelas agências de fomento do governo federal, destaca-se atualmente uma nova polarização, dada pela tensão das diferenças de agenda entre os atores que participam do processo decisório da PCT do Brasil. Segundo Dias e Serafim (2014), duas agendas podem ser claramente identificadas:

[...] a agenda da ciência, que tem historicamente constituído a principal influência sobre a política de ciência e tecnologia no País, e a agenda da empresa, associada a ideias como “inovação”, “empreendedorismo” e “competitividade”, que tem emergido durante os anos mais recentes (p. 141).

Mesmo com as negociações ou disputas das demandas distintas destas duas agendas, nossa PCT vem apresentando características mais próximas dos elementos vinculados à ideologia neoliberal que permeia o Estado brasileiro. Não exatamente por pressão do setor industrial, mas pela própria comunidade de pesquisa, que vem se caracterizando cada vez mais pela figura do cientista-empresário, e não que isto seja um fenômeno natural (DIAS; SERAFIM, 2014).

¹³ Publicado na Revista Científica Interdisciplinar INTERLOGOS (volume 1, número 1, 2017).

Acerca disso, Silva (2012) aponta que a criação do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação¹⁴ (MCTI), que coordena e dinamiza tais políticas no país, fora criado apenas no ano de 1985. Destaca ainda que foi a partir do final dos anos 1990 que essas políticas ganharam impulso, não apenas por ações estatais, mas por um amplo investimento privado, ainda que, paradoxalmente, a dependência na produção e na distribuição de tecnologia venha se tornando um entrave para esse desenvolvimento.

Para Auler (2007a), as repercussões do campo CTS constitui-se em emergência em nosso país, cujas iniciativas ainda são muitas vezes isoladas, não exatamente traduzidas em programas institucionais, sem que haja uma compreensão e um discurso consensual quanto aos objetivos, conteúdos, abrangência e modalidades de implementação.

2.2. C&T em Saúde no Brasil

Pedrinho (2008), ao fazer um relato histórico sobre a pesquisa em saúde no país, aponta que a reforma da Universidade de Coimbra, em 1772, permitiu a disseminação do ensino e da prática da ciência no Brasil colônia, quando se dá a criação da Academia Científica do Rio de Janeiro.

Na sequência, com a Proclamação da República, em 1889, a pesquisa científica passa a prevalecer sobre a academia, muito provavelmente por influência do positivismo de Auguste Comte. Segundo Baiardi (2004) neste período ocorrem a criação, unificação e federalização das muitas instituições de ensino e pesquisa, com financiamento do Estado na forma de programas e projetos, tendo como exemplo a criação em 1900 do Instituto Manguinhos, que posteriormente (1908) se torna Instituto Oswaldo Cruz.

Este movimento de institucionalização da pesquisa científica e tecnológica tinha como propósito impulsionar seu desenvolvimento, contudo, no decorrer dos anos, pode-se perceber que o ocorreu foi o aumento da lacuna entre os fatores impulsionadores da pesquisa em saúde e as políticas de saúde, constatando-se um distanciando da produção científica das reais necessidades de saúde da população (PEDRINO, 2008).

Diante desta conjuntura, uma série de ações foi desencadeada no Brasil para enfrentamento deste cenário. Dentre elas se destaca o movimento de construção e

¹⁴ Desde 2016 denominado Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações (MCTIC).

implementação da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS) e das Pesquisas Estratégicas para o Sistema de Saúde (PESS) no âmbito do SUS por iniciativa da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) do Ministério da Saúde (MS), o órgão responsável por coordenar a formulação, implementação e avaliação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde - PNCTIS (BRASIL, 2015).

Foi a partir da incorporação da ciência e tecnologia no MS¹⁵, tal como previsto como competência do SUS na Constituição Federal de 1988, que se dá a construção da PNCTIS (SILVA, 2017). Este processo iniciou em 1994, quando acontece a I Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde (BRASIL, 1994), em que foi aprovada em plenária da PNCTIS, se consolidando em 2003 com a criação da SCTIE. Também em 2003 é criado o Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação do Ministério da Saúde, com representantes da SCTIE e DECIT, mas também de todas as demais secretarias, agências e institutos do MS (BRASIL, 2003).

A ANPPS foi proposta inicialmente durante a 1ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (CNCTIS) realizada em 2001 que, seguindo por um processo de sucessivas etapas, teve sua aprovação na 2.ª CNCTIS em 2004.

Este processo, que tem como princípio buscar, *“em todas as suas etapas, a ampla participação de atores com experiências e linguagens distintas tanto da pesquisa como da saúde”* (BRASIL, 2015, p.05), visa valorizar e manter sua articulação em harmonia com os princípios do SUS, ao mesmo tempo em que procura reconhecer e respeitar as diferentes necessidades de saúde da população brasileira, em seus diferentes âmbitos, favorecendo a definição estratégica de *“prioridades para o investimento dos recursos em pesquisas e o alinhamento da pesquisa básica e aplicada”* (SILVA, 2017, p.38).

A plenária da 2ª CNCTIS, cujo tema central foi “Produzir e aplicar conhecimento na busca da universalidade e equidade, com qualidade da assistência à saúde da população”, aprovou integralmente a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e parcialmente o relatório da ANPPS. Por falta de tempo hábil, das 24 subcategorias da Agenda, 15 foram integralmente apreciadas, sendo as demais incorporadas ao relatório final pela plenária do Conselho Nacional de Saúde (CNS) em

¹⁵ Ver organograma do MS no Anexo 4.

2005, após processo de contribuições dos Conselhos Estaduais de Saúde (BRASIL, 2015).

Desde então o DECIT/SCTIE/MS vem coordenando a construção de uma agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde junto aos pesquisadores em saúde, gestores e sociedade civil. Tal como em 2011 com o PESS, em 2018 publicou o Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde (APPMS), ambos com o objetivo de atualizar e alinhar as prioridades de pesquisa científica, tecnológica e inovação e em saúde com o devido o direcionamento dos recursos disponíveis para investimento em temas de pesquisas estratégicos para o SUS. Reforça-se, contudo, que nem o PESS e nem a APPMS substituem a ANPPS, mas subsidiam a destinação de recursos, o planejamento institucional e a tomada de decisão no MS nos anos que a sucedem (BRASIL, 2018).

Dentre as sub-agendas da ANPPS, reconhecendo a importância e valor de todas, mas pela natureza do presente estudo e pela estreita proximidade com seu objeto, destaco aqui cinco delas: a de número 05 que se refere às “Doenças Não-Transmissíveis”; a de número 13 sobre o “Complexo Produtivo na Saúde”; a de número 14 que diz respeito à “Avaliação de Tecnologia e Economia da Saúde”; a de número 18 sobre “Promoção da Saúde”; e a de número 22 que aponta para “Sistemas e Políticas de Saúde”.

A primeira por enfatizar as condições Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes *Mellitus*, Doenças Respiratórias e Doenças Renais, focalizando o desenvolvimento de métodos de promoção, prevenção e tratamento precoce, assim como para os estudos de intervenção para avaliação do impacto das ações de controle, de adesão ao tratamento e das redes de apoio, buscando identificar os determinantes sociais e a avaliação de políticas, sistemas e serviços.

A segunda, do “Complexo Produtivo na Saúde”, por apontar os estudos de avaliação das novas tecnologias e sua aplicabilidade. A terceira que destaca o papel do Estado na regulação de produtos e serviços de saúde, do mapeamento de tecnologias no âmbito e relacionado às necessidades do SUS e da elaboração de modelos explicativos da demanda e oferta por ações e serviços de saúde, tendo como referência os ciclos de vida de tecnologia¹⁶ em saúde (inovação, incorporação, uso, difusão e obsolescência).

¹⁶ Williams, Silva e Ham (2009) apresentam o ciclo de uma inovação como uma sequência de etapas: (i) descoberta, sendo que as inovações podem ser desenvolvidas internamente ou tomadas de fontes externas; (ii) adoção, entendida como a decisão organizacional de aceitar uma inovação; (iii) difusão, que é o processo de adaptação para acomodar a nova prática, ou novo produto; (iv) rotinização, necessária para que

A quarta, sobre “Promoção da Saúde”, que trata dos estudos sobre a magnitude, a dinâmica e a compreensão dos agravos e eventos, enfatizando a organização e avaliação de políticas, programas e serviços, destacando o papel do Estado e da sociedade na gestão de políticas públicas para a promoção da saúde.

Finalizando este recorte, a quinta aponta como prioridade os estudos sobre organização básica do sistema com destaque na integralidade, descentralização, acesso e continuidade, qualidade e efetividade; sobre a satisfação do usuário em relação às políticas, programas e serviços de saúde, bem como dos mecanismos de participação do controle social em saúde; e ainda acerca do impacto social da ciência, tecnologia e inovação e sobre a participação social e percepção pública da ciência e tecnologia.

Pode-se observar, ainda que pelo espectro do recorte escolhido, que os campos considerados como prioritários na ANPPS apontam para uma aproximação com as necessidades de saúde da população e com a inclusão da sociedade nos processos de controle e avaliação das políticas e modelos de C&T na saúde¹⁷.

E há nisto uma coerência com a disposição para o enfrentamento dos desafios que vem sendo reconhecidos pelo SUS, tanto pelo aumento da demanda provocada por diversos fatores, dentre eles a transição demográfica e epidemiológica, e a conseqüente mudança no perfil dos padrões de consumo de serviços e incorporação de tecnologias (ELIAS, 2013), agravado pelo subfinanciamento do SUS (TASCA, 2011). Segundo Trindade (2008), quando nos referimos às tecnologias para saúde podemos considerar a aplicação prática de conhecimentos, que inclui não somente máquinas, equipamentos ou medicamentos, mas também procedimentos, programas e sistemas que proveem a gestão e o cuidado em saúde.

Silva (2013) aponta que no Brasil, apesar de existirem instrumentos legais para a participação da sociedade nas políticas de saúde e na incorporação de tecnologias, na prática isto ainda é incipiente. Reconhece que o CNS tem sido um espaço potente para isto, mas que precisa se fortalecer, assim como o DECIT deveria realizar a disseminação de suas decisões em linguagem mais acessível ao público leigo. A ampliação da participação da sociedade passa necessariamente por uma transformação cultural, um

a inovação se torne sustentável, se conservar por um período adequado e seja incorporada na prática organizacional; e (v) substituição, sendo igualmente importante o processo de verificação e identificação de práticas, ou produtos, que devem ser interrompidos ou substituídos.

¹⁷ A APPMS de 2018 mantém, ainda que com outra organização, estes mesmos 5 eixos aqui recortados dentro de seus eixos temáticos prioritários para as pesquisas em saúde.

processo de inovação social, cujas estratégias devem considerar os diferentes e diversos contextos sociais.

2.3. Aspectos da Inovação Social

Inovação vem se constituindo como um tema de estudo das Ciências Sociais desenvolvido no campo interdisciplinar, abordando aspectos relacionados às mudanças econômicas, sociais, tecnológicas, organizacionais, políticas e institucionais.

A literatura oferece diversas definições para o termo inovação. Comumente é aceito que este implique não apenas em invenção, em novidade, mas também na sua implementação ou adoção intencional. Desse modo é um conceito que se concretiza em uma aplicação, e assim entendido, em relação a um determinado contexto.

Pinheiro e Mattos (2006) apresentam a ideia de inovação como as tensões, rupturas e transição com o paradigma instituído; um conjunto de saberes e práticas social e historicamente construídas, num determinado espaço-tempo, em relações/interações entre sujeitos em suas práticas no cotidiano das instituições, tanto no plano micro como macropolítico.

A ideia de inovação nas instituições decorre da compreensão de sua estruturação em novas formas de gestão, novos processos decisórios e novas formas de provisão de serviços, consistindo assim na inclusão de novos atores nestes campos (PINHEIRO; MATTOS, 2006). O modo concreto de fomentar inovação é a construção coletiva de ferramentas e tecnologias, a partir do conhecimento e potência técnica e das pessoas envolvidas, num *continuum* de negociação de pactos e acordos entre as várias instâncias envolvidas.

Para Fleury (2014, p.62) “o processo de inovação tem o efeito de reconstruir os sistemas de relações sociais e a estrutura de regras e recursos que reproduzem aqueles sistemas”. Esta mesma autora segue apontando que uma inovação social pode ser reconhecida quando mudanças que provocaram alterações nos processos e nas relações sociais alteram também as estruturas de poder do Estado, sobretudo pelo reconhecimento e abertura à participação de novos atores sociais, por suas necessidades e formas de organização, nos processos de decisão e construção destas.

Inovações tecnológicas no setor público não podem deixar de ser acompanhadas de inovação gerencial, capaz de transformar os processos e tecnologias administrativos em direção à construção de instituições públicas, que favoreçam o processo de fortalecimento da sociedade civil e sua capacidade de influenciar e controlar as políticas públicas (FLEURY, 2014, p.63).

Destacando a importância do reconhecimento e satisfação das necessidades e do direito a participação sociais, Novy e Leoubolt (2005) afirmam que não se pode fazer referência a inovação social sem que estas condições sejam garantidas. E neste sentido, a lógica da constituição do SUS vai ao encontro deste conceito.

Nesta perspectiva, Fleury (2014, p.72) afirma:

De fato, a inovação social é o processo de transformação e densificação da esfera pública e diz respeito à expansão da cidadania por meio do tripé integração, participação e distribuição, tendo – no limite – como consequência fundamental, a possibilidade de construção de sujeitos autônomos e emancipados, cuja inserção na esfera pública está constitucionalmente definida.

Dessa forma, tão mais inovadora será a política pública quanto maior for sua capacidade de congregar, simultaneamente, altos índices de integração, participação e distribuição. A esfera pública ampliada permite a construção da identidade de projeto dos diversos atores assim como sua incorporação de forma diferenciada. Viabiliza a construção de sujeitos como atores sociais, uma vez que as políticas possuem, além das dimensões material e institucional, uma dimensão simbólica, espaço privilegiado da subjetividade e da formação de identidades coletivas.

Seguindo em sua compreensão sobre inovação em políticas públicas de saúde, Fleury (2014) aponta três dimensões em que podem ser reveladas, mesmo que a ocorrência destas seja em tempos e velocidade distintos, mas convergentes para a ampliação da participação social no sentido da transformação do sistema e na qualificação do atendimento às necessidades e demandas de saúde da sociedade:

- a) A dimensão social, que diz respeito à relação do poder público com a sociedade, que implique em aumento da participação na definição de prioridades e no desenho das políticas públicas, o efetivo controle social, a prestação de contas, e a responsabilização dos servidores.
- b) A dimensão gerencial diz respeito à introdução e/ou manutenção de processos administrativos inovadores na gestão municipal em busca do aumento da eficiência e da eficácia da gestão potencializando a melhoria de processos e utilização de recursos internos ou externos, e instrumentos de informação para captação e escalonamento da demanda.
- c) A dimensão assistencial engloba diferentes ações e/ou programas, que estão direcionados para aquilo que se convencionou chamar “a ponta da linha”, ou seja, instrumentos gerenciais que visam ampliar a qualidade e a efetividade da atenção à saúde, bem como a introdução de novos programas e ações incentivados pelo poder central (p.72).

Omachonu e Einspruch (2010) afirmam que é possível entender inovação em saúde como a introdução e aplicação intencional de novos conceitos, ideias, serviços, formas de trabalhar e ou tecnologias, dentro de um propósito, grupo ou instituição, cuja adoção é relevante para a unidade que as adota e que beneficiará significativamente o indivíduo, grupo ou sociedade em geral. Estes autores destacam, contudo, que uma grande dificuldade a ser superada é a difusão¹⁸ e comunicação destes processos inovadores: *“os cuidados em saúde são ricos em inovações [...], mas mesmo quando estas inovações são implementadas com sucesso em um local, elas geralmente se disseminam lentamente – se é que o fazem”* (p.8).

Considerando a saúde como direito social imprescindível para o pleno exercício da cidadania, há uma aproximação sistêmica entre inovação social em saúde e à própria construção e efetivação do SUS, o que se constitui como um desafio (GADELHA; BRAGA, 2016). Para além da agenda econômica e do mercado, o reconhecimento das relações intrínsecas entre saúde e desenvolvimento social apontam para uma necessária geração de novas tecnologias direcionadas ao enfrentamento, ou ao menos de tensionamento, das dificuldades para a efetiva implantação de um sistema universal, integral e equânime, tal como preconiza a constituição nacional, motivando possibilidades de respostas às necessidades de saúde da população. Inovação social em saúde significa estruturar novas formas de gestão do cuidado e de sua oferta, repensar os processos decisórios com a inclusão de novos atores neste campo.

Lima e Padilha (2012), ratificando a utilização das necessidades de saúde como orientador para abordagens inovadoras destacam três campos onde reconhecem movimentos de produção e de divulgação de inovação na área de saúde em nosso país: na gestão, na assistência e na educação em saúde.

Ressalta-se, contudo, que ainda se constitui como desafio a apropriação social da política pública de saúde, com a necessária participação, envolvimento e articulação de todos os atores envolvidos neste processo, ou seja, dos próprios usuários e seus familiares, dos profissionais, dos gestores, das organizações, das instituições, das universidades, enfim, da sociedade, no sentido de reconhecer e equilibrar os diferentes e legítimos interesses.

¹⁸ Cabe destacar que no decorrer deste trabalho, o termo “difusão” é utilizado em diferentes momentos e vinculado aos seus respectivos contextos. Ainda que possam parecer, em certa medida, incoerentes ou contraditórios, guardam coerência com a utilização que os autores deram ao mesmo.

2.4. Apropriação Social da Política Pública de Saúde

Nunes (2004) afirma que “*são muito diversificados os contextos de acesso ao conhecimento científico e tecnológico e de apropriação destes, assim como são diferenciados os públicos que se constituem na relação com esses diferentes contextos e modos de acesso e de apropriação*” (p.1). Destaca ainda que, quando isto ocorre, há uma interação entre os novos conhecimentos adquiridos e aqueles já incorporados pelos sujeitos, num processo que pode levar a modificação, substituição ou coexistência destes, ainda que qualquer uma destas novas configurações possa apresentar contradições intrínsecas (NUNES, 2004).

Reforçando a importância do acesso e incorporação do conhecimento, Marteleto (2009, p.2) enfatiza a necessária comunicação e difusão pública das práticas, produtos e resultados da ciência e da tecnologia, ressaltando que para isto “*não existe uma via unidirecional a ser percorrida, mas a instauração de um diálogo no espaço social entre uma pluralidade de atores, discursos, sabedorias, ideologias e práticas*”. Barbosa (2011), neste sentido, traz que para uma efetiva comunicação pública é necessária a prestação de informação e, mais do que isto, que esta informação seja significativa e que haja a participação dos diferentes atores envolvidos.

O acesso ao conhecimento, reconhecidamente importante e necessário, contudo, isoladamente não garante melhoria nas condições de vida da sociedade nem a sua participação e envolvimento no processo de desenvolvimento e ou avaliação (HAYASHI, SOUSA, ROTHBERG, 2011). Há consenso (SOUSA *et al*, 2011; BARBOSA, 2011; KLEBA, 2011) de que, para além da comunicação pública, do acesso ao conhecimento e a informação, a apropriação social da C&T decorre da inserção da sociedade em seu processo de produção e reconhecimento de seus benefícios.

Podemos afirmar o mesmo para as políticas públicas. Sousa *et al* (2011) destacam que as políticas públicas que buscam legitimidade social precisam incluir as diferentes perspectivas dos indivíduos, e como tal devidamente reconhecidas, num contínuo processo dialógico de assimilação e negociação no seu próprio processo de formulação.

Hayashi *et al* (2011a) destacam que nos últimos anos a participação social¹⁹ vem se tornando “*um dos princípios organizativos [...] dos processos de formulação de políticas públicas e de deliberação democrática em escala local e nacional*” (p.191). E seguem:

Fomentar a participação dos diferentes atores sociais em sentido abrangente e criar uma rede que informe, elabore, implemente e avalie as decisões políticas tornou-se o paradigma de inúmeros projetos de desenvolvimento (auto) qualificados de inovadores e de políticas públicas locais consideradas progressistas (p. 191-192).

Uma das marcas que o SUS busca efetivar, reafirmando os pressupostos da Reforma Sanitária em sua consolidação como política social e conquista popular, é a construção de um pacto de promoção de gestão participativa, para além dos entes federados, com a ampliação de mecanismos de participação popular. A produção simultânea de espaços coletivos de cogestão e da constituição de sujeitos, alterando as relações de poder na mesma medida em que seus participantes vão ganhando capacidade de análise, reflexão, negociação, pactuação e intervenção (CAMPOS, 2007).

Neste sentido, aponta para mecanismos de escuta, diálogo e interação permanente para mediação de seus processos cotidianos e estratégicos, não só entre seus gestores, trabalhadores e usuários, mas também em espaços intersetoriais, garantindo a lógica de espaços compartilhados e efetivos para a problematização, formulação, deliberação, implementação e acompanhamento de ações que tragam impacto sobre a saúde e a qualidade de vida da população (CAMPOS, 2007). “*As ações de construir a cidadania e formar sujeitos coletivos são tomadas como fundamentos para a conquista de espaços democráticos e de direitos sociais*” (COELHO, 2012, p.138).

A estratégia do Estado brasileiro pós Constituição de 1988 foi a criação de conselhos paritários para desempenhar a função de deliberar e controlar as ações das políticas públicas, onde a sociedade passa a ter formalmente espaço e papel nas deliberações e controle das ações do Poder Público que dizem respeito a vida sociopolítica (KRUGER, 2000; LIMBERGER, 2007; MENDES, 2007a; DAGNINO, 2004).

¹⁹ Hayashi *et al* (2011a) apontam que além do termo *participação social*, também são utilizados “*dos cidadãos, popular, democrática, comunitária*” para referir a prática de inclusão dos cidadãos e das organizações da sociedade civil no processo decisório de políticas públicas (p.193).

A Lei Orgânica da Saúde nº 8.142/90 reafirma e preconiza as instâncias colegiadas no SUS, com a garantia formal da participação da comunidade.

A democratização, a nível nacional, passa pela criação de espaços concretos deliberativos – conselhos, colegiados. [...] O SUS foi criado como um projeto para a sociedade civil [...], que lograram penetrar na sociedade política [...] ganhando autonomia. Ou seja, há certa institucionalização do SUS quando ele vira lei (CAMPOS, 2009, p.33).

Para isto “*foram instituídos Conselhos e Conferências com função de co-gestão, como forma de efetivar o que se convencionou de nominar de “controle social comunitário”*” (CAMPOS, 2007, p.147-148). O SUS, segundo este sistema, seria conduzido por uma rede de conselhos cuja composição paritária²⁰ inclui governantes, trabalhadores e usuários.

Os conselhos de saúde e as conferências de saúde são os mecanismos de participação popular e controle social mais difundidos no SUS²¹, mas, ainda assim, enfrentam obstáculos importantes, destacando-se a falta de transparência nas informações da gestão pública, o baixo interesse pela participação dos usuários e, quando acontece, a baixa representatividade e legitimidade dos conselheiros nas relações com seus representados (BRASIL, 2009a).

Sabemos que, apesar de se constituir num importante marco, a publicação de uma lei não basta para sua efetivação, sendo necessária a compreensão da importância e o engajamento da sociedade nestes espaços para o exercício da cidadania. E há nisto conflitos e contradições. Se por um lado falta experiência participativa na nossa sociedade, por outro ainda prepondera a cultura política tradicional de manutenção do poder hierárquico e unidirecional do Estado (KRUGER, 2000).

Como o processo de participação está diretamente ligado às relações de poder, ele é uma forma de poder, pois os grupos organizados conquistam o direito de influenciar nas decisões que os afetam e

²⁰ Composição Paritária significa que o número de representantes do segmento usuário é igual à soma dos demais representantes dos outros segmentos: profissionais e trabalhadores de saúde, gestores e prestadores de serviços de saúde, o que garante o efetivo controle social sobre a execução da política e dos planos de saúde. 50% dos membros representantes dos usuários e 25% dos profissionais e trabalhadores de saúde e outros 25% dos gestores e prestadores de serviços.

²¹ Hayashi *et al* (2011), reconhecendo a existência de outras metodologias para operacionalizar a participação social, destacam a utilização que o SUS vem dando às consultas públicas, frequentemente realizada por meio digital, mas que, ainda que vislumbrem dar legitimidade ao processo, por sua própria natureza denotam tornar a participação popular mais restritiva. Apontam para a necessidade de estudos mais aprofundados sobre as virtudes e insuficiências deste mecanismo.

adquirem capacidade de se relacionar com o poder (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010, p.2457).

Para efeito de apropriação social da política pública, considero, assim, três elementos fundamentais e complementares: o acesso à informação sobre a própria política; o reconhecimento e a incorporação de seus benefícios no cotidiano da vida social; e, a possibilidade de participação da sociedade em espaços de formulação, implantação e avaliação de seus resultados.

3. ICSAP: CONCEITO E APLICAÇÕES

Há uma necessidade contínua de utilização de indicadores que permitam analisar o desempenho dos sistemas de saúde. Embora o uso dos serviços de saúde tenha a possibilidades de ser mensurado, são mais difíceis de encontrar as medidas dos resultados correspondentes ao reflexo deste uso no estado de saúde, quer individual como coletivamente (LAVERGNE, 2013).

Internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP) é um indicador que se propõe a mensurar as internações hospitalares que, em teoria, poderiam ser evitadas pelo acesso oportuno a cuidados de saúde de boa qualidade na atenção primária, permitindo refletir tanto a organização dos serviços de saúde como o estado de saúde da população. Compreendem um conjunto de agravos em que o cuidado oportuno e efetivo ofertado por ações típicas da atenção primária podem reduzir o risco de hospitalização (MORENO *et al*, 2009; BRASIL, 2008). Constitui-se como indicador da atividade hospitalar que permite mensurar a efetividade da atenção primária em saúde, avaliando o acesso e a qualidade da continuidade do cuidado (MORENO *et al*, 2009; ALFRADIQUE *et al*, 2009).

A classificação de uma condição como acessível aos cuidados de saúde na atenção primária baseia-se na premissa de que, uma vez identificada a condição de saúde que enseje cuidados, o sistema tem capacidade de disponibilizar serviços que podem evitar seu agravamento ao ponto de necessitar de hospitalização.

Este indicador, que utiliza da lógica do conceito de mortes evitáveis desenvolvido por Billings *et al* (1993) na década de 1990, foi inicialmente estudado nos Estados Unidos e posteriormente em diversos outros países (ALFRADIQUE *et al*, 2009). A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), através de seus países membros, o utiliza como um dos indicadores de acesso à atenção de qualidade (NEDEL *et al*, 2010).

Alfradique *et al* (2009) afirmam que a identificação de eventos de hospitalização por agravos que poderiam ter sido cuidados na atenção primária permite medir a efetividade desta última. Acredita-se que uma efetiva atuação destes serviços da AP, relacionadas com medidas preventivas, diagnóstico e tratamento precoce das doenças agudas e controle e acompanhamento de patologias crônicas, tende a uma diminuição no risco de hospitalização.

No Brasil, seguindo este mesmo movimento, adotando o marco conceitual proposto por Caminal e Casanova (2003), o Ministério da Saúde lança em 2008 a Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária²² com adaptações para as condições nacionais (BRASIL, 2008). Surge como um dispositivo de avaliação da atenção primária, que pode permitir a comparação de efetividade entre os diversos serviços, como também uma ferramenta de planejamento e gestão do sistema de saúde em seus diferentes níveis (PEREIRA; SILVA; LIMA NETO, 2014).

Neste sentido, é possível articular as possibilidades e alternativas propostas para a utilização das ICSAP com a agenda nacional de prioridades de pesquisa, cujas cinco sub-agendas foram anteriormente destacadas, ou seja, a que se refere às “Doenças Não-Transmissíveis”; ao “Complexo Produtivo na Saúde”; a “Avaliação de Tecnologia e Economia da Saúde”; a “Promoção da Saúde”; e, os “Sistemas e Políticas de Saúde”.

Explorando a produção científica brasileira entre os anos de 2012 e 2016²³ em relação à utilização deste indicador, pode-se verificar que estes trazem estudos de caráter quantitativo e, em sua maioria, vinculados a pesquisadores de universidades.

Quanto à definição utilizada, alguns artigos trazem a de Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), que são coincidentes com aquela apresentada na portaria ministerial que institui a lista brasileira de CSAP (BRASIL, 2008).

Já em relação ao conceito das ICSAP, encontrado em todos os artigos aqui explorados, guardam muita aproximação entre si e para com a mesma portaria já citada (BRASIL, 2008), trazendo à luz seu valor como indicador hospitalar que permite indiretamente avaliar o acesso e a qualidade da AP.

A seleção das ICSAP foi feita com base na Lista Brasileira publicada pelo Ministério da Saúde, composta por 19 grupos de causas, com 74 diagnósticos classificados de acordo com a décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID10 (REHEM *et al*, 2013, p. 885).

Vale ressaltar a importância da adaptação da lista ao contexto brasileiro, visto que as características dos sistemas de saúde, os perfis epidemiológicos e a carga de doenças diferem entre países [...]. Além disso, o processo de adaptação é importante para garantir validade, confiabilidade e representatividade da lista, além de ser um pré-requisito fundamental para a utilização (CASTRO *et al*, 2015, p.2354).

²² Ver Anexo 5.

²³ Ficha de categorização dos artigos selecionados no Apêndice 1.

As internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) constituem um indicador de resultado utilizado para avaliar a acessibilidade e a eficácia dos cuidados primários de saúde, que pretende, a partir da atividade hospitalar, servir de medida da efetividade da atenção primária à saúde (PAZÓ *et al*, 2014, p.1892).

Há, contudo, apontamentos sobre os limites para a coleta dos dados e, portanto, limites para a utilização do próprio indicador como reflexo avaliativo da realidade da AP.

Destacam-se alguns aspectos do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS)²⁴, a principal fonte de coleta dos dados utilizada por todos os estudos incluídos nesta revisão, e, por sua natureza, exclusivamente de dados secundários processados a partir da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)²⁵.

Entre os fatores que comprometem a qualidade das informações do SIH/SUS e que, portanto, exigem cautela em sua interpretação, encontram-se:

- O fato de não considerar as internações em unidades hospitalares sem vínculo com o SUS;
- Aumento proporcional de internações por determinado grupo de causa, possivelmente devido apenas à redução da ocorrência em outros grupos;
- Indicador influenciado pela contagem cumulativa de internações de um mesmo paciente pela mesma causa; e,
- Falhas na codificação da causa de internação, capazes de interferir nos resultados do indicador (MENDONÇA; ALBUQUERQUE, 2014, p.472).

Além destes, são citadas ainda as ocorrências em Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou outras unidades de saúde não hospitalares que mantém o paciente sob cuidado e/ou em observação por período maior do que 24 horas, que são “silenciosas”, uma vez que não são emitidas AIH para estas ocorrências e, mais que isto, pode apresentar maior prevalência das ICSAP e ainda sugerir a oferta de acesso que não privilegia a continuidade do cuidado.

Como as internações na unidade de pronto atendimento não exigem uma autorização de internação hospitalar, não entram nas estatísticas oficiais do Ministério da Saúde, disponibilizadas no banco do DATASUS (CARDOSO *et al*, 2013, p.231).

Na comparação entre os grupos, maior prevalência de ICSAP foi encontrada na unidade de pronto atendimento [...]. As internações

²⁴ A finalidade do SIH/SUS é transcrever todos os atendimentos provenientes de internações hospitalares que foram FINANCIADAS PELO SUS, e após o processamento, gerar relatórios para os gestores da saúde. Tem abrangência federal, estadual e municipal.

²⁵ A AIH é o instrumento de registro utilizado por todos prestadores de serviços SUS e apresenta como característica a proposta de pagamento dos procedimentos hospitalares, onde estão inseridos os materiais utilizados, os procedimentos realizados, os profissionais de saúde envolvidos e a hotelaria.

ocorridas na unidade de pronto atendimento tiveram uma chance 2,64 (IC95%: 2,36 a 2,95) vezes maior de ser ICSAP (CARDOSO *et al*, 2013, p. 229).

