Ação Programática em Saúde: referências para análise da organização do trabalho em serviços de atenção primária

O tema deste texto foi trabalhado pela autora em Comunicação apresentada ao 3º Congresso Paulista de Saúde Pública e 2º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. A Comunicação se deu de modo coordenado com o tema "Seis Teses sobre a Ação Programática em Saúde" publicada no nº 1 desta revista.

Maria Ines Baptistella Nemes *

O objetivo do presente texto é o de oferecer para o debate um quadro referencial para a análise de práticas de saúde que, por diversos caminhos, são identificados enquanto **práticas programáticas.** Tais práticas ocupam lugar de destaque no debate atual sobre a forma mais adequada de organização dos serviços de saúde, destaque que correspondeu historicamente ao alargamento do campo de atuação da Saúde Pública em direção às práticas de assistência médica individual que vem ocorrendo no Brasil desde os anos 70.

A alusão a "diversos caminhos de identificação" pretende expressar a diversidade de concepções acerca da Programação em Saúde presente no debate referido. No texto anterior (Seis Teses sobre a Ação Programática em Saúde) procurou-se trabalhar alguns dos conteúdos mais freqüentemente atribuídos à Programação: padronização, racionalização e burocratização. Tais pontos foram discutidos à luz de uma dada concepção sobre a Ação Programática em Saúde explicitada na primeira tese sob a expressão "a Ação Programática em Saúde não trata do mesmo problema que a Medicina". No presente texto trabalhar-se-á com os pressupostos teóricos explicitados nessa tese procurando mostrar de que modo eles foram utilizados para a análise de uma proposta programática específica.

O objeto de análise foi o Sub Programa de Controle da Hanseníase elaborado e implementado na Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo nos anos 70. Na investigação original * estudou-se a emergência histórica do programa e sua prática no período 1977-1987. Neste texto procurar-se-á mostrar apenas o modo como se encaminhou o estudo objetivando indicar um dos possíveis caminhos de investigação de práticas de saúde a partir dos pressupostos teóricos acima referidos.

Será preciso inicialmente justificar a eleição desse específico programa menos no sentido de reiterar a importância da hanseníase (que, de resto, é óbvia) e mais no sentido de explicitar o olhar que construiu essa prática em objeto de estudo. O Sub Programa de Controle da Hanseníase (SPCH) representou a forma mais acabada e detalhada do **modelo da Programação,** proposta de ação programática concretamente operada na Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo entre a segunda metade dos anos 70 e o início dos 80. Por outro lado, a Programação representou uma importante inflexão para as práticas de controle da hanseníase em São Paulo que se constituiram como tradicionais práticas da Saúde Pública Paulista desde o início deste século. Há ainda outra dimensão importante nessas práticas que é preciso enfatizar de início e que justifica ainda mais sua escolha como exemplo privilegiado: diferentemente de muitos outros danos à saúde, o instrumento disponível reconhecidamente mais eficaz para o controle epidemiológico da hanseníase é o diagnóstico/tratamento quimioterápico que é instrumento muito vinculado à assistência médica individual. Por essa

* *Cf Baptistella Nemes, M.I.* ***A Hanseníase e as Práticas Sanitárias em São Paulo: 10 anos de Sub Programa de Controle da Hanseníase na Secretaria de Estado da Saúde (1977-1987).*** *Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, Dissertação de Mestrado, 1989.*

* *Professora do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP e Diretora do Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa (Convênio Secretaria Saúde – FMUSP).*

razão, as práticas relativas à hanseníase evidenciam de modo privilegiado a articulação entre as tradicionais práticas da Saúde Pública e as da Assistência Médica.

