

Programação em Saúde e Organização das Práticas: Possibilidades de Integração entre Ações Individuais e Coletivas no Sistema Único de Saúde

Lilia Blima Schraiber ♦ Ana Luiza Queiroz Vilasbôas ♦ Maria Ines Baptistella Nemes

INTRODUÇÃO

Nosso propósito neste capítulo será apresentar possibilidades de integração entre ações individuais e coletivas no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil. Enfocaremos o princípio da “integralidade” inscrito no SUS, problematizando-o do ponto de vista das práticas profissionais. Para tal, vamos proceder a uma releitura histórica da Programação em Saúde, apresentando-a como uma lógica de organização que privilegia essa integração, mas que foi experimentada por um curto período de tempo em nosso país.

Em primeiro lugar, destacaremos algumas noções que nos ajudam a diferenciar as abordagens sobre programas e programação em saúde. Em seguida, trataremos das origens e desenvolvimentos históricos da programação em saúde para nos ajudar a compreender o sentido da polissemia dessa expressão. Por fim, trataremos de caracterizar aspectos tecnológicos e assistenciais da programação como modelo de organização das práticas de saúde, suas vantagens e seus limites como uma das formas de operacionalizar a integralidade da atenção especialmente no espaço da atenção primária, também conhecida no Brasil como atenção básica.

PROGRAMAS E PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE: ALGUMAS CONCEPÇÕES

Podemos definir *programa* de saúde como uma série de intervenções, realizadas em uma sequência cronológica, com efeitos interdependentes (Hartz, 1998), constituindo uma proposta prévia de organização da atenção à saúde individual e para a população de um dado território. Essa definição conecta a noção de programa a um planejamento anterior das intervenções, em que delimitamos quais serão as intervenções e quanto de cada uma será feito, por quem, com qual relação entre elas e a previsão dos recursos necessários para sua realização.

Desse modo, serviços de saúde com (ou “que operam”) programas estruturam a atenção que prestam às pessoas e aos grupos populacionais, seus usuários, sob determinada configuração e encadeamento de atividades individuais e coletivas.

Os serviços podem se valer de um ou outro programa de modo isolado, ou podem ser estruturados em seu todo em uma lógica de funcionamento liderada pelos programas. Neste último caso, diremos que o serviço que assim opera apresenta uma forma, um modelo de atenção denominado *programação em saúde* (Boxe 7.1).

Programação em saúde também pode ser entendida como um momento do planejamento (OPS, 1965). Ao propor um plano para um conjunto de serviços de um dado território, a programação responde pela parte mais operacional do plano de prestação da atenção pretendida (Schraiber, 1993). Nesse caso, vemos a programação como parte importante das atribuições do planejamento ao traduzir, em termos da organização, distribuição territorial e quantificação dos procedimentos dos vários serviços na sociedade, as propostas assistenciais enunciadas no âmbito da política pública, nas leis e normas que resultam das decisões governamentais.

Nesse sentido, o planejamento opera uma ligação entre as políticas de saúde e o conjunto de serviços e estabelecimentos que produzirão a atenção em saúde (Schraiber, 1995), delimitando, por exemplo, quantos hospitais correspondem à política de saúde aprovada ou quantos ambulatorios, unidades básicas de saúde (UBS), pronto-atendimento (PA), centros de apoio diagnóstico ou terapêutico, e ainda se todos funcionarão ou não como um sistema de bases territoriais predefinidas, ou se funcionarão ou não como um sistema hierarquizado com entrada predefinida ou em algum formato de rede (OPS, 2010).