Nessa realidade, muitas ICSAP têm sido identificadas na unidade de pronto atendimento, em detrimento do cuidado continuado na atenção primária em saúde, configurando, nesse contexto, um evento silencioso, uma vez que não existe emissão de guia de internação que permita o registro dessas ocorrências nas estatísticas oficiais (CARDOSO *et al*, 2013, p.230).

Outro aspecto relevante é a diferença em relação ao registro das causas de internação nos estudos que utilizaram dados primários, normalmente coletados diretamente dos prontuários dos pacientes, quando comparados aos dados do SIH/SUS, demonstrando haver diferença ente estes.

Ao usar os dados primários [...] nesta investigação, as principais causas de internações identificadas diferem dos dados registrados no mesmo período de realização do estudo (julho a outubro de 2011) pelo banco de dados gerenciado pelo Ministério da Saúde do Brasil (CARDOSO *et al*, 2013, p. 230-231).

Não se pode descartar a existência de problemas no registro da autorização de internação hospitalar (AIH) de diagnósticos presumíveis e o registro intencional de diagnóstico diferente do real com o intuito de obter maior receita do SUS (RODRIGUES-BASTOS *et al*, 2014, p. 965-966).

A principal finalidade dos dados anotados no formulário de AIH é o reembolso ao hospital pelos serviços prestados. É possível que existam falhas nesse registro (intencionais ou não) que possam comprometer a acurácia das variáveis analisadas, em especial o diagnóstico utilizado para identificar as internações por CSAP (JUNQUEIRA; DUARTE, 2012, p.767).

Estudo específico sobre a validação e sensibilidade do sistema SIH/SUS, utilizando o prontuário como padrão ouro, aponta que o referido sistema “*deixa de captar cerca de 18% das verdadeiras ocorrências de ICSAPs*” (REHEM *et al*, 2013a, tela 4).

Destaca-se a forma como é feito e apresentado o cálculo do indicador. Ainda que válidas, respeitando-se os mesmos parâmetros adotados para o numerador, são citadas formas distintas para utilização do denominador. São apontados as que consideram como denominador a base populacional; outras que utilizam o número total de internações; e ainda outras que excluem os “partos” e AIH de longa permanência deste último total²⁶.

²⁶ Encontra-se no sítio eletrônico institucional do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) a fórmula para o cálculo do “Percentual de Internações por condições sensíveis a atenção básica” cujo numerador é o número de internações por causas sensíveis à atenção básica e o denominador o total de

As taxas de internações foram definidas como a razão entre o número de internações hospitalares por condições sensíveis à APS e a população em risco [...] por 10 mil (RODRIGUES-BASTOS *et al*, 2013, p.121).

Proporção das ICSAP: total de internações no SUS por ICSAP, dividido pelo total de internações de pacientes residentes no mesmo local e período selecionados, multiplicado por 100 (REHEM *et al*, 2013, p.886).

Foram excluídas as AIH de longa permanência e aquelas referente ao Capítulo XV (“Pré-natal e Parto”) da décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (RODRIGUES-BASTOS *et al*, 2013, p.121).

Sobre a correlação entre a cobertura da AP e a ocorrência das ICSAP, percebe-se uma grande diversidade de argumentos, ora contraditórios, ora complementares. Vários artigos fazem referência a estudos anteriormente publicados que afirmam haver correlação entre a ampliação da cobertura da AP, especialmente pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), e a diminuição das ICSAP.

Quanto à correlação entre a cobertura pelo ESF e a taxa de ICSAP, o município apresentou forte correlação inversa (CAMPOS; THEME-FILHA, 2012, p. 847).

Contudo, emergem considerações que qualificam e relativizam esta afirmação, especificando diferentes situações.

Nota-se que após a implantação da Estratégia Saúde da Família, houve decréscimo [...] no total de ocorrências de internações, em função da queda no número de casos dos agravos em diferentes grupos da Lista Brasileira de Condições Sensíveis [...] mas ainda mostra-se com limitação, visto que há acréscimos no número de casos em grupos de agravos importantes no contexto da APS (FERREIRA; DIAS; MISHIMA, 2012, p. 769-770).

Ou ainda que refutem esta situação, apontando que não foi verificada esta mesma correlação inversa, havendo aumento das ICSAP mesmo com aumento da cobertura da AP e manutenção estável da oferta de leitos hospitalares.

No município [...] verificou-se que, embora tenha havido um pequeno aumento da média de cobertura pela ESF nestes anos (43,6% para 48,1%), houve incremento nas taxas de ICSAP. [...] Cabe ressaltar que em 2005 e 2009, o número de leitos foi de, respectivamente, 3,7 e 3,6 por mil habitantes, mostrando uma estabilidade e descartando a possibilidade de o aumento verificado ter ocorrido em decorrência da

internações clínicas, ou seja, diferente ainda dos três anteriores, considera apenas as internações clínicas. No Anexo 6 pode-se verificar uma tabela com os dados das capitais de Estado e DF com estas informações.

maior oferta de leitos hospitalares no município (RODRIGUES-BASTOS *et al*, 2013, p.123).

Os resultados apresentados no presente estudo mostraram que as taxas de hospitalização por CSAA, considerando as doenças selecionadas, mantiveram-se estáveis no período estudado [...]. Esse resultado difere das pesquisas desenvolvidas em diferentes regiões do país [...], as quais demonstraram um significativo decréscimo das doenças consideradas evitáveis ao longo dos anos (AVELINO *et al*, 2015, p. 1289).

E até mesmo que não se pode afirmar que há esta correlação.

Embora relevantes, os resultados do presente trabalho não permitem avaliar o impacto da ESF nas ICSAP (RODRIGUES-BASTOS *et al*, 2014, p.966).

Este estudo permitiu uma reflexão geral sobre o uso do indicador ICSAP e não encontrou relação das ICSAP com a cobertura da ESF e do PACS (PAZÓ *et al*, 2014, p. 1896).

Sobre estes argumentos, surgem alguns aspectos relativos ao acesso aos serviços de saúde que devem ser considerados para análise desta correlação, em especial por possíveis interferências que conferem às afirmações.

[...] a ocorrência dessas internações pode ser influenciada por distintas variáveis, como condições socioeconômicas, demográficas, de oferta de serviços e de configuração do sistema de saúde (CASTRO *et al*, 2015, p. 2355).

[...] a análise da ampliação contempla apenas a cobertura populacional da ESF e não considera a adequação da composição das equipes, a qualificação profissional, os vínculos trabalhistas, tampouco outros aspectos estruturais (PAZO *et al*, 2015, p. 280).

O achado, neste estudo, de maior número de ICSAP associadas à maior urbanização pode sugerir que a residência em aglomerados urbanos, nos quais, em geral, estão localizados os hospitais, facilita o acesso a eles, e, [...] o maior acesso aos serviços de urgência e de emergência hospitalares em detrimento da atenção básica colabora para o aumento das hospitalizações sensíveis, pois a atenção secundária e terciária passam a ser a porta de entrada do sistema de saúde (REHEM *et al*, p. 889).

A proximidade do hospital, o funcionamento de unidades 24 horas, o excesso do número de consultas (características de grandes centros urbanos) associa-se com maiores taxas de internação (BATISTA *et al*, 2012, p. 40).

Destaca-se ainda que muitos dos estudos se atenam a grupos específicos de agravos e, em muitos, correlacionando à determinadas faixas etárias ou ainda ao gênero (MARQUES *et al*, 2014; SANTOS *et al*, 2013; MURARO *et al*, 2013; BOING *et al*, 2012;

BARRETO; NERY; COSTA, 2012; BATISTA *et al*, 2012; OLIVEIRA; COSTA; MATHIAS, 2012).

Outro aspecto encontrado é a importância que vem sendo atribuída ao uso do indicador ICSAP para avaliação dos sistemas de saúde, em seus diversos níveis.

Todos os achados contribuem para a validade do ICSAP como indicador capaz de mensurar a efetividade dos sistemas de saúde, principalmente para avaliar o impacto da atenção primária em saúde (CARDOSO *et al*, 2013, p. 231).

A análise dessas internações vem sendo empregada não apenas como indicador do acesso e da qualidade da atenção primária e ainda, como também para avaliar o desempenho do sistema de serviços de saúde nos âmbitos internacional e nacional, tornando-se um instrumento de gestão do cuidado na atenção primária, desde que adaptado a cada realidade, periodicamente revisto e atualizado (FERREIRA *et al*, 2014, p.46).

Estudos das internações por condições sensíveis à atenção primária podem auxiliar na identificação das principais causas sensíveis à intervenção dos serviços de saúde, indicando quais ações são mais efetivas para a diminuição das internações e o aumento da qualidade de vida da população (MARQUES *et al*, 2014, p. 817).

Ampliando a complexidade desta utilização, são indicados pontos que devem ser considerados para análise dos resultados deste indicador na avaliação da efetividade da AP.

O uso desse indicador vem sendo criticado por alguns pesquisadores que argumentam existirem outros elementos determinantes da hospitalização que estão fora do escopo de atuação da atenção primária à saúde, tais como as características inerentes ao paciente, fatores socioeconômicos e demográficos, a variabilidade da prática clínica hospitalar e as políticas de admissão nesses serviços (PAZÓ *et al*, 2014, p.1892).

Quanto ao estabelecido na Portaria nº 221 de 17 de abril de 2008 sobre ICSAP e avaliação e efetividade da APS, estudos vem sendo realizados mostrando que outros aspectos devem ser considerados, além do acesso e da efetividade desse nível de atenção. Para análise das internações é preciso levar em conta os determinantes sociais, o processo de trabalho das equipes e a organização do sistema de saúde (REHEM *et al*, 2013, p.888).

Sabe-se que piores condições socioeconômicas afetam o acesso aos serviços de saúde, modificam o padrão de utilização desses, dando preferência ao uso de serviços de emergência, prejudicam a adesão ao tratamento (falta de dinheiro para comprar medicamentos), dificultam a adoção de hábitos saudáveis e o amparo da rede de suporte social (PAZÓ *et al*, 2014, p.1898).

Baixa escolaridade, maior taxa de desemprego e menor renda da população, bem como o menor contingente populacional do município,

têm sido descritos como outros fatores associados a uma maior proporção de internações por CSAP (PAZO *et al*, 2015, p. 280).

Quando abordam os desafios para a qualificação e aprofundamentos de novos estudos, um dos mais frequentes diz respeito às necessárias melhorias na base de dados do SIH/SUS, conferindo maior confiabilidade às informações relacionadas ao diagnóstico de internação e ou alta hospitalar.

A qualidade da informação, portanto, deve ser objeto de estudos de modo a revelar as inconsistências, para que os ajustes possam ser feitos, pelas instâncias responsáveis, conferindo maior confiabilidade no uso dos dados (REHEM, *et al*, 2013a, tela 5).

A análise restrita às internações no SUS (em hospitais públicos ou privados e filantrópicos conveniados) é uma limitação do estudo (BOING *et al*, 2012, p. 364).

Assim como emerge a efetiva adoção e utilização do indicador ICSAP como instrumento de planejamento e possíveis intervenções na organização da AP por parte dos gestores da saúde.

É fundamental o posicionamento dos gestores [...], mediante ações técnicas e políticas com o objetivo de compreender mais profundamente as causas desse evento no contexto [...], para que a organização da atenção primária à saúde e o desenvolvimento pleno de seus atributos possam impactar a ocorrência das internações por condições sensíveis à atenção primária – ICSAP (FERREIRA *et al*, 2014, p.54-55).

[...] as ICSAP têm potencial para serem utilizadas no monitoramento e avaliação da atenção primária em saúde, de forma a auxiliar os gestores na tomada de decisão para implantação ou melhorias de programa e serviços em saúde. Aprimorar o processo de avaliação e monitoramento do sistema de saúde, de forma a avaliar o impacto do modelo de cuidado vigente, é um tema de grande relevância e necessidade. A utilização do indicador ICSAP, por meio de dados primários ou secundários, é uma valiosa ferramenta, capaz de refletir o desempenho do sistema de saúde (CARDOSO *et al*, 2013, p.232).

A utilização do indicador de internações sensíveis à atenção ambulatorial pode ser um valioso instrumento para o monitoramento e a avaliação da qualidade, do desempenho e do acesso à atenção primária como centro coordenador das redes de atenção à saúde no contexto do SUS (AVELINO *et al*, 2015, p.1292).

Outro aspecto emergente é o incremento de estudos com abordagens qualitativas.

Novas avaliações poderiam também incluir análises qualitativas sobre os recursos disponíveis, estruturas e processos de trabalho, considerando a heterogeneidade dos cenários [...] (BARRETO; NERY; COSTA, 2012, p. 524).

Novos estudos são necessários para estabelecer o impacto de serviços de APS/ESF nas taxas de internação por CCSAP, incluindo análises pormenorizadas por meio da avaliação de componentes de qualidade, dentre eles: o processo de trabalho das equipes (acesso, acessibilidade, cobertura das ações disponibilizadas entre outros), o papel da APS/ESF no sistema de saúde (robustez, coordenação de cuidado, ordenação da atenção) e o processo de educação permanente desses profissionais dessas equipes para o manejo adequado e oportuno [...] (BATISTA *et al.*, 2012, p. 41).

E a necessária inclusão dos usuários neste processo.

Diante disso, cabe questionar se os problemas na atuação da atenção primária à saúde podem ter culminado nesse resultado ou se a variável cobertura não é capaz de representar, por si só, o acesso à atenção primária à saúde e se faria necessário utilizar outra representação como, por exemplo, a utilização do serviço, a percepção dos usuários quanto à oportunidade de acesso e a adequação da implantação das equipes da ESF e do PACS, dentre outras (PAZÓ *et al.*, 2014, p. 1896).

Também será necessário ampliar o entendimento do processo de busca por cuidado à população que reside nas diferentes áreas [...]. A análise do “itinerário terapêutico” percorrido pelo usuário do SUS em um dado território é uma abordagem proposta para compreender a complexa teia de eventos em que se transforma a busca de atenção à saúde. Conhecer o itinerário das pessoas que foram internadas por CSAP [...] e as falhas desse processo seria de grande utilidade (JUNQUEIRA; DUARTE, 2012, p. 767).

4. O PROJETO ICSAP

O “*Projeto ICSAP*” foi proposto e acontece na cidade de Campinas (SP), mais especificamente no Distrito de Saúde Sul (DSS), junto às Unidades Básicas e ao Hospital Municipal (HM) deste mesmo território²⁷, que se constituem como um sistema local de saúde.

A distritalização²⁸ territorial foi um processo adotado pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas como estratégia de gestão frente à complexidade de seu sistema de saúde. Teve início em 1994 pela Atenção Básica sendo seguido posteriormente pela incorporação dos serviços secundários próprios e posteriormente pelos conveniados/contratados. Esse processo exigiu envolvimento e qualificação progressivos das equipes distritais.

O DSS é o maior dos cinco distritos da cidade em termos populacionais e número de serviços, tendo como característica uma grande diversidade e complexidade em relação às condições socioeconômicas e epidemiológicas de sua população. Em 2017 residiam em seu território 323.134 habitantes (CAMPINAS, 2018). Quanto aos serviços, atualmente são 17 UBS, duas Policlínicas Municipais, dois Centros de Atenção Psicossocial e dois Centros de Convivência.

Além destes, encontra-se no território o HM, uma autarquia municipal, fundado em 1974, que vem se destacando como principal acesso para urgências e emergências do sistema de saúde local, além de ser referência hospitalar e retaguarda de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico para a respectiva região metropolitana, tendo sido reconhecido em 2004 como Hospital de Ensino (SOEIRO *et al*, 2017a). Sua principal articulação na rede assistencial se dá com e a partir do referido distrito sanitário (OLIVEIRA *et al*, 2018).

A iniciativa do “*Projeto ICSAP*” se originou no histórico de construção de parceria entre estas instâncias e a declarada intenção de integração entre seus serviços, com disposição para mudanças e inovações que qualificam a oferta do cuidado à população sob seus cuidados (GIGANTE *et al*, 2013).

²⁷ Referimo-nos ao DSS e o HM como instâncias diferentes, dado que no organograma da Prefeitura Municipal de Campinas, o HM tem status hierárquico equivalente ao da Secretaria de Saúde.

²⁸ Ver Anexo 2.

Destaca-se a existência de uma firme disposição dos dirigentes do DSS e do HM na época para o desenvolvimento de ações conjuntas, incorporadas como práticas do cotidiano, que reforçam a integração dos serviços públicos de saúde em rede sob a égide da integralidade do cuidado e da qualificação da atenção, reconhecendo a atenção primária como organizadora do sistema. O compromisso com a formação profissional baseada numa concepção de construção coletiva e solidária também compõe e consolida esta parceria (GIGANTE *et al*, 2013; MALVEZZI *et al*, 2013).

Dentre as muitas atividades entre estas instituições, cita-se a participação do DSS no Colegiado Gestor e Conselho Local do HM, a cogestão dos programas de Residência de Saúde da Família e Multiprofissional, a integração com as unidades da atenção primária como campo de prática dos programas dos referidos programas de residência, as atividades de matriciamento²⁹ das residências médicas e as atividades em conjunto de Educação Permanente para gestores.

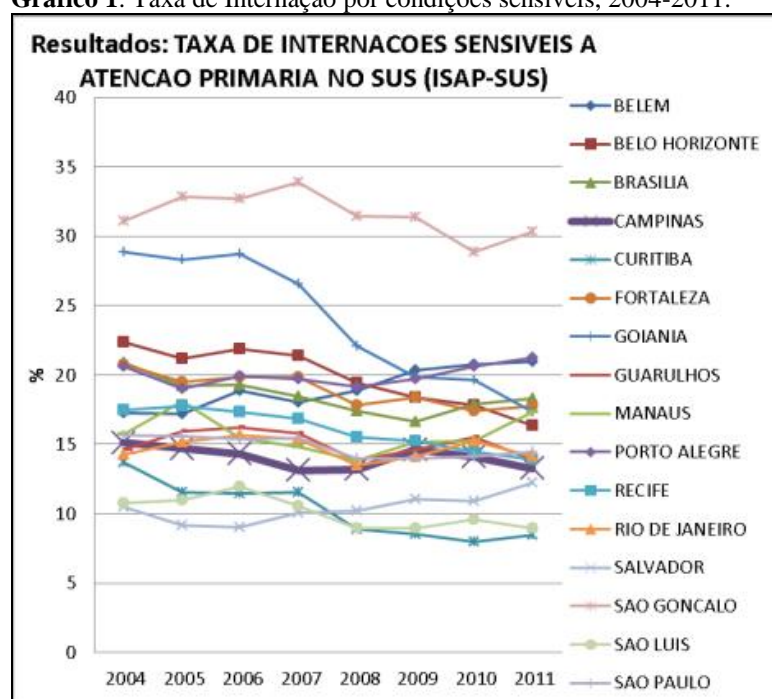
Neste contexto e compartilhando do conceito de que a efetiva atuação dos serviços da atenção primária pode implicar em uma diminuição do risco de internações hospitalares, relacionadas com medidas preventivas, diagnóstico e tratamento precoce das doenças agudas e controle e acompanhamento das condições crônicas, constrói-se o “Projeto ICSAP” com a intencionalidade de reorganizar o processo de trabalho dos serviços envolvidos, propondo um novo modo de operar em saúde com centralidade no usuário e, assim, avançar na resolubilidade e efetividade das ações de cuidado ofertado por estes.

Esta intervenção teve início em 2009 com a elaboração de um anteprojeto formulado por iniciativa de alguns trabalhadores do DSS e do HM. As principais ideias norteadoras foram: utilizar os recursos previamente existentes; adesão voluntária dos serviços por suas equipes; buscar convergência e aperfeiçoar outras iniciativas já em andamento; valorizar a autonomia e o protagonismo dos sujeitos envolvidos; estar propositalmente inacabado; e, utilizar conceitos que tivessem consistência técnica e política com os desafios do SUS, tendo as ICSAP como principal eixo norteador.

²⁹ Apoio Matricial ou Matriciamento concebidos neste trabalho tal como apresenta Campos (2007): um arranjo organizacional que busca superar a relação hierarquizada entre os profissionais e a rede de serviços em saúde, portanto em um processo de cogestão, propõe a coresponsabilização entre os profissionais dos diferentes níveis, havendo oferta de ações de suporte técnico-pedagógico dos profissionais das áreas especializadas àqueles que compõem as equipes locais de referência.

A partir desse desencadeante inicial todo o processo de elaboração, monitoramento e avaliação passa a ser construído coletivamente entre os trabalhadores e gestores destes serviços participantes. Contribuíram para o embasamento da formulação da proposta de implantação do “Projeto ICSAP”, informações do Painel de Indicadores de Competitividade de Campinas (2012) que demonstram que a Taxa de ICSAP em 2004 representava 15,11% do total das internações no SUS Campinas, passando em 2011 a 13,27%. Essa redução é semelhante à tendência ocorrida em outros municípios brasileiros nesse mesmo período, tal como podemos observar no Gráfico 2.

Gráfico 1: Taxa de Internação por condições sensíveis, 2004-2011.



Fonte: Painel de Indicadores de Competitividade de Campinas 2012.

Tomando apenas os dados de 2011, quando comparado a outros municípios brasileiros com mais de um milhão de habitantes, observamos o seguinte quadro:

Quadro 3: Taxa de ICSAP em cidades brasileiras selecionadas com mais de 1.000.000 hab. em 2011.

CIDADE	Curitiba PR	São Luiz MA	Salvador BA	CAMPINAS SP	Guarulhos SP	Rio de Janeiro RJ	São Paulo SP
ISCAP SUS 2011	8,47	8,97	12,21	13,27	13,89	14,11	14,47

Fonte: Painel de Indicadores de Competitividade de Campinas, 2012.

Como é possível observar no Quadro 4, estudo realizado por Gagliardi (2011), especificamente para as internações ocorridas no HM, entre os anos de 2004 a 2010 este grupo de diagnósticos apresenta uma tendência de queda, passando de 24,09% em 2004 para 18,19% em 2010, ainda que se observado especificamente o período entre 2007 a 2010, percebe-se que as internações deste mesmo grupo apresentam uma curva de crescimento, passando de 16,06% para 18,19%.

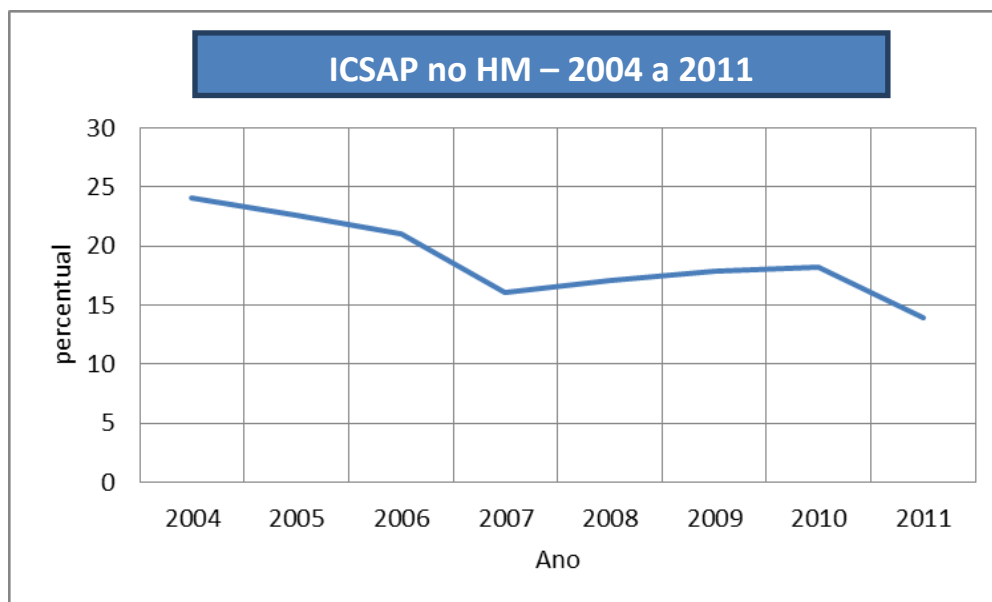
Quadro 4: Série histórica das ICSAP no HM no período 2004 – 2010.

Grupos de Agravos	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1. Doenças preveníveis p/ imuniz/ condições sensíveis	204	202	118	19	50	35	7
2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	172	214	203	57	37	28	50
3. Anemia	7	5	3	3	3	3	2
4. Deficiências nutricionais	19	8	3	2	5	6	5
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	3	7	10	7	8	19	12
6. Pneumonias bacterianas	4	9	3	1	254	471	644
7. Asma	340	223	256	317	131	119	150
8. Doenças pulmonares	260	153	167	232	309	256	199
9. Hipertensão Arterial Sistêmica	270	397	365	209	130	143	123
10. Angina	221	166	141	144	84	81	47
11. Insuficiência cardíaca	172	155	164	286	135	154	116
12. Doenças cerebrovasculares	195	193	200	33	177	221	294
13. Diabetes mellitus	80	96	80	65	72	66	64
14. Epilepsias	51	48	53	28	42	29	26
15. Infecção no rim e trato urinário	341	335	299	264	131	161	84
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	262	250	163	26	90	155	178
17. Doença Inflamatória órg. pélvicos feminino	0	0	0	0	0	4	0
18. Úlcera gastrointestinal	172	118	133	183	15	11	17
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	24	12	7	2	1	1	0
Total ISCAP	2797	2591	2368	1878	1674	1963	2018
Total Internações	11609	11430	11257	11695	9788	10956	11090
TOTAL ICSAP / TOTAL INTERNAÇÕES em %	24,09	22,67	21,03	16,06	17,10	17,92	18,19

Fonte: Gagliardi, 2011.

Seguindo com a análise de dados do HM, a projeção anual dos dados relativos às internações, o primeiro trimestre de 2011 volta a apontar para uma retomada na tendência de queda (Gráfico 2).

Gráfico 2: Percentual de ICSAP / TOTAL INTERNAÇÕES no HM no período 2004 – 2011.



Fonte: SIH RDSP Os dados referentes ao ano de 2011 são uma projeção anual a partir do ocorrido no primeiro trimestre do referido ano.

Estes dados, contudo, quando comparados com municípios brasileiros com mais de 1.000.000 habitantes (Quadro 3), evidenciam uma sobreinternação de condições evitáveis pela atenção primária no HM. Desta situação entende-se oportuno um plano de intervenção que articule ações entre os serviços da AB e HM, buscar a garantia da qualificação e continuidade do cuidado e, por conseguinte, a redução dessas internações.

Outro aspecto estudado preliminarmente foi a base de dados do Hospital Municipal na área de internação do Pronto Socorro de Adultos (PSA-HM) e na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) no período de janeiro a junho de 2011, considerando o diagnóstico de alta. Foram identificados, dentre as condições da Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária³⁰, as de maior frequência de ocorrência.

Os dados coletados referentes ao HM foram obtidos através do Sistema Informatizado de Alta Médica. Esse sistema desenvolvido pela própria equipe técnica do hospital faz interface com o Sistema Integrado de Informatização de Ambiente Hospitalar

³⁰ Ver Anexo 5.

(HOSPUB), sistema informatizado do DATASUS, que disponibiliza um formulário na intranet para descrição do diagnóstico, conduta e evolução do paciente durante sua estada no hospital. A coleta de dados na Unidade de Pronto Atendimento foi baseada nas FAA – Fichas de Atendimento Ambulatorial dos pacientes.

Foram considerados apenas os pacientes com idade igual ou superior a 20 (vinte) anos e que permaneceram em observação por período igual ou superior a 24 (vinte e quatro) horas na unidade.

A escolha das condições a serem incluídas na primeira etapa do projeto, além da frequência das ocorrências, também considerou a capacidade dos serviços da AB em agir sobre estes agravos e a convergência dessas condições com outras diretrizes ou ações prioritizadas e já em andamento no DSS.

Do cruzamento desses critérios foram escolhidos inicialmente quatro grupos de agravos: Acidente Vascular Cerebral, Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Insuficiência Cardíaca, respectivamente Grupos 9, 11, 12 e 13 da lista brasileira de CSAP (BRASIL, 2008). Como podemos observar no Quadro 5, estes agravos representavam, em média, significativos 30% do total das internações realizadas no hospital.

Quadro 5: Série histórica das ICSAP no HM dos Grupos 9, 11, 12 e 13 entre 2004 e 2010

ICSAP no HM	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total Grupos 9, 11, 12 e 13 do ICSAP	717	841	809	593	514	584	597
Total ICSAP	2797	2591	2368	1878	1674	1963	2018
TOTAL Grupos ICSAP/TOTAL ICSAP EM %	25,63	32,45	34,16	31,57	30,70	29,75	29,58

Fonte: SIH RDSP Período: 2004 a 2010

Numa segunda etapa, em consonância com a estratégia de condução escolhida, que privilegia a construção coletiva do processo com participação ativa dos atores envolvidos, foram incluídos outros três grupos de agravos: Pneumonias, Asma e Doenças Pulmonares (Grupos 6, 7 e 8 da lista brasileira de CSAP). Mais recentemente foi incluído o Grupo 15 que inclui os agravos relacionados às Infecções do Rim e Trato Urinário. Assim, atualmente são oito os grupos de agravos incluídos no “*Projeto ICSAP*”.

Em relação às unidades participantes, o “*Projeto*” começou com sete Unidades Básicas de Saúde, a Unidade de Pronto Atendimento e Pronto Socorro de Adultos do

HM. Rapidamente este cenário se modificou com a adesão das demais UBS do território³¹. Em relação ao HM, também se ampliou a adesão às enfermarias de Clínica Médica e Neurologia. Atualmente participam ainda as áreas de cardiologia, neurologia e endocrinologia dos Ambulatórios de Especialidades de referência para o território.

A escolha inicial das UBS foi orientada pela lógica da otimização dos recursos existentes, buscando a potencialização deste projeto junto a outras ações estratégicas em desenvolvimento nestas unidades, tais como programas de residência médica e multiprofissional do HM; estágios profissionalizantes de universidades da cidade; estratégia de Matriciamento e ou Telessaúde³² junto às unidades de atenção especializada; e, envolvimento no Projeto Gestão da Clínica (GIGANTE *et al*, 2013).

Como modelo de governança, houve a definição de um sistema com dois coletivos, um com caráter deliberativo que incluiu todos os representantes dos serviços envolvidos, os apoiadores do DSS e a Área de Ensino e Pesquisa do HM; e um segundo com caráter executivo com representantes indicados pelo primeiro.

As reuniões do coletivo deliberativo ocorrem mensalmente com os atores institucionais envolvidos. Nelas ocorrem análises, reflexões e pactuação dos passos técnicos e organizacionais a serem realizados. Estas reuniões coletivas são preparadas pelo grupo executivo a partir das deliberações pactuadas no coletivo. Neste espaço também são apresentados e analisados os dados para monitoramento e construído o plano das ações prioritárias para sua continuidade.

O segundo coletivo com caráter executivo tem o papel de operacionalizar as decisões e o pré-monitoramento das atividades e tarefas do projeto. As reuniões desse grupo são quinzenais e ele é composto por representantes do HM e DSS.