A **Programação** foi a forma específica mediante a qual a Saúde Pública de São Paulo respondeu à política brasileira de extensão de cobertura de serviços de saúde dos anos 70. A característica mais imediatamente aparente da Programação por referência aos modelos anteriores de práticas sanitárias paulistas foi a ampliação e diversificação da assistência médica individual prestada pelos Centros de Saúde. Para além da constatação de que a incorporação de assistência médica individual pela Saúde Pública nessa época obedeceu à política de extensão de cobertura dirigida a populações "carentes" – o que poderia ser encarado como deslocamento do alvo das práticas sanitárias do coletivo para o individual – a Programação pretende articular instrumentos tradicionais da assistência médica individual e da Saúde Pública desde um ponto de vista coletivo. Isto porque a Programação procurou incorporar a assistência médica individual a um conjunto de outras atividades que compunham um plano de intervenção dirigido a coletivos. Explique-se: a Programação estabeleceu, enquanto forma de organizar o trabalho dos Centros de Saúde, dois conjuntos de atividades: as chamadas atividades "de rotina" e as "eventuais". As "de rotina" eram as previstas para cada grupo de pessoas às quais se destinavam os Programas e Sub-programas; entre essas atividades estava a consulta médica individual. Tais atividades eram normatizadas para cada programa por referência a conteúdo, cronograma, concentração, instrumento e rendimento *. As atividades "eventuais" – entre elas também a consulta médica individual – eram destinadas ao **atendimento da demanda,** isto é, atividades destinadas às pessoas que procuram espontaneamente o serviço. A organização destes dois conjuntos de atividades se deu através da abertura programática por grupos populacionais e da subdivisão por **danos** que, por sua importância epidemiológica e por sua especificidade na intervenção, exigissem sistemática especial na atenção. Assim, foram elaborados inicialmente os Programas de Assistência à Criança, à Gestante e ao Adulto. As atividades destinadas a danos específicos, tal como hanseníase, eram designadas como Sub Programas uma vez que eram consideradas parte integrante dos Programas.

A proposta da programação buscava, assim, simultaneamente introduzir nos Centros de Saúde a prática do atendimento médico a doença (tentando afastar arraigada concepção do atendimento médico da Saúde Pública como restrito ao "Controle do sadio") e integrar esse atendimento em um plano geral de intervenção articulado epidemiologicamente e organizado sobre a idéia de **assistência integral.***

O que especificou o modelo programático foi a utilização do diagnóstico e tratamento individuais como uma das formas de controlar a doença no coletivo ao lado de outros instrumentos que incidem diretamente sobre o coletivo (como a imunização e o saneamento). A rigor, portanto, a proposta da Programação não se diferenciou dos anteriores modelos da Saúde Pública de São Paulo por uma mudança na concepção do objeto de trabalho no que diz respeito à sua dimensão coletiva: o uso previsto do instrumento assistência médica individual ocorreria dentro de um plano de objetivos coletivos e assim, e certa forma, subordinado aos objetivos da assistência sanitária.

O esquema eleito para operar o modelo centrou-se no estabelecimento de sistemáticas de **controle e avaliação** das atividades previstas. A maior parte dessas sistemáticas tinha como objeto o atendimento médico individual controlado e avaliado por mecanismos externos ao ato médico individual e estruturados coletivamente.

Para a hanseníase, a questão da Programação não era exatamente incorporar a assistência médica individual: esta já era um instrumento utilizado no controle da doença desde 1.935. A questão era articular esse controle ao plano geral da Programação. Coerentemente com esse plano geral, a articulação se deu através de um diagnóstico epidemiológico e de uma proposta de intervenção também epidemiológica.

O núcleo desse diagnóstico baseou-se em critérios epidemiológicos clássicos. A hanseníase tornara-se em São Paulo uma doença transmissível com características epidemiológicas de doença **urbana,** na qual, portanto, a transmissão ocorre também fora do grupo familiar diminuindo relativamente a participação dos contatos íntimos na produção de novos casos, por referência à época na qual a doença ocorria predominantemente em agrupamentos familiares e focos rurais. O diagnóstico precoce, única intervenção disponível capaz de alterar significativamente a transmissão da doença, somente seria possível em uma rede de serviços extensiva onde o acesso fosse garantido e onde o diagnóstico de hanseníase ocorresse "normalmente" entre as pessoas que demandassem o serviço por vários motivos.

