

## Capítulo 17

# Ciência, tecnologia e inovação na atenção primária: subsídios ao debate

**Guilherme Arantes Mello**  
**Aylene Bousquat**  
**Marcelo Marcos Piva Demarzo**

O Programa de Saúde da Família (PSF) marca uma ruptura paradigmática da saúde público Brasil ao redefinir o papel e a centralidade da Atenção Primária (AP) no sistema de saúde. A assistência clínica, historicamente referida como “curativa” e voltada majoritariamente à população com vínculo previdenciário, firma-se enfim como componente orgânico deste nível de atenção, com um atraso de décadas em relação ao discurso sanitário (Mello & Viana, 2011; Mello & Viana, no prelo). O conceito ampliado de saúde nos moldes de Alma-Ata e ratificado constitucionalmente se aproxima de uma “integralidade” concreta. A decisão de reordenar o sistema por seu fluxo “natural”, isto é, assumindo a AP como elemento principal de acesso, continuidade e coordenação do cuidado, mostrou-se também importante para o amadurecimento da organização regional (Viana & Lima, 2011). A despeito desta centralidade, ainda é muito tímida a inserção sistemática da AP como objeto de preocupação no efervescente contexto de ciência, tecnologia e inovação em saúde (CTIS) no país.

Mas se o marca-passo brasileiro (Guimarães, 2005) dificultou ainda mais sua entrada na acirrada competitividade em setores como biotecnologia e na fabricação de insumos farmacêuticos ativos, este não parece ser exatamente o cenário internacional da AP. Isso porque, embora o páreo já esteja em curso, sua “descoberta” como cenário particular de CTIS encontra-se em franco momento de reelaboração. Como exemplo, tão próximo como em 2010 o Canadá reafirmou sua disposição no estamento mundial ao se declarar entre as principais lideranças internacionais em pesquisas de alta qualidade em AP até 2020 (CHIR, 2010). A questão é relativamente re-

cente, e retroage ao diagnóstico “abismal” sobre a sistêmica da saúde nos EUA ainda neste início de século, talvez a mais importante provocação sobre a necessidade de voltar o olhar da CTIS para a AP (CTIS/AP) (Institute of Medicine US, 2003).

Por certo não se há de subestimar as vantagens associadas ao histórico político-social que envolve as determinadas realidades de AP, mas, por sua vez, em CTIS nem sempre a mentalidade sedimentada concorre para a competitividade e inovação. A única certeza é que não há mais espaços para idealismos amadores. A seguir serão abordadas algumas questões que despontam como essenciais ao projeto brasileiro, ainda em grande parte imerso na fase de diagnóstico e elaboração das perguntas mais apropriadas.

### O problema das definições

Na literatura brasileira em saúde pública há um grave problema com nomes, conceitos e definições. Questão que os estudiosos da área se prontificariam a esclarecer quanto ao valor dos conceitos como experiências linguísticas dinâmicas na mesma proporção indicadoras e produtoras de transformações políticas e sociais (imbricando os fenômenos intelectuais com os políticos e sociais). Diriam que ao criar a possibilidade de atuação sobre a realidade concreta, “um conceito histórico é tão material quanto um processo produtivo” (Araujo, 2008). Aos propósitos deste ensaio, a própria dificuldade com conceito de AP é especialmente cara ao “processo produtivo” vislumbrado.

No Brasil, independente da expressão utilizada, seja “atenção básica”, seja “atenção primária à saúde” ou variantes destas, a AP delimita-se exclusivamente no universo da saúde comunitária derivativa de Alma-Ata (Mello, Fontanella e Demarzo, 2009), internacionalmente identificada como AP de orientação comunitária (Community-Oriented Primary Care [COPC]). Diversamente, o cenário internacional da AP pode ser representado didaticamente em dois planos de ampla interseção e basicamente invertidos em suas prioridades: de um lado, um universo político de bem-estar social em que a medicina clínica entra como componente (com progressiva importância no passar do tempo); e de outro lado a situação se inverte com um universo médico mais estrito no qual o bem-estar social é o componente acessório (também fundamental). Adaptação cultural, abordagem familiar, comunitária e epidemiológica, educação em saúde, promoção e prevenção, são conceitos que medeiam ambos em diferentes amplitudes.

O primeiro universo é mundialmente representado pela ideia de Centro de Saúde comunitário (CS) e historicamente construído para populações em risco e vulnerabilidade social (Mello & Viana, 2011). Acesso, equidade, intersetorialidade, responsabilidade com a comunidade e participação (e desenvolvimento) social são seus elementos centrais. Não sem razão, são estes e não a qualidade da assistência clínica os focos de um estudo sistemático sobre o tema na América Latina, que conclui que: “the majority of the population served by primary health care programs and policies with some degree of comprehensiveness were marginalized, vulnerable, excluded and/or indigenous” (Ramírez, Ruiz, Romero & Labonté, 2011). Provavelmente reveladora de um senso comum latino-americano sobre a ideia de AP — também representado no volume de referências ligadas à Opas —, metade dos trabalhos revisados não conceituam seu objeto de estudo, ao passo que os demais tendem a citar Alma-Ata (Ramírez, Ruiz, Romero & Labonté, 2011). Em países com maior equidade social, imigrantes, idosos, famílias disfuncionais, e pessoas com multimorbidade são exemplos de população de risco e vulnerabilidade social servida pelos CS.

A AP no plano médico mais estrito é facilmente identificada na literatura internacional sob este descritor, boa parte relacionada ao sistema privado dos EUA, mas também prevalente nos sistemas universais do Canadá e de países europeus — e desde a década de 1960 referida como atenção médica primária (White, Williams & Greenberg, 1961). O exemplo canadense parece bem ilustrativo. Duas características desse sistema devem ser relevadas em relação à realidade brasileira: a esfera federal define regras gerais ao passo que a organização final cabe às províncias; e o sistema, ao contrário de certo equívoco sobre seu caráter “público”, é amplamente baseado em gestão pública com gerenciamento privado. Em Québec um estudo sobre acessibilidade de 2009 mapeou cinco tipos principais de acesso em AP, quatro deles denominados “modelos profissionais” e um “modelo comunitário”. Este último é o único modelo público estatal e, apesar dos limitados indicadores, mantém-se diferenciado no debate reformista dada sua “missão”. Os modelos profissionais respondem por 90% do acesso em AP (Pineault, Levesque, Roberge, Hamel, Lamarche & Haggerty, 2009). No mesmo período outro estudo também revela cinco principais perfis de acesso na província de Ontário, com características diversas dos de Québec. O modelo dos CS é responsável por cerca de 9% do acesso e, como esperado, é defendido que eventuais reformas deveriam consi-

derar que esse perfil assistencial “appears to play an especially important role in Ontario for disadvantaged populations” (Glazier, Zagorski & Rainer, 2012).