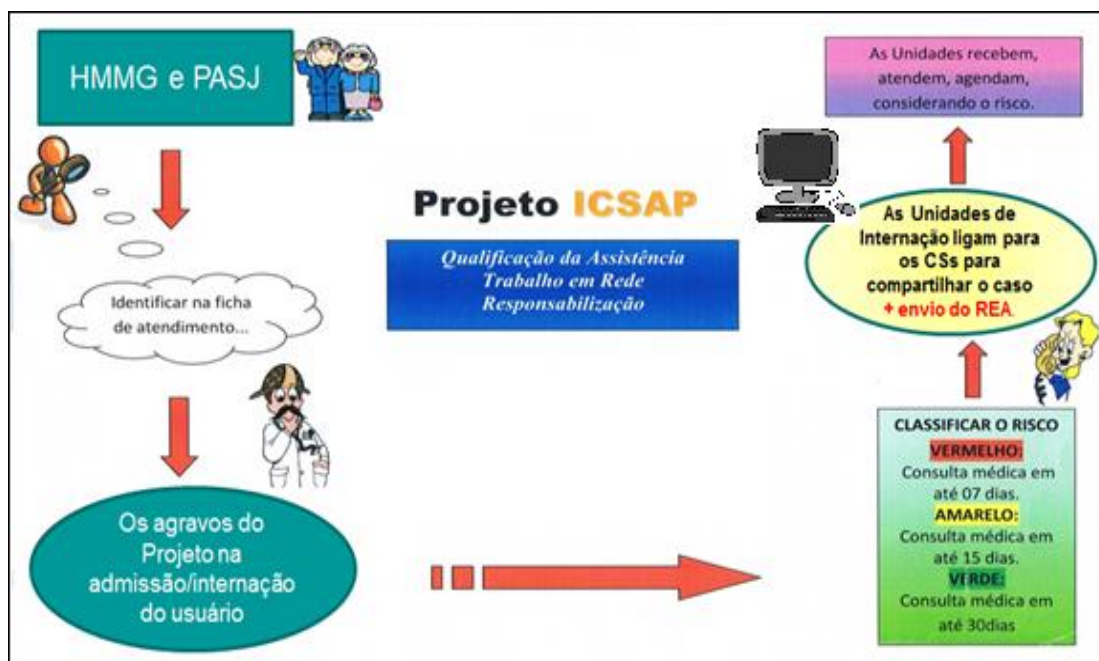
Quanto à operacionalização do “*Projeto*”, foi construído e pactuado um fluxograma (Figura 2) organizando o itinerário dos usuários e as responsabilidades das equipes envolvidas. Uma dimensão significativa deste processo é a simplicidade de critérios técnicos de fluxo e de acesso, favorecendo a adesão das equipes participantes.

³¹ Ver Anexo 7.

³² Telessaúde como o uso de ferramentas de comunicação através de tecnologias da informação e de telecomunicações bidirecional (do telefone à robótica), realizada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área de saúde, utilizado entre ou intra equipes para a troca de informações sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho (discussão de casos, apoio a conduta, qualificação e capacitação técnica, decisão gerencial), dentre outras práticas do cotidiano do cuidado em saúde (BRASIL, 2011a).

As unidades de internação, no HM ou na Unidade de Pronto Atendimento, identificam os pacientes com perfil definido pelo “Projeto” já no momento da admissão destes. No momento da alta todos os casos recebem, de acordo com sua gravidade, uma classificação de risco pós-alta, tendo como principal critério o tempo em dias que este paciente deve ser atendido na UBS de sua referência. Esta informação se torna campo obrigatório de preenchimento para a emissão do relatório de alta hospitalar. As UBS por sua vez, ao receberem o caso, inicialmente por meio eletrônico e depois pela presença destes usuários, montam seu plano de cuidado de acordo com o risco indicado. Estabelece-se assim, a possibilidade da continuidade do cuidado e a indicação de priorização do atendimento no seu retorno à UBS.

Figura 2: Fluxograma Adaptado do Projeto ICSAP



A comunicação, que inicialmente era feita por contato telefônico, foi se transformando. O HM passou a contar com um sistema eletrônico que emite automaticamente, no mesmo dia da alta hospitalar, via e-mail, um comunicado ao coordenador da UBS informando sobre a alta de paciente de sua área de cobertura, denominado Relatório Eletrônico de Alta (REA). A UPA, por sua vez, como não conta ainda com sistema informatizado para emissão dos REA, envia seus respectivos relatórios por meio de malote. A classificação do risco para a continuidade do cuidado é

estabelecida pelas equipes de internação a partir da avaliação clínica de cada caso que se dá em três níveis: “VERMELHO” quando o usuário deve ser atendido pela UBS em até sete dias; “AMARELO” em até 15 dias e “VERDE” em até 30 dias.

Implantado efetivamente em janeiro de 2012, muitos resultados puderam ser verificados, destacando-se inicialmente a sua própria continuidade nestes seis últimos anos e a adesão e corresponsabilização de seus participantes. Dentre outros, está a reorganização interna do processo de trabalho de todas as unidades participantes para favorecer o acesso do usuário e qualidade do cuidado; a ampliação da integração entre as equipes dos diferentes serviços; a identificação e classificação de risco dos usuários no momento da alta com vistas a garantir a oportunidade da continuidade; bem como a sistematização e informatização do envio do relatório eletrônico de alta do HM para todas as unidades do DSS. No campo da pesquisa, esta experiência também tem sido objeto de dissertações, trabalhos de conclusão de cursos e apresentações em congressos, e agora desta tese (GIGANTE *et al*, 2013; MALVEZZI *et al*, 2013).

Ressaltando ainda outra característica, fruto do processo de avaliação realizado no coletivo “deliberador”, é a constante definição de prioridades e o consequente planejamento para o seguimento do processo. Dentre os desafios, constam a ampliação de utilização de tecnologias para a sistematização do cuidado para os agravos do “Projeto”, tais como o desenvolvimento de protocolos pactuados entre HM e DSS; a ampliação dos espaços para discussão de casos com possibilidade de atendimentos compartilhados e pactuação de alta; a ampliação da integração entre HM junto as equipes das UBS, quer através dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional, como também pelas estratégias de Matriciamento e Telessaúde; e, o incremento das ações de monitoramento e avaliação de processo e de resultados considerando tanto a dimensão dos serviços como dos usuários (*estes últimos até aqui ainda não incluídos, sendo portanto um desafio adicional*).

Além destes e sempre presente, mas que depende de outros atores da Secretaria Municipal de Saúde, também figura a avaliação da pertinência e viabilidade de ampliação da implantação nos demais Distritos de Saúde do município³³.

³³ Ação incluída como meta do Relatório Anual de Gestão 2014-2015 da SMS.

4.1. O Projeto ICSAP como tecnologia inovadora em saúde

A partir da dissertação de mestrado realizada entre os anos de 2012 e 2014 junto aos gestores e trabalhadores implicados, pode-se constatar que o “*Projeto ICSAP*” favoreceu a implementação de inovações nos campos da gestão e do cuidado em rede (MALVEZZI, 2014).

Em relação às novas práticas na gestão, destaca-se a ampliação de espaços de cooperação entre o DSS e o HM, permitindo que os processos decisórios ocorram de forma compartilhada e corresponsável, valorizando o protagonismo de seus participantes. Os movimentos de identificação dos problemas e elaboração de soluções coletivas, respeitando as singularidades de cada serviço, fortemente relacionadas ao cotidiano, denotam capacidade de captar, processar e analisar informações para transformar a realidade. Lima e Padilha (2012, p.203) afirmam que as “*inovações nos modelos de gestão em saúde, pela própria natureza da área, são geradas nos e pelos serviços e organizações do setor*”.

Sobre isto, os sujeitos participantes apontaram para a capilarização destes mesmos movimentos para suas equipes locais, replicando este modelo de condução do processo, ampliando a discussão e o protagonismo dos profissionais envolvidos, assumindo o lugar de autores. E, outro aspecto relevante é a preocupação do coletivo em manter os participantes envolvidos e ampliar o apoio político para a continuidade do processo. Neste sentido se assemelha à definição de espaço coletivo trazida por Campos (2007):

Um arranjo organizacional montado para estimular a produção/construção de Sujeitos e de Coletivos Organizados. Refere-se, portanto, a espaços concretos (de lugar e tempo) destinados à comunicação (escuta e circulação de informações sobre desejos, interesses e aspectos da realidade), à elaboração (análise da escuta e das informações) e tomada de decisão (prioridades, projetos e contratos). [...] um coletivo Organizado para a Produção constitui-se na medida em que logra produzir-se com capacidade de análise e com potência para agir (p.147).

Esta concepção, que pressupõe e implica em mudanças na cultura das instituições, se aproxima do que Motta (2003) aponta ser um desafio do mundo contemporâneo para as organizações, que é a implementação de modelos gerenciais cada vez menos burocráticos, que permitam uma plasticidade capaz de assimilar o que ocorre em seu

interior e em sua volta, e de elaborar soluções adequadas para cada problema novo que lhe aparecer.

Quanto às novas práticas no cuidado em rede, a própria utilização não tradicional do indicador “ICSAP” é inovadora, ao ampliar sua aplicação de mensuração do acesso e qualidade da APS para se constituir como dispositivo de aproximação entre os diferentes serviços de saúde, tendo como objetivo a continuidade do cuidado aos usuários destes serviços, com mecanismos de integração entre os mesmos que favorecem a efetivação de um sistema em rede, apontando para a possibilidade de superação do modelo hospitalocêntrico hegemônico.

É reconhecido ainda, pelos gestores e trabalhadores participantes, que o exercício do cuidado compartilhado qualifica o seu próprio trabalho com a adoção e aplicação de novas tecnologias e saberes no cotidiano, gerando a percepção de valor de uso e transformando suas práticas. Constatou-se ainda que os conceitos e instrumentos da Gestão da Clínica, tais como linhas-guia, diretrizes clínicas, protocolos de priorização com classificação de risco e informação clínica compartilhada, favoreceram a integração entre os serviços participantes, assim como ofereceram mecanismos para a qualificação do cuidado, tal como apontam as diretrizes do SUS (BRASIL, 2010).

A qualificação diz respeito à adoção e aplicação de novas tecnologias e novos saberes no cotidiano das equipes, transformando suas práticas, tal como Lima e Padilha (2012) atribuem potencialmente às ferramentas da Gestão da Clínica.

Destaca-se a utilização de diretrizes clínicas pautadas pela simplicidade de critérios técnicos de fluxo, o que favorece sua utilização como dispositivo pactuado para garantia de acesso e continuidade do cuidado. Uma potente ferramenta destacada como um dos frutos mais importantes do “*Projeto*” foi a formulação e implantação de uma classificação de risco atribuída a cada paciente no momento da alta. Esta classificação, cuja lógica é construída coletivamente, através de pactos de confiança mútua entre os profissionais dos serviços, é apontada como um aspecto determinante para a adequação ao tempo ideal para oferta do atendimento e otimização dos recursos disponíveis, uma vez que define a expectativa de continuidade do cuidado de acordo com a gravidade avaliada de cada caso.

Dentre os argumentos apresentados pelos participantes da pesquisa (MALVEZZI, 2014), destacam-se a reorganização dos fluxos internos dos serviços de maneira a

priorizar os grupos de agravos do “*Projeto*”; a busca ativa dos pacientes dos quais a UBS tem acesso ao relatório de alta hospitalar; o levantamento nos prontuários destes pacientes de informações das ofertas de cuidado prévias à internação; o agendamento de visitas domiciliares para todos os casos; a garantia de agendamento de atendimento na UBS; assim como o envolvimento de toda a equipe de referência na construção de projetos terapêuticos.

Viabilizando e agilizando o processo, outro destaque é a utilização do sistema informatizado de gestão hospitalar para a produção de relatórios eletrônicos de alta, que são disponibilizados diariamente para as equipes das UBS, já incorporando o critério de risco, ampliando e mantendo a possibilidade de circulação das informações sobre os pacientes, favorecendo a continuidade ao cuidado. Também foi assinalada a contribuição do REA para a composição e o enriquecimento do prontuário do paciente na UBS, uma vez que estes concretizam as informações sobre o episódio de internação, inclusive o acesso aos resultados de exames laboratoriais ou de imagem realizados durante a internação, permitindo o acompanhamento mais adequado pela equipe cuidadora.

Do ponto de vista do usuário, os benefícios pretendidos estão na melhoria da saúde ou na redução do sofrimento devido à doença. “*O que é importante na definição de inovação é o reconhecimento de que algo novo e supostamente melhor irá surgir*” (OMACHONU; EINSPRUCH, 2010, p. 4).

Ao propor qualificar o sistema de gestão em rede como estratégia para a integralidade do cuidado, o “*Projeto*” possibilitou a construção de arranjos organizativos inovadores de ações e serviços de saúde, segundo a percepção dos sujeitos desta pesquisa, de diferentes densidades tecnológicas, confluentes com o que preconizam as diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010; 2008), assim como o que Silva (2011) e Mendes (2011) destacam em seus estudos como sendo o mecanismo de superação da fragmentação da atenção à saúde. Neste sentido, ele se constitui como uma tecnologia inovadora em saúde por apresentar alternativas ao modelo organizacional do sistema de apoio à atenção à saúde (BRASIL, 2011).

Tecnologias em saúde entendidas aqui como “*todas as formas de conhecimento que podem ser aplicadas para a solução ou a redução dos problemas de saúde de indivíduos ou populações*” (PANERAI; PEÑA-MOHR, 1989, p. 6). Portanto, vão além dos medicamentos, equipamentos e procedimentos usados na assistência à saúde.

Percebe-se, desta forma, que o processo favoreceu a construção e implementação de inovações que valorizam a realidade local e a possibilidade de criação de novas formas de fazer e ofertar cuidado em saúde, em rede, com autonomia e compromisso dos participantes. Destaca-se a sensação de pertencimento dos participantes nesse processo, bem como o reconhecimento de que a sua diversidade e complementaridade são fatores importantes tanto para a constituição de espaços que criem condições para a transformação pretendida, como para a própria continuidade do projeto.

Considerando que o modo concreto de fomentar inovação é a construção coletiva de ferramentas e tecnologias, a partir do conhecimento e potência técnica e das pessoas envolvidas, de negociação de pactos e acordos entre as várias instâncias envolvidas, associado à incorporação tecnológica, a principal conclusão é que o “*Projeto ICSAP*” provocou mudanças organizacionais e foi instituinte de novas práticas de gestão e do cuidado em rede.

Ao reconhecer que este processo expressou capacidade de transformar a realidade por meio da aplicação de um conjunto de processos e produtos, cuja finalidade é propor soluções e resolver problemas, os sujeitos da referida pesquisa, tanto gestores como trabalhadores, entendem que o mesmo é inovador, havendo concordância com o que Lima e Padilha (2012) e Williams, Silva e Ham (2009) definem como inovação.

Considerando assim o “*Projeto ICSAP*” como um dispositivo de inovação que busca alcançar transformações na oferta e produção de cuidado em saúde, tendo nos usuários o centro de sua lógica, é de grande relevância que se faça uma análise destas mudanças e de suas conseqüentes repercussões, na percepção destes mesmos usuários.

Este estudo anterior apresenta elementos conceituais, descritivos, metodológicos, resultados e formulações de questões que contribuíram como referencial orientador para a pesquisa que aqui se apresenta assim como apoio para a discussão dos resultados ora encontrados.

5. OBJETIVOS DA PESQUISA

Define-se como objetivo geral para este estudo:

Analisar as percepções dos usuários incluídos no “*Projeto ICSAP*” quanto à sua apropriação da política pública de saúde.

E como objetivos específicos:

- Compreender a percepção dos usuários incluídos no “*Projeto ICSAP*” em relação ao sistema de saúde;
- Compreender a percepção destes usuários quanto às formas de organização e acesso à oferta e produção de cuidado para o atendimento de suas necessidades de saúde;
- Compreender a vivência destes usuários em relação ao seu encontro com as equipes cuidadoras;
- Compreender a percepção destes em relação à articulação dos serviços de saúde para o atendimento de suas necessidades de saúde;
- Compreender as formas de participação destes usuários nos processos de organização, operacionalização e avaliação dos serviços e sistema de saúde em que estão inseridos.

6. PERCURSO METODOLÓGICO

No bojo das transformações históricas e sociológicas, em especial por suas mudanças aceleradas no mundo contemporâneo, as pesquisas têm produzido importante dinâmica no surgimento de inovações e reflexos na sociedade. E isto traz repercussões nos processos metodológicos para a produção científica que, cada vez mais, se depara com realidades complexas, exigindo e mobilizando os pesquisadores para o campo das abordagens interdisciplinares (MINAYO, 2014).

Alinhado com esta concepção e aceitando a provocação de Latour (2000, p.17), *“nossa entrada no mundo da ciência e da tecnologia será pela porta da ciência em construção, e não pela entrada da ciência acabada”*. E com o compromisso de estar atento e estranhar os preconceitos, garantindo espaço para os contraditórios.

Para seguir neste caminho foi utilizado um conjunto de referenciais e atividades sistemáticas (MARCONI e LAKATOS, 2003) cuja proposta deste capítulo é torná-los explícitos, detalhando os processos e estratégias adotados nesta pesquisa.

6.1. Referenciais Metodológicos

Em consonância com os objetivos propostos opta-se pela abordagem qualitativa que, segundo Flick (2009, p.31), *“dirige-se a análise de casos concretos em suas peculiaridades locais e temporais, partindo das expressões e atividades das pessoas em seus contextos”*. Mergulha na profundidade dos fenômenos de forma compreensiva levando em conta sua complexidade e particularidade, buscando as singularidades.

Esta abordagem tem como objeto o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, das percepções, dos valores e das atitudes, permitindo a compreensão de como os humanos sentem, pensam e agem em sua realidade, vivenciada e construída com o outro, por suas relações, representações, interpretações e intencionalidade (MINAYO, 2014; MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2012).

Ganha destaque a imprescindível imersão do pesquisador no contexto do estudo, entrando em contato direto e prolongado com os indivíduos ou grupos, por suas representações e vivências, no ambiente e na situação que está sendo investigada, permitindo um contato de perto com os sujeitos participantes onde se dará a interação e obtenção dos dados (MARCONI; LAKATOS, 2011; TURATO, 2005). *“Ser*

pesquisador é também estar integrado no mundo: não existe conhecimento científico acima ou fora da realidade” (MINAYO, 2014, p.19).

A interação do pesquisador em seu campo de estudo não é, desta forma, mero trabalho de coleta de dados por um ator externo, pois também se configura como uma vivência compartilhada que influencia e sofre influências dos encontros nesta relação. Encontros que reproduzem as relações sociais, nas quais podem estar representadas desigualdades, assimetrias e até conflitos entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa.

Como sujeito histórico, o pesquisador é inevitavelmente permeado pelos determinantes sociais, culturais e econômicos de seu tempo (FIGUEIREDO, 2012, p.148).

Ao encontro disto, vários autores (MINAYO, 2014; GOMES; MARTIN; SILVEIRA, 2014; GUERRIERO; DALLARI, 2008; TURATO, 2005) ressaltam a importância do autoquestionamento dos pesquisadores no que concerne ao exame crítico de sua própria influência na formulação do problema de pesquisa, no levantamento de dados e na interpretação dos resultados, visando a uma postura de respeito para com seus interlocutores, com a geração dos resultados e com a produção de conhecimento.

Neste campo, adotamos aqui a postura hermenêutica crítica, ou dialético-hermenêutica, como orientadora para a condução deste processo de aproximação e interpretação do objeto de pesquisa.

Segundo Demo (1981, p.249), *“a hermenêutica busca “compreender sentidos”, ou seja, o conteúdo típico humano que se imprime a qualquer contexto histórico, no qual não existem apenas fatos dados, acontecimentos externos, mas, também, “significação, sentido e valores”*”. Não apenas um modo de conhecer o humano, mas o próprio modo de ser humano.

Para Gadamer (2012), que aborda a hermenêutica como uma atitude filosófica, a práxis da compreensão tem como condição o reconhecimento e, nesta mesma medida, considerar o intérprete proteger-se das arbitrariedades de suas intuições repentinas, das opiniões prévias, que se constituem nos próprios preconceitos (pré-compreensão).

(...) aquele que quer compreender não pode se entregar de antemão ao arbítrio de suas próprias opiniões prévias, ignorando a opinião do texto (...). Quem quer compreender um texto deve estar disposto a deixar que este lhe diga alguma coisa. Por isso, uma consciência formada hermeneuticamente deve, desde o princípio, mostrar-se receptiva à alteridade do texto (GADAMER, 2012: p.358).

Evitar tornar-se surdo para outras e diversas “*verdades*”, deixando-se interrogar pelo material em estudo, na “*coisa em questão*” (BRITO *et al*, 2007; GADAMER, 2012). Reconhecer a alteridade do outro mais em sua estranheza que em sua familiaridade como condição para a compreensão.

Denzin e Lincoln (2006) destacam que há necessidade de entendermos a situação na qual as ações humanas fazem (ou adquirem) sentido para que possamos, a partir disto, compreender a ação específica. Requer um tipo de identificação empática com o sujeito, reconhecendo que a ação humana faz sentido em virtude do sistema de significados ao qual pertence.

Não se coloca aqui a negação ou neutralidade das opiniões prévias, mas o seu reconhecimento, permitindo e valorizando assim a abertura para a opinião e compreensão do outro, para aí sim ser colocada dialeticamente em análise. Neste sentido, Minayo (2014) acrescenta, seguindo a lógica *Gadameriana*, que compreender implica na possibilidade dialógica de interpretar.

Esta atitude crítica de práxis dialética, considerando compreensivamente as relações sociais dinâmicas, por vezes contraditórias, busca apreender a prática e os movimentos dos indivíduos em sociedade. Enquanto a hermenêutica busca a compreensão, a dialética estabelece uma atitude crítica, um modo de pensar as contradições da realidade, sendo ambas as acepções implicadas na interpretação das formas de construção e de permanentes transformações nas relações sociais de produção e reprodução nas quais se insere.

A união da hermenêutica com a dialética leva a que o intérprete busque entender o texto, a fala, o depoimento, como resultado de um processo social e processo de conhecimento, ambos frutos de múltiplas determinações, mas com significado específico. Esse texto é a representação social de uma realidade que se mostra e se esconde na comunicação, onde o autor e o intérprete são parte de um mesmo contexto ético-político e onde o acordo subsiste ao mesmo tempo em que as tensões e perturbações sociais (MINAYO, 2014, p. 227-228).

Guba e Lincoln (2011, p. 159) afirmam que “*a principal tarefa do investigador construtivista é trazer à tona, tanto quanto possível, as construções que os diferentes atores mantêm em um determinado ambiente/circunstância*”.

E assim buscamos nos colocar frente ao objeto e aos sujeitos participantes deste estudo, num processo de construção permanente.

6.2. Aspectos Éticos

Segundo Northway (2000) os aspectos envolvidos numa pesquisa qualitativa possuem implicações éticas para além do respeito a participação voluntária, confidencialidade e à proteção dos interesses dos sujeitos que se dispõe a participar do estudo, incluindo-se toda a condução do estudo, desde a escolha do tema a ser explorado, definição da amostra, guarda do material, até a publicação dos resultados e análises.

Em respeito a este preceito, esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos / UFSCAR, em fevereiro de 2016, sob o parecer nº. 1.415.678³⁴, seguindo a Resolução CNS/MS nº 466/2012 (BRASIL, 2012).

6.3. Campo e os Sujeitos

Tendo como objeto o “*Projeto ICSAP*”, descrito no Capítulo 4, o campo de coleta de dados foi o Distrito de Saúde Sul³⁵ da cidade de Campinas, mais especificamente por suas Unidades Básicas de Saúde (Centros de Saúde).

Para a entrada em campo, considerando ser este momento crucial para o bom desenvolvimento da coleta de dados, fez-se uma pactuação com todos os responsáveis pelo acesso ao ambiente e aos sujeitos da pesquisa. Este processo se deu em duas etapas.

Inicialmente pelo contato com a Coordenação do Distrito de Saúde Sul, que viabilizou a apresentação da pesquisa no fórum colegiado desta instância, onde participam os coordenadores das respectivas UBS. Após algumas questões sobre os critérios de inclusão, espaço e rotina para realização da coleta de dados e tempo previsto, o corpo gestor demonstrou disposição e disponibilidade para com o desenvolvimento do estudo.

Em um segundo momento deu-se a ida do pesquisador as UBS, com agendamento prévio junto ao coordenador local, para efetivação da coleta de dados

³⁴ Ver Anexo 8.

³⁵ Ver Anexo 7.

junto aos sujeitos participantes lá identificados. Também neste processo a postura foi colaborativa, não havendo dificuldades com as equipes destas unidades.

Quanto aos sujeitos participantes, a técnica de amostragem foi não probabilística, por conveniência (MINAYO, 2014). Como critério de inclusão foram considerados os usuários do SUS envolvidos no “*Projeto ICSAP*” entre janeiro de 2012 a agosto de 2018, com idade igual ou superior a 20 (vinte) anos e que vivenciaram episódio de internação e/ou observação por período igual ou superior a 24 (vinte e quatro) horas no HM ou no PASJ, e que aceitaram participar da pesquisa após serem informados sobre os objetivos do estudo e métodos, tendo cada qual assinado o respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido³⁶ (TCLE).

6.4. Estratégias para Coleta do Material

Tendo em vista a inserção do pesquisador no contexto investigado, ganha especial destaque nesta fase da coleta e sistematização do material que este se mantenha atento à sua capacidade de estranhamento ao que lhe é familiar (GADAMER, 2012; ONOCKO-CAMPOS, 2011; FLICK, 2009), aspecto transversal ao método aqui adotado.

Utilizando material bibliográfico

A utilização da literatura científica ou técnica, encontrada em sítios eletrônicos indexados ou em documentos arquivados e disponíveis no campo desta pesquisa, ocorreu tanto no momento do planejamento como no percurso de seu desenvolvimento.

Para revisão do arcabouço teórico dos temas de estudo referente às Políticas Públicas, CTS, SUS e ICSAP, assim como os de caráter metodológico como Pesquisa Qualitativa, foram utilizados principalmente artigos científicos indexados, livros e banco de dissertações e teses. Para descrição e caracterização de um *corpus* do Sistema de Saúde da cidade de Campinas e do “*Projeto ICSAP*” foram utilizados os documentos impressos disponíveis e selecionados nos arquivos físicos locais ou no sítio institucional da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, banco de dissertações e Anais de Congressos onde foram apresentados, assim chamados por Strauss e Corbin (1998) como literatura técnica.

³⁶ Ver Apêndice 2.

Entrevistas

Segundo Taquette, Minayo e Rodrigues (2015, p.723),

A entrevista nos permite conhecer, por intermédio da fala dos interlocutores, o sistema de valores de seu grupo social, é reveladora de suas condições estruturais e, ao mesmo tempo, transmite as representações grupais, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.

Como instrumento de coleta dos dados no trabalho de campo foram utilizadas entrevistas individuais, do tipo semiestruturada, centrada no objeto e objetivos da pesquisa (WITZEL, 2000) com o intuito de ampliação e aprofundamento do tema a partir das narrativas dos entrevistados.

Nesse sentido, o diálogo proposto nesse tipo de entrevista, como um instrumento de coleta de dados, constitui-se num “espaço relacional privilegiado”, onde o pesquisador busca o protagonismo do participante. Será nesse espaço, criado e proposto pelo investigador, que o participante expressará livremente suas opiniões, vivências e emoções que constituem suas experiências de vida (MORÉ, 2015, p.127).

Segundo Flick (2009, p.110), na pesquisa qualitativa “*o pesquisador e seu entrevistado tem uma importância peculiar, bem como suas competências comunicativas se constituem com instrumento de coleta de dados e reconhecimento*”.

Orientou e balizou o entrevistador um roteiro³⁷ com questões norteadoras que favoreceram a interlocução. Foi aplicado um pré-teste do roteiro de entrevista com um dos sujeitos da pesquisa, cujo conteúdo foi incluído dentre os resultados sistematizados.

Destaca-se que, a partir da pergunta de partida, o percurso e o ritmo foram dados pelo entrevistado, cabendo ao pesquisador a sensibilidade e flexibilidade para indagações sobre detalhes do que estava sendo exposto ou para a introdução de novo aspecto a ser explorado.

Tal como apontam Guba e Lincoln (2011) pela lógica do círculo hermenêutico-dialético, foi adotado o movimento sucessivo de inclusão em cada nova entrevista dos elementos emergentes na(s) anterior(es), ampliando a possibilidade de aprofundamento do material, estabelecendo uma interação contínua entre a coleta de dados e a análise durante o processo de investigação.

³⁷ Ver Apêndice 3.

Os conteúdos trazidos por um sujeito de pesquisa, segundo a análise e interpretação do pesquisador, podem oferecer novos e significativos elementos para serem abordados (confirmados, refutados ou ampliados) na entrevista seguinte, e assim sucessivamente. Este processo é reiterado com novos entrevistados que são acrescentados até que as informações recebidas se tornem saturadas (FONTANELLA, 2011).

Foram realizadas 10 entrevistas entre os meses de novembro de 2017 a agosto de 2018. Com duração média de 40 minutos, todas foram áudio-gravadas com o consentimento dos participantes e transcritas na íntegra, sendo ambos os processos realizados pelo próprio pesquisador. Para apresentação dos dados, as entrevistas receberam aleatoriamente códigos numéricos de identificação “E1” a “E10” a fim de garantir o anonimato dos participantes.

Quanto ao ambiente, foi garantido local adequado para a realização das entrevistas nas UBS, sendo respeitada a privacidade e não havendo interrupção externa durante sua execução.

6.5. Sistematização dos Dados

Lembrando o que afirma Minayo (2014), a análise hermenêutico-dialética, ao mesmo tempo em que indica um “*caminho para o pensamento*”, não se prende a explicitar os processos para a operacionalização da sistematização dos achados, cabendo ao pesquisador utilizar-se da técnica que avalie ser a mais adequada.

Minayo (2014) refere ainda que há certa dificuldade dos pesquisadores da abordagem qualitativa em tornar evidentes os procedimentos utilizados para transformar os dados brutos em descobertas finais, ou seja, em descrever como foi operacionalizada a tarefa concreta de sistematização e análise do material coletado.

Buscando superar estes dois aspectos, aponto aqui minhas escolhas para a condução neste estudo.

A sistematização do material coletado nas entrevistas, realizada pelo próprio pesquisador durante todo o processo, seguiu os referenciais metodológicos da Análise de Conteúdo, com ênfase na modalidade da análise temática (MINAYO, 2014; BARDIN, 2011).

Segundo Gomes (2012, p.84), *“através da análise de conteúdo pode-se caminhar na descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado”*. Minayo (2014) contribui afirmando que essa compreensão relaciona estruturas semânticas com estruturas sociológicas, articulando o que é comunicado com fatores psicossociais, culturais e históricos.

Sobre a modalidade da análise temática, Bardin (2011, p.135) destaca que *“consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, pode significar alguma coisa para o objetivo analítico proposto”*. E sobre sua operacionalização Minayo (2014) aponta três aspectos relevantes, não necessariamente sequenciais: a pré-análise do texto, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos.

O primeiro passo é a leitura flutuante do material produzido, na qual o pesquisador tem contado *“exaustivo com o material, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo”* (MINAYO, 2014, p. 209). E assim foi feito pelo pesquisador, com muitas leituras e “escuta” de todo material produzido e transcrito das entrevistas, de modo compreensivo, com a intenção de obter uma ampla visão de conjunto.

Neste exercício exploratório de deixar-se invadir pelo conteúdo, ao mesmo tempo em que atento às particularidades, avança para uma classificação preliminar do material com a seleção das “unidades de registro” que lhe são mais representativas. Aqui a estratégia para isto foi destacar, com diferentes cores, os trechos inicialmente identificados por aproximação.

Destaque-se que no início esses recortes desenham apenas um esboço da organização do material e que, ao ir ganhando corpo, vão progressivamente adquirindo representatividade em relação ao conjunto, configurando-se em agrupamentos cada vez mais significativos, avançando para a conformação das “categorias de análise”.

Segundo Bardin (2011, p.147):


[...] a categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento [...]. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) sob um título genérico.

E seguindo nesta mesma lógica de organização do material, por sucessivas aproximações, o pesquisador chega aos “núcleos de sentido” que exprimem as

características do material, representando o conjunto do significado de seus achados. Resumidamente, a identificação e organização dos núcleos de sentido se referem aos elementos obtidos na decomposição do conjunto do material coletado, cuja categorização emerge das unidades de registro.

Com base nestes subsídios foi composto um quadro sistematizando os elementos significativos. Abaixo segue quadro esquemático, exemplificando como a sistematização foi organizada, lembrando que sua construção ocorre da direita para a esquerda.