A estratégia central baseou-se, assim, no diagnóstico precoce da demanda e na vigilância de contatos íntimos mediante a extensão das atividades de diagnóstico e tratamento para todas as unidades. O instrumento mais eficaz disponível para controlar a transmissão da doença era o diagnóstico e tratamento. Para tornar esse instrumento também **efetivo** o programa elegeu a **extensão de cobertura**. Essa extensão poderia, teoricamente, dar-se através da busca ativa de casos em censos populacionais de diagnóstico na população "de risco". As características epidemiológicas da doença, no momento, indicavam ser esse procedimento pouco efetivo devido à relativamente baixa incidência da hanseníase (abstraindo-se aqui o possível impacto estigmatizante dos censos).

Mas a proposta do Sub Programa de Controle da Hanseníase procurava dar conta de outros diagnósticos também de dimensão coletiva: a manutenção e reprodução do estigma da lepra pelos serviços especializados, a baixa cobertura desse serviço e a notória dificuldade dos médicos não especialistas em estabelecer diagnóstico de hanseníase. A esses diagnósticos o Sub Programa respondeu com a proposta de **integração** das atividades relativas ao controle da hanseníase nas rotinas previstas pela programação. De acordo com essa proposta, o Sub Programa normatiza detalhadamente todas as atividades entre elas as "tipicamente médicas" como normas para diagnóstico, terapêutica e indicação para exames complementares. Essa extensa normatização é coerente com a característica da Programação de **controlar** a assistência médica. O Sub Programa de Controle da Hanseníase é, entretanto, o mais detalhado de todos os Programas nesse aspecto (o que representa uma vantagem no seu exame).

Por outro lado, a padronização das atividades médicas do Sub-Programa atende também ao objetivo central do programa. Explique-se: se o objetivo que se quer alcançar é coletivo (redução da transmissão da doença na sociedade **mediante** o diagnóstico e o tratamento extensivo), é preciso padronizar a utilização do instrumento por diversos agentes sob a pena de não se conseguir, na avaliação, somar ações diferentes. Em outros termos, o que se busca não é exatamente um número "maior possível" de tratamentos individuais bem sucedidos mas um número determinado de 'curas bacteriológicas' suficiente para reduzir a transmissão a um determinado patamar.

O objetivo de reduzir a transmissão, tendo como estratégia a extensão das atividades para uma rede de serviços sem tradição no trabalho com hanseníase, obrigou a padronização a assumir **aparentemente um certo grau de rigidez e simplificação**. Essa característica aparece com muita clareza na prescrição para a realização anual de baciloscopias de pele em todos os pacientes já negativados anteriormente. Poder-se-ia argumentar ser essa prescrição de uma rigidez excessiva, uma vez que um exame clínico seria teoricamente capaz de identificar os possíveis portadores de reativação triando, assim, somente esses para o exame laboratorial e descartando os pacientes sem lesão suspeita. Outro exemplo daquelas características é o da adoção pelo programa de uma classificação de formas clínicas de hanseníase bastante simplificada (doentes Indeterminados-I; Tuberculóides-T e Virchovianos-V) por referência às classificações até então comumente adotadas nos serviços especializados.

Em ambos os exemplos descritos o "excesso" de rigidez e de simplificação atende aos objetivos epidemiológicos do Sub-Programa: busca-se 'curas bacteriológicas' suficientes para reduzir a transmissão da doença; é preciso

** Tais denominações referiam-se aos conceitos de instrumento, rendimento e concentração presentes nas Técnicas Clássicas de Planejamento em Saúde.*

** A idéia de assistência integral propugnava a união institucional entre ações de promoção, proteção e recuperação da saúde derivada do modelo de História Natural da Doença.*

garantir que essas curas sejam comprovadas por uma medida objetiva e homogênea para que se possa avaliar o número total de curas conseguidas em um determinado período. Para além de "pecar por excesso" devido à "inexperiência clínica" prevalente nos serviços, a prescrição de baciloscopias anuais é consistente com a manipulação da hanseníase na dimensão coletiva. A "simplificação" da classificação das formas clínicas vai na mesma direção: além do pequeno impacto de classificação mais sofisticada sobre a conduta terapêutica **disponível**, a classificação mais simples possibilita avaliações mais homogêneas e mais factíveis.