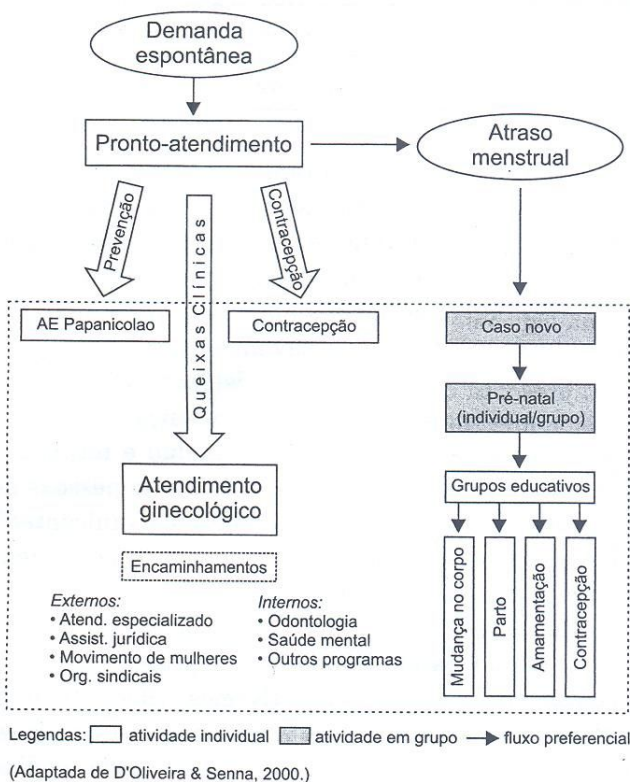
O planejamento e sua etapa de programação, portanto, conectam as políticas de saúde às práticas conduzidas pelos profissionais de saúde que atuam na atenção

Boxe 7.1

Programas de saúde: o exemplo do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) de 1984 tal como incorporado em um serviço de atenção primária à saúde no modelo das Ações Programáticas em Saúde, formulado em 1989. (D'Oliveira AFPL & Senna D. Saúde da mulher. In: Schraiber LB; Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. 2. ed., São Paulo: Hucitec, 2000:107.)

Apresentamos esse programa para que o leitor observe a composição de diferentes tipos de intervenções assistenciais que se articulam em um fluxo determinado de atendimentos. O desenho mostra o planejamento prévio das ações dos profissionais, uma sequência de intervenções esperadas e uma integração entre ações curativas, preventivas e de promoção, assim como consultas individuais ou em grupo e atuações de equipes de trabalho (Fluxograma a seguir).

Fluxograma de atividades do PAISM



direta às populações e às pessoas, ao organizar o funcionamento de cada serviço (a unidade básica, o hospital etc.), o fluxo de pessoas assistidas entre eles (formas sistêmicas, em rede etc.), as relações entre ações dirigidas a indivíduos e grupos e ao definir a quantidade de procedimentos necessários ao alcance da cobertura populacional pretendida.

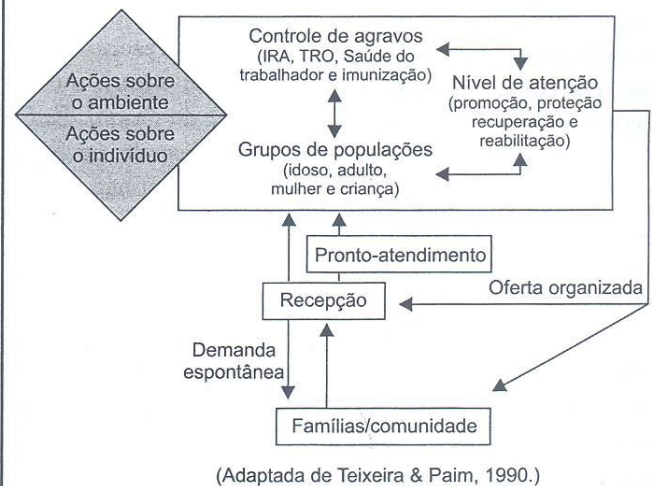
Cada forma alcançada configura arranjos diversos no encadeamento das ações que os profissionais irão realizar, até mesmo definindo se haverá um só profissional ou uma equipe, indicando, por consequência, quais áreas de atuação estarão envolvidas. É essa configuração que definimos como uma *oferta organizada de assistência*

e que produz, a depender das ações propostas e de seu encadeamento, certos modelos assistenciais (Teixeira & Paim, 1990; Paim, 1993).

Esses também serão arranjos de intervenções técnicas dos profissionais: um determinado *modelo tecnológico de trabalho*, ou *tecnico-assistencial*, muitas vezes também denominado apenas *modelo de atenção à saúde* (Teixeira; 2003). A oferta organizada, portanto, representa também certa configuração de profissionais, de seus trabalhos e de saberes técnico-científicos envolvidos (Paim, 2007) (Boxe 7.2).