Quadro 6 – Esquema da sistematização do material coletado



Núcleos de sentido	Categorias de análise	Unidades de registro		
		Entrevista 1	Entrevista n	Entrevista 10
NAS ₁	CA _{1,1}	“.....” (E1)		
	CA _{1,2}			
NAS ₂	CA _{2,1}			
	...			
NAS ₃	CA _{3,n}			“.....” (E10)

Elaborado pelo autor, adaptado do modelo proposto por Bardin (2011).

Os objetivos da pesquisa foram balizadores iniciais da definição dos núcleos de sentido, sem, contudo, impedir o reconhecimento daqueles emergentes. As unidades de registro se referem a trechos das entrevistas selecionadas pelo pesquisador, tal como já mencionado.

Este processo tornou possível perceber as reincidências, as peculiaridades, as discrepâncias e as contradições, favorecendo a compreensão e interpretação de como o objeto deste estudo é percebido e vivenciado pelos sujeitos envolvidos.

6.6. Discussão dos Resultados

A discussão dos resultados, a partir do referencial hermenêutico-dialético, portanto em perspectiva crítica, relaciona a lógica peculiar de cada sujeito entrevistado e os conteúdos dos discursos dos mesmos, permitindo a evidência de significados e construção de conhecimento sobre o objeto estudado. Para isto utiliza-se, além dos

apresentados como estruturantes do campo CTS e das políticas públicas, com ênfase para o SUS, o referencial *Paidéia* de Gastão Wagner de Sousa Campos³⁸.

Esta escolha se dá pela proximidade de suas concepções e reflexões com os temas aqui abordados, contribuindo para a integração entre eles. Para este autor, “*todo fenômeno é complexo, todo conceito polissêmico e todo campo de saber interdisciplinar*” (CAMPOS, 2007a, p. 9).

Ao abordar criticamente a ciência, tecnologia, sociedade, política, gestão e saúde coletiva, esse referencial permite ampliar a compreensão sobre as diferentes dimensões da construção dos saberes e práticas para a constituição de sujeitos e de coletivos, em especial no campo da produção de cuidado em saúde.

Um método dialético, um método para orientar a pesquisa, a política, a gestão, as práticas e a própria vida em geral. As operações de recusa e de assimilação crítica articuladas. Nova síntese a cada volta do processo: procedendo-se dessa maneira o Sujeito modifica-se – quem assimila algo de novo não é mais o mesmo –; e muda também o significado atribuído ao objeto analisado, já que, ao recusar-se parte dele, se lhe altera o sentido (2007a, p. 10).

O método *Paideia*³⁹, desta forma, constitui uma rede conceitual e operativa. “*E o que seria um Método ou uma Teoria senão uma trama de conceitos, suas relações e o modo de aplica-los a realidade?*” (CAMPOS, 2007a, p. 13)

Esta concepção foi apresentada inicialmente em sua tese de livre docência, que, ao ser amplamente utilizada como referência em estudos subsequentes, vem sendo revisitada, explorada e aprofundada.

Paidéia é um conceito antigo, clássico, e que significa desenvolvimento integral do ser humano. Foi criado na época em que os gregos sonhavam com cidades democráticas. [...] Para fundar um governo democrático eles se valiam da *Ágora*, que era uma assembleia

³⁸ Médico sanitarista e professor titular (livre docente) do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Militante da Reforma Sanitária, é um defensor intransigente do Sistema Único e Saúde (SUS) e uma referência notória no campo da Saúde Coletiva no Brasil. Além de sua extensa formação acadêmica – é especialista em Saúde Pública, mestre em Medicina Preventiva e doutor em Saúde Coletiva – foi secretário executivo do Ministério da Saúde, de 2003 a 2005, secretário Municipal de Saúde de Campinas, São Paulo, de 2001 a 2003, e atuou durante os anos de 1977 a 1982, como assessor de Planejamento da secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Segundo ele mesmo, “*um híbrido: um tanto pensador, outro profissional de saúde e outro ainda comprometido com a política e a gestão de serviços*” (CAMPOS, 2007a, p.18).

³⁹ Livros de referência: Um método para análise e gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda (2007); Saúde *Paidéia* (2007a); Práxis e Formação *Paidéia*: apoio e cogestão em saúde (2013); O apoio *Paidéia* e suas rodas: reflexões sobre práticas em saúde (2017); e, Investigação sobre cogestão, apoio institucional e apoio matricial no SUS (2017a).

do povo: as pessoas reunidas para traçar o próprio destino. [...] E fazê-lo respeitando as diferenças entre pessoas e grupos (CAMPOS, 2007a, p. 153).

Partindo deste conceito,

O método Paidéia reafirma a possibilidade de que o sistema de saúde pode contribuir para a constituição do Sujeito [...] reorientando as práticas de saúde voltando-as para ampliar a capacidade de análise e de co-gestão dos Sujeitos. Capacidade para lidar com as limitações impostas pelo contexto e com as nossas próprias. Uma prática construtiva, processual, e que procure, na medida do possível, facilitar que os Sujeitos reconheçam e expressem seus interesses e desejos, para, em seguida, recompô-los segundo o interesse e necessidades de outros, segundo o contexto e segundo as implicações institucionais. [...] a clínica, a saúde pública e a gestão produzem modos de ser (CAMPOS, 2007a, p. 15-16).

Um relevante eixo de sua conformação é a gestão democrática e participativa que se concretiza pela ampliação da capacidade dos sujeitos para analisar, tomar decisões e agir sobre a realidade por meio da construção de sistema de cogestão.

A democracia é, portanto, a possibilidade de exercício do poder: ter acesso a informações, tomar parte em discussões e na tomada de decisões. A democracia é, ao mesmo tempo, uma construção e uma instituição (CAMPOS, 2007, p. 41).

Importa o que será construído, mas importa ainda mais quem será o sujeito da construção e qual o seu uso. “*Atuar construindo o sentido e o significado para a ação, agir sobre o mundo de modo reflexivo, alterando o agente junto com a reconstrução do contexto*” (CAMPOS, 2007a, p. 41).

7. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Apresentam-se aqui os resultados obtidos a partir da sistematização do material coletado nas 10 entrevistas realizadas.

Sobre os sujeitos, são cinco de cada gênero, com idades entre 49 e 90 anos, moradores de bairros em áreas de maior vulnerabilidade social da região sul da cidade, cinco deles exercendo alguma atividade remunerada no mercado de trabalho, todos usuários do SUS, portadores de doenças crônicas que se agravaram e resultaram em evento de internação hospitalar, sendo três pelo *Diabetes Mellitus* (DM), três por Acidente Vascular Cerebral (AVC), duas com IAM, uma por Insuficiência Cardíaca (IC) e uma por Doença Pulmonar (DPOC).

No quadro abaixo seguem os “núcleos de sentido”, resultante do processo de agrupamento das categorias de análise, revelando a opção do pesquisador para sua definição, a partir dos conteúdos manifestos pelos sujeitos participantes. Algumas das unidades de registro que deram origem às categorias apareceram citadas em destaque no corpo do texto.

Quadro 7: Núcleos de Sentido e Categorias de Análise dos Resultados

Núcleos de Sentido	Categorias de Análise
1. Percepções dos usuários sobre o atendimento de suas necessidades para o cuidado em saúde.	1.a. A UBS como referência
	1.b. O Hospital Público como referência
	1.c. Sobre outros serviços públicos de saúde
	1.d. Buscando por serviços privados
	1.e. Escolhendo não seguir o recomendado
2. Reflexos do episódio da internação na articulação da oferta e produção do cuidado.	2.a. Vivências na internação
	2.b. Orientações no momento da alta hospitalar
	2.c. O cuidado na UBS após a internação
	2.d. A invisibilidade do Projeto ICSAP
3. Apropriação e participação dos usuários nos processos de organização e avaliação do sistema público de saúde.	3.a. Percepções sobre o SUS
	3.b. Participação social e suas instâncias
	3.c. Sobre a disposição para a participação

7.1. Sobre a percepção dos usuários a respeito do atendimento das suas necessidades para o cuidado em saúde.

7.1.a. UBS como referência.

Iniciando pelas vivências junto às UBS, pode-se perceber, por um lado, que elas são reconhecidas como referência dos usuários para a busca de cuidado e acompanhamento de suas necessidades em saúde:

O postinho sempre cuidou de mim. Em tudo que preciso. [...] Não tenho convenio e nem outro médico. Só no postinho. ^{E1}

Se preciso, corro lá! ^{E3}

Antes eu morava em outro bairro e seguia no CS de lá. ^{E4}

Já cuidava do diabetes antes da internação aqui neste centro de saúde, com o médico, faço os exames e pego a medicação. ^{E4}

Nunca tive num centro de saúde tão bom quanto este aqui. ^{E6}

Nunca me falta remédio. Venho todo mês pegar remédio aqui. ^{E7}

Entretanto, por outro lado, ainda que a reconheçam como porta de acesso, apontam dificuldades para encontrar resposta para todas as suas necessidades:

O que eu preciso eu consigo aqui no postinho, mas não de urgência. ^{E2}

Sempre frequentei centro de saúde, mas nunca fui bem recebida. ^{E6}

Aqui (UBS) só passo pelo clínico, que não sabe tudo [...] o que você escuta dele: *não é meu serviço, vou te encaminhar.* ^{E2}

Neste sentido, pode-se identificar o arranjo organizacional do “acolhimento” e sua baixa capacidade de resposta como argumento relacionado à parte desta insuficiência de oferta:

A minha equipe (da UBS), não tem vaga para atender todo mundo [...] passo no acolhimento, mas não sou acompanhada pelo médico [...] eles renovam a receita, mas não passo pelo médico[...] a população é grande aqui. ^{E2}

Eu estava mal e fui no posto, mas não resolveu. No posto tem que ir cedo para pegar consulta. ^{E3}

Mas é difícil conseguir consulta aqui. Se precisar, eles mandam ir no Pronto Socorro. ^{E8}

Quando eu preciso, eu venho aqui para procurar, mas aí marca para daqui uns 20 dias, um mês, e aí eu já melhorei... ^{E10}

Quanto a necessidade de retaguarda para responder às necessidades de procedimentos ou acompanhamento de casos mais complexos, a UBS é reconhecida para o atendimento das necessidades básicas, porém com limitações por não contar localmente com outras especialidades médicas ou exames de maior complexidade. Ainda assim, é identificada como instância que articula e viabiliza o encaminhamento para outros serviços de retaguarda:

Vou no hospital quando precisa, mas cuido mesmo é no postinho.^{E1}

Quando preciso de médico especialista, o postinho não tem para me atender, daí eles mandam para outro lugar.^{E2}

Vou no endocrinologista e no oftalmologista também, no SUS [...] e também exames [...] de ultrassom, de endoscopia, colonoscopia [...] a doutora me encaminha.^{E4}

Foi aqui que marcaram fisioterapia ... no centro de reabilitação. Vou começar lá.^{E6}

Ainda em relação à UBS, o papel do ACS é identificado e destacado como elo entre a UBS e os usuários:

As meninas (ACS) do posto de saúde sempre estão indo em casa e perguntando como eu estou...^{E2}

Depois que eu trouxe o papel a moça disse que iriam na minha casa. E foram e me avisaram da consulta.^{E6}

O posto vai atrás, quer saber por que não foi e remarca.^{E8}

Mas também emerge a percepção de piora na oferta de cuidados pela UBS:

Faz 35 anos que venho aqui, mas foi piorando...^{E5}

Mudou para pior. Ninguém pergunta mais nada sobre o cuidado.^{E10}

7.1.b. O Hospital como referência.

Passando para as vivências no hospital, especialmente o HM, percebe-se que quando se referem à situação da internação que experimentaram, apontam favoráveis à forma como foram atendidos e o cuidado recebido:

Todas as vezes que estive internada, fui muito bem, não tenho do que me queixar.^{E1}

Sempre cheio de médico em volta de mim.^{E3}

Entrei pela sala vermelha. Me trataram muito bem, rapidamente. Depois fui para a sala amarela e depois para o quarto.^{E9}

Ainda relacionado ao episódio de internação, mantendo a avaliação positiva, mencionam a retaguarda de outros hospitais do sistema público para complementar o cuidado, destacando-se na área de cardiologia de alta complexidade, não sendo apontadas dificuldades para isto:

[...] fui para outro hospital fazer o cateterismo. ^{E2}

Saí de lá direto para outro hospital. Fiz um cateterismo e duas angioplastias. ^{E9}

Identificam ainda outros serviços relacionados ao hospital, tal como o pronto socorro e o ambulatório de egressos. Sobre o acesso ao PS do HM aparece a queixa sobre o tempo de espera para o atendimento, não sendo mencionada a adoção de critério de risco ou de priorização para os casos e ainda sobre a suposta baixa qualidade do corpo clínico:

Mas quando precisei do hospital, fui no “PS” e fiquei 5 horas para ser atendida, não tinha nenhuma prioridade [...] eu acabei de sair de uma internação, de uma cirurgia [...] e fiquei junto esperando com gente com perna quebrada [...] e depois parecia que o médico era de primeira viagem. ^{E2}

Mas lá (no PS) demora demais, faz a ficha, mas para chamar, pode esquecer... ^{E6}

Quanto ao ambulatório hospitalar, tanto do HM quanto dos hospitais de retaguarda, é reconhecido como espaço de continuidade do cuidado, ainda que não necessariamente integrado ao cuidado na UBS:

Fiquei tratando no ambulatório do HM [...] me trataram muito bem. ^{E3}

O pneumologista do hospital que me acompanha. ^{E7}

Volto no ambulatório de cardiologia do hospital a cada dois meses. ^{E10}

7.1.c. Sobre outros serviços públicos de saúde.

Emerge a menção a outras unidades municipais de saúde, especialmente o serviço de atendimento médico de urgência (SAMU), as policlínicas municipais e o centro de reabilitação como serviços que também integram o sistema, mas não necessariamente compondo uma articulação:

Foi o SAMU que me levou para lá (HM). ^{E10}

Passei mal e chamaram o SAMU. ^{E1}

Muito bom a Policlínica. ^{E10}

Vou no endocrinologista e no oftalmologista também... e também exames... de ultrassom, de endoscopia, colonoscopia...^{E4}

Já fui no centro de reabilitação e vou começar a fazer o tratamento lá, que é muito bom também.^{E6}

7.1.d. Buscando por serviços privados.

E quando os serviços públicos parecem não responder as necessidades é citada a opção pela adesão ao seguro privado de saúde ou pelo médico particular, apontadas para deixar de enfrentar as longas filas ou o tempo de espera para conseguir atendimento:

Ia no posto antes de ter o convenio. Quando passei mal, fui na UPA, o médico me deu remedinho e me mandou embora [...] eu não melhorava [...] aí minha filha falou que ia fazer um plano para mim, porque até que a gente consegue uma consulta, demora muito.^{E3}

O convenio é melhor, tem mais recurso, resolve mais rápido. Quando preciso de alguma coisa mais rápida, precisa gastar dinheiro, pagar para ser atendido.^{E5}

Me desesperei e fui para o hospital (do convenio).^{E3}

Hoje eu sigo com outro médico, que diz que estou melhorando. É particular, mas ele faz cortesia para mim. Ele cuidou da minha esposa e agora de mim.^{E10}

Complementarmente a opção de utilização de serviços pelo setor privado, no entanto, se evidenciam a situação de não suficiência deste e a procura paralela aos serviços públicos, ainda que frente a necessidade da internação, mas não respeitando os fluxos de regulação estabelecidos pelo sistema:

Quando cheguei no hospital (do convenio) o plano não dava direito ao exame que eu precisava. Então o médico de lá (do convênio) [...], que é do hospital (público) também, falou para mim: *vai para o hospital (público) agora!* O médico do convenio já tinha ligado lá e já estavam me esperando com os papeis na mão lá no PS (do hospital público), e aí me internou.^{E3}

Outro recurso privado que mencionam utilizar é a farmácia:

Eu estava bem, até que um dia o dedão começou a doer. Fui sentindo muita dor, que eu não aguentei, e tomei remédio que tinha comprado.^{E3}

Também vou na farmácia e foi lá que comecei a cuidar, mas ele disse que era fungo e deu remédio e aí piorou...^{E5}

7.1.e. *Escolhendo não seguir o recomendado*

Não relacionado diretamente a organização e oferta de serviços, aparece explicitada a opção de não seguir o recomendado pela equipe cuidadora:

Não gosto de vir no postinho não. Eu não costumo vir aqui não. Só na hora da precisão. Procuo esquecer o que aconteceu. Vou trabalhar.^{E9}

Não seguia em nenhum serviço assim... direitinho... E eu não ligava... Achava que estava bem... E não queria perder dia de trabalho.^{E6}

Venho todo mês pegar remédio aqui. Não passo muito por consulta com médico.^{E7}

Eu não gosto de vir no médico. Se puder eu não venho. Eu vinha aqui (*no postinho*), mas não cuidava direito. Não vinha no dia da consulta. E os outros dizem que eu não preciso...^{E8}

Eles aqui (*no postinho*) me encaminharam para o neurologista, mas eu não fui. E está piorando...^{E8}

7.2. Sobre os reflexos do episódio de internação na articulação da oferta e produção do cuidado

7.2.a. *Vivências na internação.*

É possível identificar, em relação a vivência na internação, que ao ser submetido a esta situação, o cuidado ofertado pela unidade hospitalar, ou mesmo pela unidade de pronto atendimento, é percebido de diferentes formas.

Por um lado, há relatos que apontam para um cuidado adequado e satisfatório. E estes mesmos usuários também relatam perceber certa organização para a sequência na oferta do cuidado assim que são admitidos por eles, mesmo que não haja naquela unidade toda a estrutura necessária para a condução do seu caso.

Estes trechos das entrevistas apontam para estes argumentos:

Cheguei, passei pela triagem, fiquei no Pronto Socorro, fiz os exames e já me encaminharam para o quarto, depois para o centro cirúrgico e depois para o quarto de novo.^{E4}

O atendimento no hospital foi muito rápido... fiquei na ala vermelha, depois para a ala amarela, aí fui para o quarto e já fui para outro hospital fazer o cateterismo.^{E2}

Fiquei na sala vermelha. Me trataram muito bem, rapidamente. Depois fui para a sala amarela e depois para o quarto. Saí de lá direto para outro hospital. Fiz um cateterismo e 2 angioplastias.^{E9}

Mas por outro, emergem descrições de vivências de dificuldades para ver suas necessidades atendidas e de sofrimento, para além daquele que a própria doença lhe traz, relacionados ao acolhimento e estrutura:

Quando eu passei no médico, depois de muito tempo, ele pediu os exames [...]. Daí fiquei na sala azul, sem nenhum apoio, deitada no chão, sem medicação, sem comer nada, sofrendo [...] só fiquei no PS, não fui para o quarto. Da (sala) azul fui para vermelha e depois para a verde. Fiquei três dias sem tomar banho. Eu fui dando uma de “fortona” para sair logo, não queria ficar lá vendo aquelas cenas de sofrimento, de descaso... Estava muito triste lá... queria sair e ir para casa^{E6}

7.2.b. Orientações no momento da alta hospitalar.

Quanto ao momento da alta, ou mais especificamente sobre a articulação entre o serviço de internação e a unidade básica de saúde, um aspecto relevante identificado são as diferentes orientações recebidas por estes usuários para a continuidade do cuidado.

Há a identificação ou indicação da UBS para a continuidade do cuidado no período de pós alta da internação em conjunto com a equipe do hospital:

Me orientaram a voltar para o centro de saúde para continuar seguindo o tratamento.^{E4}

Me deram uma carta para trazer no postinho.^{E5}

Orientou para continuar o tratamento no posto. Deu uma cartinha e receita.^{E8}

Assim como são citadas orientações contrárias a estas, ou seja, relatos que citam a valorização principalmente do retorno no ambulatório do próprio hospital ou do pronto socorro do mesmo:

Para cuidar da cirurgia, do infarto, eles (hospital) me mandaram voltar lá. Aqui (na UBS) eles não podem cuidar disso [...] onde eles disseram que qualquer coisinha você volta aqui no PS, já traz o documento e aí a gente vai poder avaliar o que está acontecendo.^{E2}

Ainda fiquei passando uns seis, oito meses no (ambulatório do) hospital... depois que eu fui para o posto.^{E3}

Se piorar, volte aqui para o hospital. Não deram nenhum encaminhamento nem orientaram vir no centro de saúde.^{E7}

Emerge ainda a orientação para um acompanhamento conjunto, com o retorno ao ambulatório hospitalar para a continuidade com o especialista, mas também valorizando a UBS para a continuidade de seu cuidado longitudinal:

Ainda voltei lá, no ambulatório umas duas vezes... eles pediram para eu retornar lá também, mas continuar aqui no centro de saúde.^{E4}

Trouxe a carta e avisei que tinha que continuar cuidando aqui (no postinho) ... todo mês eu continuo indo lá, no vascular.^{E5}

Mas também é citada a orientação recebida para buscar atendimento junto a UBS de ofertas complementares ou de suposta baixa complexidade, mas sempre reafirmando a necessidade de manter-se junto a equipe ligada ao hospital:

Recebi varias orientações[...] para procurar ajuda no posto de saúde [...] porque eu sou fumante e é difícil parar de uma hora para outra.^{E2}

Eles falaram para eu ir no posto para fazer curativo, mas para continuar lá (no ambulatório do hospital) também [...] as orientações, do creme, da pomada, da gaze, estava tudo escrito no papel.^{E3}

A informação da internação se concretiza junto a UBS, segundo os relatos, de três formas, não necessariamente independentes entre si: 1) quando é o ambulatório de especialidades da unidade hospitalar que encaminha o usuário para seguimento; 2) quando identificado na visita domiciliar de rotina do agente comunitário de saúde (ACS); e ou, 3) quando o próprio usuário procura pela UBS:

Foi do ambulatório (hospitalar) que pediram para eu vir no postinho.^{E1}

Foi o postinho que veio aqui [...] a agente de saúde vem de rotina.^{E2}

Eu que fui no posto e avisei que tinha sido internada. Tinha uma carta do hospital. No dia seguinte eles já estavam aqui em casa.^{E3}

Eu que vim aqui no centro de saúde e trouxe o papel. Eu sou nova aqui neste bairro.^{E6}

Se falaram alguma coisa (*para vir no postinho*) eu não me lembro. Nada marcante. Eu que vim aqui e avisei que tinha sido internado.^{E9}

Não recebi nenhuma orientação para ir no centro de saúde [...]. Fui eu que vim falar que tinha sido internado.^{E10}

Ao correlacionar os relatos com o período em que ocorreu a internação, nota-se que as descrições de vivências negativas, assim como a ausência de orientação para continuidade do cuidado nas UBS no momento da alta, se concentram nos episódios mais recentes.

7.2.c. O cuidado na UBS após a internação.

Mesmo com as dificuldades institucionais apontadas para que a unidade receba a informação do episódio de internação do usuário de seu território, quando isto ocorre,

pode-se identificar que são percebidas mudanças em relação a oferta de ações de cuidado para estes usuários, especialmente em relação ao seu monitoramento, quanto a frequência das visitas domiciliares e a ampliação da participação da equipe multidisciplinar na assistência, especialmente a enfermagem.

Alguns relatos exemplificam isto:

Depois da internação eles passaram a vir mais aqui em casa, cuidar de mim [...] Além do médico, que eu ia antes, também passei pela enfermeira, pelas meninas, pelo agente.^{E3}

Tive mais contato com a enfermagem e com as estagiárias... antes era só o médico, fazer exames, pegar receita e medicação.^{E4}

Depois que eu trouxe o papel a moça disse que iriam na minha casa. E foram e me avisaram da consulta.^{E5}

Cada dois meses o médico daqui do centro de saúde vai na minha casa. Cuida de mim.^{E7}

O posto vai atrás, quer saber o porquê não foi e remarca... melhorou um pouco porque agora eles vão atrás.^{E8}

Ainda que coexistam relatos de não percepção de mudanças na organização ou no processo interno da UBS, apontando que se manteve inalterada a oferta de cuidado mesmo após a informação do episódio de internação hospitalar:

Continuou como sempre era no postinho.^{E1}

Sempre fui tratado muito bem e continua sendo assim.^{E4}

Tudo é muito bom, e não teve nenhuma diferença. Nem melhorou nem piorou.^{E5}

7.2.d. A invisibilidade do Projeto ICSAP.

Quando perguntados sobre o “*Projeto ICSAP*” foi unânime a resposta negativa sobre o reconhecimento de sua existência, assim como sobre seus objetivos, ou sobre quais unidades de saúde fazem parte:

Nunca ouvi falar neste ICSAP aí.^{E3}

Ninguém nunca me falou.^{E4}

Não sei. Se acontece não tô sabendo. Nunca ouvi falar.^{E9}

Desfocando da sua denominação literal emergem falas que apontam para a identificação de ações e ou mudanças de práticas que podem estar relacionadas ao “*Projeto*”, tal como vimos anteriormente, quando são reconhecidas mudanças positivas no cuidado e a percepção de que pode ocorrer uma comunicação entre o hospital e a

UBS, especialmente sobre as interações, ainda que isto não seja explicitado aos usuários pelas equipes cuidadoras:

Me trataram muito bem (no hospital) ... e acho que eles entravam em contato com o centro de saúde.^{E1}

As coisas andavam tão bem lá e aqui... não posso precisar, mas parece que eles sempre sabem [...] pegam a pasta e vão falando, vão falando [...] eu tenho essa percepção [...] porque não sou interrogado, parece que eles já sabiam. Pela minha percepção, tem comunicação... acho que eles entravam em contato pelo computador... o que seria fundamental.^{E4}

7.3. Sobre a apropriação e participação nos processos de organização e avaliação do sistema público de saúde.

O terceiro núcleo de sentido identificado diz respeito às percepções dos usuários sobre a política pública de saúde, em especial no que se refere à sua apropriação e sobre sua participação na organização e avaliação do sistema e dos serviços.

7.3.a. *Percepções sobre o SUS.*

Sobre a política pública de saúde, o SUS, emergem relatos genéricos sobre seu funcionamento, sem muitas especificações e detalhes:

O SUS funciona mesmo.^{E3}

O sistema é bom.^{E8}

Para mim o SUS funcionou e funciona.^{E10}

Mais do que sobre a política, citam os políticos e seus discursos, ambos reconhecidos como pouco próximos da realidade vivenciada pelos usuários e das condições em que se encontram as UBS:

Os políticos só falam da saúde na época das eleições.^{E6}

Esse prefeito só se preocupa com ele.^{E9}

Os políticos só prometem, mas não cumprem.^{E10}

Falam um monte de coisa, mas nunca fazem, tem muita promessa... é só político... roubam demais e fazem de menos.^{E5}

Em relação à abrangência do SUS e sua capacidade em responder as necessidades de saúde da população, são apontadas posições diferentes. Por um lado,

emergem vozes que reconhecem sua capacidade para oferta de serviços, por outro afirmam ainda existir a necessidade de melhorias no SUS, em especial quanto a sua infraestrutura e organização:

O meu é só mesmo o SUS, nunca tive problema [...] muito bom [...] tranquilo [...] pelo tratamento, pelo acolhimento, pela orientação [...] ^{E4}

Tem muito recurso, mas mal aplicado. ^{E10}

Pela situação da “Saúde” eu pensei... desta vez eu vou (morrer)... ^{E2}

Nada é bom no SUS. É tudo muito demorado... Chego muito cedo e saio muito tarde... E falta médico, medicamento e material. ^{E5}

Não tem sido suficiente para cuidar da população. ^{E2}

Muitos usam muito e quem precisa desanima quando vê a fila. ^{E9}

Porque eu não posso ir em outro posto...porque eu só posso ir neste? ^{E3}

É possível melhorar. Para começar, o SAMU quase nunca pode atender, e aí precisa ir com o carro da família, mas aí vai para a UPA. Mas isso está errado. E se não tiver o carro, tem que ir de taxi? ^{E10}

Quando se referem aos profissionais que trabalham nos serviços de saúde, ao mesmo tempo em que reconhecem que as condições de trabalho são desfavoráveis e não valorizadas pelos governantes, apontam não aceitar serem maltratados por estes, destacando a condição de serem os mesmos funcionários públicos, na essência do termo:

Sei que está difícil, mas precisa atender bem... ^{E9}

Tem muita coisa que podia melhorar no postinho... ele é pequenininho, precisa de médico... ^{E3}

Aí chega nos lugares e as pessoas te tratam mal. Não pode. Se ela ganha pouco, nós também, até pior. ^{E9}

Pago meus impostos que paga as pessoas. ^{E10}

Se os governantes reconhecessem mais os profissionais, ainda seria melhor... ^{E1}

Os profissionais são muito insatisfeitos... Não trabalham alegre. ^{E6}

Se vc sabe lidar com as pessoas, as pessoas sabem lidar com vc. ^{E2}

É citada ainda, em sua abrangência, para além das instâncias locais, a sua importância quando comparado com um idealizado seguro privado de saúde:

Acho que é melhor que convenio. O SUS é melhor [...] tem tudo, faz tudo que precisa. ^{E3}

A doença do ser humano é a mesma, não podia ter diferença. Você sente que diferença de um lugar para o outro. ^{E6}

Eu chamo de “*SUS*to”. Se a pessoa pode ter um convênio, ela vai ter. No SUS tudo é muito demorado. Tem muita diferença.^{E6}

7.3.b. Sobre a participação social e as instâncias para tal

Sobre a participação social e seus espaços nos processos de organização e avaliação do sistema local de saúde, mencionam a importância da diversidade e complementariedade de opiniões para a construção de consensos e formulações de propostas:

O Brasil não é feito por uma pessoa só, assim como as leis... É importante a população participar. Eu tenho uma ideia, o outro tem outra, e assim vai indo, dando opinião e melhorando. A participação é boa para todos.^{E6}

Acho importante, porque cada um tem uma maneira de ver as coisas [...] só vai conseguir resolver quando um, dois, três se juntarem e conversarem sobre as coisas, sobre os resultados.^{E4}

A voz do povo é que manda. Muito mais vozes é mais do que a do prefeito, é mais do que a do ministro. O grupo é mais.^{E7}

Precisa participar para saber das coisas.^{E9}

Assim como emergem falas demonstrando que não há uma sensação de consenso na sociedade para ocupar este lugar de protagonismo, quer pela própria postura dos usuários, quer pelos serviços:

As pessoas são individualistas, não se preocupam com o coletivo...^{E10}

O povo não quer mudança, não quer melhoria.^{E9}

Não tem ninguém para eu falar sobre isso no postinho... não tenho onde reclamar.^{E1}

Mas eu acho que os funcionários não gostam que a gente fale, que mostre o que tem de errado, expor o erro, para melhorar. Quando meu marido foi reclamar, o técnico de enfermagem disse "a ouvidoria está bem ali".^{E6}

Quando indagados sobre a existência de espaços formais de discussão no SUS, onde estaria prevista a participação dos usuários junto aos gestores e trabalhadores dos serviços ou mesmo do sistema, coexistem falas de conhecimento como de desconhecimento destas instâncias:

Já ouvi falar que existe o Conselho aqui... tem sempre cartazinhos.^{E2}

Já vi cartaz sobre o conselho... Sei que existe. Não sabia que tinha isso aqui.^{E5}

Já ouvi falar que existe o Conselho (Local de Saúde) aqui [...] tem sempre cartazinhos.^{E2}

Há um tempo atrás eu sabia que tinha uma reunião, que a turma participava, uma vez por mês.^{E7}

Mas acho que precisa de mais organização.^{E2}

O conselho não tem conseguido fazer nenhuma mudança, não consegue nenhuma melhoria.^{E10}

Não conheço este Conselho Local (de Saúde) [...] não sei quem pode ir [...].^{E3}

Nunca fui comunicado, nunca me falaram nada.^{E4}

7.3.c. Sobre a disposição para a participação.

Em relação às motivações para participação nestes espaços, ainda que as falas apontem para um reconhecimento da importância da participação, encontramos manifestações distintas.