Para além de seus obejtivos epidemiológicos, o Sub Programa procurou dar conta também de um diagnóstico tendencialmente "mais clínico" baseado na assunção de que a incapacidade física era, até certo ponto, independente do tratamento quimioterápico. Em outros termos, ela também poderia acometer indivíduos que, enquanto **fonte de infecção**, já estariam controlados. Para dar conta desse diagnóstico o Sub Programa previu e normatizou atividades de prevenção de incapacidaes físicas obrigatórias e previu a garantia de atendimento eventual imediato para todos os doentes em surto reacional ou acometidos de neurites agudas.

A articulação entre as atividades médicas e as demais atividades (pré e pós consulta, visita domiciliar, atendimento de enfermagem, trabalhos de grupo etc) deu-se mediante a normatização das atividades não médicas e mediante o estabelecimento de cronogramas padronizados de realização das várias atividades para grupos específicos de doentes (divididos segundo a forma clínica) e para os contatos. Os cronogramas incluíam também a priorização de atividades. Assim, por exemplo, o programa recomenda que o planejamento de visitas domiciliares "do dia" deve colocar em primeiro lugar os doentes novos.

Como para os demais Programas, mas muito mais detalhadamente para o de hanseníase, previu-se sistemáticas de avaliação. Essas eram suficientes para coletar as informações necessárias para a elaboração dos indicadores epidemiológicos clássicos de avaliação do grau de controle alcançado sobre a transmissão da hanseníase; a avaliação previa também informação sobre a realização dos cronogramas de atividades previstas para doentes e contatos e sobre a realização de exames complementares e encaminhamentos hospitalares.

Essas características do Sub Programa de Controle da Hanseníase, assim sucintamente descritas, autorizam seu entendimento enquanto um plano de intervenção que decorre de uma dada concepção epidemiológica sobre o objeto de trabalho mas que tem seu principal instrumento de trabalho a assistência médica individual em escala ampliada. Esse instrumento, entretanto, não é o único, estando articulado a vários outros e, sobretudo, é um instrumento de utilização controlada e avaliada segundo objetivos epidemiológicos pré-definidos e externos ao ato médico individual. A **objetivos substancialmente coletivos** (como a diminuição da transmissão da hanseníase na sociedade) o programa soma objetivos a serem alcançados nos **indivíduos** (como a diminuição das incapacidades físicas dos doentes). Nisto reside a inovação presente no modelo da Programação: articular objetos – e ações – individuais, como as tradicionais ações sanitárias, subordinando ambas as ações a uma concepção coletiva do objeto de trabalho.

Situou-se até o momento, o modelo da Programação como fundado em uma concepção coletiva acerca do objeto de trabalho. É necessário, agora, nuançar essa afirmação. Afirmou-se que a diferença da Programação em relação aos modelos anteriores da Saúde Pública Paulista situava-se na utilização da assistência médica individual como **um** dos instrumentos, articulado a outros, dentro de um plano dirigido a obter impacto em coletivos. Dito de outro modo: **a característica nuclear da Programação foi a assunção de que a assistência médica individual é capaz de produzir modificações na dimensão coletiva dos processos saúde/doença.** Entretanto, conceber o objeto do trabalho como coletivo, mas capaz de alterar-se por intervenções individuais – ainda que simultaneamente a intervenções coletivas – implica conceber o objeto como **composto de indivíduos** (onde o efeito coletivo obtido será a soma dos efeitos obtidos nos indivíduos). Em contraposição, o objeto de trabalho pode ser concebido como **substancialmente coletivo** implicando, portanto, intervenções imediatamente coletivas (tais como as ações sanitárias tradicionais)*.