O que se quer ressaltar com este exemplo é o fato de que a discussão da CTIS em AP deve ser direcionada ao universo da população do país e envolver as várias possibilidades de acesso em AP, e não somente ao comunitário, como tem sido o caso brasileiro. O ponto central no Brasil é que os consultórios médicos do setor privado, responsáveis pela porta de entrada de cerca de metade dos usuários em grandes cidades, não são considerados pertencentes à AP (é desnecessário entrar na discussão das especialidades neste momento). Em consequência, não somente o setor fica a par da produção científica neste campo, como virtualmente excluído de um projeto nacional de CTIS/AP.

Outras definições e conceitos devem ser bem trabalhados em prol da ressonância comum do debate da CTIS/AP. Alguns casos se deparam com os próprios desafios da intersetorialidade como, por exemplo, ocorre com a ideia de “região” e sua notável diferença conceitual entre as áreas da geografia e saúde. Em outros casos não há propriamente dificuldade conceitual, mas principalmente de difusão. É o que acontece com “inovação” em AP — e na realidade mesmo em grandes centros de pesquisa (Conde & Araújo-Jorge, 2003). Os casos mais problemáticos contudo são aqueles em que o próprio atributo norteador é amplamente estranho: centrais no debate internacional da CTIS/AP, os conceitos de “medical home” e “pesquisa translacional” são literalmente ainda dois estrangeiros entre nós.

### Competitividade do projeto brasileiro de CTIS/AP

Não cabe aqui reprisar o tema de Binsfeld (2001), mas valer de sua leitura sobre a posição do embaixador Rubens Barbosa (2005) a respeito da competitividade:

uma medida de eficácia que uma organização logra cumprir o seu propósito ou a sua missão, com êxito comparado a outras organizações com funções similares. Baseia-se na capacidade de satisfazer as necessidades e expectativas dos cidadãos ou clientes aos quais serve, de acordo com o fim específico para a qual se destina (p. 13).

Uma ideia eminentemente ligada à capacidade de inserção e influência relativa no cenário internacional — verdadeiro *locus* de competição —,

sustentando um desempenho superior ao da concorrência; e que quando relacionada à inovação é qualificada como “vantagem competitiva” (Binsfeld, 2011). O amadurecimento da interação público-privado é condição *sine qua non* neste debate. Sem entrar no mérito, é possível pensar em inovação em AP em todos os seus componentes, sejam produtos novos ou inovados, processos (produtivos, administrativos) ou serviços.

Para este exercício o PSF pode ser pensado propriamente como um produto global, vitrine que desloca o olhar para uma miríade de produtos interpostos. Embora este complexo produtivo ainda esteja pouco sistematizado, um cabedal de produtos tecnológicos já se apresenta: sistemas de informação e comunicação (sistemas de gerenciamento administrativo e de coordenação do cuidado, prontuários eletrônicos); processos (governança, gestão, consultoria, contratualização, formação); produção de conhecimento (pesquisas clínicas). Algumas possibilidades serão especificadas mais à frente.

Conforme exposto acima, a projeção internacional da AP brasileira embute dois cenários. O primeiro, relativo à capacidade de lidar com populações em risco e vulnerabilidade, considerando o conceito ampliado de saúde, necessidades de saúde, participação comunitária e desenvolvimento local/regional. Não resta dúvida sobre o acúmulo teórico e prático do PSF neste quesito e sua capacidade em lidar em escala e condições variadas, com impacto reconhecido nas condições de saúde nas populações atendidas. Entretanto, não é tão certo que seus processos e produtos, assim como a literatura técnica e científica correlata, tenham um grau de sistematização e qualidade superiores que os situem em posição internacional privilegiada — incluindo capacitação em consultorias externas. Num segundo cenário, muito embora haja uma preocupação de base espalhada com a possibilidade de catástrofes sociais, hipótese em que os modelos de saúde comunitários são especialmente bem-vindos, na atualidade é mais fácil pensar que os produtos sob a chancela PSF se adequem com mais propriedade a situações socioeconômicas desfavoráveis. Pelo menos como produto global é menos visível sua vantagem competitiva para realidades nas quais a “clientela” não pertença ao universo comunitário (como é o caso canadense com 90% dos usuários cingidos à AP médica).

### Modelos assistenciais integrados

O desenvolvimento de um modelo clínico integrado é a principal pauta norte-americana específica em inovação tecnológica da assistência médica em

AP, norteadas pelo conceito de *medical home*. A ideia surge apresentada pela Academia Americana de Pediatria no final dos anos 1960, preocupada com disponibilidade do prontuário médico necessária à coordenação e qualidade da assistência, em particular no cuidado continuado de crianças com necessidades especiais (Sia, Tonniges, Osterhus & Taba, 2004). As décadas seguintes viram cada vez mais o papel da AP defendido no cuidado integral (abrangente) — contínuo e coordenado — também de adultos, gerando novas propostas de modelos de cuidado crônicos. Associado à compreensão do cuidado centrado na pessoa, o conceito de *medical home* culminou por consolidar um ideal de modelo de cuidados pela Associação Americana de Médicos de Família, logo endossado pelo Colégio Americano de Médicos (Carrier, Gourevitch & Shah, 2009).

Sobre o ideal do *medical home*, depreende-se não muito mais do que um conceito “guarda-chuva” que facilita a reunião, integração e possibilidades de arranjos inovativos a partir de outros conceitos consagrados como acesso, continuidade, coordenação, abrangência, cuidado centrado no paciente com qualidade e segurança, além de interfaces transversais como tecnologia de informação. Tanto que é possível a avaliação de diferentes sistemas nacionais com base nos aspectos isolados, com vistas à comparação de desempenho (Schoen, Osborn, Doty, Bishop, Peugh & Murukutla, 2007).

Retornando ao debate original, o que interessa primordialmente desta exposição é melhorar a compreensão sobre a competitividade do pensamento e proposições brasileiras em organização de sistemas de serviços de cuidados em saúde no cenário de CTIS/AP que se estabelece internacionalmente. Não deve ser por acaso que o Brasil não figura entre os sete países da comparação citada, atenta a modelos de “alto-desempenho” que possam competir com a ideia de *medical home* (a saber: Austrália, Canadá, Alemanha, Holanda, Nova Zelândia, Reino Unido e EUA) (Schoen, Osborn, Doty, Bishop, Peugh & Murukutla, 2007). Deve ser encarada como clara sinalização que a AP brasileira ainda não se coloca especificamente neste páreo.

Em 2010, uma colaboração envolvendo aquelas três associações iniciais e a Associação Americana Osteopática resultou na publicação conjunta de princípios voltados para a educação médica para o novo modelo de “Patient Centered Medical Home” (PCMH) (AAFP, 2010). Em um exercício exploratório sobre as condições de atenção primária dos EUA em 2025, no aparentemente melhor dos cenários, “Primary Care That Works for All”, o modelo evolui para “Community Centered Health Home” (CCHH):

The resulting policies accelerated the evolution of PCMHs into CCHHs, which provide primary care to 85% of the population. This care is fully capitated in 2025. About 10% of the population receives fee-for-service (FFS) “concierge” care aimed at the very rich, who have insurance but pay additional fees for special services; 5% of the population remains uninsured in 2025 and gets primary care, if and when they get it, from emergency rooms and community health centers (CHCs) [ . . . ] [FFS] offers the newest health care innovations to the very rich. Often, these innovations are later adopted by the CCHH providers.