É importante o centro de saúde ter comunhão com seus moradores.^{E5}

Dentre aqueles que conhecem os espaços, emerge posicionamento de descrença no processo ou sua utilização para outros fins:

Acho que a participação do povão ajudaria a melhorar, mas nunca acreditei [...].^{E2}

Eu tenho muitas sugestões para o posto de saúde. No processo de eleição daqui eu fiz estas sugestões, mas na hora da votação eu fiquei de escanteio. Se elegeram um cara que nem mora aqui. Eu acho que foi direcionado. Eu fui contra, mas falaram que ele era "gente boa"! E depois disso, os outros foram saindo... Nunca mais participo!^{E10}

Não tenho ideia de participar... Não quero participar.^{E5}

Quanto aos que mencionam nunca ter participado destes espaços e que desconheciam esta oportunidade, apontam disposição para tal:

Nunca participei.^{E2}

Ia ser bom poder participar deste conselho aí, mas nem sabia que existia.^{E3}

A partir do momento que for comunicado, eu posso participar... eu poderia participar.^{E4}

Emergem ainda, neste campo das possibilidades para a participação, alguns condicionantes, que por sua natureza, compõem este cenário de necessária conciliação de interesses:

Mas considero uma falha minha também, podia participar mais...^{E4}

Se não ficar fora do bairro, perto de casa, eu participaria.^{E7}

Depende do dia! Eu trabalho das 8 da manhã até 6 da tarde. Todo dia.
Se fosse num sábado, depois das 2 da tarde.^{E9}

Mas se eu for, vou falar a minha verdade. E o governo tem que saber o
que tem que fazer, não tem porque ficar falando. Se não faz, vou falar
a verdade.^{E9}

8. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Partindo dos três núcleos de sentido busca-se aqui, à luz do referencial teórico Paidéia (CAMPOS, 2007; 2007a), a discussão dos resultados deste estudo.

Núcleo 1: A percepção dos usuários a respeito do atendimento das suas necessidades para o cuidado em saúde.

Um primeiro ponto, e que o considero central nesta discussão, é a compreensão sobre a constituição das necessidades de saúde. Há por parte dos sujeitos entrevistados uma concentração do reconhecimento destas quando do surgimento de circunstâncias relacionadas às situações de agravamento do sofrimento físico ou para o acompanhamento de rotina do tratamento de suas doenças crônicas. E nestes casos sendo identificados como recurso para o enfrentamento destas os diferentes serviços públicos de saúde, sendo citadas as UBS, hospitais, SAMU, prontos socorros, unidades de pronto atendimento, ambulatórios de especialidades e centros de referência.

Ao reconhecer os serviços públicos de saúde para buscar respostas, em grande medida, sinaliza tanto para o conhecimento da existência (provisão) destes como para a incorporação de que oferecem benefícios para o cotidiano da vida social, que evidenciam elementos constituintes e expressão de dimensões da apropriação social do SUS.

Há ainda nesta percepção uma grande aproximação com o que Campos (2007a) denomina de valor de uso do serviço, especialmente por sua capacidade potencial em atender as necessidades apontadas pela sociedade, contudo também retrata uma compreensão parcial do conceito adotado por este mesmo autor. O que acontece, segundo análise de Campos (2007), é que se toma o valor de uso e utilidade do serviço como se fossem equivalentes às necessidades da sociedade.

Campos (2007a) ressalta que as necessidades de saúde são constituídas não apenas pela demanda do sujeito e da comunidade/sociedade, mas também pela capacidade e ou escolha do que será ofertado pelos próprios serviços. E esta última com grande força de influência dado seu discurso hegemônico apoiado em supostos saberes técnicos e na força das corporações.

No cotidiano das práticas de um serviço de saúde há um tensionamento entre o que a população apresenta como demanda e o que as instituições apresentam como

oferta para sua resolução (CAMPOS, 2007). A demanda da população fica, desta forma, vinculada à existência dos serviços e, em consequência, aceita como produção de saúde a realização de procedimentos previamente definidos.

Conhecer o que o usuário, ainda que subjetivamente, considera como necessário para o restabelecimento ou promoção de sua saúde pode parecer incompreensível para a equipe, sejam pelas diferenças culturais, religiosas, raciais, políticas ou pela formação centrada exclusivamente nos conhecimentos técnicos (CAMPOS; RATES, 2008).

Ainda que esta questão não apareça claramente citada, os sujeitos apontam os reflexos desta equação. Destacam uma série de aspectos positivos relativos ao sistema de saúde no qual estão inseridos, ao mesmo tempo em que reconhecem desafios a serem superados para verem suas necessidades atendidas. Do acesso a integralidade.

Desafios que poderiam, frente às dificuldades percebidas, serem tomados pela sociedade, por seu exercício de cidadania, como objeto de tensionamento para a ampliação da sua participação nos processos de transformação desta realidade, buscando equilibrar os interesses no sentido da qualificação e efetiva implantação do SUS (GADELHA; BRAGA, 2016; FLEURY, 2014; LIMA; PADILHA, 2012).

Aprofundando esta questão junto as UBS, tomando inicialmente como foco o tema do acesso aos serviços da atenção primária, ainda que reconheçam que a unidade é uma referência local constituída historicamente para a busca de cuidado em saúde, referem perceber uma piora destes com o passar do tempo. Citam o arranjo organizacional do acolhimento como uma barreira, especialmente para as situações que fogem da rotina previamente estabelecida, as também chamadas de demanda espontânea ou urgências.

Campos (2018; 2007a; 2005) considera o acesso como um dos pontos que concretamente mais interessam à população, atribuindo à estratégia do “acolhimento” a possibilidade de favorecer uma escuta qualificada e ofertar respostas para além do agendamento de consultas médicas ou de outras ações de rotina, considerando uma avaliação implicada de riscos e vulnerabilidades, caso a caso, e, se necessário, a regulação para o encaminhamento para outros serviços.

Contudo, o que vemos neste estudo é uma percepção diferente da conceitualmente construída, não no que diz respeito a oferta de agendamento futuro ou ao encaminhamento para outros serviços quando das intercorrências, mas especialmente

por não relatarem a implicação dos profissionais do serviço quanto às suas demandas, tão pouco quanto a avaliação de risco e vulnerabilidades para tal. Oferta de agendamento e ou orientação para buscar outros serviços sendo feitas burocraticamente, justificadas pela restrição de oferta, sem uma avaliação e responsabilização por parte das equipes.

Esta prática burocratizada para o acesso, este modelo onde a oferta conforma a demanda, vai se tornando um dos fatores de distanciamento da ambição da universalidade e equidade no SUS. E assim emerge nas falas dos sujeitos desta pesquisa.

Mas também é possível reconhecer que, ainda neste campo do acesso, há situações em que os usuários relatam o estabelecimento de vínculo com sua UBS de referência, ou mais precisamente, com suas equipes cuidadoras, demonstrando serem reconhecidas muitas qualidades na oferta e a responsabilização destas para com a continuidade do cuidado, na articulação e viabilização da oferta de recursos terapêuticos complementares quer com especialistas ou para realização de exames, assim como do fornecimento de medicamentos. Destaca-se neste campo o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) como elo significativo para este reconhecimento e pertencimento, com quem estreitam laços e veem um canal de aproximação e comunicação. Mas isto pertence ao grupo de usuários que conseguiram vencer a barreira do acesso.

Sobre vínculo e responsabilização, Campos (2007a) aponta que esta constituição depende de movimentos tanto dos usuários quando da equipe:

Do lado do paciente, somente constituir-se-á vínculo quando ele acreditar que a equipe poderá contribuir, de algum modo, para a defesa de sua saúde. Do lado dos profissionais, a base do vínculo é o compromisso com a saúde daqueles que a procuram ou são por ela procurados. O vínculo começa quando estes dois movimentos se encontram: uns demandando ajuda, outros se encarregando destes pedidos de socorro (p. 68-69).

O Método Paidéia sugere valer-se do Vínculo para estimular os grupos e as organizações a participarem da resolução dos próprios problemas (p. 26).

Portanto, o fortalecimento do vínculo entre a UBS, por sua equipe ou profissionais de referência, e o usuário, famílias e comunidade se constitui num dos meios para a prática de uma clínica com qualidade. Neste sentido o papel dos ACS,

dada sua proximidade com o território e com as pessoas que nele vivem, ganha destaque e relevância (FURLAN, 2013). Campos e Pereira Junior (2016) afirmam que a implantação dos programas de agentes comunitários de saúde (PACS) em 1991 e da estratégia de saúde da família (PSF) em 1994 se constitui na primeira política sistemática para a atenção primária no Brasil.

Reunindo estes pontos presente nos achados – necessidades de saúde, acesso, acolhimento, vínculo e responsabilização – temos reconhecidos os principais elementos do que Campos (2007a) denomina de Clínica Ampliada e Compartilhada, ou a clínica centrada no Sujeito, um dos pilares de seu referencial Paidéia, que ao tomar como objeto não somente a doença, mas o sujeito em sua existência, por sua história e seus saberes, com mais diálogo e menos prescrição, enfrenta a lógica hegemônica do paradigma biomédico da organização fragmentada do cuidado (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2014; CAMPOS, 2006).

Em relação aos outros serviços de saúde utilizados pelo usuários quando da necessidade de procedimentos ou acompanhamento em situações de maior complexidade ou emergenciais, cuja capacidade da UBS apresenta limitações, em especial para o atendimento especializado e realização de exames diagnósticos complementares, suas percepções nos permite explorar a conformação da rede que compõe o sistema público de saúde, outro ponto bastante importante neste nosso estudo.

Iniciando pelos serviços de retaguarda da assim chamada atenção secundária ou especializada, as policlínicas (ou ambulatórios de especialidades) e o centro de reabilitação são identificados como integrantes do sistema. Cabe destacar que reconhecem a UBS como a instância que articula e viabiliza este encaminhamento, reconhecendo seu possível papel regulador.

Ao encontro do que percebem os entrevistados, Campos (2013) defende a concepção de que a atenção primária pode atuar como coordenadora do acesso aos demais níveis, mas para isto afirma ser necessário que as equipes das UBS tenham qualidade e poder de regulação do sistema. Em outras palavras, que as equipes locais tenham capacidade e possibilidade de garantir acesso aos serviços da atenção secundária (ou especializada) ou terciária sempre que o tratamento de seus usuários assim requerer.

Neste campo da integração entre serviços da AP e atenção secundária, a concepção metodológica do Apoio Matricial (CAMPOS, 2007; SOEIRO *et al*, 2017a)

propõe a superação da tradicional relação hierarquizada entre os diferentes pontos da rede de serviços em saúde através de um processo de coresponsabilização das equipes, havendo oferta de ações de suporte técnico-pedagógico entre os profissionais das áreas especializadas e das UBS.

Ainda que este desenho esteja em construção, tal como um ideal a ser perseguido, os usuários entrevistados revelam distância do que percebem na prática quando se utilizam destes serviços.

Quando mencionam a utilização do SAMU para suas necessidades de serviços de atendimento médico de urgência, o fazem por iniciativa própria, sem a mediação da UBS. E deste acontece seu acesso aos serviços de pronto atendimento ou ao pronto socorro hospitalar.

Também citam o hospital como serviço onde buscam por atendimento à suas necessidades mais complexas para o cuidado de saúde, expressando diferentes percepções ao mencionarem a enfermaria e o ambulatório daquelas relacionadas ao pronto socorro.

Em relação às vivências na enfermaria e no ambulatório de egressos, estas são reconhecidas como referência de bom atendimento, do encontro de oferta de cuidado em resposta às suas necessidades e ampliam esta mesma avaliação para quando passaram pela necessidade de transferência para outros hospitais para realização de procedimentos específicos não disponíveis neste. Contudo, ao se referirem ao pronto socorro, emergem queixas em relação ao acesso e a degradação do cuidado.

Campos e Amaral (2007) destacam que a lógica atualmente vigente é a da “departamentalização” dos serviços hospitalares, com base ou nas especialidades médicas ou na característica específica do seu objeto, o que favorece a existência do duplo comando, da desarticulação entre eles e uma sensível diferença de resultados entre as diferentes áreas de um mesmo hospital. Da mesma forma, apontam a autonomia destes frente ao sistema, ainda que a lei orgânica que regulamenta o SUS preveja que os hospitais deveriam estar integrados à rede de atenção à saúde, funcionando em articulação estreita com outros serviços tanto da atenção primária como secundária (BRASIL, 1990).

Além dos serviços públicos de saúde, os sujeitos deste estudo também dizem da busca por serviços privados para atendimento às suas necessidades de cuidado à saúde.

Relatam pensar nesta opção quando sentem que os serviços públicos não respondem tal com desejariam, em especial pelas longas filas ou pelo tempo que teriam que aguardar para o atendimento.

Concretamente, entre os entrevistados há um único relato que aponta para a utilização do convênio médico e outro que menciona seguir seu tratamento com médico particular, porém como cortesia do profissional, sem desembolso financeiro para isto.

Dentre os estudos que envolvem discussões sobre o “*mix*” público e privado na configuração do sistema de saúde brasileiro (CARDOSO *et al*, 2017; CORDEIRO *et al*, 2010; BAHIA, 2008; SANTOS *et al*, 2008; ACIOLE, 2006; CAMPOS, 2006), há consenso sobre a coexistência de três subsistemas: o público, que além dos serviços próprios pode ainda contar complementarmente com a contratação de serviços através de convênios ou contratos, que busca prover a toda população; o suplementar, privado, operado por meio de planos e seguros de saúde através da adesão voluntária das pessoas; e, o privado absoluto, que mantém ações e serviços para a parcela da população que compra diretamente esses serviços.

Sem nos estender na discussão sobre as sobreposições, para não dizer duplicidade, de oferta pelos serviços do subsistema suplementar com aquelas do SUS, que no geral também participam no formato complementar, destacamos a diversidade de planos disponibilizados para comercialização no mercado. Desde os que oferecem uma carteira abrangente e de alta complexidade através de profissionais e serviços de acesso ilimitado, até aqueles cujos serviços são bastante básicos e com controle de acesso.

Além destas características, e diretamente relacionada a elas, o custo financeiro para o contrato de adesão e manutenção são também proporcionalmente muito diferentes. “*Os contratos são compatíveis com o status socioeconômico de seus clientes e não com suas necessidades de saúde. Essa estratificação interna franqueia ou impõe barreiras de acesso aos prestadores de serviços de saúde*” (CARDOSO *et al*, 2017, p. 117).

Tendo em vista o perfil econômico dos entrevistados, poderíamos inferir que, no caso da adesão aos planos privados de seguro de saúde, se acontecessem, muito provavelmente seriam de abrangência básica, vinculados principalmente à oferta de consultas médicas, sem cobertura para os procedimentos mais complexos, o que os

colocaria novamente frente a busca por estes recursos junto ao SUS. E isto aparece nos relatos colhidos.

É difícil deslindar os meandros do público e do privado pelos labirintos do Sistema Único de Saúde (SUS). Há [...] uma polêmica acesa sobre onde termina o público e começa o privado no que diz respeito à saúde. Existem monumentais conflitos de interesse no setor, o que produz ambiguidade conceitual e grande variedade de programas e projetos político (CAMPOS, 2008, p. 28).

Esta importante participação do setor privado dentro do SUS talvez seja um dos entraves para a adoção de medidas de regulação para assegurar a integração entre eles. Regulação da participação no sistema complementar, mas também dos próprios planos no modo suplementar.

Nesse sentido, vale ressaltar que a abordagem da regulamentação dos planos de saúde nos conselhos e conferências de saúde, nas comissões intergestoras tripartite e bipartite, na atuação cotidiana dos gestores públicos e nos fóruns de debate sobre o Sistema Único de Saúde é ainda superficial e não está à altura da relevância das inúmeras intersecções entre a saúde suplementar e o SUS (CARDOSO *et al*, 2017, p. 115).

Cordeiro *et al* (2010) analisando esta mesma situação, destaca ainda a influência exercida pelo imaginário social, onde há o predomínio da ideia de que o sistema privado é mais eficiente do que o público, reforçado pela posição liberal fortemente predominante nos profissionais da saúde.

Seguindo nesta linha de utilização de serviços privados, surge a utilização voluntária da farmácia comercial como um local buscado para orientações e prescrições de tratamento para suas necessidades de cuidado, porém os relatos não denotam que esta iniciativa fora adotada como opção isolada para seu tratamento ou que tenha ali encontrado a solução de seus problemas.

Somando-se a estas, destaca-se ainda a escolha de alguns por não seguir o recomendado pelas equipes cuidadoras dos serviços de saúde onde buscaram atendimento. Percebe-se que as falas que mencionam esta opção coincidem com aqueles que relataram manter algum envolvimento em atividade remunerada, podendo estar relacionado mais fortemente a uma questão de sobrevivência financeira do que à uma posição supostamente depressiva de descuido ou desejo de ser colocar em risco.

Campos (2007a, p. 58) considera que:

Nessa relação entre doença e o Sujeito há muitas posições possíveis. Desde aquelas em que a doença ocupa grandes espaços na existência do sujeito, até outras em que a enfermidade é um risco na água, um evento transitório e fugaz. Por outro lado, doenças semelhantes do ponto de vista classificatório podem incidir de forma diferenciada conforme a história e os recursos subjetivos e materiais de cada Sujeito.

Núcleo 2: Reflexos do episódio de internação na articulação da oferta e produção do cuidado.

Este segundo núcleo de sentido abordar às vivências relativas ao episódio de internação hospitalar e, a partir deste desencadeante específico, seus reflexos na produção, articulação e continuidade do cuidado junto aos serviços da rede pública de serviços de saúde, guardando relação direta com o objeto deste estudo.

Retomando o perfil dos sujeitos desta pesquisa, há aqui um importante recorte quando nos referimos a estes episódios de internação. Um primeiro aspecto diz respeito à própria natureza destas internações que, por sua categorização, estão no campo das evitáveis e assim incluídas no escopo do “*Projeto ICSAP*”; e uma segunda característica é a de que as entrevistas foram realizadas a partir das UBS, ou seja, estes sujeitos guardam algum tipo de contato com estas unidades após sua internação, o que também está previsto dentre os objetivos do “*Projeto*”.

Nos relatos podemos identificar que a vivência da internação é uma experiência relevante e marcante em suas vidas, independente da percepção que preservam deste episódio. Experiências que trazem a percepção de um atendimento adequado e satisfatório, mas também de situações que retratam dificuldades para terem suas necessidades atendidas, com exposição a situações que ampliaram o sofrimento, especialmente relacionados ao momento de sua chegada ao pronto socorro da unidade hospitalar.

Sobre o hospital e, mais especificamente sobre o fato da internação hospitalar, vários autores (CAMPOS, 2010; COELHO, 2013; CAMPOS; AMARAL, 2007; FOUCAULT, 1980) destacam, sem negar sua importância para a assistência à saúde, mas por sua própria natureza fortemente influenciada pela construção histórica dos valores e representações sociais, que o hospital é reconhecido como um local de

concentração de saber e tecnologia da área médica, onde prevalece uma abordagem assistencial fragmentada e impessoal, com foco na doença, sustentada por uma relação assimétrica de poder, cujo objeto é a intervenção da equipe técnica sobre o usuário, bastante afastada da Clínica Ampliada e Compartilhada proposta por Campos (2007a).

E estes mesmos autores seguem ressaltando que os efeitos na vida das pessoas que se submetem a esta experiência são potencializados pelo fato das ações terapêuticas não serem realizadas em suas próprias residências ou em serviços ambulatoriais, levando-as a se deparar com a singular situação de estar em um ambiente estranho ao seu cotidiano, por sua estrutura e pelos profissionais ao seu entorno cujos códigos e linguagem no geral pouco dominam, muitas vezes sem conseguir identificar quem é o responsável pelo seu tratamento, e frente a uma nova rotina sobre a qual fica assujeitado, com pouca autonomia. Um contexto no qual coexistem sentimentos de vida e morte, cura e sofrimento, desejos e necessidades.

Focando nos relatos sobre o atendimento no pronto socorro, e destaque-se que estamos nos referindo aqui àquelas situações onde os usuários procuraram espontaneamente pela porta deste serviço, que é a mais comum encontrada nas entrevistas, há dois aspectos que se destacam nas falas: um primeiro que toma a rapidez no atendimento como importante critério de avaliação do serviço e, um segundo, que o caracteriza como instância de barreira para o acesso aos demais serviços do hospital.

A atribuição de valor à rapidez com que se deu o atendimento, que pode ser considerado um atributo de eficiência (coerente com o signo da racionalidade gerencial), ocupa importante espaço nos relatos. Avaliada negativamente dada à demora com que ocorre, emergem como componentes a falta de adoção de critério de risco para a priorização dos casos, a degradação na relação entre os profissionais e usuários no ato da assistência e falta de estrutura do serviço, quer pela falta de profissionais ou por suas condições de ambiência.

Para Campos e Amaral (2007) há de fato obstáculos estruturais, culturais e políticos para a transformação das tradicionais práticas hospitalares. Reconhecem a alta demanda pela busca por assistência, mas apontam a forma como estes serviços organizam a distribuição de suas equipes, frequentemente em inserções por plantões verticais, resultando em dificuldades para o estabelecimento de vínculo,

responsabilização e do acompanhamento terapêutico longitudinal destes pacientes, reforçando o modelo hegemônico fragmentado e favorecendo a degradação do cuidado.

Percebe-se aqui que, ao mesmo tempo em que há uma expectativa por parte dos usuários pela rapidez no atendimento, conferindo a isto um suposto caráter de qualificação do cuidado, há um distanciamento da lógica preconizada pela Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH (BRASIL, 2001).

Convergente com a PNH, a PNHAH preconiza melhorar a qualidade e a eficácia da assistência à saúde prestada através da adoção das estratégias do acolhimento com classificação de risco nas áreas de acesso, dos princípios da clínica ampliada, da garantia de resolução da urgência e emergência, da ampliação do horário de visitas e direito a acompanhante durante o período de internação, da modernização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores, da adequação da ambiência hospitalar, da garantia de mecanismos de escuta, da implantação de um sistema de cogestão com mecanismos de participação e controle social, tornando-os instituições mais harmônicas, sensíveis aos sujeitos, solidárias e integradas ao sistema local de saúde (BRASIL, 2010a).

Sempre que falo em Humanização estou colando nesta palavra-valor o tema de defesa da vida e o de Paidéia. O conceito Paidéia porque nos empurra a pensar modos e maneiras para o desenvolvimento integral dos seres humanos, sejam eles doentes, cidadãos ou trabalhadores de saúde. [...] não há como haver projeto de Humanização sem que se leve em conta o tema da democratização das relações interpessoais e, em decorrência, da democracia em instituições (CAMPOS, 2005, p. 399).

Em relação à demanda excessiva, pode-se também apontar para uma possível limitação dos serviços da AP em responder as necessidades destes usuários. Lembrando que estes pacientes estão inseridos num grupo que supostamente poderia ter sua internação evitada se tivesse encontrado atendimento oportuno e adequado em suas UBS. Mas também não se resolveria esta situação apenas considerando esta demanda como inadequada ao pronto socorro e simplesmente encaminhando os pacientes de volta aos serviços da AP (CAMPOS; RATES, 2008).

As consequências negativas de um modelo cujo atendimento em saúde se dá preponderantemente em unidades de pronto atendimento e ou pronto socorro são conhecidos (medicalização, alto custo, ineficácia para doenças crônicas, baixa autonomia dos usuários, clínica degradada, pouca integração entre os profissionais,

etc.), no entanto também é necessário reconhecer que em muitos casos são estes serviços que viabilizam a própria sobrevivência do sistema de saúde (CUNHA, 2005).

Quando os relatos das vivências se referem a superação destas barreiras no pronto socorro, as entrevistas revelam que há a percepção de uma organização para a oferta do cuidado relacionado à internação, certa sequência de ações com a realização de exames, procedimentos de intervenção ou de cirurgias quando necessário, visitas médicas no leito, até o momento da alta.

Quanto à internação propriamente dita, ganham destaque às falas positivas sobre a presença de muitos médicos e a ocorrência de transferência para outros hospitais para realização de procedimentos complexos, ambos como pontos de valorização do serviço e de sua capacidade resolutiva. Há, neste sentido, uma reafirmação da imagem tradicional e hegemônica na sociedade em relação ao papel central que ainda ocupam o hospital e o médico no sistema de saúde.

O hospital não só ocupa este status social de serviço especializado com maior capacidade tecnológica e científica para responder às complexidades que o cuidado à saúde exige, como também, e em consequência deste, de espaço privilegiado para a formação dos profissionais de saúde. E estas concepções influenciam diretamente os outros serviços de saúde, sobretudo os relacionados à atenção primária, tanto pelas práticas clínicas de seus profissionais que se mantêm centradas no modelo biomédico, como pela expectativa de seus usuários pelo imediatismo no acesso ao atendimento e pela solução rápida de suas demandas, repercutindo em dificuldades para a adesão ao acompanhamento longitudinal (CAMPOS; AMARAL, 2007; CUNHA, 2005).

E estas características tendem a ser percebidas também no momento da alta, onde os critérios para sua definição e para as prescrições pós-alta tendem a manter este padrão. Mas, a exemplo do “*Projeto ICSAP*”, existem movimentos de mudanças para transformação deste cenário sendo propostas e operadas no sentido da qualificação da continuidade do cuidado após o episódio de internação, tal como normatização recente do Ministério da Saúde (MS) e Comissão Intergestora Tripartite (CIT) - Resolução CIT nº3 de 2017 - indicando a necessidade da adoção em todos os hospitais públicos da lógica de alta responsável, com a previsão da obrigatoriedade de disponibilização de sumário de alta hospitalar e do registro de atendimento clínico como instrumentos de

informação para qualificar a articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção, em particular as UBS (BRASIL, 2017).

Em relação a isto, retomando os relatos dos entrevistados em relação ao momento da alta do episódio de internação, estes revelam diferentes tipos de orientações recebidas para o seguimento de seus tratamentos. Demonstrando não haver um padrão, duas se destacam: a que mantém o hospital como principal referência, quer por seu ambulatório de egressos ou pelo pronto socorro, e outra que reconhece e indica a UBS para a continuidade do cuidado.

Sobre o primeiro tipo, citam que a orientação para manter seu seguimento no hospital ocorreu, dada a complexidade do seu caso, à falta de capacidade e de recursos da UBS para seguir com o tratamento, incluindo aqui o médico especialista. E nestes casos, mesmo que a continuidade com o especialista fosse necessária por um período e o hospital tivesse a disponibilidade para esta oferta, não mencionam a possibilidade de que houvesse um acompanhamento conjunto ou mesmo a troca de informações entre as equipes cuidadoras.

Chama atenção o fato de que esta conduta se distancia daquela preconizada pelo “*Projeto ICSAP*”, especialmente pelo hospital fazer parte deste e, em sua dinâmica formal para a realização e emissão do relatório eletrônico de alta (ou como nomina a portaria ministerial, do sumário de alta hospitalar) constar como campos obrigatórios de preenchimento tanto o critério de risco da referida alta como, e conseqüentemente, da indicação de prazo previsto para atendimento em tempo oportuno do paciente na UBS⁴⁰.

Desdobramento deste primeiro tipo, os pacientes relatam, com menor frequência, terem recebido orientação para buscar a UBS para ofertas tidas como complementares e de suposta baixa complexidade, tal como a realização de curativos, retirada de medicamentos e ou de materiais e para o apoio emocional.

Pode-se constatar que há nestes relatos uma desvalorização para com a integração dos serviços em rede, em especial pela negação do papel das UBS no sistema (macro), assim como do pactuado entre os serviços integrantes do “*Projeto*” (micro), além do não compartilhamento com os usuários de alternativas terapêuticas disponíveis e adequadas, restringindo sua participação e coprodução de seu próprio plano de

⁴⁰ Tal como descrição detalhada no Capítulo 4, p. 70, deste.

cuidado. Ressaltando ainda que todos os exemplos citados, ao contrário de como foram considerados, guardam alta relevância para a saúde das pessoas.

Diferente desta postura há o outro tipo de orientação que reconhece e indica que a continuidade do cuidado seja feita na e a partir da UBS. Tanto exclusivamente como para as situações em que o cuidado aconteceria de forma compartilhada, os entrevistados dizem reconhecer nesta postura certa integração entre o hospital e a UBS e que isto lhes dava maior segurança. E não se percebe, nestes casos, a utilização do critério de menor risco ou complexidade quando comparado aos casos da situação anterior.

Ao serem feitas estas orientações, parece haver um reconhecimento pela equipe do hospital das capacidades e recursos instalados nas UBS, potentes para a continuidade do cuidado, indicando uma postura bastante próxima da compreensão acerca da corresponsabilização e integração entre os serviços para um cuidado em rede. E neste caminho percebe-se a articulação para uma integração entre os serviços, ampliando a possibilidade de efetivação de um sistema em rede.

“O SUS encontra-se bastante fragmentado, o que torna precária a governança do sistema na lógica de redes de atenção integral. É fundamental que seja ampliada a integração sistêmica” (CAMPOS, 2018, p. 1711).

Explorando o conceito de integralidade, Pinheiro e Mattos (2009) a traduzem como a capacidade dos serviços de saúde em ofertar respostas não só para o enfrentamento das doenças, mas uma abordagem mais complexa, que também perceba as necessidades da população atendida. E vão além, apontando a necessária inclusão dos conhecimentos e saberes das pessoas envolvidas, num processo de negociação e pactuação para a ampliação da compreensão destas necessidades e a consequente estruturação das ofertas.

Neste sentido, emergem falas em relação ao cuidado na UBS pós-alta. E aqui vemos refletida a percepção dos usuários de mudanças vivenciadas em relação à qualificação das ações ofertadas, de que algo diferente (no sentido do novo) passa a acontecer após sua identificação como egresso de internação, independentemente desta informação ter sido feita por iniciativa deles próprios ou pela busca ativa da unidade.

A partir desta constatação, há uma sensação relatada de pertencimento, de que passa a ser identificado em sua singularidade, do reconhecimento de suas necessidades,

e passa a fazer parte do serviço. Estas mudanças são retratadas pela mudança na dinâmica do serviço, especialmente pela ampliação da participação de outros profissionais da equipe no seu plano de cuidado, para além das anteriores quase que exclusivas consultas médicas de rotina, pelo aumento na frequência das visitas domiciliares que sua equipe de referencia passa a fazer e pelo monitoramento sobre sua adesão às orientações e comparecimento aos atendimentos agendados, na própria UBS ou nos outros serviços de retaguarda.

Aproximando estes relatos com o sentido da integralidade, acreditando haver movimentos das UBS neste sentido, destacamos o que afirma Campos (2007a, p. 104) quando refere que, *“para se lograr atenção integral é necessário reformular e ampliar a clínica e a saúde coletiva ao mesmo tempo, uma interagindo com a outra”*.

E os relatos ainda apontam para a sensação de que há alguma integração entre as equipes do hospital e da UBS, de que há uma troca de informações entre estas, mesmo que não tenham clareza de como isto acontece concretamente. E, especificamente em relação a isto, apontam para os episódios de internação, mas também quando se utilizam dos ambulatorios especializados de retaguarda. Reforçam-se aqui a presença dos aspectos referente à constituição de redes de atenção à saúde e da estratégia do Apoio Matricial, já apontados no eixo anterior.

Remetendo-nos aos propósitos do *“Projeto ICSAP”* e aos resultados encontrados na pesquisa anterior realizada com os gestores e trabalhadores envolvidos, é possível nos levar a correlacionar, por grande aproximação, que estas mudanças aqui mencionadas também podem tê-lo como componente desencadeador. Ainda que por sua denominação literal tenha se mostrado invisível aos olhos dos usuários, são evidentes as percepções de seus efeitos. E isso não diminui sua importância.

Esta percepção na *“ponta da linha”*, como denomina Fleury (2014), aponta para o reconhecimento de um processo de inovação da política pública de saúde em sua dimensão assistencial, uma vez que amplia a qualidade e a efetividade da atenção pela introdução de um novo modo de ofertar ações de cuidado.

Mas destaque-se, por sua vez, que a existência do *“Projeto ICSAP”* não ser reconhecida pelos usuários denota, por si, a sua dificuldade de acesso a informação sobre o mesmo, assim como não inclusão no processo de sua formulação, implantação e avaliação.