O modelo programático tentou articular ambas as concepções de modo ambivalente. A contradição que esta ambivalência coloca para a organização do trabalho é mais evidente, entretanto, no agente privilegiado no modelo programático. Ao introduzir nos Centros de Saúde o instrumento do atendimento médico individual, a Programação introduz o seu legítimo agente: o médico. Embora já diferenciado pela divisão técnica do trabalho e compondo um trabalhador coletivo (enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas etc.,) este médico se distingue dos demais trabalhadores pelo monopólio do diagnóstico/tratamento a nível de cada indivíduo. É este controle sobre o momento 'mais intelectual' do processo de trabalho que lhe garante o poder sobre o conjunto do processo. O projeto programático pretendeu deslocar esse 'momento intelectual' para a dimensão coletiva, através de um outro agente: **o médico sanitarista.** Aos médicos sanitaristas reservou-se o papel de gerentes das unidades organizadas segundo as regras da Programação*

Excluindo-se da análise várias dimensões históricas que poderiam esclarecer como esse tipo de profissional veio a se constituir em tal "agente privilegiado", vale aqui ressaltar a contradição já evidente na denominação de um profissional que simultaneamente é médico e sanitarista. Ou seja, um agente que, conhecendo o saber que estrutura o trabalho clínico, seja capaz de organizar e gerir este trabalho clínico como um instrumento de trabalho, a ser utilizado sobre um objeto cujo diagnóstico/tratamento é coletivo e, portanto, não é do domínio da clínica.

A contradição potencial presente nesta situação referida do agente nuclear do plano de Programação tem a mesma qualidade de outra potencial contradição, esta última entre a autonomia profissional dos médicos e a imposição de controles sobre as condições técnicas dos atos médicos **. Na prática clínica, o diagnóstico é sempre individual e depende da experiência clínica do médico e da característica clínica de cada caso. A manipulação do caso (objeto de prática) também é individual, e decidida, a cada consulta de modo relativamente autônomo pelo médico, não cabendo, portanto, na qualidade de pressupostos técnicos, controles coletivos sobre as condições técnicas, tais como sobre o processo diagnóstico ou sobre a terapêutica. O único controle possível, melhor dizendo, adequado aos pressupostos da clínica é o representado pelo auto-controle. Em escala social, porém, esse auto-controle acaba por assumir dimensão também "externa", referida, por exemplo, à eficácia de certas terapêuticas ou aos padrões éticos acordados entre os médicos. Essas "avaliações externas" estão porém até certo ponto sob o controle do médico e relacionam-se aos efeitos sobre o individual, definidos na noção de cura. O projeto da Programação procura deslocar o controle do ato médico individual para a dimensão externa, definindo a avaliação sob a noção epidemiológica de 'efetividade', cujas regras de operação, o proceder e o ajuizamento fogem do âmbito do médico produtor direto do atendimento.

O projeto da Programação procura garantir a utilização "controlada" da assistência médica individual mediante a padronização, a avaliação externa aos atos médicos e a gerência do médico sanitarista.

As contradições potenciais apontadas para o projeto geral da Programação são também cabíveis para o específico projeto relativo à hanseníase.

---

* *Um modo quase intuitivo de entender a diferença entre ações substanciabmente coletivas e ações dirigidas à somas de indivíduos ocorre no exemplo hipotético do fechamento de indústrias de cigarros em contraposição às recomendações médicas destinadas a diminuir o hábito de fumar.*

* *Assinale-se que o perfil do profissional eleito pelo projeto programático constituiu-se em um tipo diferente dos profissionais também chamados de sanitaristas até então existentes na rede de Centros de Saúde. Essa constituição "obrigou" a Secretaria a investir no recrutamento e formação de médicos recém-formados oriundos, em sua maioria, das residências de Medicina Preventiva e Medicina Social.*

** *Cf. SCHRAIBER, L. B. Medicina Liberal e Tecnologia: As Transformações Históricas da Autonomia Profissional dos Médicos em São Paulo. Tese de Doutorado, Departamento de Medicina Preventiva, FMUSP, 1989.*

Entretanto, é necessário assinalar nuances específicas do Sub Programa de Hanseníase por referência ao projeto geral. A primeira diz respeito ao fato do Sub Programa ser o mais completo de todos os Programas: instrumentalizado epidemiologicamente, articulando os instrumentos e os agentes de trabalho mediante completas padronizações de atividades e controles burocráticos bem estabelecidos e prevendo uma quase completa estrutura de avaliação do trabalho, o **Sub Programa de Controle da Hanseníase pode ser inscrito como a proposta tecnologicamente mais consistente da Programação.**