Um modelo que, embora mantenha o foco na assistência clínica, incorpora tecnologias e evidências do modelo comunitário (COPC) — o que leva a vislumbrar oportunidades de protagonismo brasileiro a partir da experiência do PSF.

### Pesquisa translacional

Não se duvida que a AP deva ser encarada como um campo próprio de pesquisas. Acesso, abrangência, coordenação, continuidade, impacto sobre internação por condições sensíveis, efetividade clínica e das ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, são exemplos mais evidentes de temas de pesquisa neste campo.

Mas apreendê-la apenas como objeto específico de pesquisa nos moldes tradicionais revela um olhar reducionista que as agências internacionais de fomento têm se esforçado em superar. Cada vez mais fica visível que orientações terapêuticas derivadas de estudos em ambientes e com pacientes controlados contrastam com uma realidade clínica que lida com o cotidiano dos serviços e de pessoas inseridas em forte contexto sociocultural; várias delas portadoras de multimorbidade crônica em lugar de patologias isoladas e em sua maioria atendidas na AP. Limites de validade externa de estudos clínicos que levam os protocolos clínicos a preferirem as prateleiras às mesas dos consultórios (Westfall, Mold & Fagnan, 2007; Berwick, 2008). Não há por que não pensar que questões complexas como monitoramento e avaliação, regulação e governança não padeçam de situação análoga.

Desvencilhando-se da visão linear de ciência e tecnologia, tão afeita à cultura de um sistema de *inputs* e *outputs* mediados por algoritmos e processos racionais que tanto foi alimentada nos anos 1970 (Chaves, 1972), o que se

posta como desafio ao século XXI é precisamente a “tradução” de ciência e tecnologia considerando sistemas complexos adaptativos — caso típico dos sistemas de serviços de saúde (Institute of Medicine US, 2003). Desafio que antes mesmo da dificultosa compreensão de como devem ser estruturadas as novas perguntas e desenhos de pesquisa, passa pelo diagnóstico e decisão política sobre o fomento estratégico do que ficou convencionalizado chamar de pesquisa translacional.

Dois maiores campos se apresentam, referidos como T1 e T2: um laboratorial interessado em novos diagnósticos, terapêuticas e prevenção de doenças, e seus primeiros testes em humanos; e outro relacionado à “tradução” dessas pesquisas em práticas clínicas e auxiliares nos processos de decisórios em saúde (Woolf, 2008). Como este autor salienta, o clássico estágio final de T1 é apenas o início de T2, que tem seu “laboratório” nos consultórios de AP e comunidade; e exige a complementação de competências singulares diversas de T1, numa abrangência disciplinar que transita pela epidemiologia, ciências da comunicação e comportamentais, políticas públicas, informática, entre tantas (Fixsen, Naoom, Blase, Friedman & Wallace, 2005). Uma terceira tradução (T3) lidaria mais especificamente com o “como” incorporar os resultados no cotidiano clínico (Westfall, Mold & Fagnan, 2007).

O tempo histórico desta corrida é de certa forma balizado pela decisão do National Institutes of Health (NIH), maior agência de fomento científico do planeta, em redefinir suas prioridades sobre a pesquisa translacional. Para tal em 2003 foi iniciado intensivo processo de consulta entre centenas de lideranças em vários segmentos para identificar necessidades de pesquisa, num arcabouço teórico denominado “NIH Roadmap for medical research”; diagnóstico sobre a necessidade de reestruturação da pesquisa naquele país. A integração de redes de pesquisa está na base desta reengenharia, incluindo a ambiciosa proposta de arrolar 50.000 profissionais da AP em pesquisas clínicas (Zerhouni, 2005).

Em esforço análogo ao norte-americano, também em 2003 foram disparadas iniciativas que redefiniram as bases da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde no Brasil. No ano seguinte é realizada a II Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação (Guimarães, Santos, Angulo Tuesta & Seruya, 2006), que de um lado consolida o papel do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde (Decit) no fomento estratégico de pesquisas, e de outro define uma Agenda Nacional de

Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS) (Brasil, 2011; Brasil, 2008). Mas, ao contrário da realidade d'além-mar, o maior desafio não era desconhecido: amadurecer o fomento estratégico em concomitância à tarefa de "recuperar o tempo perdido na atualização das políticas nacionais de C&T" (Guimarães, 2006).

Antes de tudo, é inegável o valor simbólico da II Conferência e ANPPS, uma ruptura paradigmática teleológica repleta de sentidos de democratização, equidade e estímulo científico. De fato, os anos seguintes testemunham o amadurecimento do volume e capacidade de fomento do Decit (embora não se configure propriamente em uma agência de fomento). A aposta na equidade e democratização levou à criação de Fundações de Apoio à Pesquisa (FAPs), estimulando parcerias e crescente contrapartida financeira dos estados. Tem seu exemplo mais claro na ampla participação nas definições da pauta dos editais dessa parceria — firmado como editais PPSUS e mais adiante também com as redes "Pronex" —, cuja submissão exige a presença de grupos de pesquisas locais. O amadurecimento da interação Decit/CNPq fica visível no caminhar desde os editais isolados iniciais à inserção em propostas de redes de pesquisa cada vez mais complexas: Pronex (Programa de Apoio a Núcleos de Excelência), Institutos do Milênio e INCTs (Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia).

Entretanto, coadunando o desafio de recuperar o tempo perdido, chama atenção a ainda baixa visibilidade da ideia de pesquisa translacional. Com tudo que representa, a ANPPS não deixa de manifestar uma estruturação um tanto burocrática de uma vastidão de temas e cenários, aparentemente pouco cônica da complexidade já então anunciada internacionalmente. A AP, no domínio da "atenção básica", tem sua presença também burocratizada nos termos do *status* alcançado como nível tecnológico do sistema de serviços de saúde. Em busca específica a questão ganha contornos mais favoráveis, embora mantenha notável imaturidade conceitual e quanto ao papel e possibilidades em CTIS/AP.

Parte desse caminho vem tentando ser consolidado pela Rede de Pesquisa em APS, organizada através de parceria principal entre o Ministério da Saúde (DAB) e Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco).<sup>1</sup> A clareza conceitual quanto ao sentido de "rede de pesquisa", assim como sua interface com a ANPPS e políticas de fomento não está evi-

<sup>1</sup> Disponível em <[www.rededespesquisaaps.org.br](http://www.rededespesquisaaps.org.br)>; acesso em 20-7-2012.

dente, de forma que a parceria deixa a impressão de se ressentir de uma agenda estratégica mais objetiva — o que também poderia ser afirmado como capacidade de traduzir sua rede de pesquisa em "pesquisas em rede".