Boxe 7.2 A oferta organizada para um dado modelo assistencial

Apresentamos no Fluxograma a seguir um diagrama de oferta organizada de serviços, a partir do qual o leitor pode observar a complexidade da organização dos trabalhos profissionais envolvidos em termos de modelo assistencial.



Para saber mais sobre modelos de atenção, consulte o Capítulo 21 deste livro.

A *programação em saúde* é um desses modelos que projeta determinada configuração de intervenções profissionais e de funcionamento dos serviços, com efeitos interdependentes na saúde de seus usuários. Com isso queremos também dizer que, embora "programa de saúde" seja uma terminologia comum na atenção individual ou em Saúde Coletiva, e esses programas possam existir de maneira isolada ou combinada, e ainda que a programação seja uma etapa e uma técnica de planejamento que responde a parte da execução de uma política de saúde, nem todos os serviços estão estruturados segundo o modelo assistencial da programação, sendo esta uma realidade que ultrapassa o âmbito de um programa para o domínio do conjunto das intervenções de um serviço de saúde e de um conjunto de serviços em determinado território.

Na América Latina, a programação em saúde foi proposta nos anos 1960 como etapa do planejamento vinculada ao método conhecido como CENDES-OPAS (OPS, 1965).

No Brasil, foi inspiradora de um modelo de atenção proposto no Estado de São Paulo apenas na segunda metade dos anos 1970, que trouxe uma importante inovação assistencial e também tecnológica, isto é, para a atenção às pessoas e para as intervenções técnicas no trabalho dos profissionais.

Localizada especialmente no interior da atenção básica, essa inovação consistiu na *integração médico-sanitária* como um modelo integrador de duas redes institucionais de serviços assistenciais, antes executados em separado: o da assistência sanitária no conjunto de estabelecimentos da Saúde Pública e o da assistência médica realizada pela rede da Medicina Previdenciária que, por meio de estabelecimentos próprios (públicos) ou contratados ao setor privado, provia assistência aos trabalhadores regularizados com carteira de trabalho e suas famílias.

Como modelo assistencial, portanto, a programação em saúde significava uma assistência médica individual bem articulada com ações de Saúde Pública, representando, por consequência, uma atenção à saúde em que o trabalho dos médicos e enfermeiros, assim como o trabalho de todo o pessoal da enfermagem, conectava-se com o trabalho de profissionais das ações sanitárias, como, por exemplo, o visitador domiciliar, o agente de saneamento e a equipe de vigilância epidemiológica (Schraiber, 1993; Mota & Schraiber, 2011).

A seguir, vamos tratar dessa programação que foi um modelo assistencial, examinando seus aspectos mais interessantes como uma possibilidade atual para os serviços no Brasil, sobretudo porque essa programação foi voltada para a atenção primária à saúde ou atenção básica, que hoje é alvo de grande valorização no SUS. Para uma melhor compreensão desse modelo assistencial, vamos recuperar um pouco de suas origens e história.

BREVE HISTÓRIA DO PLANEJAMENTO E DA PROGRAMAÇÃO NA SAÚDE: RAÍZES DA CONSTRUÇÃO DE MODELOS ASSISTENCIAIS

É importante ter em mente que a Saúde Pública, desde o século XIX, sempre esteve amparada por políticas e programas de intervenção. Formulados e implantados por ações governamentais, essas políticas e programas representavam de algum modo a expressão de alguma ação planejada, como, por exemplo, campanhas de vacinação, ações de saneamento básico ou ações de controle da poluição ambiental.

No Brasil, do ponto de vista histórico, podemos distinguir, grosso modo, duas grandes configurações dessas ações que são as práticas em Saúde Pública, antes da emergência da programação em saúde (Nemes, 1993; Merhy, 1992; Merhy & Queiroz, 1993; Mendes-Gonçal-

ves, 1994). Primeiro, entre 1880 e 1930, temos a época das grandes campanhas e da polícia sanitária, em que autoridades públicas podiam proceder à vacinação e à internação de pessoas com moléstias infectocontagiosas à força. Posteriormente, entre os anos 1930 e 1960, surge o modelo médico-sanitário, em que, por meio de uma educação chamada de sanitária, os médicos da Saúde Pública foram mudando as práticas higienistas anteriores e convencendo a população das vantagens para a saúde representadas por intervenções como a vacinação e o saneamento básico (das águas e do lixo), produzidas na forma de ações coletivas para toda a população (Boxe 7.3).