Núcleo 3: Apropriação e participação nos processos de organização e avaliação do sistema público de saúde.

Este último núcleo aborda as percepções dos usuários sobre sua apropriação da política pública de saúde, especialmente pela participação e avaliação do sistema e dos serviços. Espaço especialmente valoroso para o campo CTS.

E, retomando a última constatação apresentada no eixo anterior, ainda que os efeitos do “*Projeto ICSAP*” tenham sido percebidos pelos usuários, os achados revelam uma perspectiva de não socialização das informações sobre a existência e propósitos desta iniciativa, assim como da não identificação da participação dos usuários nos espaços onde a mesma foi formulada e é monitorada. Exploremos isto, incluindo suas percepções sobre o SUS e sobre os espaços onde esta participação poderia acontecer.

Quando mencionam o SUS como expressão da política pública, os relatos são genéricos e superficiais, fazendo uma alusão mais forte aos políticos do que a política propriamente dita, ressaltando o quão os discursos destes são de interesse eleitoral datados nas proximidades das eleições, com promessas que não se cumprem, lhes parecendo não estar alinhado nem com as reais necessidades de saúde da população, nem com as condições em que os serviços públicos se encontram.

Campos (2017) destaca o papel central que o Estado ocupa na operacionalização das políticas públicas, sobretudo no que diz respeito às ações para efetivação da inclusão social e bem-estar da população, e neste campo se inclui o direito a saúde.

Contudo, a história vem apresentando uma hegemonia do modelo capitalista, que por suas forças pró-mercado e tensões neoliberais, vêm imprimindo uma lógica de redução do Estado, e conseqüentemente sua capacidade para manter suas políticas de proteção social. Mais do que isto, permitindo um movimento de desmobilização e alienação da sociedade.

Ainda que os pressupostos do SUS apontem mecanismos para sua consolidação como política pública social, fica evidenciada nos discursos dos usuários a distância deste resultado, permanecendo como desafio a sua apropriação pela sociedade. Embora tomada como paradigma das políticas públicas, tal como destacam Hayashi *et al* (2011), a participação social nos processos de formulação e deliberação não emergem como parte do cotidiano dos aqui entrevistados.

Talvez este contexto explique, ao menos em parte, esta percepção de esmaecimento crítico dos sujeitos sobre as políticas públicas, transferindo aos políticos, parte visível e palpável deste cenário, mas não menos isenta, a responsabilidade pelos efeitos do capitalismo e sua tendência ao estado mínimo. Políticas públicas entendidas mais como uma concessão de governo do que um direito de cidadania.

Para enfrentamento desta situação, desta concepção hegemônica, Campos (2017) aponta que “*a sustentação de reformas sociais e da democracia depende tanto de uma reformulação dos modos tradicionais com que se têm organizado os movimentos sociais, quanto de mudanças nas formas de organizar e de gerir as Políticas Públicas*” (p. 16-17). É necessária a apropriação dos sujeitos e, por conseguinte, da sociedade.

Uma linha para essa mudança refere-se à construção de Espaços Coletivos que estimulem e facilitem a participação de outros agentes que não apenas aqueles com função de direção, bem como de agentes externos ao Coletivo (CAMPOS, 2007, p. 143).

Constituição e o fortalecimento de sujeitos pela ampliação de sua capacidade de análise e de intervenção para a participação e construção de democracia institucional, que é fruto de uma práxis destes sujeitos, como uma reforma social, um produto social produzido democraticamente em espaços de poder compartilhado, que impulsiona novas mudanças sociais (CAMPOS, 2007).

Fleury (2014), corroborando, ao se referir aos processos de inovação social, aponta que a expansão e o fortalecimento da cidadania, por sua capacidade de influenciar as políticas públicas, levando a mudanças nas estruturas de poder do Estado, passam necessariamente pela constituição e incorporação de sujeitos autônomos e emancipados. “*Fazer com as pessoas e não sobre elas*” (CAMPOS, 2007a, p. 26). E podemos afirmar, por seu arcabouço, que este é um princípio do SUS.

Avançando um pouco mais sobre o que nos dizem os usuários a respeito de suas percepções do SUS, destacado por seu modo de funcionamento e sua capacidade instalada, as entrevistas retratam percepções divergentes. Coexiste a compreensão de um sistema que atende as necessidades quando procurado com a de que este mesmo sistema é insuficiente para responder as demandas de cuidados em saúde da população.

Sobre o SUS que atende as necessidades, citam as diferentes ofertas e em diferentes complexidades. Mas, significativamente esta afirmação vem correlacionada

ao fato de ter o SUS como seu único recurso, como se houvesse um tom de atenuação ou de conformismo com essa realidade.

Em relação às falas que manifestam a percepção de precariedade do sistema, destacam a má aplicação dos recursos disponíveis, a insuficiência de oferta de serviços e o agravamento destas pela limitação e ou falta de critérios para o acesso. E, provavelmente com a mesma motivação de ter no SUS seu único recurso, emergem apontamentos em relação à necessidade de melhorias tanto na estrutura como na organização dos serviços para a superação desta situação.

E aqui caberia retornarmos a constatação de que não é mencionada a alternativa da implicação e, por esta, a possibilidade da interferência destes usuários pela participação na condução ou gestão deste processo, parecendo sua ação se restringir à delegação ao outro, certo outro não especificado, não nominado, mas que muito provavelmente está retratado naqueles mesmos políticos dos quais reclamam por não resolver seus problemas, ou no gestor da UBS, ou ainda nos trabalhadores dos serviços de saúde. Parece não haver manifestação, por parte dos usuários, do desejo de ser sujeito neste processo.

Se admitirmos que a impossibilidade de participar da gestão é uma forma de produzir alienação, o contrário também é possível, ou seja, a gestão pode ser produzida em regime de propriedade coletiva, em espaços coletivos, como um caminho para desalienação (CAMPOS, 2007).

Ressaltando a situação dos trabalhadores, um dos recursos apontados como deficitário nesta estrutura, há por parte dos usuários uma posição de solidariedade, de proteção aos profissionais, considerados tão vítimas quanto eles próprios pelas condições de trabalho muito desfavoráveis, mas não que isto justifique ou que tolerem ser desrespeitados ou mal atendidos por estes trabalhadores, atitude considerada incompatível com a função pública, ressaltando que seus salários são custeados através do pagamento de impostos pela população.

Em relação aos coletivos organizados⁴¹ para a produção, aqui focando nos trabalhadores, Campos (2007) aponta o cumprimento de duplo objetivo: “*produzir bens ou serviços de interesse social, ou seja, valores de uso que tenham a potencialidade de*

⁴¹ Segundo Campos (2007, p.35) “*Coletivo Organizado designa aqueles agrupamentos que têm como objetivo e como tarefa a produção de algum bem ou serviço*”.

atender a necessidades sociais; e, ao mesmo tempo, assegurar a sobrevivência da própria organização e do conjunto de agentes que a integrem ou dela dependam” (Ibid., p. 121). E segue apontando que tais finalidades não necessariamente atuem em sentidos coincidentes, podendo haver contradições e conflitos em decorrência desta duplicidade de objetivos, pois não são interesses de fácil conciliação.

Observe-se que os Desejos e Interesses dos membros de um Coletivo não necessariamente se materializam nos Valores de Uso produzidos. Em geral, potencialmente, os produtos podem funcionar como um meio para permitir que Desejos e Interesses dos agentes de produção sejam atendidos. Assim, a assistência à saúde é potencialmente um Valor de Uso para os pacientes. O Desejo e os Interesses dos profissionais centram-se, em geral, em sua própria realização pessoal. Que poderiam, mas não necessariamente, coincidir com a cura dos enfermos. Não morrer, aliviar o sofrimento, reabilitar-se, costumam ser Desejos e Interesses dos pacientes. Para os profissionais de saúde são necessidades sociais a serem atendidas para que se realizem e se justifiquem como trabalhadores de saúde (CAMPOS, 2007, p. 72).

O que vemos se repetir é que também nesta situação não há menção, por parte dos usuários, de iniciativas no sentido de problematização quando da ocorrência de situações de conflitos ou de estranhamentos com os trabalhadores. Tampouco citam movimentos no sentido contrário, onde os próprios trabalhadores ou o gestor local abordam este tema como objeto de reflexão ou superação.

Como uma situação idealizada, que poderia resolver parte destes problemas, alguns sujeitos da pesquisa trazem o desejo de adesão ao seguro privado de saúde (o chamado convênio médico). Mas não aparecem explicitamente colocados argumentos de comparação entre estes, muito possivelmente em razão da grande dependência do SUS dos entrevistados.

Seguindo com a construção de alternativas para melhorar, ou ao menos encontrar caminhos para amenizar esta situação, abordemos as manifestações sobre como é compreendida a possibilidade de participação da sociedade nas instâncias que, por sua natureza, poderiam ampliar a análise desta conjuntura e a formulação de indicativos para possíveis melhorias neste cenário.

Quando aprofundamos as conversas sobre os espaços para a participação da sociedade no SUS, ainda que não unanimemente, emerge o reconhecimento da força e da importância que a população poderia ter, sendo a expressão mais próxima das diferentes realidades e, por conseguinte, do delineamento de soluções e alcance de

resultados, ao encontro da visão que Bazzo, Linsingen e Pererira (2003) apontam para o fortalecimento do processo da participação social e atendimento às suas demandas. Não se mostrou unânime por que emergiram também falas que refletem a sensação de que parte dos usuários tem posturas mais individualistas, com pouca implicação para com as questões da coletividade e com pouca motivação para propor mudanças, mais alinhadas como as concepções neoliberais.

Mas, seguindo com a lógica dos movimentos pelo protagonismo, referem não encontrar espaço para este exercício democrático e de se depararem com uma postura de pouca disponibilidade para este encontro e debate de opiniões nos serviços de saúde, tanto por parte dos gestores como dos profissionais. Sobre os gestores, em especial, referem sentir um distanciamento ainda maior, sendo estes colocados numa posição de exercício do poder, da qual não tem acesso e nem se sentem sujeitos.

Conflitos e contradições expressos nesta relação ainda não consolidada, do movimento pelo exercício da cidadania num ambiente, ainda que no discurso manifestadamente a favor do engajamento da sociedade, na prática ainda é dominado pela cultura hierarquizada e unidirecional do Estado (KRUGER, 2000).

Reconhecendo os limites destes mecanismos tradicionais de gestão, cabe destacar que o Método Paidéia (ou Método da Roda) formulado por Campos (2007; 2017) se propõe a trabalhar objetivando a constituição de Coletivos Organizados, o que implica construir capacidade de análise e de cogestão para que os agrupamentos lidem tanto com a produção de bens e serviços, quanto com sua própria constituição. Reconhecer o desafio de construir uma nova dialética entre autonomia e controle social, nas instituições e também nos movimentos sociais.

[...] a gestão é uma tarefa coletiva – sistemas de Co-Gestão – e não somente uma atribuição de minorias poderosas ou de especialistas, O exercício do co-governo depende da produção simultânea de Espaços Coletivos que cumpriria (*como uma de suas funções*) de caráter político, a co-gestão como uma forma de alterar as relações de poder e construir a democracia nas instituições (CAMPOS, 2007, p. 14).

Ainda neste campo, sobre a atitude do gestor, percebemos uma distância do que preconiza a práxis Paidéia, em especial por sua lógica de Apoio Institucional (CAMPOS, 2013), ao apontar a necessária busca de reformulação dos tradicionais mecanismos de gestão por uma postura interativa, tanto analítica como operacionalmente, reconhecendo que a gestão produz efeitos sobre os modos de ser e de

proceder dos usuários. Quando sua prática se mantém diferente disto, há uma tendência a burocratização institucional e afastamento dos processos de coprodução, das construções coletivas.

Em relação à motivação e disposição para a participação, ainda que reforce a importância deste movimento, as manifestações dos usuários são distintas. Dentre aqueles que conhecem ou já participaram é predominante às falas de descrédito.

Sobre o Conselho Local de Saúde das UBS, por exemplo, podemos afirmar que aqui também há diferentes compreensões sobre a própria existência destes espaços e, por conseguinte, sobre os resultados que estes poderiam trazer. Quando reconhecido como um espaço para a participação dos usuários, isto é feito com muitas ressalvas, colocando-o como instância de baixa credibilidade. Referem-se a ele como um espaço com pouca organização, esvaziado como instância deliberativa e utilizado para uso e exercício de micropoderes ou para alavancar outras aspirações na carreira política.

Dentre os que desconheciam estas instâncias, demonstram interesse e vêm nestes espaços uma oportunidade para sua participação, mas as falas seguem permeadas por condicionantes. Um deles, de caráter mais institucional, é que lhes seja dada a oportunidade de entrar em contato efetivo com a existência destes espaços; e outro, com características e interesses pessoais, desejos e necessidades, como a limitação de sua disponibilidade a depender do horário e dos locais onde estes encontros/reuniões serão realizados, já trazendo antecipadamente luz ao sempre desafiante arranjo coletivamente negociado.

Não há Sujeito sem Desejo, Interesse e Necessidades e, portanto, não haverá forma de expressá-los sem que junto apareçam pedaços do próprio Sujeito, ou seja, sem que manifeste sua singularidade. Nesse sentido, cabe a pergunta: não seria este o desafio central de qualquer sistema de governo que se pretenda eficiente e democrático, administrar diferenças e choques entre distintos desejos e interesses e não ignorá-los, negá-los e reprimi-los em nome de uma suposta objetividade? (CAMPOS, 2007, p. 35).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ouvir a voz dos usuários do SUS!

Este foi, desde o início da formulação desta pesquisa, um ideal e um desafio. Pois não se trata apenas de ouvi-los, mas de possibilitar que falem, e ao ouvi-los ter ouvidos de quem quer reconhecer o sujeito desta fala e buscar neste diálogo compreender seus significados.

E isto no campo das políticas públicas, da política pública de saúde, da saúde pública, da saúde coletiva, da produção e oferta do cuidado em saúde, ou melhor dizendo, no campo da sociedade onde ocorrem a implementação de modelos de políticas públicas, de políticas de saúde, de saúde pública, de saúde coletiva, das formas de produção e oferta do cuidado em saúde. Espaço de conflitos e contradições sociais, políticas, econômicas, culturais, de toda ordem.

Ouvir a voz dos usuários sobre como percebem esta realidade, como sentem seus efeitos e como nela participam, ou seja, como se apropriam desta!

Mas há um recorte neste cenário. E este é um aspecto importante a ser considerado, pois delimita e certamente influencia as falas: todos os usuários participantes deste estudo são dependentes do SUS e tiveram acesso, e utilizaram, os serviços públicos que lhes pareceram necessários quando precisaram de internação hospitalar para o cuidado à sua saúde. Mais do que isto, foram incluídos num projeto que prevê a continuidade de cuidado envolvendo a unidade básica de saúde e o hospital de referência do território onde residem.

Dito isto, vamos às considerações sobre os achados, aqui denominadas de finais, mas com a certeza de que outros olhares (e ouvidos) podem ampliá-las.

Iniciando pela percepção do SUS, ainda que quando tomado por política pública é descrito genérica e superficialmente, podemos constatar que tem seu valor de uso reconhecido e expresso pela oferta dos serviços que o compõem, especialmente pelas UBS e pelo hospital, mas também pelos ambulatorios de especialidades, centros de referência, unidades de pronto atendimento, pronto socorros e SAMU.

Estes serviços são identificados como lugares onde encontram atendimento às suas necessidades de cuidado aos seus agravos de saúde, tomados como referência para tal, com uma compreensão de que fazem parte de um sistema, não necessariamente integrado, mas um sistema que oferece uma gama de ações de diferentes complexidades.

Há desta forma evidência de movimentos de aproximação aos elementos da apropriação social do SUS, pelo acesso a informação e reconhecimento de seus benefícios, dado que demonstram conhecer sua lógica, saber onde encontrar e utilizar seus serviços, decodificar sua forma de organização e, mais do que isto, atribuir valor de uso a este sistema na medida em que veem respondidas suas necessidades de cuidado à saúde.

Sobre as unidades básicas, apesar de reconhecidos seus limites para responder integralmente a demanda, em decorrência da falta de organização interna ou da estrutura deficitária ou ainda por sua própria natureza como serviço da atenção primária, os usuários percebem que há um movimento em curso, que há mudanças no sentido da qualificação do cuidado, explicitado mais por seus efeitos do que por sua compreensão conceitual ou porque lhe fora comunicada a razão destas.

Há, após o episódio de alta hospitalar, uma evidente sensação da ressignificação na sua inserção no cotidiano da UBS, com a percepção de marcantes inovações: este usuário passa a ser notado diferenciadamente, a ocupar um lugar e ser reconhecido por sua singularidade pela equipe; equipe que passa a fazer visitas domiciliares mais frequentes para verificar e ou monitorar sua evolução em relação à continuidade do cuidado; em seu plano terapêutico são oferecidas outras ações na própria unidade como no acesso a outros serviços especializados; e, percebem que as equipes dos diferentes serviços trocam informações sobre seu caso, o que lhes confere maior segurança.

Esta referência dos usuários sobre a percepção de inovações em processos de saúde é coincidente com os achados no estudo anterior desenvolvido na dissertação de mestrado, onde trabalhadores e gestores implicados no “*Projeto ICSAP*” também referem que houve inovação na qualificação do cuidado pela implementação de novas práticas e da construção de rede com garantia da continuidade do cuidado. Ainda que tenham inserções diferentes, com distintos graus de assimilação e interesses diversos, em ambos são reconhecidos movimentos de inovação social.

Por estes dois pontos de vista e tomando a APS como referência, o “*Projeto ICSAP*” tem movimentos de grande aproximação com aqueles apontados pelas diretrizes do MS que se pautam pela integralidade do cuidado, assim como, ao tomá-lo como uma tecnologia aplicada, aborda aspectos prioritários da agenda nacional de C&T e inovação em saúde.

Quanto ao hospital, fica mantida e reforçada a visão hegemônica de local onde se concentra a alta tecnologia e capacidade técnica, não havendo percepção de mudanças no seu modo de organizar e ofertar suas ações. Ressalte-se, contudo, que os relatos não traziam experiências de reinternações ou de buscas recorrentes por atendimentos no pronto socorro hospitalar, o que dificulta parâmetros de comparação para a constatação de mudanças.

Mas é um hospital compreendido como não homogêneo, sendo reconhecidas diferenças entre suas distintas unidades. Quando se referem às enfermarias de internação ou ao ambulatório, estas unidades são caracterizadas por sua resolutividade, contudo quando se referem ao pronto socorro a avaliação é oposta. Ainda que sejam admitidas as dificuldades para a implementação de transformação das tradicionais práticas hospitalares, mantém-se a dúvida sobre as razões que motivam esta diferença e se alguma delas vai sobrepor à outra, ainda que reconhecidas as diferenças de organização e perfil de seus usuários.

Outro achado em relação ao hospital, que desempenha papel fundamental neste processo, é o fato de que não vem promovendo uniformemente a prática de integração com as UBS para a devida continuidade do cuidado, reforçando por vezes o modelo hospitalocêntrico, de subvalorização da UBS, marcadamente em oposição ao que preconiza o “*Projeto*” do qual é participante.

Especificamente sobre o “*Projeto ICSAP*”, tal como é denominado, este é invisível aos olhos dos usuários, ainda que seus efeitos sejam percebidos e apareçam de diferentes formas nas suas falas. Mas aqui se revela outra questão: tal como ele é invisível para os usuários, os usuários são invisíveis aos seus espaços institucionais de formulação e avaliação.

Retornando ao estudo apresentado na dissertação, os gestores e trabalhadores destacam a sensação de pertencimento e de que a diversidade e complementaridade de conhecimento e potência das pessoas envolvidas, associado a espaços de construção

coletiva, foram fatores importantes para viabilizar as transformações pretendidas e a própria continuidade do projeto. Ainda que retrate um importante e significativo resultado, isto não se expressou na respectiva inclusão dos usuários!

Ao não serem incluídos, agrava-se o risco de falha na comunicação e a dificuldade para efetivação da participação dos usuários, enfraquecendo o processo de co-gestão do “*Projeto*” e, com isto, ficam comprometidos os movimentos de constituição/produção deste coletivo e de seus sujeitos.

Sim, mas há aproximações em relação à apropriação social, pois as falas demonstram a percepção de valor de uso e de seus efeitos, ainda que não tenham participado e ou influenciado diretamente, ou que não lhes tenham sido oferecidos espaços para que isto ocorresse. A percepção de seus efeitos, em certa gradação, significa uma verificação sobre seu alcance.

Extrapolando esta situação, ao considerar a participação destes usuários junto a outras instâncias destinadas a discussão, organização e avaliação do sistema de saúde, esta situação se repete. É fato que os usuários aqui representados não se colocam como atores políticos na arena de disputas deste campo e não expressam movimento para sair da situação preferindo delegar esta função especialmente aos assim chamados “políticos”.

Mas também é fato que estes “políticos” não são citados como agentes proponentes de alternativas para mudanças desta prática, deixando a participação e o controle popular mais na esfera técnico-burocrata, no campo do discurso e na expressão das diretrizes do SUS. A ampliação da participação da sociedade nas políticas públicas ainda é uma inovação social necessária.

Mas não é fato que as condições vivenciadas por um e outro são simétricas. Ainda que a situação retrate uma relação de dupla via, de co-responsabilidade, certamente as inserções dos diferentes atores sociais são de proporções desiguais. É inegável a força do modelo hegemônico, da situação de colonização, na qual a maioria da população está submetida e em especial os usuários aqui representados, cuja condição socioeconômica os coloca em maior vulnerabilidade e dependência do Estado.

Ouvir a voz dos usuários nos esclarece boa parte das dimensões e elementos que conformam esta relação, ao mesmo tempo em que deixa a certeza de que ainda há

desafios e muito por avançar neste campo. E, tanto nos estudos CTS como no referencial Paidéia, vimos (e “ouvimos”) que temos perspectivas e formulações que iluminam este caminho.

Acredito que o aqui apresentado, pela descrição e pelos elementos de sua análise, traz subsídios que podem se desdobrar em reflexões junto a outros atores e em outros territórios. Desdobrar-se em rodas, em elementos para a provocação e constituição de sujeitos e de coletivos, em inovações e apropriação social.

É meu compromisso científico e ético-político com o “*Projeto ICSAP*”, com o SUS e, portanto, com a sociedade, contribuir para que isto aconteça.

REFERÊNCIAS

- ACIOLE, G.V. **A saúde no Brasil, cartografias do público e do privado**. Campinas: Sindimed, Hucitec; 2006.
- ALFRADIQUE, M.E. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(6): 1337-1349, 2009.
- AULER, D. Enfoque ciência-tecnologia-sociedade: pressupostos para o contexto brasileiro. **Ciência & Ensino**, 1(número especial):1-20, 2007.
- AULER, D. Articulação entre pressupostos do educador Paulo Freire e do movimento CTS: Novos Caminhos Para a Educação em Ciências. **Contexto & Educação**, 22 (77):167-188, 2007a.
- AULER, D; DELIZOICOV, D. Investigação de temas CTS no contexto do pensamento latino-americano. **Linhas Críticas**, Brasília, 21(45):275-296, 2015.
- AVELINO, C.C.V.; GOYATÁ, S.L.T.; NOGUEIRA, D.A.; RODRIGUES, L.B.B.; SIQUEIRA, S.M.S. Qualidade da atenção primária à saúde: uma análise segundo as internações evitáveis em um município de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(4):1285-1293, 2015.
- AYRES, J.R.C.M. Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o cuidado: hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p.127-144.
- AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface**, Botucatu, 8(14):73-92, 2004.
- BAHIA, L. A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificação. In: SANTOS, N.R.S., AMARANTE, P.D.C. (Organizadores). **Gestão pública e relação público privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 115-128.
- BAIARDI, A. O apoio à pesquisa: uma visão histórica e as especificidades das ciências agrárias. In: SANTOS, L.W.; ICHIKAWA, E.Y.; SENDIN, P.V.; CARGANO, D.F. (Org.). **Ciência, tecnologia e sociedade: o desafio da integração**. Londrina: IAPAR, 2004. p. 155-194.
- BAPTISTA, T.W.F.; MACHADO, C.V.; LIMA, L.D. State responsibility and right to health in Brazil: a balance of the Branches' actions. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3):829-839, 2009.
- BARBOSA, H. Comunicação pública digital em ciência e tecnologia. In: HAYASHI, M.C.P.I.; SOUSA, C.M.; ROTHBERG, D. (org.). **Apropriação social da ciência e da tecnologia: contribuições para uma agenda**. Campina Grande, PB: EDUEPB, 2011. p. 155-190.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARRETO, J.O.M.; NERY, I.S.; COSTA, M.S.C. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 28(3):515-526, 2012.

BATISTA, P.S.S. A valorização da espiritualidade nas práticas de educação popular em saúde desenvolvidas na atenção básica. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, 4(3):94-102, 2010.

BATISTA, S.R.R.; JARDIM, P.C.B.V.; SOUSA, A.L.L.; SALGADO, C.M. Hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em municípios goianos. **Rev. Saúde Pública**, 46(1):34-42, 2012.

BAZZO, W.A.; LINSINGEN, I.; PEREIRA, L.T.V. (orgs). **Introdução aos estudos CTS: ciência, tecnologia e sociedade**. Madrid: OEI, 2003.

BEHRING, E.R. **Brasil em contra reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.

BEHRING, E.R.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2006. (Biblioteca básica de serviço social; v.2).

BLOOR, D. **Conhecimento e imaginário social**. São Paulo: Edunesp, 2009.

BILLINGS J, ZEITEL L, LUKOMNIK J, CAREY TS, BLANK AE, NEWMAN L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. **Health Aff (Millwood)**, 12:162-73, 1993.

BIRMAN, J. A Physis da Saúde Coletiva. **Physis**, Rio de Janeiro, 1(1):7-11, 1991.

BITTAR, M; FERREIRA Jr, A. Ciência e tecnologia: uma perspectiva histórico-filosófica. In: HAYASHI, M.C.P.I.; RIGOLIN, C.C.D.; KERBAUY, M.T.M. (org.) **Sociologia da ciência: contribuições ao campo CTS**. Campinas: Alínea, 2014. p.13-40.

BOING, A.F.; VICENZI, R.B.; MAGAJEWSKI, F.; BOING, A.C.; MORETTI-PIRES, R.O.; PERES, K.G., LINDNER, S.R.; PERES, M.A. Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 46(2):359-366, 2012.

BOURDIEU, P. O campo científico. In: ORTIZ, R. (org.). **A Sociologia de Pierre Bourdieu**. São Paulo: Ática, 1983. p.123-155.

BOURDIEU, P. **Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico**. São Paulo: Unesp, 2004.

BOURDIEU, P. **Para uma sociologia da ciência**. Lisboa: Edições 70, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução CIT n.33 de 26 de outubro de 2017. Institui os modelos de informação do Sumário de Alta e do Registro de Atendimento Clínico. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 dez. 2017. Seção 1.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília: CONASS, 2007. (Coleção Progestores – para entender a gestão do SUS, 8).

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, p. 18055, 20 set. 1990. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. Estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, p. 59, 13 jun. 2013. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde. **Anais da 1ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde – I CNCTS**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS 2.546, de 27 de outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, p.50, 28 out. 2011a, Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Política nacional de humanização da assistência hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série Pactos Pela Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política nacional de humanização**. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Anais da 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda de prioridades de pesquisa do Ministério da Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Política nacional de gestão de tecnologias em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Avaliação de tecnologias em saúde**: ferramentas para a gestão do SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS**: ParticipaSUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Anexo XXII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 02 de 28 de setembro de 2017 que dispõe sobre a consolidação das normas sobre as

políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, p. 129-141, 03 out. 2017. Seção 1 - Suplemento.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 dez. 2010. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Publica a lista brasileira de internações por condições sensíveis a atenção primária. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, p. 70-71, 18 abr. 2008. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 1.418** de 24 de julho de 2003. Dispõe sobre a criação do Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_1418_2003.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2017.

BRITO, R.M.; SANTOS, E.O.; BRAGA, G.B.; PRINTES, J.S.; CHAVES, R.M.T.; SILVA, W.L.A. A hermenêutica e o processo de construção do conhecimento. **Dialógica**, 1(3):1-12, 2007.

CAMARGO Jr., K.R. **Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMINAL HOMAR, J.; CASANOVA MATUTANO, C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. **Aten. Primária**, 31(1):61-65, 2003.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de informação e informática. **População por faixa etária e sexo das áreas de abrangência dos CS e Distritos de Saúde, 2000-2017** (Internet). Disponível em: <http://tabnet.campinas.sp.gov.br/dh?populacao/pop3.def>. Acesso em: 11 ago. 2018.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). **Oficina da atenção básica: relatório final**. Campinas, SP: 2009. Disponível em: <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/biblioteca/documentos/RelatorioOficinaAtencaoBasica_02022010.pdf>. Acesso em: 02 set. 2012.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). **Reorganização da atenção básica**. Campinas, SP: 2008. (mimeo).

CAMPOS, A.Z.; THEME-FILHA, M.M. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(5):845-855, 2012.

CAMPOS, G.W.S. SUS: o que e como fazer? **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):1707-1714, 2018.

CAMPOS, G.W.S. Entrevista. **Consensus**, 3(6):6-12, 2013.

CAMPOS, G.W.S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**, 15(5):2337-2344, 2010.

CAMPOS, G.W.S. Saúde, sociedade e o SUS: o imperativo do sujeito. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, 18(supl.2):24-34, 2009.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2007a.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal; considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO; R (org). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; 2007b. p. 229-266.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2007.

CAMPOS, G.W.S. **Os médicos e a política de saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 2006a.

CAMPOS, G.W.S. O público e o privado na saúde brasileira. **Le Monde Diplomatique Brasil**, 2(8):28, 2008. Disponível em: < <https://diplomatique.org.br/o-publico-e-o-privado-na-saude-brasileira/> >. Acesso em: 25 nov. 2018.

CAMPOS, G.W.S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface**, 9(17):389-406, 2005.

CAMPOS, G.W.S. Apoio Paideia e as políticas públicas. In: CAMPOS, G.W.S.; FIGUEIREDO, M.D.; OLIVEIRA, M.M. **O apoio Paideia e suas rodas**. São Paulo: Hucitec, 2017. p. 11-20.

CAMPOS, G.W.S.; AMARAL, M.A. Amplified clinic, democratic management and care networks as theoretical and pragmatic references to the hospital reform. **Ciênc. saúde coletiva**, 12(4):849-859, 2007.

CAMPOS, G.W.S.; CASTRO, C.P.; FERNADES, J.A.; ANÉAS, T.V. **Investigação sobre cogestão, apoio institucional e apoio matricial no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2017a.

CAMPOS, G.W.S.; FIGUEIREDO, M.D.; OLIVEIRA, M.M. **O apoio Paideia e suas rodas**. São Paulo: Hucitec, 2017.

CAMPOS, G.W.S.; PEREIRA JUNIOR, N. A atenção primária e o programa mais médicos do sistema único de saúde: conquistas e limites. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 21(9):2655-2663, 2016.

CAMPOS, G.W.S.; RATES, S.M.M. Segredos e impasses na gestão de um hospital público. **Rev Med Minas Gerais**; 18(4):279-283, 2008.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. 22. ed. São Paulo: Cultrix, 2001.

CARDOSO, C.S.; PÁDUA, C.M.; RODRIGUES-JÚNIOR, A.A.; GUIMARÃES, D.A.; CARVALHO, S.F.; VALENTIN, R.F.; ABRANTES, R.; OLIVEIRA, C.L. Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. **Rev. panam. salud pública**, 34(4):227-234, 2013.

CARDOSO, M.R.O.; FERLA, A.A.; OLIVEIRA, P.T.R.; NUNES, N.S. O mix público e privado no sistema de saúde brasileiro: coexistência em evidência. **Saúde em Redes**, 3(2):107-118, 2017.

CARVALHO, F.J.C.; SOUZA, F.E.R.; SICSU, J.; PAULA, L.F.R.; STUDART, R. **Economia monetária e financeira**: teoria e política. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

CARVALHO, G.I.; SANTOS, L. **Comentários à Lei Orgânica da Saúde Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.