### Perspectivas de CTIS/AP no Brasil

Um termo provisório não pode se furtar à provocação: qual a expectativa brasileira em CTIS e quais os prazos? Certamente uma provocação retórica com o intuito de despertar a plateia menos atenta sobre os problemas relacionados ao planejamento, espaço, tempo e implicações sociais da dependência tecnológica.

Uma questão subsidiária essencial diz respeito aos modelos idealizados: em que medida trabalhar com as perspectivas internacionais sem se tornar refém do direcionamento tecnológico sobre um "que fazer"; alimentando, testando e adaptando processos e ideologias envolvidas? Sérgio Arouca (2003, p. 211) já alertava para o problema, que deve servir antes à originalidade do que à paralisação:

A instância normativa do nível internacional se faz na composição de uma formação discursiva, que é prescritiva por excelência, na transformação do discurso em Parecer, que fala sobre um "que-fazer", sobre uma prática que existe antes no discurso do que no mundo concreto. Discurso que se afirma causal em relação à prática, pois que a antecede no mundo da consciência e a cria abstratamente no seu enunciado, na linha direta da ideologia criada após a "Grande Depressão" e reforçada no pós-guerra, de que a História precisa ser dirigida.

Note-se que o questionamento inicial refere-se precisamente à CTIS, pois, nessa altura, quer AP, quer pesquisa translacional, são interstícios apriorísticos cujo foco em uma provocação geral serviria apenas à reificação da visão linear de CTIS, de estratos artificiais da realidade e da representação dos sistemas mecânicos. Premissa indisposta que exige o amparo da rara mescla de erudição e sabedoria de Milton Santos (2006, p. 77) no enfrentamento da totalidade que se dispõe:

O todo somente pode ser conhecido através do conhecimento das partes e as partes somente podem ser conhecidas através do conhecimento do todo. Essas duas verdades são, porém, parciais. Para alcançar a ver-

dade total, é necessário reconhecer o movimento conjunto do todo e das partes, através do processo de totalização. O processo pelo qual o todo se torna um outro todo é um processo de desmanche, de fragmentação e de recomposição, um processo de análise e síntese ao mesmo tempo.

Conicionados ao exposto, e sem pretensões de exaustividade, seguem alguns subsídios aos diagnósticos e elaboração das questões mais apropriadas ao debate:

### Modelos de AP

Dado o reconhecimento da organicidade da AP na produção do conhecimento em saúde, as políticas setoriais devem considerar os pressupostos de CTIS envolvidos na conceituação deste campo. Significa também especificar mais claramente as características fundamentais e acessórias desejadas — que, por sua vez, não podem prescindir de algum parâmetro objetivo. O grupo de conceitos clássicos reunidos por Starfield (2002) serve com propriedade a alguns objetivos, sobretudo gerenciais, mas encontra limites óbvios ao ser considerado modelo científico universal distante de qualquer embate ideológico.

Mas neste instante o pressuposto mais global tem relação direta com a ideia de universalidade. Qual seja: delimitar a AP ao modelo comunitário de acesso pode implicar uma barreira de acesso de parcela da população? Em tese, não. Na prática os exemplos históricos tendem a esta confirmação (no geral os próprios sanitaristas ainda devem explicação sobre o motivo de não utilizar a AP comunitária para os seus). Dados da pesquisa nacional por amostra de domicílios (Pnad) de 2010 confirmam que próximo da metade das pessoas referem o posto/centro de saúde como serviço de uso regular (Viacava, 2010). Assim, parcela importante da sociedade tem — ou pelo menos percebe assim — sua porta de entrada assistencial em consultórios do setor privado que não se identificam com a definição ministerial de AP (Brasil, 2007); mas que de outra forma pertenceriam a este universo em outros países.

Portanto, uma vez que esta condição reflete também uma separação de estratos sociais, não é exatamente correto correlacionar CTIS/AP no país ao universo de usuários (certamente um ponto pouco claro nas publicações internacionais sobre o PSF). Por conseguinte, quando as avaliações confirmam que a AP é muito bem avaliada no país (Brasil, 2003; Ipea, 2011), não é possível inferir se a correlação inversa com escolaridade e utilização significa que aque-

les que não utilizam têm uma impressão errônea ou se as pessoas que utilizam apresentam maior vulnerabilidade, menos expectativas ou limites mais flexíveis de padrão de qualidade.

São três os caminhos — em alguma medida complementares — para que a CTIS/AP se relacione efetivamente ao conjunto da população, uma tarefa das mais desafiadoras seja para que lado se vire.

A primeira, manter a AP na esfera pública e estatal. Uma opção para a qual o modelo de “atenção básica”, delineado na linha comunitária, é insuficiente à universalidade real — embora considerado insustentável aos ideais liberais (Grant, 2012), o argumento aqui é que não se trata apenas de subfinanciamento, mas da própria composição assistencial e aptidão dos serviços, complementares antes do que concorrentes. Portanto seria preciso considerar a criação de novas portas de acesso na lógica de “atenção médica primária”. Uma real competitividade com o sistema suplementar que obrigaria o desenvolvimento de uma capacidade inédita de regulação, em parte já vivenciada na média e alta complexidade.

O segundo caminho contraria qualquer possibilidade histórica, no qual o setor privado de saúde brasileiro deve ser convidado complementar a universalidade de acesso na AP e contribuir com sua capacidade e flexibilização tecnológica. Uma preleção não poderia evitar a lembrança da capacidade adaptativa e inovativa que o país demonstrou em setores altamente competitivos, como o bancário, matriz energética e motores automotivos econômicos. Exemplos que devem arregimentar de imediato uma plêiade de contra-argumentos coerentes, mas que não devem anular a questão em foco: vantagem competitiva.

O terceiro caminho é “desconhecido” e teria que ver com uma completa reestruturação do pensamento em AP. Radicalizações são exercícios bem-vindos, como pensar a AP restrita aos sistemas de serviços de assistência biomédica, abrangente e integrada, mas legando o componente “promoção da saúde” para gestão de campos afins, como meio ambiente, educação ou cultura. O que pensar de uma AP sem médicos? O certo é que os ideais positivos da saúde não estão imunes às armadilhas das leituras de processos mais efetivos e mesmo inovadores do cuidado (Camargo, 2007).

Pensando em 2030, recente publicação da Fiocruz considera que em um cenário assistencial otimista “O Sistema Único de Saúde (SUS) terá ampla legitimidade social e a imensa maioria dos brasileiros — incluindo camadas médias urbanas — terá confiança nos serviços públicos de saúde ou mesmo

preferência por utilizá-los” (Fundação Oswaldo Cruz, 2012, p. 281). Um segundo volume deve ser mais específico quanto ao acesso “das camadas médias” (certamente mais volumosa), até o contrário mantido o ideal da AP comunitária dos CS.

Mas qualquer que seja a lógica, as dificuldades e conflitos de regulação do equilíbrio competitivo público/privado se verá agudizado. Do ponto de vista da CTIS, abdicar deste debate significa sustentar a incerteza sobre a “universalidade” dos resultados (certamente um problema de validade externa nos estudos); da visada da inovação, uma incoerência com o princípio da satisfação “das necessidades e expectativas dos cidadãos ou clientes aos quais serve” (ou seja, como vender esse peixe?).