Boxe 7.3 História das políticas de saúde no Brasil

Sobre a história das políticas de saúde no Brasil, veja o documentário "Políticas de Saúde no Brasil", disponível em: http://www.youtube.com/watch?v=cSwIL_JW8X8.

Ao mesmo tempo, foram também progressivamente formuladas intervenções na esfera da Saúde Pública sobre as doenças infectocontagiosas de curso prolongado, como a tuberculose e a hanseníase, e as infecciosas ou parasitárias afetas ao meio ambiente, como a malária. Essas intervenções caracterizavam-se por práticas clínicas terapêuticas, mediante a assistência aos casos da doença, e também por práticas de prevenção do adoecimento de pessoas saudáveis, como exame e terapêutica preventiva profilática dos familiares e de pessoas de grande convívio com doentes, chamados "comunicantes". Diferentes das campanhas de vacinação e do saneamento do meio, essas outras intervenções, portanto, já não se destinavam a todos, mas a certos grupos populacionais, configurando na Saúde Pública os programas verticais específicos para certas doenças (Nemes, 1990, 2000). É importante observar que esses programas verticais já se estruturavam de modo a articular a assistência médica com ações de Saúde Pública, inclusive instaurando uma medicina clínica preventiva e profilática como maneira de controle sanitário das doenças na população. Devemos destacar ainda a criação, nessa época, do visitador sanitário, agente de práticas em saúde que passa a compor a equipe profissional de trabalho, realizando a visita domiciliar (Nemes, 1989) (Boxe 7.4).

Assim, no campo sanitário os profissionais sempre conviveram com "programas", ainda que, como já mencionamos, isso não queira dizer atuar no modelo da programação, pois para essa atuação é necessário ter programas, mas só tê-los é insuficiente, se eles não se articulam e lideram o modo de atender e assistir pessoas e populações.

No entanto, se a prática sanitária há muito mostra esse aspecto de intervenção planejada, o mesmo não

Boxe 7.4 História dos programas de saúde pública brasileiros

Para saber mais sobre a história de alguns programas de saúde pública brasileiros, leia:

- Hijjar MA, Gerhardt G, Teixeira GM, Procópio MJ. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. Rev Saúde Pública 2007; 4(Supl.1):50-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/6489.pdf>.
- Opromolla PA, Laurenti R. Controle da hanseníase no Estado de São Paulo: análise histórica. Rev Saúde Pública 2011; 45(1):195-203. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/1764.pdf>.
- Nemes MIB. A hanseníase e as práticas sanitárias em São Paulo: 10 anos de subprograma de controle da hanseníase na Secretaria de Estado da Saúde. (Dissertação de mestrado). São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, 1989.

ocorreu com a medicina e a assistência provida pelos médicos (Schraiber, 2008). A prática médica manteve ao longo de sua história a característica de uma *profissão consultante*; profissão cujo exercício é suscitado pelo paciente que demanda o profissional; produzido (trabalhado) na forma de consultas individualizadas; e formulador de um projeto assistencial para cada caso, com intervenções clínicas ou cirúrgicas, sobre as quais o médico aconselha, pois está sendo consultado, e o paciente pode acatar ou não.

Por isso, a intervenção dos médicos tem sido produzida a partir dessa demanda dos usuários dos serviços de saúde dita “espontânea”, uma vez que os doentes são livres para consultar o médico; são os indivíduos que se sentem doentes, ou receiam vir a sê-lo, que buscam os estabelecimentos e seus profissionais para consultá-los. Este tem sido um importante aspecto da prática médica com grande permanência histórica, ainda que o significado da consulta, para o médico e para o paciente, o teor da intervenção e o grau de liberdade de ambos em torno do projeto assistencial mudem a cada época.

Se expandíssemos essa forma de prover serviços de atenção à saúde como se fosse um modelo assistencial, obteríamos um conjunto de serviços e um agregado de diferentes estabelecimentos operando apenas por consultas médicas, em uma configuração de “séries consultantes”, a qual podemos denominar *consultação* (Schraiber, 1993).