Essa maior "suficiência tecnológica", evidentemente ligada a "tradição epidemiológica" das práticas relativas à hanseníase em São Paulo, sofre, entretanto, um contraponto também considerado tradicional: o pequeno "peso político" da hanseníase em relação a outras questões de saúde tratadas pela programação. Embora não se concorde com a importância excessiva freqüentemente atribuída a essa dimensão, concorda-se que ela tensiona até certo ponto todas as intervenções relativas à hanseníase.

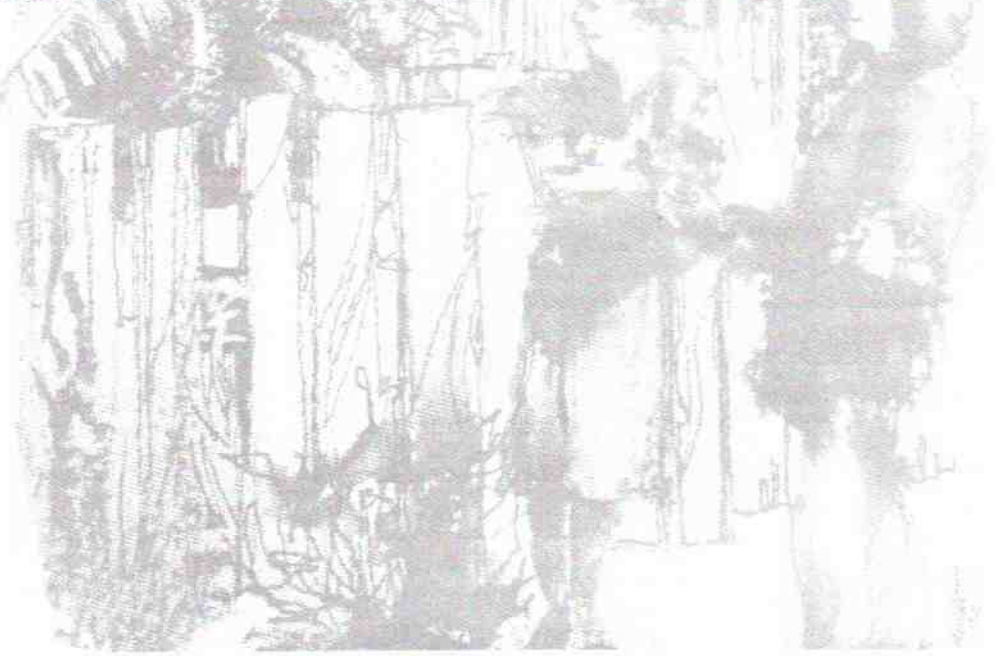
O "handicap" das práticas relativas à hanseníase não conseguiu impedir o fracasso da grande maioria das metas processuais e de produção do Sub Programa no período estudado (77/87). Não está nos limites nem nos objetivos deste texto a descrição da investigação empírica realizada sobre a prática concreta do programa. Para os objetivos expostos inicialmente basta indicar o modo qual como essa foi encaminhada. A investigação empírica procurou as características tecnológicas concretas do programa por referência a sua proposta tecnológica original. Como não era possível trabalhar mediante investigação direta, trabalhou-se com as informações disponíveis sobre o programa na Secretaria de Saúde. Tal situação obrigou a investigação a reconstituir as informações em categorias de análise indiretas e portanto, apenas indicativas da organização tecnológica concretamente operada do programa.