O difícil equilíbrio público-privado em sistemas de saúde — que em outros termos também se traduz em mercado *vs.* necessidades de saúde — é uma realidade que continuamente confronta os sistemas universais de saúde, com particular reflexo no princípio de *accountability* (Maybin, 2011); muito embora permaneça a dúvida sobre o real entendimento dessa ideia entre nós (Campos, 1990; Pinho & Sacramento, 2009). É importante assinalar a questão, mas que necessita de espaço específico.

Por certo, a única certeza é que as práticas assistenciais oferecidas tanto nos CS como no setor privado já estão ultrapassadas do ponto de vista das tecnologias disponíveis. As próximas décadas deverão testemunhar mudanças radicais na prática clínica, e o país deve se preparar caso queira ser protagonista de suas próprias necessidades.

### Redes assistenciais integradas

Não sem razão, a Opas “considera a estratégia das redes de atenção coordenadas pela Atenção Primária à Saúde (APS) como princípio essencial para enfrentar o complexo cenário contemporâneo das necessidades de saúde e acabar com a fragmentação que enfraquece a maioria dos sistemas de saúde do mundo, incluindo o Brasil” (Fundação Oswaldo Cruz, 2012, p. 5).

Ao observar o “Brasil” e o “mundo”, a questão é remetida à discussão anterior, sobre a real universalidade de uma experiência de redes amparada exclusivamente no modelo de AP comunitária, como é o caso do SUS. Mas isso não quer dizer que não possa servir de um laboratório privilegiado no cenário internacional, pelo contrário. E é salutar que esta venha sendo uma prioridade das políticas de saúde (Brasil, 2010; Opas, 2011b).

O desenvolvimento de redes assistenciais do SUS tem a vantagem de usufruir da “natural” integração da assistência com a saúde pública. Insólita ao olhar dos profissionais da atenção básica brasileira, a realidade é que é este o grande calcanhar de aquiles da “atenção médica primária”. Em março de 2012 o Institute of Medicine (IOM) editou uma publicação sobre o problema nos EUA (Institute of Medicine US, 2012) — justamente uma das razões do prestígio da ideia de “medical home”. Em seguida foi a vez do *American Journal of Public Health* (vol. 102, n.º S3, 2012) editarem em conjunto com o *American Journal of Preventive Medicine* um suplemento sobre os desafios da integração entre AP e saúde pública nos EUA. Por inesperado que pareça, colaboração até agora também almejada no contexto canadense (Martin-Misener, Valaitis, Wong, MacDonald, Meagher-Stewart, Kaczorowski et al., 2012).

O que se põe em questão é: o que é que a experiência brasileira tem a oferecer de CTIS no campo da integração da saúde pública e AP? Qual a oferta sistematizada e de alto nível na produção acadêmica que se coloca à disposição do debate internacional? Nenhuma, a contar pela revisão sistemática dos canadenses (que encontram evidências sobre o Reino Unido, EUA, Canadá, Austrália, Nova Zelândia e Finlândia) (Martin-Misener, Valaitis, Wong, MacDonald, Meagher-Stewart, Kaczorowski et al., 2012).

Há experiências importantes em curso no país. Entre elas o QualiSUS-Rede talvez seja a mais ambiciosa. Uma experiência sobre a organização de redes regionalizadas de atenção à saúde em quinze regiões de diferentes características (Brasil, 2012). Facilitado pela natureza da relação entre assistência e saúde pública, a experiência brasileira se propõe ao enfrentamento tecnológico de uma realidade ainda mais complexa: governança e regionalização — que permite avançar ainda sobre o que vem sendo chamado de Federalismo Cooperativo. E ao impor a regulação da capacidade instalada regional, abre um leque de frentes em CTIS que se estende, por exemplo, pelas tecnologias de informação e comunicação, capacidade de contratualização e integração com outras propostas regionais relacionadas às necessidades de saúde (Viana & Lima, 2011). Essas experiências devem levar em conta que o desafio envolve tanto a capacidade de desenvolver e inovar tecnologias, como a capacidade de apresentá-las sistematizadas no plano teórico. Um ponto importante a ser observado refere-se à autonomia e flexibilidade das experiências brasileiras estruturadas e coordenadas na esfera pública. O próprio QualiSUS-Rede pode ser citado. Embora lide com realidades regionais

completamente específicas e diversas, os subprojetos não podem fugir ao molde de um roteiro preestabelecido (não é difícil defender os benefícios desse formato, mas o inverso é também verdadeiro).

Matéria interligada diz respeito à insistência histórica do sanitarismo nacional em querer normatizar por decretos até mesmo o campo teórico envolvido. Já em 1949 Rodolfo Mascarenhas questionava este excesso nos decretos do Serviço Sanitário paulista: “é muito detalhado, entrando em questões técnicas que poderiam ser resolvidas por simples instruções de serviço”. Tentação longeva em oficializar determinado *status* simbólico que se vê reproduzida na salada conceitual do próprio decreto de redes (Brasil, 2010).

### Pesquisa clínica

É reconhecido o enorme potencial indutor do SUS no complexo produtivo da saúde, embora, conforme assinalado anteriormente, falte amadurecimento sobre a dimensão do papel que a AP pode desempenhar neste cenário (Gadelha, 2003; Gadelha, 2006). Medicamentos e vacinas são faces mais visíveis que podem se beneficiar do extremo da ideia original ao ponto de consumo, passando pela pesquisa clínica. Assim, a consagrada afinidade da AP brasileira com a fitoterapia poderia se beneficiar mais substantivamente dos U\$ 20 bilhões anuais que movimenta no planeta (Ferreira, Neves & Binsfeld, 2011). Estudos sobre parâmetros e processos de controle clínico tais como controle glicêmico; terapêuticas complementares e integrativas; aderência; comportamentos; decisão clínica compartilhada; promoção de saúde são algumas outras possibilidades reais.

Por outro lado, o país tem buscado o protagonismo científico e tecnológico nas denominadas doenças negligenciadas, conjunto de patologias que alcança 90% da humanidade, mas que mobiliza menos de 10% dos recursos de pesquisa em novos medicamentos, situação expressa como “10/90 gap” (Commission on Health Research for Development, 1990). O crescente volume de recursos fomentado pelo Decit/CNPq tem se refletido na produção científica brasileira em doenças negligenciadas, ainda que a análise do propósito de expandir e consolidar redes integradas de pesquisa mereça uma série temporal (Brasil, 2010).

Neste grupo de patologias, a dengue e a leishmaniose visceral são especialmente refratárias aos conhecimentos e medidas usuais de saneamento, exigindo um conhecimento complexo para o controle, prevenção e tratamento.