Ao se considerar que os indivíduos que buscam a consulta são casos clínicos singulares, a consultação caracterizaria uma forma de arranjos de intervenção em que as consultas não são ações interdependentes, mas unidades autônomas e dependentes apenas de cada médico diante de seu caso. Assim, o que se destaca nessa configuração assistencial é uma atuação profissional centrada na prática individual do médico, pois ele teria de fazer frente a um número muito grande de situações particulares, o que é muito difícil de planejar.

Essa modalidade de funcionamento assistencial muito se assemelha ao modelo da medicina liberal, que se consolida ao longo de todo o século XIX nos países industrializados desenvolvidos e, no Brasil, entre 1930 e 1960, tendo seus primórdios apenas a partir dos anos 1890. Mesmo que não tenha exatamente a mesma configuração das séries consultantes, a profissão nesse modelo liberal se apresenta no mercado de trabalho como prática de consultório particular e se realiza na dependência de cada médico individual e de seus recursos técnicos, entre eles a qualidade com que domina os conhecimentos e saberes da medicina.

De fato, na profissão liberal, o médico é um pequeno produtor isolado, realizando serviços na forma de “unidades inteiras e independentes de produção”, ou seja, a consulta médica, ofertada em seu consultório a cada indivíduo, a cada vez. Nessa forma, o médico trabalha só, não se inserindo em nenhuma equipe e apenas eventualmente necessitando consultar a opinião de outros médicos sobre o caso, o que tem a qualidade de uma atuação apenas entre seus próprios pares e na forma também de uma consulta, e não de um trabalho assistencial produzido em parceria, em equipe.

Além disso, à época da medicina liberal que perdura até os anos 1960, os recursos para as intervenções são o conhecimento e poucos instrumentos que o médico consegue usar em seu consultório. Por isso, há não só uma relação bem pessoal e direta com seu paciente, pois sua conduta profissional dependerá muito da história deste (anamnese), como há sua grande valorização enquanto profissional, em razão das dificuldades envolvidas na formulação e execução do projeto assistencial para os casos, com consequente grande responsabilidade pessoal do médico em sua consecução e bom sucesso (acerto).

Esse arranjo de intervenção produz, simultaneamente, a necessária mútua vinculação dos casos aos médicos e vice-versa, situação em que o conjunto desses pacientes surge como a clientela privada do médico e não de alguma instituição hospitalar ou de algum plano de saúde, como vemos hoje em dia (Schraiber, 2008). Essa situação, por exemplo, é uma das diferenças entre a medicina liberal e o modelo da atenção à saúde por séries consultantes (consultação), que surgirá na atenção baseada em pronto-atendimento dos anos 1990.

A despeito dessa e de outras diferenças, porém, queremos chamar a atenção para o fato de surgir com a medicina liberal, também permanecendo até hoje, a valorização da consulta como forma de prestar a assistência na cultura profissional em saúde. Na prática liberal é estabelecida grande autonomia dos médicos para conceber, executar e avaliar seu trabalho, e essa autonomia tem sido, desde ali, um dos principais referentes da noção de *boa prática assistencial*.

Essa concepção é a dos diversos profissionais da saúde, e não só dos médicos, bem como é também a dos pacientes ou da população em geral, que reproduzem essa cultura profissional originada na medicina liberal. Por isso, qualquer forma de planejamento e de programar a prática da assistência clínica apresenta conflitos com essas concepções.

Entretanto, à medida que a medicina foi se especializando e se tornando mais equipada com instrumentos diagnósticos e terapêuticos, a produção da assistência para o conjunto da sociedade também passou a se processar por outro modelo de assistência médica (Schraiber, 2008). Foi assim, sob forte tensão, que uma medicina tecnológica, configurada no modo empresarial de produzir os serviços e estruturar os estabelecimentos, emerge e consolida-se historicamente no Brasil nos anos 1960-80.

Nela encontramos uma assistência baseada, sobretudo, no hospital, transformando-se os consultórios em unidades a este acopladas, tal qual nas clínicas ambulatoriais hoje existentes. Há o grande crescimento das empresas privadas e do assalariamento dos médicos. Há também, já a partir dos anos 1990, o estabelecimento da prática de consultório na forma empresa, operando raramente como consultório particular e sim mediante convênios com planos de saúde e seguros-saúde privados.