Desse modo, reuniram-se dados sobre duas vertentes: **o uso das práticas de avaliação e o desempenho do componente epidemiológico do programa.** A eleição dessas categorias decorreu da análise da proposta do SPCH enquanto plano de intervenção epidemiologicamente instrumentalizado tal como explicitou-se resumidamente acima: ambas as categorias estão ligadas ao modelo epidemiológico. Já se enfatizou aqui a importância nuclear da avaliação na organização do trabalho de sentido epidemiológico. Retome-se esse ponto: a apreensão e a manipulação do objeto de trabalho no modelo epidemiológico ocorrem na dimensão coletiva. Isto exige o desenvolvimento de técnicas adequadas para o estabelecimento de **diagnósticos coletivo e de mecanismos coletivos de coordenação e alteração das atividades** com o objetivo de alcançar efeitos determinados sobre o coletivo. São exemplos dessas técnicas o chamado "diagnóstico de saúde da comunidade" e as diversas técnicas para avaliação de eficácia, efetividade e eficiência dos instrumentos. Entre estes instrumentos pode estar a consulta médica mas, tal como os demais, este instrumento será de utilização controlada e avaliada por critérios "externos" (no caso, externos ao ato médico individual) determinados por efeitos que se quer obter sobre o coletivo.

Nesse controle estarão presentes por exemplo, a padronização de condutas diagnósticas e terapêuticas: a avaliação será orientada pela eficácia obtida sobre objetivos definidos previamente sobre o coletivo que se pretende atingir. Esse tipo de uso dos instrumentos decorre da concepção epidemiológica da doença, **do caso.** Para a Epidemiologia, cada caso, ainda que comportando variações biológicas, será parte de um conjunto, de um coletivo, e como tal, será apreendido e manipulado.

Apreender o objeto de trabalho coletivamente pressupõe que a intervenção seja decidida sobre um diagnóstico também coletivo, utilizando, por exemplo, os coeficientes de prevalência da hanseníase para cada local e/ou para cada segmento, da população onde se instalarão serviços, para previsão de alocação de recursos; os coeficientes de incidência por coortes, e outras medidas que indiquem riscos de doenças específicos, servirão para decisão entre vários tipos de organização de detecção de casos; ou ainda, indicadores de demanda potencial servirão para a decisão sobre priorização entre várias parcelas da demanda efetiva. Dirigir a intervenção para a dimensão coletiva do objeto de trabalho pressupõe que as diversas atividades que o compõem sejam submetidas a controle burocráticos e a avaliação referidas aos efeitos obtidos no coletivo que as reorientem. Assim, por exemplo, se a detecção de casos estiver aquém da esperada para uma determinada estrutura epidemiológica, implementa-se censos para diagnóstico em segmentos da população de risco, ou se as taxas de abono de tratamento mostrarem diferenças de um local para outro, procede-se a inquéritos para detecção de causas possíveis de modificação pela ação dos serviços, ou ainda, se as taxas de recidiva estiverem além do esperado encaminha-se investigações para avaliação das diversas formas terapêuticas. Sinteticamente nesse modelo a assistência médica é um dos instrumentos utilizáveis para atingir o objetivo de controlar a hanseníase no coletivo e sua utilização é controlada e avaliada por critérios "externos" ao ato médico individual definidos sobre as noções epidemiológicas de eficácia e efetividade.

A segunda categoria – o desempenho do componente epidemiológico – vincula-se à aplicação de procedimentos mais imediatamente e mais tradicionalmente relacionados às práticas epidemiologicamente fundadas.



Trata-se das ações diretamente referidas à dimensão coletiva do objeto de trabalho, tais como as que se destinam ao controle do foco epidemiológico através das medidas sobre o meio ambiente ou sobre contatos. São as atividades de busca ativa de casos entre os comunicantes e demais grupos de risco que se tomam como representativos desse sentido. Nessas atividades há as de caráter mais "externo" e as desenvolvidas mais "internamente" aos serviços.

Entre as de caráter mais "externo" estão a visita domiciliar e os censos de diagnósticos em grupos de risco; entre as de caráter mais "interno" estão os atendimentos individuais aos comunicantes sob o controle médico.

Além dessas, considerando-se o fato de que o modelo epidemiológico trabalha com a noção de grupos de risco como delimitadora do objeto de trabalho da qual deriva a possibilidade de atividades hierarquizadas relacionadas a partir desse coletivo, toma-se também como parte das ações de tipo "interno" o atendimento em grupo ou a assistência médica praticada nessa forma grupal. É a esse conjunto de ações "intra e extra-muros" dos serviços de saúde que se designa por "componente epidemiológico" do programa concreto.