CASTRO, A.L.B.; ANDRADE, C.L.T.; MACHADO, C.V.; LIMA, L.D. Condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por condições sensíveis à atenção primária em grandes municípios do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 31 (11):2353-2366, 2015.

CECCON, R.F.; MENEGHEL, S.N.; VIECILI, P.R.N. Internações por condições sensíveis à atenção primária e ampliação da Saúde da Família no Brasil: um estudo ecológico. **Rev. bras. epidemiol**, 17(4):968-977, 2014.

COELHO, I.B. **Os hospitais na reforma sanitária brasileira**. Campinas: Unicamp, 2013. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2013.

COELHO, J.S. Construindo a Participação Social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. **Saúde Soc.** São Paulo, 21(supl.1):138-51, 2012.

CORDEIRO, H.A.; CONILL E.M.; SANTOS, I.S.; BRESSAN, A.I. Por uma redução nas desigualdades em saúde no Brasil: qualidade e regulação num sistema com utilização combinada e desigual. In: SANTOS, N.R.S.; AMARANTE, P.D.C. (Organizadores). **Gestão pública e relação público privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 129-151.

COSTA, N.R. A proteção social no Brasil: universalismo e focalização nos governos FHC e Lula. **Ciênc. saúde coletiva**, 14(3):693-706, 2009.

CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

CUTCLIFFE, S.H. Ciencia, tecnologia y sociedade: um campo interdisciplinar. In: MEDINA, M.; SANMARTIN, J. (org.). **Ciencia, tecnología y sociedade: estúdios interdisciplinares em la universidad, em la educación y em la gestión pública**. Barcelona: Anthropos, 1990. p. 20-41.

DAGNINO, E. ¿Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando? In: MATO, D. (org.) **Políticas de ciudadanía y sociedade civil en tempos de globalización**. Caracas: Faces. Universidade Central de Venezuela, 2004. p. 95-110.

DAGNINO, R. Para uma nova política de ciência e tecnologia na América latina: contribuições a partir da experiência brasileira. In: KERBAUY, M.T.M.; ANDRADE, T.H.N.; HAYASHI, C.R.M. (org.). **Ciência, tecnologia e sociedade no Brasil**. Campinas: Alínea, 2012. p.51-66.

DAGNINO, R. As trajetórias dos estudos sobre Ciência, Tecnologia e Sociedade e da Política Científica e Tecnológica na Ibero-América. **Alexandria Revista de Educação em Ciência e Tecnologia**, 1(2):3-36, 2008.

DAGNINO, R; THOMAS, H.; DAVYT, A. El pensamiento en Ciencia, tecnología y sociedad en América Latina: una interpretación política de su trayectoria. **REDES**, 3 (7):13-51, 1996.

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. São Paulo: Artes, 1981.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artemed, 2006.

- DIAS, R.; SERAFIM, M. A política científica e tecnológica brasileira nos anos 2000 e a “agenda da empresa”: um novo rumo? In: MARINHO, M.G.S.M.C. *et al* (org). **Abordagens em ciência, tecnologia e sociedade**. Santo André: UFABC, 2014. p.141-164.
- DRAIBE, S.M. As políticas sociais e neoliberalismo. **Revista da USP**, 17:86-100, 1993.
- ELIAS, F.T.S. A importância da Avaliação de Tecnologias para o Sistema Único de Saúde. **BIS, Bol. Inst. Saúde**, São Paulo, 14(2):143-150, 2013.
- EIBENSCHULTZ, C. Estado y política sanitária: aproximación teórico-metodológica. In: FLEURY, S. (org.). **Estado y políticas sociales em America Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1992. p. 51-78.
- ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do Movimento Sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.
- FALEIROS, V.P. **O que é política social**. São Paulo: Brasiliense, 1991.
- FERREIRA, J.B.B.; BORGES, M.J.G.; SANTOS, L.L.; FORSTER, A.C. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 23(1):45-56, 2014.
- FERREIRA, M.; DIAS, B.M.; MISHIMA, S.M. Internações por condições sensíveis: possibilidade de avaliação na atenção básica. **Rev. Eletr. Enf.**, 14(4):760-70, 2012.
- FIGUEIREDO, M.D. **A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde**: apoio Paidéia e formação. Campinas: Unicamp, 2012. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2012.
- FIGUEIREDO, M.D.; CAMPOS G.W.S. Paideia support as a methodology for healthcare education processes. **Interface** (Botucatu), 18(Supl 1):931-943, 2014.
- FLEURY, S. **Democracia e inovação na gestão local da saúde**. Rio de Janeiro: Cebes/ Editora FIOCRUZ, 2014.
- FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 14(3):743-752, 2009.
- FLEURY, S.; OUVERNEY, A.M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L; ESCOREL, S; LOBATO, L.V.C; NORONHA, J. C; CARVALHO, A.I. (org). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23-64.
- FLICK, U. **Introdução a pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- FONTANELLA, B.J.B. *et al*. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(2):389-394, 2011.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.
- FURLAN, P. O agente comunitário de saúde e a prática na atenção básica: alguns apontamentos. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERREIRO, A.V.P. **Manual de práticas de atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Pulo: Hucitec, 2013. p.367-387.

GADELHA, C.A.G.; BRAGA, P.S.C. Saúde e inovação: dinâmica econômica e Estado de Bem-Estar Social no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 32(Sup 2): e00150115, 2016.

GADAMER, H.G. **Verdade e método**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

GIGANTE R.L.; OLIVEIRA J.M.; MALVEZZI E. As ICSAP - Internações por condições sensíveis à atenção primária como instrumento de Gestão da Clínica na implantação de rede pública de atenção à saúde em Campinas-SP. In: **Anais do Congresso Internacional de Qualidade em Serviços e Sistemas de Saúde QualiHosp**: 2013; São Paulo. p.382-389.

GOMES, M.H.A.; MARTIN, D.; SILVEIRA, C. Pertinent comments about the use of qualitative methodologies in the public health field. **Interface**, Botucatu, 18(50):469-77, 2014.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2012. p.79-108.

GUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S. **Avaliação de quarta geração**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2011.

GUERRIERO, I.C.Z; DALLARI, S.G. The need for adequate ethical guidelines for qualitative health research. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 13(2):303-311, 2008.

HAYASHI, M.C.P.I.; SOUSA, C.M.; ROTHBERG, D. (org.). **Apropriação social da ciência e da tecnologia: contribuições para uma agenda**. Campina Grande, PB: EDUEPB, 2011.

HAYASHI, M.C.P.I.; RIGOLIN, C.C.D.; ROTHBERG, D.; HAYASHI, C.R.M. Democracia digital, participação e disseminação do conhecimento. In: HAYASHI, M.C.P.I.; SOUSA, C.M.; ROTHBERG, D. (org.). **Apropriação social da ciência e da tecnologia: contribuições para uma agenda**. Campina Grande, PB: EDUEPB, 2011a. p. 191-218.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE divulga as estimativas populacionais dos municípios para 2018**. Disponível em: < <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/22374-ibge-divulga-as-estimativas-de-populacao-dos-municipios-para-2018> >. Acesso em: 22 dez. 2018.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contas–Satélite de Saúde no Brasil, 2010-2015**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: < <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/18915-conta-satelite-de-saude-release> > Acesso em: 15 dez. 2018.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Produto Interno Bruto dos Municípios 2010 – 2014**. Disponível em: < https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2014/default_xls.shtm >. Acesso em 22 dez. 2018.

INVERNIZZI, N.; FRAGA, L. Estado da arte na educação em ciência, tecnologia, sociedade e ambiente no Brasil. **Ciência & Ensino**, 1(número especial):1-3, 2007.

JUNQUEIRA, R.M.P.; DUARTE, E.C. Internações hospitalares por causas sensíveis à atenção primária no Distrito Federal, 2008. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 46(5): 761-768, 2012.

KLEBA, J.B. Tecnociência, assimetrias e retribuição: indagações sobre a bioprospecção farmacológica do conhecimento médico tradicional. HAYASHI, M.C.P.I.; SOUSA, C.M.; ROTHBERG, D. (org.). **Apropriação social da ciência e da tecnologia: contribuições para uma agenda**. Campina Grande, PB: EDUEPB, 2011. p. 107-154.

KREIMER, P. Estudios sociales de la ciencia y la tecnología en la America Latina: para que y para quién? **REDES**, 13(26):55-64, 2007.

KUHN, T.S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectivas, 2013.

KRÜGER, T.R. O desconhecimento da reforma sanitária e da legislação do SUS na prática do conselho de saúde. **Planejamento e políticas públicas**, 22:119-44, 2000.

LANGTON, J.M. Primary Care Performance Measurement and Reporting at a Regional Level: Could a Matrix Approach Provide Actionable Information for Policy Makers and Clinicians? **Healthcare Policy**, 12 (2):33-51, 2016.

LAVERGNE, M.R.; McGRIL, K. What, if anything, does amenable mortality tell us about regional health system performance? **Healthcare Policy**, 8(3):79-90, 2013.

LATOUR, B. **Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora**. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

LATOUR, B.; WOOLGAR, S. **A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

LAURELL, A.C. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: LAURELL, A.C. (org). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. 2.ed. São Paulo, SP: Cortez, 1997. p. 151-78.

LIMA, V.V.; PADILHA, R.Q. Ciência, tecnologias e inovações na gestão de serviços de saúde. In: Damázio, L.F.; Gonçalves, C.A. **Desafios da gestão estratégica em serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012. p. 191-216.

LIMBERGER, T. Transparência administrativa e novas tecnologias: o dever da publicidade, o direito de ser informado e o princípio democrático. **Revista de Direito Administrativo**, 245:248-63, 2007.

LINSINGEN, I. Perspectiva educacional CTS: aspectos de um campo em consolidação na América Latina. **Ciência & Ensino**, 1(espec.), 2007.

LÓPEZ CERESO, J.A. Ciencia, Tecnología y Sociedad: el estado de la cuestión en Europa y Estados Unidos. **Revista Iberoamericana de Educación**, Madrid, 18:41-68, 1998.

LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” anos 80. **Physis Rev Saúde Coletiva**, 1:77-96, 1991.

MALVEZZI, E.; SPIANDORELLO, F.M.; PINHO, K.L.R.; OGATA, M.N.; MACHADO, M.L.T.; HOFFMANN, W.A.M. O enfoque cts nos pós-graduação: um olhar para a região centro-oeste do brasil. **Interlogos**, 1(1):1-23, 2017.

MALVEZZI, E. **Internações por condições sensíveis à atenção primária como instrumento para implantação de rede de atenção à saúde no SUS**. São Paulo, SP: IEP/HSL, 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, Hospital Sírio-Libanês, 2014.

MALVEZZI, E. **Inovação e eficiência na gestão da saúde pública**. Campinas, SP: PUCCamp, 2010. Monografia (Bacharel em Ciências Econômicas), Faculdade de

Ciências Econômicas do Centro de Economia e Administração, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 2010.

MALVEZZI, E.; OLIVEIRA, J.M.; GIGANTE, R.L. ICSAP como dispositivo para efetivação de rede de atenção à saúde no município de Campinas-SP. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, 22(Supl.1):125, 2013.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas; 2011.

MARQUES, A.P.; MONTILLA, D.E.R.; ALMEIDA, W.S.; ANDRADE, C.L.T. Internação de idosos por condições sensíveis à atenção primária à saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 48(5):817-826, 2014.

MARQUES, I.C. Localizando o global e redistribuindo o local. In. **Anais do XIV Congresso Brasileiro de Sociologia**: 2009; Rio de Janeiro. p. 1-23. Disponível em: < http://www.sbsociologia.com.br/portal/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=231&Itemid=171 >. Acesso em: 17 dez. 2017.

MARTELETO, R.M. **Produção e apropriação social de conhecimentos**: uma leitura pela ótica informacional. Trabalho apresentado no X ENCONTRO ENANCIB, 25 a 28 de outubro de 2009, GT3, João Pessoa. Disponível em: < <http://enancib.ibict.br/index.php/enancib/xenancib/paper/viewFile/3215/2341> >. Acesso em: 30 dez. 2018.

MÉDICI, A.C. Financiamento e contenção de custos nas políticas de saúde: tendências atuais e perspectivas futuras. **Planej. Polít. Públicas**, 4:83-98, 1990.

MEDINA, M. La filosofía de la tecnocracia. In: MEDINA, M.; SANMARTIN, J. (org.). **Ciencia, tecnología y sociedad**: estudios interdisciplinarios en la universidad, em la educación y em la gestión pública. Barcelona: Anthropos, 1990. p. 153-167.

MENDES, D.C.V.R. Representação política e participação: reflexões sobre o déficit democrático. **Revista Katálysis**, 10(2):143-53, 2007a.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E.V. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007. (mimeo).

MENDONÇA, S.S.; ALBUQUERQUE, E.C. Perfil das internações por condições sensíveis à atenção primária em Pernambuco, 2008 a 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 23(3):463-474, 2014.

MENICUCCI, T.M.G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, 21(1):77-92, 2014.

MERTON, R.K. **Ensaio de sociologia da ciência**. São Paulo: Editora 34, 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução SES/MG nº 1093**, de 29 de dezembro de 2006. Estabelece condições que compõem o indicador Internações Sensíveis à Atenção Ambulatorial. Disponível em: < http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=7 >

45-resolucao-ses-n%C2%BA-1093-de-29-de-dezembro-de-2006-sesmg >. Acesso em: 24 jan. 2018.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo, SP: Hucitec, 2014.

MITCHAM, C. Em busca de uma nueva relación entre ciência, tecnologia y sociedade. In: MEDINA, M.; SANMARTIN, J. (org.). **Ciencia, tecnología y sociedade: estudos interdisciplinares em la universidad, em la educación y em la gestión pública**. Barcelona: Anthropos, 1990. p. 11-19.

MONTAÑO, C. **A natureza do serviço social: um ensaio sobre sua gênese, a especificidade e sua reprodução**. São Paulo: Cortez, 2007.

MORÉ, C.O.O. A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde: dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação. In: **Anais do 4º Congresso Ibero-Americano de Pesquisa Qualitativa**, v.3: Atas - Investigação Qualitativa nas Ciências Sociais: 2015, Aracaju. p. 126-131.

MORENO, A.B. *et al.* Internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial: algoritmo de captura em registro integrado de saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 17(2):409-416, 2009.

MOTTA, P.R. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. Rio de Janeiro: Record, 2003.

MURARO, C.F.; GIGANTE, L.P.; NEDEL, F.B.; CARVALHO, T.G.M.L.; DOMENECH, S.C.; GEVAERD, M.S. Estratégia saúde da família e as internações por condições sensíveis a atenção primária nos idosos. **Rev. baiana saúde pública**, 37(1):20-33, 2013.

NASCIMENTO, E.P.L.; CORREA, C.R.S.; NOZAWA, M.R. O Município de Campinas e a organização da Secretaria Municipal de Saúde. **Rev. fac. cienc. méd.**, 16(3):161-173, 2007.

NEDEL, F.B. *et al.* Características da atenção básica associadas ao risco por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiol. Serv. Saúde**, 19(1):61-75, 2010.

NETTO, J.P. Transformações societárias e serviço social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, 17(50):87-132, 1996.

NORTHWAY, R. A relevância da pesquisa participativa no desenvolvimento de pesquisas e práticas em enfermagem. **Nurse Researcher**, 7(4):40-52, 2000.

NOVY, A.; LEUBOLT, B. Participatory budgeting in Porto Alegre: social innovation and the dialectical relationship of State and civil ociety. **Urban Studies**, 42(11):2023-2036, 2005.

NUNES, J.A. **O que se entende por cultura científica nas sociedades baseadas no conhecimento?** Comunicação apresentada na Conferência “Prioridade à Cultura Científica”, Conselho dos Laboratórios Associados, 21 de junho de 2004, Coimbra, Pt. Disponível em: < http://www.cla.org.pt/docs/prici2_arriscado.pdf >. Acesso em: 30 dez. 2018.

- OLIVEIRA, C.L.; PINHEIRO, R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 15(5):2455-2464, 2010.
- OLIVEIRA, J.M.; MALVEZZI, E.; GIGANTE, R.L.; SOEIRO, E.; CAMPOS, G.W.S. Innovation in medical education: matrix support in residency programs. **Interface** (Botucatu), 22(64): 211-22, 2018.
- OLIVEIRA, R.R.; COSTA, J.R.; MATHIAS, T.A.F. Hospitalizações de menores de cinco anos por causas evitáveis. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 20(1):135-142, 2012.
- OMACHONU, V.K; EINSBRUCH, N.G. Innovation in Healthcare Delivery Systems: A Conceptual Framework. **The Innovation Journal: The public Sector Innovation Journal**. 15(1), Article2. 2010. Disponível em: < https://www.innovation.cc/scholarly-style/2010_15_1_2_omachonu_healthcare-delivery.pdf >. Acesso em: 23 dez. 2018.
- ONOCKO-CAMPOS, R. Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. **PHYSIS**, Rio de Janeiro, 21(4):1269-1286, 2011.
- PAIM, J.S.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**. Saúde no Brasil 1, 2011. Disponível em: < http://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf >. Acesso em: 01 jun. 2018.
- PAIM, J.S. Atenção a saúde no Brasil. In: PAIM, J.S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006. p.11-47.
- GARCÍA PALACIOS, E.M.; González Galbarte, J. C.; López Cerezo, J.A.; Luján, J.L.; Martín Gordillo, M.; Osorio, C.; Valdés C. **Ciencia, Tecnología y Sociedad: una aproximación conceptual**. Madrid: Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI), 2001.
- PANERAI, R.B.; PEÑA-MOHR, J.P. **Health technology assessment: methodologies for developing countries**. Washington D.C.: PAHO, 1989. Disponível em: < <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/HealthTechnologyAssessmentEng.pdf> >. Acesso em: 12 out. 2018.
- PASTORINI, A. Quem mexe os fios das políticas sociais? Avanços e limites da categoria “concessão-conquista”. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, 18(53):80-101, 1997.
- PASTORINI, A. As políticas sociais e o serviço social: instrumento de reversão ou manutenção das desigualdades? In: MONTAÑO, C. **A natureza do serviço social: um ensaio sobre sua gênese, a especificidade e sua reprodução**. São Paulo: Cortez, 2006. p. 69-92.
- PAZÓ, R.G.; FRAUCHES, D.O.; GALVÊAS, D.P.; STEFENONI, A.V.; Cavalcante E.L.B.; PEREIRA-SILVA, F.H. Internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo: estudo ecológico descritivo no período 2005-2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 21(2):275-282, 2012.
- PAZÓ, R.G.; FRAUCHES, D.O.; MOLINA, M.C.B.; CADE, N.V. Modelagem hierárquica de determinantes associados a internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(9):1891-1902, 2014.

PEDRINO, H.C. Ciência, tecnologia e inovação em saúde: apontamentos preliminares. In: MIOTELLO, V; HOFFMANN, W.A.M. (org.) **Perspectivas multidisciplinares em ciência, tecnologia e sociedade**. São Carlos: Pedro & João Editores, 2008. p. 165-181.

PEDRO, W.J.A.; SOUSA, C.M.; OGATA, M.N. Ciência, Tecnologia e Sociedade. In: Daniel Mill (org.). **Dicionário Crítico de Educação e Tecnologias e de Educação a Distância**. Campinas: Papirus, 2018. p.98-100.

PEGO, R.A.; ALMEIDA, C.M. Teoria y práctica de las reformas de los sistemas de salud: los casos de Brasil y Mexico. **Cad. Saúde Pública**, 4:971–89, 2002.

PEREIRA, F.J.R.; SILVA, C.C.; LIMA NETO, E.A. Condições sensíveis à atenção primária: uma revisão descritiva dos resultados da produção acadêmica brasileira. **Saúde Debate**. 38(especial):331-342, 2014.

PEREIRA, P.A.P. **Necessidades humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez, 2000.

PIANA, M.C. As políticas sociais no contexto brasileiro: natureza e desenvolvimento. In: PIANA, M.C. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional**. São Paulo: Editora UNESP, 2009. p. 20-56.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC; 2009.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs). **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; 2006.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.B. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004. p. 21-36.

POINCARÉ, H. **O valor da ciência**. Rio de Janeiro, Contraponto, 1995.

REHEM, T.C.M.S.B.; OLIVEIRA, M.R.F.; AMARAL, T.C.L.; CIOSAK, S.I.; EGRY, E.Y. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em uma metrópole brasileira. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, 47(4):884-890, 2013.

REHEM, T.C.M.S.B.; OLIVEIRA, M.R.F.; CIOSAK, S.I.; EGRY, E.Y. Registro das internações por condições sensíveis à atenção primária: validação do sistema de informação hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 21(5):[06 telas], 2013a.

RIPSA – Rede Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores e dados básicos para a saúde no Brasil** (IDB). Brasília: OPAS / Ministério da Saúde; 2014.

ROCHA, D.G.; AKERMAN, M. Determinação Social da Saúde e Promoção da Saúde: isto faz algum sentido para a Estratégia de Saúde da Família? Em que sentido podemos seguir? In: SOUZA, M.F.; FRANCO, M.S.; MENDONÇA, A.V.M. (Org.). **Saúde da família nos municípios brasileiros**: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro. Campinas: Saberes, 2014, p. 720-754.

RODRIGUES-BASTOS, R.M.A.; CAMPOS, E.M.S.; RIBEIRO, L.C.; BASTOS-FILHO, M.G.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M.T. Internações por condições sensíveis à atenção primária, Minas Gerais, 2000 e 2010. **Ver. Saúde Pública**, 48(6):958-967, 2014.

RODRIGUES-BASTOS, R.M.A.; CAMPOS, E.M.S.; RIBEIRO, L.C.; FIRMINO, R.U.R.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M.T. Internações por condições sensíveis à

atenção primária em município do sudeste do Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, 59(2):120-127, 2013.

SALES, C.M. **Possibilidades e limites de execução das ações de promoção da saúde nos moldes da educação popular em saúde na estratégia saúde da família.** 2009. 162f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília, 2009.

SALLUM JÚNIOR B. Crise, democratização e liberalização no Brasil. In: SALLUM JUNIOR, B. **Brasil e Argentina hoje: política e economia.** São Paulo: Edusc, 2004. p. 47-77.

SANTOS, I.S.; UGA, M.A.D.; PORTO, S.M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, 13(5):1431-1440, 2008.

SANTOS, N.R. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 13(supl.2):2009-2018, 2008.

SANTOS, V.C.F.; KALSING, A.; RUIZ, E.N.F.; ROESE, A.; GERHARDT, T.E. Perfil das internações por doenças crônicas não-transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos da metade sul do RS. **Ver. Gaúcha Enferm.**, 34(3):124-131, 2013.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado de Saúde. **Diretrizes para implementação da rede de cuidados em IST/HIV/AIDS:** Manual de gestão da rede e dos serviços de saúde. SES-SP, 2017. (Série: Diretrizes para Implementação da Rede de Cuidados em IST/HIV/AIDS).

SCHMIDT, M.I. DUNCAN, B.B.; SILVA, G.A.; MENEZES, A.M.; MONTEIRO, C.A.; BARRETO, S.M., *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet.** Saúde no Brasil 4, 2011. Disponível em: <http://www.idec.org.br/pdf/schmidtetal_lancet2011.pdf>. Acesso em: 01 set. 2014.

SCHRAMM, J.M.A. *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 9(4):897-908, 2004.

SCHWARTZMAN, S. Notas sobre o paradoxo da desigualdade no Brasil. 2001. Disponível em: <<http://www.schwartzman.org.br/simon/paradoxos.htm>>. Acesso em: 30 mai. 2018.

SILVA, A.S. **O envolvimento do público no processo de avaliação de tecnologias em saúde:** experiências mundiais e proposições para sua ampliação no Brasil. Rio de Janeiro, RJ: ENSP, 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2013.

SILVA, E.L. A construção do conhecimento científico: o processo, a atividade e a comunicação científica em um laboratório de pesquisa. **Perspect. cienc. inf.**, Belo Horizonte, 7(2):109-125, 2002.

SILVA, M.C.; OGATA, M.N.; PEDRO, W.J.A. A ciência e a tecnologia pelo olhar de gestores municipais de saúde e articuladores de saúde do idoso de uma região no interior do estado de São Paulo. **Rev. Tecnol. Soc.**, Curitiba, 13(28):37-54, 2017.

SILVA, R.R.D. Educação e tecnociência no Brasil contemporâneo: perspectivas investigativas aos estudos curriculares. **Revista Ensaio**, Belo Horizonte, 14(02):47-60, 2012.

- SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, 16(6):2753-2762, 2011.
- SOEIRO, E.; OLIVEIRA, J.M.; MALVEZZI, E.; GIGANTE, R.L. Tecnologia e inovação na gestão do cuidado: o apoio matricial na ampliação da clínica e formação de profissionais em saúde. In: CAMPOS, G.W.S.; CASTRO, C.P.; FERNADES, J.A.; ANÉAS, T.V. **Investigação sobre cogestão, apoio institucional e apoio matricial no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2017a. p.141-207.
- SOUSA, C.M.; BERBEL, D.B.; ROTHBERG, D.; HAYASHI, M.C.P.I. Transgênia e comunicação da ciência sob o olhar CTS. In: HAYASHI, M.C.P.I.; SOUSA, C.M.; ROTHBERG, D. (org.). **Apropriação social da ciência e da tecnologia**: contribuições para uma agenda. Campina Grande, PB: EDUEPB, 2011. p. 15-40.
- SOUZA, C. Federalismo e descentralização na Constituição de 1988: processo decisório, conflitos e alianças. **Rev. Ciências Sociais**, 44(3):513-560, 2001.
- SOUZA, L.E.P.F. O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. **Ciênc. saúde coletiva**, 14(3):911-918, 2009
- STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília, DF: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.
- STRAUSS, A.L.; CORBIN, J. **Basics of qualitative research**. London: SAGE, 1998.
- TAQUETTE, S.R.; MINAYO, M.C.S.; RODRIGUES, A.O. Percepção de pesquisadores médicos sobre metodologias qualitativas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 31(4):722-732, 2015.
- TASCA, R. Inovação na gestão dos sistemas de saúde. In: OPAS. **Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde**: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. Brasília: OPAS, 2011. p. 9-19.
- TEZANOS TORTAJADA, J.F. La evolución de la ciencia y tecnología. In: TEZANOS TORTAJADA, J.F.; LÓPEZ PELAEZ, A. (org.) **Ciencia, tecnología y sociedad**. Madrid: Editora Sistema, 1997. p. 41-56.
- TEZANOS TORTAJADA, J.F. Impactos y consecuencias de las nuevas tecnologías. In: TEZANOS TORTAJADA, J.F.; LÓPEZ PELAEZ, A. (org.) **Ciencia, tecnología y sociedad**. Madrid: Editora Sistema, 1997a. p. 136-151.
- THOMAS, H. Los estudios sociales de la tecnología en América Latina. **Íconos - Revista de ciencias sociales**, (37):35-53, 2010.
- TRINDADE, E. A incorporação de novas tecnologias nos serviços de saúde: o desafio da análise dos fatores em jogo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(5):951-964, 2008.
- TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 39(3):507-514, 2005.
- VACCAREZZA, L.S. Ciencia, Tecnología y Sociedad: el estado de la cuestión en América Latina. **Revista Iberoamericana de Educación**, Madrid, 18:13-40, 1998.

VALOIS, E.C.; RAMOS, M.G.; RODRIGUES, N.S.S.; ESTEVÃO, S.N.M. Comunicação científica e usuários: elementos de discussão. **Ci. Inf.**, Brasília, 18(1): 28-34, 1989.

VIEIRA, E. **Os direitos e a política social**. São Paulo: Cortez, 2007.

VILLALOBOS, V.S. **Pobreza e política social**. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2000. (Cadernos Adenauer 1).

WHO - World Health Organization. **World health statistics 2010**. Disponível em: <<http://www.who.int/whosis/whostat/2010/en/index.html>>. Acesso em: 13 out. 2017.

WHO - World Health Organization. **Health promotion glossary**. Genebra, 1998. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>>. Acesso em: 30 mai. 2018.

WILLIAMS, I.; SILVA, D.; HAM, C. **Promoting and embedding innovation: learning from experience**. Health Services Management Centre/East Midlands Strategic Health Authority, 2009. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/d237/0949e1edcdab86b7e6556f6ebffe51ab5a7a.pdf>>. Acesso em 12 set. 2018.

WITZEL, A. The problem-centered interview. **Forum Qualitative Social Research**, 1(1):art22, 2000. Disponível em: <<http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2521>>. Acesso em: 15 oct. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Ficha de Caracterização dos Artigos

	Primeiro Autor	Vínculo do Autor	Título	Tipo de Estudo	Abrangência	Ano de publicação	Periódico	Qualis	
Lilacs	1	Castro, ANB	Universidade	Condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por condições sensíveis à atenção primária em grandes municípios do Brasil.	Quantitativo	Nacional	2014	Cad. Saúde Pública	A2
	2	Rodrigues-Bastos, RM	Universidade	Internações por condições sensíveis à atenção primária, Minas Gerais, 2000 e 2010.	Quantitativo	Estadual	2014	Rev. Saúde Pública	A2
	3	Mendonça, SS	Universidade	Perfil das internações por condições sensíveis à atenção primária em Pernambuco, 2008 a 2012.	Quantitativo	Estadual	2014	Epidemiol. Serv. Saúde	B2
	4	Marques, AP	Serviço	Internação de idosos por condições sensíveis à atenção primária à saúde	Quantitativo	Estadual	2014	Rev. Saúde Pública	A2
	5	Pazó, RG	Universidade	Modelagem hierárquica de determinantes associados a internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil.	Quantitativo	Estadual	2014	Cad. Saúde Pública	A2
	6	Ferreira, JBB	Universidade	Internações por condições sensíveis à atenção primária em uma região de saúde paulista	Quantitativo	Região de Saúde	2014	Epidemiol. Serv. Saúde	B2
	7	Cardoso, CS	Universidade	Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde	Quantitativo	Municipal	2013	Rev. Panam. Salud Publica	A2
	8	Rehem, TCMSB	Universidade	Internações por condições sensíveis à atenção primária em uma metrópole brasileira	Quantitativo	Municipal	2013	Rev. Esc. Enferm USP	B2
	9	Santos, VCF	Universidade	Perfil das internações por doenças crônicas não-transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos da metade sul do RS	Quantitativo	Estadual	2013	Rev. Gaucha Enfermagem	B2
	10	Muraro, CF	Universidade	Estratégia saúde da família e as internações por condições sensíveis a atenção primária nos idosos	Quantitativo	Municipal	2013	Ver. Baiana de Saúde Pública	B3

Segue...

Apêndice 1 (continuação) - Ficha de Caracterização dos Artigos

		Primeiro Autor	Vínculo do Autor	Título	Tipo de Estudo	Abrangência	Ano de publicação	Periódico	Qualis
Lilacs	11	Ferreira, M	Universidade	Internações por condições sensíveis: possibilidades de avaliação na atenção básica	Quantitativo	Municipal	2012	Rev. Eletr. Enfermagem	B4
	12	Rehem, TCMSB	Universidade	Registro das internações por condições sensíveis à atenção primária: validação do sistema de informação hospitalar	Quantitativo	Hospital	2013	Rev. Latino-Am. Enfermagem	B2
	13	Rodrigues-Bastos, RM	Universidade	Internações por condições sensíveis à atenção primária em município do sudeste do Brasil	Quantitativo	Municipal	2013	Rev. Assoc. Med. Bras.	B1
	14	Junqueira, RMP	Universidade	Internações hospitalares por causas sensíveis à atenção primária no Distrito Federal, 2008.	Quantitativo	Distrito Federal	2012	Rev. Saúde Pública	A2
	15	Pazó, RG	Serviço	Internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo: estudo ecológico descritivo no período 2005-2009	Quantitativo	Estadual	2012	Epidemiol. Serv. Saúde	B2
	16	Campos, AZ	Serviço	Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, 2000 a 2009.	Quantitativo	Municipal	2012	Cad. Saúde Pública	A2
	17	Boing, AF	Universidade	Redução das Internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009	Quantitativo	Nacional	2012	Rev. Saúde Pública	A2
	18	Barreto, JOM	Serviço	Estratégia saúde da família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil	Quantitativo	Estadual	2012	Cad. Saúde Pública	A2
	19	Batista, SRR	Universidade	Hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em municípios goianos	Quantitativo	Estadual	2012	Rev. Saúde Pública	A2
Scielo	20	Avelino, CCV	Universidade	Qualidade da atenção primária à saúde: uma análise segundo as internações evitáveis em um município de Minas Gerais, Brasil.	Quantitativo	Municipal	2015	Ciência & Saúde Coletiva	B1
	21	Ceccon, RF	Universidade	Internações por condições sensíveis à atenção primária e ampliação da Saúde da Família no Brasil: um estudo ecológico	Quantitativo	Nacional	2014	Rev Bras Epidemiol	B1
	22	Oliveira, RR	Universidade	Hospitalizações de menores de cinco anos por causas evitáveis	Quantitativo	Municipal	2012	Rev Latino Americana de Enfermagem	B2

Fonte: Arquivo do próprio autor.