No caso específico da dengue, o próprio Decit reconhece a carência brasileira de pesquisas nas áreas pré-clínicas e de investigações clínicas, de modo que as investigações se concentrem sobre a dinâmica de infecção e controle (Brasil, 2010b). Mesmo assim, considerando que esta dinâmica é ainda o único elo de controle, falta conhecimento específico sobre o processo de comunicação, educação e mobilização social; de forma que a cultura do “fumacê”, inseticida e campanhas comunitárias não estão tão distantes quanto deveriam da era da polícia sanitária (Teixeira, 2008; Rangel, 2008). É significativo — embora devam ser problematizadas as variáveis envolvidas — que uma recente revisão sobre dengue em uma das mais prestigiadas publicações médicas cite apenas um único autor brasileiro (Simmons, Farrar, van Vinh Chau & Wills, 2012).

É indubitável que investimentos em CTIS/AP reclamem por capacidade técnica e lideranças. Tão certo quanto irão acusar o baixo apreço das instituições de ensino superior nesta área e a insuficiente regulação das especialidades médicas no país. Não é segredo que as especialidades médicas voltadas para a AP sofrem com desprestígio e baixa procura. Passadas duas décadas de PSF, a taxa de ociosidade dos programas de residência em medicina de família e comunidade no país mantém-se acima de setenta por cento. Não é diferente com os programas de medicina preventiva; e mesmo especialidades tradicionais como pediatria não estão imunes. Uma revisão sistemática de dois dos autores deste capítulo (ainda não publicada) encontrou uma fragilidade absoluta da literatura científica sobre o médico de família brasileiro entre 1994 e 2012, com apenas seis artigos originais, cinco deles com evidências qualitativas de baixo poder de generalização. Revisão em linha análoga sobre estudos com autoria de médicos afiliados a grupos acadêmicos em medicina de família alemães — país com menos tradição nesta especialidade — reuniu 794 artigos publicados entre 2000 e 2010 (Schneider, Großman & Linde, 2012).

Enfrentar o problema de capacitação e liderança em AP é uma questão estratégica para CTIS brasileira; demanda que pode beneficiar-se do estímulo aos programas de mestrado profissional, que de outro modo devem organizar-se em arranjos mais integrados e produtivos. Por seu lado, chamadas para inovação em programas de residência em medicina de família nos EUA mostram que o momento ainda é propício neste campo (Gravel, Shaffer, Abercrombie, Hall, Hoekzema, Kozakowski et al., 2011).

### Tecnologia de informação e comunicação

O desenvolvimento de tecnologias de informação e comunicação é provavelmente o ramo em que mais facilmente se visualizam as possibilidades concretas de produtos em CTIS com interface na AP. Por exemplo, programas direcionados aos mais variados dispositivos eletrônicos, voltados para comunicação (contato, agendamento, etc.), interface clínica (atualização, fórmulas, critérios, algoritmos), coordenação do cuidado, vigilância, pesquisa, avaliação e monitoramento, entre tantas existentes e a se pensar. Automação de *screenings* em saúde em salas de espera e agendamento médico em quiosques interativos — tão comuns de *shoppings centers* a aeroportos — são algumas destas novas ideias (Anand, Carroll & Downs, 2012; Fallis, 2012).

Entre as possibilidades, há muito se destaca na prática e no imaginário dos profissionais da saúde o ideal do prontuário eletrônico. Este é absolutamente um campo que está aberto à inovação. Em uma amostragem nacional, um estudo de 2008 encontrou que menos de 20% dos médicos utilizavam prontuários eletrônicos nos EUA, três quartos destes considerados sistemas básicos. Custos, falta de identificação com as próprias necessidades, incerteza sobre o investimento e receio de desatualização foram as principais barreiras relatadas (DesRoches, Campbell, Rao, Donelan, Ferris, Jha et al., 2008). Por aqui, com todo o custo da dependência em um ramo francamente acessível à capacidade tecnológica instalada no país, e da diferença de contextos de aplicação, o SUS considerou concretamente a importação de tecnologia portuguesa em prontuários eletrônicos ao custo de mais de R\$ 350 milhões. A avaliação estratégica da questão foi pontuada pela Abrasco, que, ainda para notar a insuficiência e o simplismo de tal investimento, lembrou que a discussão no sistema inglês mantinha-se na casa dos bilhões de libras (Facchini, 2011).

Mas todos estes são apenas componentes de uma situação complexa qualificada de telemedicina (ou telessaúde), cujo ponto de fuga se encontra no horizonte (Sood, Mbarika, Jugoo, Dookhy, Doarn, Prakash et al., 2007). De pronto se pode imaginar que nas próximas décadas o cuidado clínico, trânsito nas especialidades, segunda opinião, relação com equipamentos como farmácias e laboratórios, terão sua dinâmica profundamente influenciada pela informática. Portais de informação e interação do SUS com usuários são possibilidades — e necessidades — concretas de inovação existentes em outros países,

à exemplo do NHS inglês (Direct NHS; NHS Evidence). Mais uma vez, não basta pensar apenas do lado da oferta, mas principalmente da perspectiva do cliente — há tempo percebido na universalidade inglesa (Evans, Edwards & Elwyn, 2003).

No Brasil o aceleração desse processo deve necessariamente passar pela confiabilidade da parceria com a universidade na superação da desconfiança que a telemedicina usualmente provoca nas entidades de classe (rotina em outros países, nem sequer um atendimento inicial por telefone é bem-visto no país).

### Conclusão

Hoje não há quem hesite em reconhecer o espaço e *status* que a AP conquistou nas últimas duas décadas no Brasil; passando obrigatoriamente a compor qualquer discussão na organização do SUS. Contudo, mesmo que não se desconsidere a certeza do avanço continuado na engenharia biomédica e informática, o debate brasileiro aparenta ter alcançado um platô de conforto com seu ideário presente sobre AP, restando mormente o hercúleo esforço para convencimento de profissionais e população resistentes, apanágio financeiro, gestão eficiente e formação (a crise no NHS inglês é clara nesta contradição).

A recente prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro para 2030 não parece fugir desta lógica, e o “cenário otimista e possível” com relação ao modelo assistencial segue apenas linhas genéricas sobre discurso atual (Fundação Oswaldo Cruz, 2012, pp. 281-2):

O modelo de atenção à saúde predominante no país se orientará pelos princípios da universalidade e integralidade, articulando promoção, prevenção, assistência e reabilitação e integrando vários níveis de complexidade e tipos de serviços, assim como a participação da família e da comunidade. [...] O futuro verá progressos significativos na integração de redes com avanços nos critérios de desconcentração e descentralização (com importante protagonismo das Tecnologias de Informação e Comunicação, TICs). A reestruturação da rede de saúde se potencializaria por meio da introdução de novas tecnologias que permitiriam variações no formato da prestação de cuidados.

De igual modo, nesta prospecção estratégica futura a AP é destituída de qualquer protagonismo no que passa a denominar “complexo econômico-industrial da saúde”. Deve-se ir mais longe. Em outro momento, foi sinalizado o quanto a mentalidade em AP no país mantém-se inserida em um passado remoto (Mello & Viana, 2011). Consciência que não deve ser vista como demérito, senão incentivo às análises e pensamento inovador — tarefa que não é exatamente fácil e deve cruzar seu próprio abismo (Solberg, Elward, Phillips, Gill, Swanson, Main et al., 2009).