Do ponto de vista da produção de serviços para toda a sociedade, essa organização da prática representa uma forma mais extensiva: uma medicina institucionalizada, de massas e em grande escala, mas também uma medicina de custos crescentes, levando à presença de empresas intermediárias para financiar a assistência.

Essa forma empresarial de prover a atenção, hoje, atinge tanto os serviços públicos como os privados. Seja no SUS, seja no sistema supletivo dos planos e seguros de saúde, arranjos produtivos são concebidos e desenvolvidos praticamente em todos os serviços e em quase todos os estabelecimentos. Eles configuram sempre determinados modelos de atenção. Esse modelo poderá, como o da programação antes referido, funcionar segundo a lógica da integração de ações de atenção individual (consultas) com as coletivas (ações sanitárias). Mas se regido estritamente pelo consumo dos serviços em razão da compra destes (por pagamento prévio, como nos seguros e planos, ou posterior ao ato, como nos serviços particulares e no SUS), o modelo funcionará tão-somente segundo a lógica do mercado, ou a lógica dos negócios, que é o mercado visto da ótica de quem produz os serviços, tais como os seguros-saúde ou os planos ou uma clínica ou hospital privado, mesmo que conveniado ou contratado pelo SUS.

O resultado é um modelo assistencial que privatiza e elitiza o consumo e não detém a perspectiva de melhorar as oportunidades de acesso ou mesmo prover acesso universal, ou de prover uma atenção que integre mais os distintos aspectos da saúde, como é a lógica do SUS (Paim, 2007).

Foi precisamente em função de melhorar esse acesso das populações de menor renda e buscando quebrar um ciclo que então se acreditava responsável pelo subdesenvolvimento dos países pobres da América Latina, qual seja, o *círculo vicioso da pobreza*, caracterizado pelas interações entre baixa educação, saúde deficiente e pequena produtividade na economia, que o planejamento entrou no campo da saúde, nos anos 1960, no contexto político internacional da Aliança para o Progresso (Rivera, 1989; Mendes, 1993; Nemes, 1993; Teixeira & Sá, 1996; Nemes 2000).

Voltado para uma política desenvolvimentista, esse planejamento fundamentava-se em um método normativo denominado “Programação de Saúde” (OPS, 1965), de caráter ascendente, do nível local para o nível nacional, em que se propunha um diagnóstico de saúde com vistas à resposta assistencial a ser dada pela política governamental.

O diagnóstico estimava necessidades de saúde da população do território com base em danos ou agravos à saúde, caracterizados por suas taxas de mortalidade, ponto de partida para o cálculo da quantidade de procedimentos descritos como atividades (consultas, atendimentos, aplicação de vacinas, internamentos etc.) voltadas para responder a essas necessidades.

A programação do método CENDES-OPAS fundamentava-se em princípios de microeconomia aplicados aos serviços, o que implicava o estímulo ao uso eficiente dos recursos de saúde, estes traduzidos como existência de pessoal, instalações físicas, equipamentos e orçamento predefinido para enfrentar danos selecionados.

A partir da consideração de que os recursos eram limitados para o atendimento às necessidades da população, o método incluía a priorização dos danos como um dos passos para atingir a eficiência pretendida. A análise considerava o volume dos danos expressos em taxas de mortalidade, as suscetibilidades desses danos a intervenções em termos de bom êxito com o conhecimento e as tecnologias disponíveis e sua relevância social como questão de grande impacto na vida das populações dos territórios definidos, além dos custos financeiros das intervenções propostas.

Magnitude, vulnerabilidade e transcendência, respectivamente, além dos custos dos agravos, foram os critérios de priorização propostos pelo CENDES-OPAS (OPS, 1965) para a programação dos procedimentos. Por conseguinte, o método CENDES-OPAS de programação de saúde tornou possível oferecer certos critérios para que a política de saúde respondesse a realidades geopolíticas bastante localizadas. Ofereceu também uma técnica de priorização na escolha dos agravos à saúde a serem primeiro assistidos, do que resultariam tanto uma expansão da assistência como uma racionalização no gasto público em saúde (Rodrigues, 2012).