APÊNDICE 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA TECNOLOGIA E SOCIEDADE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**(Resolução 466/2012 do CNS/MS)****CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO DISPOSITIVO DE GESTÃO DE CUIDADO: A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS**

O(A) Senhor(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “**Condições sensíveis à atenção primária como dispositivo de gestão de cuidado: a percepção dos usuários**”, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Márcia Niituma Ogata.

O objetivo deste estudo é analisar as mudanças na oferta e produção de cuidado nos serviços de saúde do Distrito de Saúde Sul de Campinas – SP a partir da percepção dos usuários incluídos no Projeto ICSAP (internações por condições sensíveis à atenção primária). O(A) senhor(a) foi selecionado(a) por ser usuário(a) do Sistema Único de Saúde, ter idade igual ou superior a 20 anos e ser residentes no território do Distrito de Saúde Sul de Campinas (SP). Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o(a) senhor(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento.

Sua participação se dará através de uma **entrevista individual** e em um **grupo de discussão** com outros participantes desta pesquisa, ambos realizados pelo próprio pesquisador. Um gravador de áudio será usado para garantir que todos os dados possam ser recuperados e analisados posteriormente, mas sua identidade será preservada na transcrição das gravações e na incorporação das informações na redação da tese.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

A participação nestas atividades não oferece risco imediato ao(a) senhor(a), porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas podem remeter à algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar à um leve cansaço após responder os questionários. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, o senhor (a) poderá optar pela suspensão imediata da entrevista.

O(A) senhor(a) não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo, porém caso haja despesa de transporte em decorrência de sua participação no grupo de discussão, esta será ressarcida pelo pesquisador.

Este trabalho poderá contribuir para a revisão do processo de trabalho das equipes de saúde e a inclusão dos usuários nos processos de avaliação, formulação de propostas e decisão na organização do sistema local de saúde.

O(A) senhor(a) receberá uma cópia deste termo, no qual consta o telefone e o endereço do pesquisador responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisador Responsável: **Edson Malvezzi** _____

Aluno do Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade da Universidade Federal de São Carlos. (19)99669.8180. edsonmalvezzi@yahoo.com.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Local e data: _____

Nome do sujeito da Pesquisa: _____

Número e tipo de documento de identificação _____

Assinatura do sujeito da pesquisa: _____

Em caso de dúvida sobre questões éticas desta pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Telefone de contato: (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

APÊNDICE 3 - Roteiro das Entrevistas

a. Pergunta inicial:

Você esteve recentemente internado no Hospital Municipal ou no Pronto Atendimento. Poderia me contar como foi à orientação que recebeu para dar seguimento ao seu “tratamento de saúde” no Centro de Saúde após sua alta?

b. Seguir de acordo com ênfase dada pelo entrevistado:

Poderia me dizer algo mais sobre:

- i. Como tem sido o seu acompanhamento aqui no Centro de Saúde após a alta do hospital ou no pronto atendimento?*
- ii. O que aconteceu/viu acontecer de diferente em relação às suas experiências anteriores? A que você atribui isso? Na sua experiência, é comum que isto ocorra?*
- iii. Isto tem atendido às suas necessidades para o cuidado de sua saúde?*

c. Sobre o Projeto ICSAP:

Você conhece o Projeto ICSAP? Sabe como ele funciona?

d. Sobre a participação nos processos de discussão e decisão a organização do sistema local de saúde:

Você sabe e/ou participa de discussões sobre este projeto ou de outras formas de avaliação ou organização dos serviços de saúde daqui da sua região ou da cidade? Como acha que deveria ser isso?

e. Pergunta de encerramento:

Conversamos sobre muitos assuntos interessantes. Há algo mais que você gostaria de dizer?

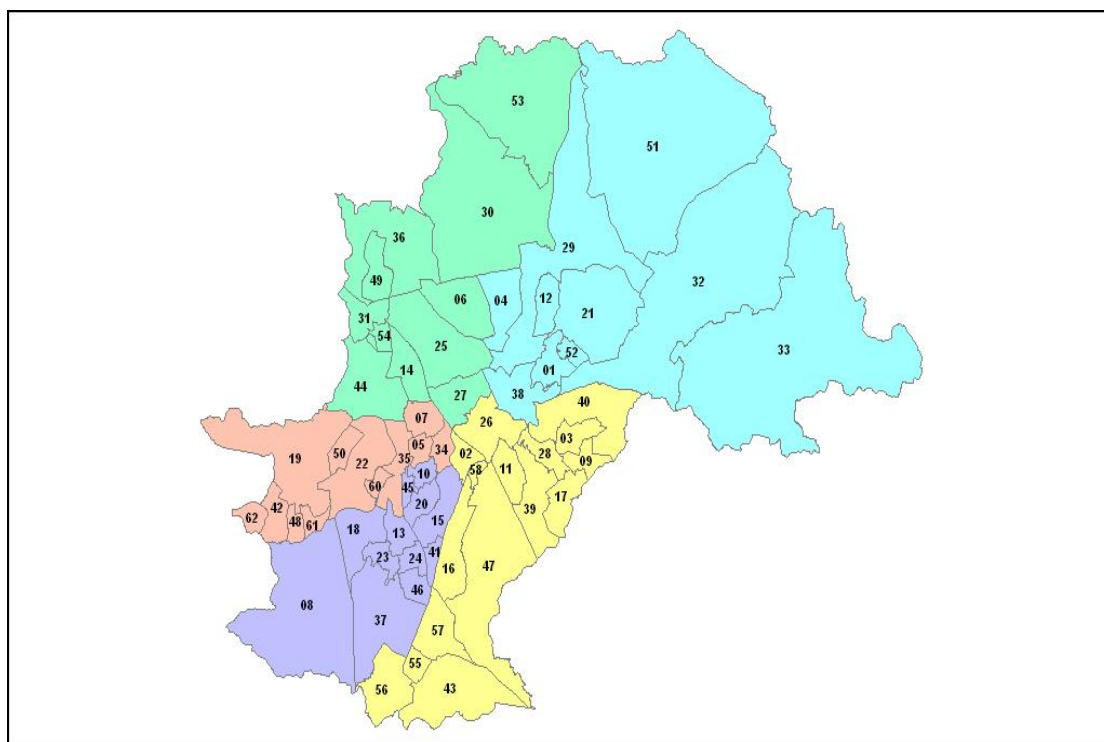
ANEXOS

ANEXO 1 - Unidades de Saúde do SUS Campinas-SP

Tipo de Unidade	Quantidade
Unidade Básica de Saúde	64
Ambulatório de Especialidades Médicas	04
Centro de Referência	05
Centro de Atenção Psicossocial	14
Centro de Especialidades Odontológicas	02
Serviço de Atendimento e Internação Domiciliar	04
Unidade de Pronto Atendimento	03
Unidade de Pronto Socorro	04
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)	01
Hospital Municipal	02
Hospital Universitário conveniado	01
Hospital Filantrópico conveniado	01
Laboratório Municipal de Análises Clínicas	01
Farmácia de Manipulação	01
Academia da Saúde	01

Fonte: Sítio Institucional da Secretaria de Saúde de Campinas, 2018.

ANEXO 2 – Mapa de Campinas com áreas de cobertura de cada Unidade Básica de Saúde, distribuídas por Distrito de Saúde



Fonte: Sítio Institucional da Secretaria Municipal de Campinas, 2018.

Legenda:

Leste	Sul	Norte	Sudoeste	Noroeste
1 - Conceição	2 - Vila Rica	6 - Santa Mônica	8 - União dos Bairros	5 - Perseu
4 - Costa e Silva	3 - Orozimbo Maia	14 - Boa Vista	10 - Santa Lúcia	7 - Integração
12 - São Quirino	9 - Esmeraldina	25 - Eulina	13 - Aeroporto	19 - Valença
21 - 31 de março	11 - Figueira	27 - Aurélia	15 - Campos Elíseos (Tancredão)	22 - Florence
29 - Taquaral	16 - São José	30 - Barão Geraldo	18 - Vista Alegre	34 - Pedro Aquino (Balão)
32 - Sousas	17 - São Vicente	31 - Anchieta	20 - Capivari	35 - Ipaussurama
33 - Joaquim Egídio	26 - São Bernardo	36 - São Marcos	23 - Dic I	42 - Floresta
38 - Centro	28 - Santa Odila	44 - Sta. Bárbara	24 - Dic III	48 - Itajaí
51 - Carlos Gomes	39 - Vila Ipê	49 - Cássio Raposo	37 - São Cristóvão	50 - Rossin
52 - Boa Esperança	40 - Paranapanema	do Amaral	41 - Itatinga	59 - Santa Rosa
	43 - São Domingos	53 - Village	45 - V. União / CAIC	60 - Satélite Iris
	47 - Carvalho de Moura	54 - Rosália	46 - Santo Antônio	61 - Lisa
	55 - Campo Belo	63 - San Martin		62 - Campina Grande
	56 - Fernanda			
	57 - Nova América			
	58 - Oziel			
	64 - Jdim San Diego			

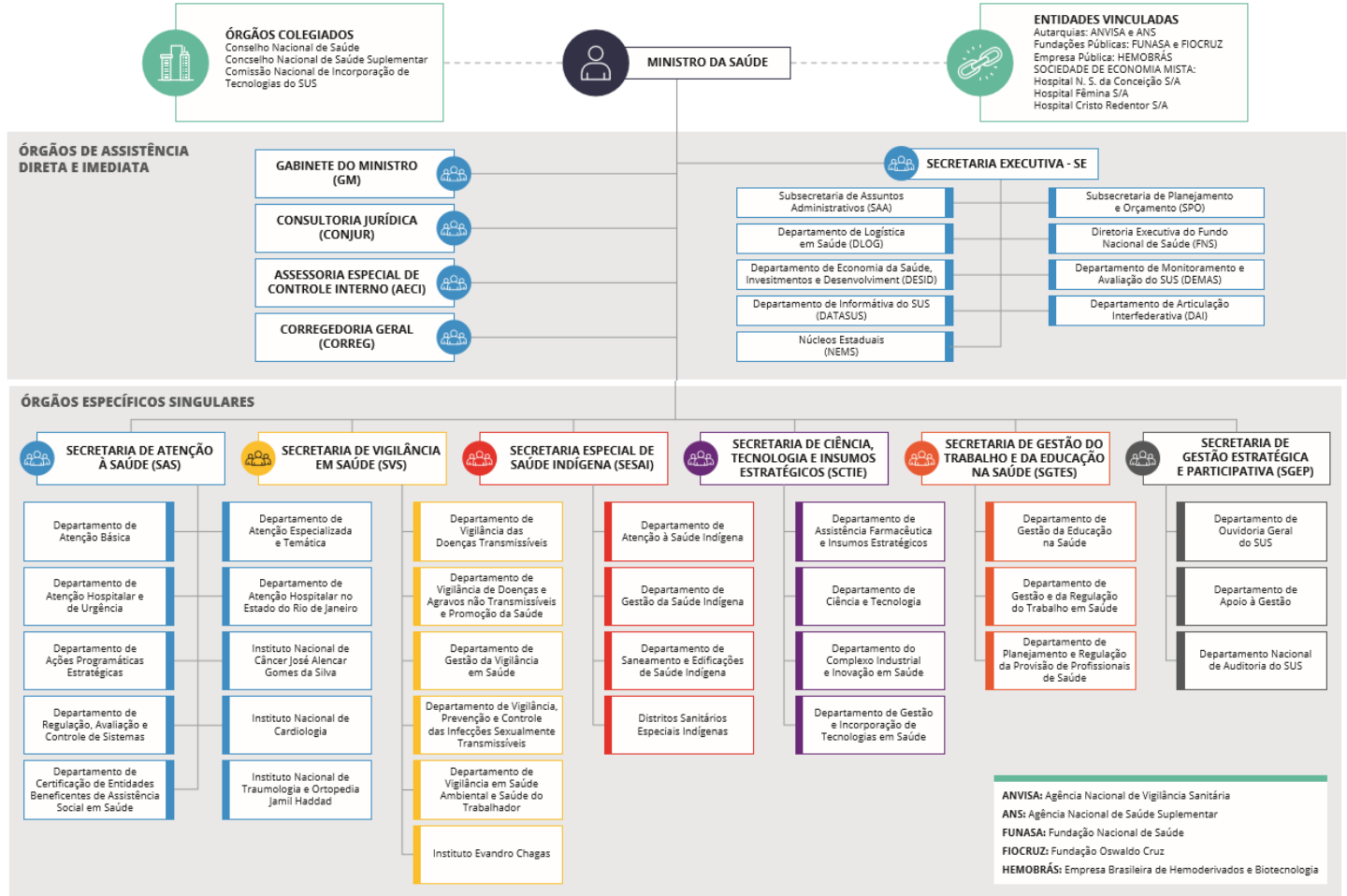
ANEXO 3 - Cronologia de um Fracasso: 1957 a 1968

BREVE CRONOLOGIA DE UM FRACASSO (GONZÁLEZ GARCIA, E OUTROS, 1996)	
1957	A União Soviética lança o Sputnik I, o primeiro satélite artificial ao redor da Terra. Causou uma convulsão social, política e educativa nos Estados Unidos e em outros países ocidentais.
	O reator nuclear de Windscale, na Inglaterra, sofre um grave acidente, criando uma nuvem radiativa que se desloca pela Europa Ocidental.
	Explode nos Montes Urais o depósito nuclear Kyshtym, contaminando uma grande extensão ao redor da antiga URSS.
1958	É criada a NASA, como uma das conseqüências do Sputnik. Mais tarde será criada a ESRQ (Organização de Pesquisa Espacial Européia), precursora da ESA (Agência Espacial Européia) como resposta do velho continente.
1959	Conferência Rede de C. P. Snow, onde se denuncia o abismo existente entre as culturas humanística e científico-técnica.
Anos 60	Desenvolvimento do movimento contra-cultural, onde a luta política contra o sistema vincula seus protestos com a tecnologia.
	Começa a desenvolver-se o movimento pró-tecnologia alternativa, onde se reclamam tecnologias amigáveis ao ser humano e se promove a luta contra o estado tecnocrático.
1961	A talidomida é proibida na Europa depois de causar mais de 2500 defeitos de nascimento. Muitos outros casos de malformação são constatados em países do terceiro mundo, e também no Brasil.
1962	Publicação de <i>Silent Spring</i> , por Rachel Carson. Denuncia, entre outras coisas, o impacto ambiental de pesticidas sintéticos como o DDT. É o detonador do movimento ecologista.
1963	Tratado de limitação de provas nucleares.
	Afunda o submarino nuclear <i>USS Thresher</i> , seguido pelo <i>USS Scorpion</i> (1968), assim como pelo menos três submarinos nucleares soviéticos (1970, 1983, 1986).
1966	Cai um B-52 com quatro bombas de hidrogênio perto de Palomares, Almería, contaminando uma ampla área com radioatividade.
	Movimento de oposição à proposta de criar um banco de dados nacional nos Estados Unidos, por parte de profissionais da informática, baseados em motivos éticos e políticos.
1967	O petroleiro Torry Canyon sofre um acidente e espalha uma grande quantidade de petróleo nas praias do sul da Inglaterra. A contaminação por petróleo converte-se, desde então, em algo comum em todo o mundo.
1968	O Papa Paulo VI torna pública a rejeição contra o controle artificial da natalidade em <i>Humanae vitae</i> .
	Graves revoltas nos Estados Unidos contra a guerra do Vietnã (que, no caso da participação norte-americana, incluiu sofisticados métodos bélicos como o uso do napalm).
	Em maio de 1968 na Europa e nos Estados Unidos acontecem protestos generalizados contra o sistema.

Fonte: Bazzo; Linsingen; Pereira, 2003, p.124.

ANEXO 4 - Organograma do Ministério da Saúde do Brasil

Ministério da Saúde - Estrutura Organizacional Básica - Decreto nº 8.901, DOU 11/11/2016



ANEXO 5 – Lista Brasileira de CSAP

LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	
Grupo	Diagnósticos
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis
2	Gastroenterites Infecciosas e complicações
3	Anemia
4	Deficiências Nutricionais
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta
6	Pneumonias bacterianas
7	Asma
8	Doenças pulmonares
9	Hipertensão
10	Angina
11	Insuficiência Cardíaca
12	Doenças Cerebrovasculares
13	Diabetes Mellitus
14	Epilepsias
15	Infecção no Rim e Trato Urinário
16	Infecção da pele e tecido subcutâneo
17	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos
18	Úlcera gastrointestinal
19	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto

Fonte: Portaria GM/MS nº 221, de 17 de abril de 2008.

ANEXO 6 - Quadro comparativo População X Cobertura AP X ICSAP nas Capitais Brasileiras e DF: 2008-2015 (Cidade de Campinas-SP como referencia)

DATASUS:INDICADORES DO ROL DE DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES 2015

% Int. cond. sensív. at. básica por Ano segundo Município + Cob equipes atenção básica por Ano segundo Município + População total por Ano segundo Município. Período: 2008-2015

Região	Município	Indicador	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
REF.	Campinas	ICSAP	25,06	25,53	24,94	22,96	24,02	23,45	23,78	25,44
		Cobert. AP	78,74	76,66	74,51	72,71	71,80	74,20	85,99	85,65
		População	1.056.644	1.064.669	1.080.113	1.090.386	1.098.630	1.144.862	1.154.617	1.164.098
NORTE	Manaus	ICSAP	22,84	31,22	29,54	32,31	35,43	33,37	35,94	36,30
		Cobert. AP	64,97	58,76	53,36	49,05	46,15	47,60	52,34	54,58
		População	1.709.010	1.738.641	1.802.014	1.832.424	1.861.838	1.982.177	2.020.301	2.057.711
	Belém	ICSAP	43,41	45,03	46,50	43,11	44,60	45,35	45,14	45,45
		Cobert. AP	51,90	50,41	43,47	41,31	38,11	45,12	45,52	44,05
		População	1.424.124	1.437.604	1.393.399	1.402.056	1.410.430	1.425.922	1.432.844	1.439.561
	Palmas	ICSAP	21,65	19,93	22,85	21,90	22,06	18,25	17,71	22,63
		Cobert. AP	60,27	75,27	76,81	63,99	62,60	74,52	82,20	85,55
		População	184.010	188.642	228.332	235.316	242.070	257.904	265.409	272.726
	Porto Velho	ICSAP	32,37	29,06	24,62	22,60	24,59	20,35	18,45	16,30
		Cobert. AP	61,42	76,74	70,66	61,49	57,61	57,49	61,95	61,95
		População	379.186	383.425	428.527	435.732	442.701	484.992	494.013	502.748
	Boa Vista	ICSAP	29,45	33,16	27,74	28,56	24,16	23,06	22,60	24,10
		Cobert. AP	100,00	72,87	63,59	41,54	56,65	33,36	67,64	72,86
		População	260.930	266.901	284.313	290.741	296.959	308.996	314.900	320.714
	Macapá	ICSAP	20,72	19,14	18,58	19,77	21,97	22,09	21,32	19,72
		Cobert. AP	70,15	79,66	81,06	69,54	74,86	62,95	83,94	75,49
		População	359.020	366.486	398.204	407.023	415.554	437.256	446.757	456.171
	Rio Branco	ICSAP	23,80	24,44	20,30	19,11	19,82	15,97	15,71	16,13
		Cobert. AP	61,39	57,26	50,47	48,99	75,52	83,82	91,66	91,35
		População	301.398	305.951	336.038	342.299	348.354	357.194	363.928	370.550

NORDESTE	Salvador	ICSAP	27,95	24,15	29,32	28,70	22,96	31,44	34,81	36,70
		Cobert. AP	27,95	24,15	29,32	28,70	22,96	31,44	34,81	36,70
		População	2.948.733	2.998.058	2.675.656	2.693.606	2.710.968	2.883.682	2.902.927	2.921.087
	Aracaju	ICSAP	26,64	23,50	25,90	23,14	24,59	20,94	18,02	20,71
		Cobert. AP	100,00	97,86	98,49	84,82	85,23	85,58	82,63	80,18
		População	536.785	544.039	571.149	579.563	587.701	614.577	623.766	632.744
	Maceió	ICSAP	25,40	22,67	22,41	20,75	21,18	22,68	22,38	20,69
		Cobert. AP	45,07	43,90	41,51	41,38	44,64	47,00	49,68	49,73
		População	924.143	936.313	932.748	943.110	953.393	996.733	1.005.319	1.013.773
	Recife	ICSAP	32,24	30,80	28,08	27,08	26,07	25,63	27,24	26,22
		Cobert. AP	57,12	54,77	55,93	58,17	55,51	55,69	58,37	56,53
		População	1.549.980	1.561.663	1.537.704	1.546.516	1.555.039	1.599.513	1.608.488	1.617.183
	João Pessoa	ICSAP	37,07	33,92	31,93	30,80	29,80	31,35	31,79	31,55
		Cobert. AP	85,79	86,01	86,61	79,16	80,91	82,01	88,42	86,40
		População	693.082	702.234	723.515	733.155	742.478	769.607	780.738	791.438
	Natal	ICSAP	29,75	30,65	29,74	28,31	26,03	23,49	22,27	24,94
		Cobert. AP	74,24	51,17	49,16	45,22	46,34	61,42	64,05	55,04
		População	798.065	806.203	803.739	810.780	817.590	853.928	862.044	869.954
	Fortaleza	ICSAP	33,11	35,27	33,60	31,95	32,12	33,32	31,42	37,35
		Cobert. AP	42,40	41,78	44,22	39,61	36,97	39,85	44,42	49,43
		População	2.473.614	2.505.554	2.452.185	2.476.589	2.500.194	2.551.806	2.571.896	2.591.188
Teresina	ICSAP	40,90	39,99	38,64	32,53	28,75	30,59	29,46	27,18	
	Cobert. AP	88,68	89,62	88,16	90,09	88,49	85,84	84,85	96,30	
	População	802.416	802.565	814.230	822.364	830.231	836.475	840.600	844.245	
São Luís	ICSAP	24,47	22,50	21,23	19,74	19,03	17,45	17,60	14,87	
	Cobert. AP	40,50	37,34	41,91	35,50	34,95	40,88	40,80	42,96	
	População	986.826	997.093	1.014.837	1.027.430	1.039.610	1.053.922	1.064.197	1.073.893	
CENTRO OESTE	Goiania	ICSAP	32,66	31,66	32,72	30,17	32,71	28,53	28,61	24,13
		Cobert. AP	86,90	88,57	100,00	68,46	55,03	55,47	57,50	53,05
		População	1.265.394	1.281.973	1.302.001	1.318.149	1.333.767	1.393.575	1.412.364	1.430.697
	Cuiabá	ICSAP	23,37	23,06	24,35	25,62	24,67	21,32	18,14	18,03
		Cobert. AP	48,13	57,17	59,87	55,43	52,44	51,79	52,41	52,99
		População	544.737	550.562	551.098	556.299	561.329	569.830	575.480	580.489
	Campo Grande	ICSAP	19,55	18,59	19,91	20,54	21,44	26,29	26,09	25,29
		Cobert. AP	55,16	55,33	54,42	50,20	56,84	56,71	61,37	54,20
		População	747.189	755.104	786.797	796.252	805.397	832.352	843.120	853.622

SUDESTE	São Paulo	ICSAP	25,20	24,73	24,12	24,77	24,03	24,02	23,95	23,47
		Cobert. AP	52,55	61,62	60,65	57,68	61,00	53,84	27,45	56,88
		População	10.990.249	11.037.590	11.253.503	11.316.119	11.376.685	11.821.873	11.895.893	11.967.825
	R de Janeiro	ICSAP	25,12	27,99	28,96	26,14	24,70	22,21	20,26	20,53
		Cobert. AP	20,88	22,41	28,28	38,98	48,62	46,39	50,67	51,21
		População	6.161.047	6.186.713	6.320.446	6.355.949	6.390.290	6.429.923	6.453.682	6.476.631
	B Horizonte	ICSAP	35,00	33,97	32,91	30,61	30,66	28,98	29,20	29,07
		Cobert. AP	83,07	84,52	83,79	90,04	87,28	86,87	94,16	93,66
		População	2.434.642	2.452.612	2.375.151	2.385.640	2.395.785	2.479.165	2.491.109	2.502.557
	Vitória	ICSAP	32,11	28,25	21,06	21,06	25,64	24,42	26,84	24,68
		Cobert. AP	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
		População	317.817	320.153	327.801	330.526	333.162	348.268	352.104	355.875
SUL	Curitiba	ICSAP	19,99	18,97	17,96	18,46	18,35	20,92	21,67	22,38
		Cobert. AP	54,28	53,53	51,64	54,42	59,17	59,90	60,59	58,68
		População	1.828.092	1.851.213	1.751.907	1.764.541	1.776.761	1.848.946	1.864.416	1.879.355
	Florianópolis	ICSAP	21,41	20,08	20,02	19,05	19,96	21,06	22,31	22,09
		Cobert. AP	100,00	97,33	97,96	96,52	90,57	89,34	96,50	100,00
		População	402.346	408.163	421.240	427.298	433.158	453.285	461.524	469.690
	Porto Alegre	ICSAP	27,50	29,76	30,83	31,39	31,79	31,69	31,94	32,88
		Cobert. AP	57,34	58,34	58,66	59,52	63,22	59,24	69,08	63,70
		População	1.430.220	1.436.124	1.409.351	1.413.094	1.416.714	1.467.816	1.472.482	1.476.867
DISTRITO FEDERAL	Brasília	ICSAP	30,87	29,17	29,87	28,82	30,36	29,25	27,88	27,33
		Cobert. AP	39,29	43,40	42,29	42,95	43,18	45,01	55,37	56,67
		População	2.557.158	2.606.884	2.570.160	2.609.998	2.648.532	2.789.761	2.852.372	2.914.830

Fonte: DATASUS: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201&id=30504980&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?pacto/2015/cnv/coapmun>

Nota Técnica:

- 1) **% Intern cond.sensív.at. básica.** Numerador do indicador: Número de internações por causas selecionadas sensíveis à atenção básica, por local de residência e ano de internação. Denominador do indicador: Total de internações clínicas, por local de residência e ano de internação. Dados de 2008 a 2015 atualizados até o processamento de janeiro/2016, com data de fechamento de 29/02/2016.
- 2) **Cob equipes atenção básica.** Numerador do indicador: Nº de equipes ESF. Denominador do indicador: População no mesmo local e período. Dados de 2008 a 2015 atualizados a partir do CNES da competência de novembro do ano correspondente e de do Relatório de Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família de dezembro do ano correspondente.
- 3) **População total residente.** Dados de 2008 a 2012 obtidos da página de Dados Demográficos do Datasus, sendo que 2010 são dados censitários e para os demais anos são estimativas

ANEXO 7 - Unidades Básicas de Saúde do Distrito de Saúde Sul de Campinas-SP
participantes do “Projeto ICSAP”

Instância	Nome do Serviço	Endereço
Distrito de Saúde Sul	Centro de Saúde Esmeraldina	Rua Vitor Meirelles, 275 CEP: 13046-545
	Centro de Saúde Orosimbo Maia	Rua Dr. Laerte de Moraes, 161 CEP: 13100-640
	Centro de Saúde Paranapanema	Rua Boaventura Lemos, 590 CEP 13100-215
	Centro de Saúde Faria Lima	Av. Pref. Faria Lima, 90 CEP: 13036-220
	Centro de Saúde Vila Rica	Rua Manganês, 126 CEP: 13050-521
	Centro de Saúde Figueira	Rua Jerônimo Tognolo, 77 CEP: 13040-245
	Centro de Saúde Vila Ipê	Rua Synira de Arruda Valente, 1.400 CEP: 13044-260
	Centro de Saúde Santa Odila	Rua Beato Marcelino Champagnat, 187 CEP: 13045-090
	Centro de Saúde São Vicente	Rua Antonio Francisco da Silva, 365 CEP: 13045-025
	Centro de Saúde São José	Av. José Carlos A. Galvão, 184 CEP: 13051-160
	Centro de Saúde Oziel / Monte Cristo	Av. Dois, 01; CEP: 13056-132 / Av. Carlos Stella Neto, 59; CEP: 13049-001
	Centro de Saúde Carvalho de Moura	Rua Celso Luglio, s/n CEP: 13051-496
	Centro de Saúde Nova América	R. Benedicto Aparecido Becker de Roza, 94 CEP: 13053-027
	Centro de Saúde São Domingos	Rua Juvenal de Oliveira, S/N CEP: 13053-316
	Centro de Saúde Campo Belo	Rua Milton Pereira de Castro, 255 CEP: 13053-131
Centro de Saúde Fernanda	Rua Victor Baranauskas Filho, 125. CEP: 13053-654	

Fonte: Sítio Institucional da Secretaria de Saúde de Campinas: <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude>.

ANEXO 8 - Autorização do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO DISPOSITIVO DE GESTÃO DE CUIDADO: A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS

Pesquisador: Edson Malvezzi

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52891715.6.0000.5504

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.415.678

Apresentação do Projeto:

O Projeto apresenta-se muito bem estruturado, constando todos os tópicos necessários.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos da pesquisa apresentam-se claros. O estudo tem como objetivo geral: "Analisar as mudanças na oferta e produção de cuidado nos serviços de saúde do Distrito de Saúde Sul de Campinas – SP a partir da percepção dos usuários incluídos no Projeto ICSAP (internações por condições sensíveis à atenção primária)".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto de pesquisa apresenta a descrição dos riscos e benefícios da pesquisa, presentes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa com relevância científica e social e respeita os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS 466/2012 e suas complementares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos necessários encontram-se em anexo.

Recomendações:

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR**



Continuação do Parecer: 1.415.678

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto de pesquisa apresenta-se claro e bem estruturado. Foram anexados todos os documentos necessários e estão sendo respeitados todos os preceitos éticos da Resolução 466/2012

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_622186.pdf	23/12/2015 09:09:16		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	EM_ProjetoPesquisa_UFSCar_CEP_06 nov.pdf	23/12/2015 09:07:10	Edson Malvezzi	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	23/12/2015 08:50:03	Edson Malvezzi	Aceito
Outros	EM_Roteiro_Entrevistas.pdf	23/12/2015 08:35:58	Edson Malvezzi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	23/12/2015 08:29:59	Edson Malvezzi	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	23/12/2015 08:25:03	Edson Malvezzi	Aceito
Outros	Autorizacao_SMSCampinas.jpg	23/12/2015 08:15:41	Edson Malvezzi	Aceito
Outros	Carta_Autorizacao_SMSCampinas.jpg	23/12/2015 08:13:47	Edson Malvezzi	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905
UF: SP **Município:** SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9683 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 1.415.678

SAO CARLOS, 19 de Fevereiro de 2016

Assinado por:
Ricardo Carneiro Borra
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905
UF: SP **Município:** SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9683 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br

*Produzimos a sociedade que nos produz.
Somos não só uma pequena parte de um todo social,
esse todo está no interior de nós próprios.*

Edgar Morin