Há cerca de uma década o fortalecimento do papel do Decit no fomento estratégico de CTIS, marcado pela II Conferência Nacional de CTI e definição de uma Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, dispôs o país no caminho da independência tecnológica em saúde. O que significa entrar na concorrência internacional por conhecimentos avançados, processos e produtos mais efetivos em saúde. Salientado ao longo do texto, a percepção crescente de que a AP significa o cenário de pesquisa mais próximo da “vida real” tem-lhe conferido internacionalmente uma posição inédita no pensamento complexo de CTIS. Esta é a noção que permite ressignificar o objeto e avançar nos desígnios do SUS, maximizando o proveito de tamanho esforço dos que lutam pela AP no país.

#### Referências

- AAFP – American Academy of Family Physicians, AAP – American Academy of Pediatrics, ACP – American College of Physicians, AOA – American Osteopathic Association. Joint principles for the medical education of physicians as preparation for practice in the patient-centered medical home [internet]. 2010 [citado em 15-6-2012]. Disponível em <<http://www.acponline.org/running-practice/pcmh/understanding/educ-joint-principles.pdf>>.
- Anand V, Carroll AE, Downs SM. Automated primary care screening in pediatric waiting rooms. *Pediatrics* 2012 abr 16,129(5):e1275-e1281.
- Araujo VL. História dos conceitos: problemas e desafios para uma releitura da modernidade ibérica. *Alm braz* [on-line] [internet]. 2008 maio [citado em 14-6-2012]. Disponível em <[http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S1808-81392008000100002&script=sci\\_arttext](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S1808-81392008000100002&script=sci_arttext)>.
- Arouca S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo-Rio de Janeiro: Ed. Unesp-Ed. Fiocruz, 2003.
- Barbosa RA. Estratégias de competitividade [internet]. 2005 [citado em 14-6-2012]. Disponível em <<http://www.tec.abinee.org.br/2003/arquivos/s11.pdf>>.
- Berwick DM. The science of improvement. *JAMA* 2008, 299(10):1182-4.

- Binsfeld PC. Inovação, regulação e competitividade. Inovação em temas estratégicos de saúde pública [internet]. Brasília: Ministério da Saúde-Organização Pan-Americana da Saúde; 2011, pp. 11-8. Disponível em <[http://dtr2001.saude.gov.br/editora/producao/livros/popup/inovacao\\_temas\\_estrategicos\\_saude\\_publica\\_v1.html](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/producao/livros/popup/inovacao_temas_estrategicos_saude_publica_v1.html)>.
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A saúde na opinião dos brasileiros: um estudo prospectivo*. Brasília: Conass, 2003.
- . *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- . Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde* [internet]. 2.ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008 [citado em 20-6-2012]. Disponível em <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/AGENDA\\_PORTUGUES\\_MONTADO.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/AGENDA_PORTUGUES_MONTADO.pdf)>.
- . Portaria 4.279. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [internet]. Ministério da Saúde, 2010. Disponível em <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria4279\\_docredes.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria4279_docredes.pdf)>.
- . Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Rede Dengue: inovação da abordagem e da gestão em pesquisa à saúde. *Revista de Saúde Pública*. 2010b, 44(6):1159-63.
- . Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Inovação em temas estratégicos de saúde pública* [internet]. Brasília: Ministério da Saúde-Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. Disponível em <[http://dtr2001.saude.gov.br/editora/producao/livros/popup/inovacao\\_temas\\_estrategicos\\_saude\\_publica\\_v1.html](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/producao/livros/popup/inovacao_temas_estrategicos_saude_publica_v1.html)>.
- . Ministério da Saúde. QualiSUS-Rede. *Projeto de formação e melhoria da qualidade de rede de atenção à saúde* [internet]. [citado em 22-6-2012]. Disponível em <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=408](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=408)>.
- Camargo Jr. KR de. As armadilhas da “concepção positiva de saúde”. *Physis* 2007, 17(1):63-76.
- Campos AM. Accountability: quando podemos traduzi-la para o português? *Rev Adm Pública* 1990, 24(2):30-50.
- Carrier E, Gourevitch MN, Shah NR. Medical Homes. *Med Care*. 2009, 47(7): 714-22.
- Chaves MM. *Saúde e sistemas*. Rio de Janeiro: FGV Editora, 1972.
- CIHR — Institute of Health Research. CIHR primary healthcare summit 2010 final report summary [internet]. 2010 [citado em 14-6-2012]. Disponível em <<http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/42191.html>>.
- Commission on Health Research for Development. *Health research: essential link to equity in development* [internet]. Oxford: Oxford University Press; 1990 [citado em 22-6-2012]. Disponível em <[http://www.cohred.org/downloads/open\\_archive/ComReports\\_0.pdf](http://www.cohred.org/downloads/open_archive/ComReports_0.pdf)>.

- Conde MVF, Araújo-Jorge TC. Modelos e concepções de inovação: a transição de paradigmas, a reforma da C&T brasileira e as concepções de gestores de uma instituição pública de pesquisa em saúde. *Ciênc Saude Coletiva* 2003, 8(3): 727-41.
- DesRoches CM, Campbell EG, Rao SR, Donelan K, Ferris TG, Jha A, et al. Electronic health records in ambulatory care — a national survey of physicians. *N Engl J Med*. 2008, 359(1):50-60.
- Direct NHS. *NHS Direct – For health advice and reassurance, 24 hours a day, 365 days a year* [internet]. [citado em 24-6-2012]. Disponível em <<http://www.nhsdirect.nhs.uk/Default.aspx>>.
- Evans R, Edwards A, Elwyn G. The future for primary care: increased choice for patients [Goodbye primary care – please hold and you will be connected to a new definition . . .]. *Qual Saf Health Care* 2003, 12(2):83-4.
- Facchini LA, Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva. *Carta aberta* [internet]. 2011 [citado em 20-7-2012]. Disponível em <[http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/ABRASCODIVULGA/2011/CartaAberta\\_TI\\_131111.pdf](http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/ABRASCODIVULGA/2011/CartaAberta_TI_131111.pdf)>.
- Fallis J. Touch the screen now to see a doctor. *Can Med Assoc J*. 2012, 184(7):E339-E340.
- Ferreira HL, Neves LL de M, Binsfeld PC. *A inserção dos fitoterápicos no complexo produtivo e inovação em saúde ação em saúde. Inovação em temas estratégicos de saúde pública* [internet]. Brasília: Ministério da Saúde-Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. pp. 104-19. Disponível em <[http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/popup/inovacao\\_temas\\_estrategicos\\_saude\\_publica\\_v1.html](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/popup/inovacao_temas_estrategicos_saude_publica_v1.html)>.
- Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, Wallace F. *Implementation research: a synthesis of the literature*. Tampa, FL: University of South Florida-Louis de la Parte Florida Mental Health Institute-The National Implementation Research Network, 2005.
- Fundação Oswaldo Cruz. *A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz-Ipea-Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.
- Gadelha CAG. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciênc Saude Coletiva* 2003, 8(2):521-35.
- . Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. *Revista de Saúde Pública* 2006, 40:11-23.
- Glazier RH, Zagorski BM, Rayner J. Comparison of primary care models in Ontario by demographics, case mix and emergency department use, 2008/09 to 2009/10 [internet]. Toronto: Institute for Clinical Evaluative Sciences, 2012 [citado em 14-6-2012]. Disponível em <<http://www.ices.on.ca/file/ICES%5FPrimary%20Care%20Models%20English.pdf>>.