A coleta de informações se deu através de análise documental e, secundariamente, através de entrevistas. A análise documental utilizou legislação e normatizações da Secretaria da Saúde do estado de São Paulo, estatísticas sobre produção de serviços nos Centros de Saúde, estatísticas epidemiológicas oficiais, relatórios de atividades, de supervisão e de grupos especiais de trabalho relativos ao desempenho do programa de hanseníase nos Centros de Saúde.

As informações quantitativas coletadas foram retrabalhadas no sentido de obtenção de estimadores para cada uma das atividades principais do Sub Programa de Controle da Hanseníase e para algumas atividades gerais dos Centros de Saúde.

As entrevistas foram realizadas com pessoas que foram ou são ocupantes de funções em órgãos centrais da Secretaria da Saúde, responsáveis administrativamente pela direção do programa de hanseníase.

Não seria possível resumir aqui as informações coletadas e trabalhadas. Somente é possível dizer que elas forneceram evidências reiteradas de um precaríssimo desempenho do componente epidemiológico do programa e de um igualmente precaríssimo uso das práticas de avaliação. Tais evidências foram suficientes para afastar a possibilidade de pensar a prática do programa enquanto uma prática epidemiologicamente instrumentalizada, muito embora o plano inicial fosse exatamente esse. Por outro lado, embora insuficientes para análises precisas, os indicadores epidemiológicos puderam ao menos mostrar a não alteração no perfil de detecção de casos novos, o que corrobora a hipótese de que a situação epidemiológica da doença certamente não melhorou no período.

O Sub Programa do Controle da Hanseníase introduziu novos instrumentos e novos agentes na prática relativa à hanseníase procurando, ao mesmo tempo, conservar instrumentos "antigos". O conjunto rearticulou-se diferentemente da prática anterior: nem prática tradicional, nem prática programática, o trabalho no SPCH parece ter-se guiado por outras diretrizes. Ao tentar aproximar a hanseníase da imagem de "doença como as outras", o trabalho desenvolvido parece só ter sido efetivamente capaz de desestruturar os serviços especializados e de conferir aos doentes de hanseníase o direito de receber a mesma assistência médica individual prestada aos demais clientes dos Centros de Saúde.

Uma consideração final: não se deprenda da última afirmação qualquer tentativa de propugnar pelo reaparelhamento especializado e "vertical" dos programas de hanseníase que, de resto, nos parece uma questão já historicamente superada. Trabalhou-se com uma experiência histórica menos no sentido de apontar "resultados" e mais no sentido de apontar suas contradições. Não se trata, assim, de apologizar um ou outro modelo nem de lamentar seu fracasso. Trata-se de apreender justamente as contradições que, no real, conformam – e modificam incessantemente – novas formas de organização do trabalho.

BIBLIOGRAFIA

1. BAPTISTELLA NEMES, MI. **A Hanseníase e as Práticas Sanitárias em São Paulo: 10 anos de Sub Programa de controle da Hanseníase na Secretaria de Estado da Saúde**, IMUSP, 1989 (Dissertação de Mestrado).

2. MENDES GONÇALVES, RB, SCHRAIBER, LB, BATISTELLA NEMES, MI. Seis Teses sobre a Ação Programática em Saúde. **Espaço para A Saúde**, 1(1): out. 1989, pp. 33-41 (Comunicação apresentada ao 2º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e 3º Congresso Paulista de Saúde Pública – SP 1989).

3. MENDES GONÇALVES, RB. **Tecnologia e Organização das Práticas de Saúde: Características Tecnológicas do Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo**, FMUSP, 1986. (Tese de Doutoramento).

4. SCHRAIBER, LB. **Medicina Liberal e Tecnologia: As Transformações Históricas da Autonomia Profissional dos médicos em São Paulo**, FMUSP, 1989. (Tese de Doutoramento).