- Grant R. A bridge between public health and primary care. *Am J Public Health* 2012, 102(S3):S304.
- Gravel J, Shaffer T, Abercrombie S, Hall K, Hoekzema G, Kozakowski S, et al. Innovation in family medicine residencies: struggling to create classics for the future. *The Annals of Family Medicine* 2011 maio 9, 9(3):275-6.
- Guimarães R. Ciência, tecnologia e inovação: um paradoxo na reforma sanitária. In: Lima NT (org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005, pp. 235-56.
- . Pesquisa em saúde no Brasil: contexto e desafios. *Revista de Saúde Pública* 2006, 40:3-10.
- Guimarães R, Santos LMP, Angulo-Tuesta A, Serruya SJ. Definição e implementação de uma Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde: lições a partir da experiência brasileira. *Cadernos de Saúde Pública* 2006, 22:1775-85.
- Institute of Medicine (U.S.). *Crossing the quality chasm* [internet]. Washington, DC: National Academy Press, 2003 [citado em 14-6-2012]. Disponível em <[http://www.nap.edu/catalog.php?record\\_id=10027](http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10027)>.
- . *Primary care and public health: exploring integration to improve population health*. [internet]. Washington: National Academies Press, 2012 [citado em 22-6-2012]. Disponível em <[http://download.nap.edu/cart/download.cgi?&record\\_id=13381&free=1](http://download.nap.edu/cart/download.cgi?&record_id=13381&free=1)>.
- Ipea, Instituto de pesquisa econômica aplicada. *Sistema de Indicadores de Percepção Social (Sips) – Saúde* [internet]. Brasília: Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2011. Disponível em <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207\\_sipssaude.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf)>.
- Martin-Misener R, Valaitis R, Wong ST, MacDonald M, Meagher-Stewart D, Kaczorowski J, et al. A scoping literature review of collaboration between primary care and public health. *Prim Health Care Res Dev*. 2012, FirstView: 1-20.
- Mascarenhas R dos S. *Contribuição para o estudo da administração sanitária estadual em São Paulo* [Livro-Docência]. [São Paulo]: Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1949.
- Maybin J, King Edward's Hospital Fund for London. *Accountability in the NHS: implications of the Government's reform programme*. Londres: King's Fund, 2011.
- Mello GA, Viana ALD. Centros de Saúde: ciência e ideologia na reordenação da saúde pública no século XX. *Hist. Ciênc Saude-Manguinhos* 2011, 18(4):1131-49.
- . Uma história de conceitos: integralidade, descentralização, regionalização e universalidade. *Hist Ciênc Saude-Manguinhos* (prelo).
- Mello GA, Fontanella BJB, Demarzo MMP. Atenção básica e atenção primária à saúde – origens e diferenças conceituais. *Revista de APS* 2009, 12(2): 204-13.

- Morel CM, Serruya SJ, Penna GO, Guimarães R. Co-authorship network analysis: a powerful tool for strategic planning of research, development and capacity building programs on neglected diseases. *PLoS Negl Trop Dis*. 2009, 3(8): e501.
- NHS Evidence – Search Engine for Evidence in Health and Social Care [internet]. [citado em 24-6-2012]. Disponível em <<https://www.evidence.nhs.uk/topics>>.
- Opas – Organização Pan-Americana de Saúde. *A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS* [internet]. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. Disponível em <<http://new.paho.org/bra/apredes>>.
- . Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras [internet]. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011b. Disponível em <<http://new.paho.org/bra/apredes>>.
- Pineault R, Levesque J-F, Roberge D, Hamel M, Lamarche P, Haggerty J. Accessibility and continuity of care: a study of primary healthcare in Québec. Research report presented to the Canadian institutes of health research and the Canadian health services research foundation. Québec: Gouvernement du Québec et Centre de Recherche de l'Hôpital Charles LeMoyné, 2009.
- Pinho JAG de, Sacramento ARS. Accountability: já podemos traduzi-la para o português? *Rev Adm Pública* 2009, 43(6):1343-68.
- Ramírez NA, Ruiz JP, Romero RV, Labonté R. Comprehensive primary health care in South America: contexts, achievements and policy implications. *Cad Saúde Pública* 2011, 27(10):1875-90.
- Rangel-S ML. Dengue: educação, comunicação e mobilização na perspectiva do controle – propostas inovadoras. *Interface* 2008, 12(25):433-41.
- Santos M. *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. 4.ª ed. São Paulo: Edusp, 2006.
- Schneider A, Großmann N, Linde K. *The development of general practice as an academic discipline in Germany – an analysis of research output between 2000 and 2010*. *BMC Family Practice* [internet]. 2012 [citado em 22-6-2012];13(58). Disponível em <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2296-13-58.pdf>>.
- Schoen C, Osborn R, Doty MM, Bishop M, Peugh J, Murukutla N. Toward higher-performance health systems: adults' health care experiences in seven countries, 2007. *Health Aff*. 2007, 26(6):w717-w734.
- Sia C, Tonniges TF, Osterhus E, Taba S. History of the medical home concept. *Pediatrics*, 2004, 113(Supplement 4):1473-8.
- Simmons CP, Farrar JJ, van Vinh Chau N, Wills B. Dengue. *N Engl J Med*. 2012, 366(15):1423-32.
- Solberg LI, Elward KS, Phillips WR, Gill JM, Swanson G, Main DS, et al. How can primary care cross the quality chasm? *Ann Fam Med*. 2009, 7(2):164-9.

- Sood S, Mbarika V, Jugoo S, Dookhy R, Doarn CR, Prakash N, et al. What is telemedicine? A collection of 104 peer-reviewed perspectives and theoretical underpinnings. *Telemed J E Health* 2007, 13(5):573-90.
- Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco-Ministério da Saúde, 2002.
- Teixeira MG. Controle do dengue: importância da articulação de conhecimentos transdisciplinares. *Interface* 2008, 12(25):442-4.
- Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde pelos brasileiros. *Radis* 2010, 96(ago): 12-9.
- Viana ALd'Á, Lima LD (orgs.). *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.
- Westfall JM, Mold J, Fagnan L. Practice-based research-“Blue Highways” on the NIH roadmap. *JAMA* 2007, 297(4):403-6.
- White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N. Engl. J. Med*. 1961, 265:885-92.
- Woolf SH. The meaning of translational research and why it matters. *JAMA* 2008, 299(2):211.
- Zerhouni EA. US biomedical research: basic, translational, and clinical sciences. *JAMA* 2005, 294(11):1352-8.