No entanto, todos esses aspectos são parte de um plano, mais do que parte da produção assistencial no coti-

diano dos serviços, e por isso, para que se transformasse em um modelo assistencial, faltava-lhe exatamente a inserção no cotidiano dos serviços, traduzindo aquelas escolhas em práticas profissionais.

Assim, além de responder a questões da política, a programação em saúde como modelo assistencial deveria oferecer soluções no plano das intervenções no interior dos serviços, orientando a produção dos trabalhos e da assistência na mesma lógica em que orientava a política pública.

No Brasil, esse específico passo apenas foi dado no caso do Estado de São Paulo, que na metade da década de 1970 respondeu com a *programação em saúde* a uma grande crise social brasileira, que nesse período atingia, entre outros, a assistência médica e, principalmente, aquela da rede pública, antes mencionada, da medicina previdenciária (Nemes, 2000; Mota & Schraiber, 2011). Essa resposta, porém, teve curta duração (Nemes, 2000), posto ter arrefecido sua força já ao início dos anos 1980.

Nacionalmente, assim como no caso paulista, a resposta à crise social foi no mesmo sentido: expandir os serviços e, então, a cobertura assistencial pela soma de duas redes, a da medicina previdenciária e das unidades da Saúde Pública. A solução encontrada foi, portanto, a oferta de serviços públicos a populações mais pobres, juntando serviços dessas duas redes públicas, com isso integrando-se os estabelecimentos sanitários, como os centros de saúde e postos de saúde, ao conjunto de postos e ambulatorios da medicina previdenciária, de distribuição bastante heterogênea no país.

Essa nova rede de cunho ambulatorial deu origem às unidades básicas de saúde, tendo também ocorrido uma integração das unidades hospitalares. Essa integração de ações entre os subsistemas públicos é precursora, nos anos 1980, do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), de 1987.

Entretanto, ao contrário do que ocorrera no Estado de São Paulo, em termos nacionais, não se constituiu para as unidades básicas de saúde um novo arranjo assistencial como a integração médico-sanitária paulista. Longe disso, foi a lógica ambulatorial vinda da medicina previdenciária e baseada em consultas clínicas de pronto-atendimento (PA) que reorientou o conjunto dos serviços integrados nacionalmente e que terminou por também se instalar no Estado de São Paulo, substituindo o modelo da programação em saúde e fazendo dele, historicamente, apenas uma transição (Nemes, 2000). Instalando um arranjo de “séries consultantes”, essa forma de integração das redes, como também no caso paulista, unificou a prestação da assistência médica e intensificou sua entrada em todo o conjunto do sistema público, o que hoje em dia vemos no SUS.

Embora nacionalmente não se tenha desenvolvido o modelo assistencial da programação, a política de saúde

dos anos 1980 formulou programas de saúde dentro da mesma perspectiva de uma atenção integradora de ações. Podemos exemplificar com o programa de atenção integral à saúde das mulheres, de 1984, com ações de assistência médica individual que se articulavam com outras voltadas para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e do câncer ginecológico e com as de promoção da saúde, como atividades educativas baseadas nos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Não obstante, essa proposta de atenção integral circulava restrita a esse segmento populacional das mulheres e não conformou uma atenção integral para toda a atenção primária das unidades básicas ou de qualquer outro nível de atenção, como seria na adoção dessa perspectiva de atenção integral como modelo assistencial.

Nesse sentido, do ponto de vista histórico, a programação em saúde paulista foi uma oportunidade perdida no desenrolar da história da atenção à saúde no Brasil (Mota & Schraiber, 2011), mas rendeu grande debate e diversas novas propostas de modelo assistencial. Uma delas, que buscou aprimorar alguns aspectos dessa integração entre a assistência médica e a prática sanitária, chamou-se *Ações Programáticas em Saúde*, nome propositalmente próximo ao anterior e igualmente aderido à atenção primária das unidades básicas de saúde. Como arranjo de oferta organizada de intervenções assistenciais, a programação em saúde e as ações programáticas contêm aspectos que podem significar, ainda hoje, uma interessante solução de atenção integral (Boxe 7.5).

Boxe 7.5

Revisitando a integração médico-sanitária em tempos atuais

Alguns passos são sempre lembrados como parte dessa integração médico-sanitária, como segue:

- definir o território de intervenção dos serviços;
- utilizar a epidemiologia e as ciências humanas para estimar necessidades (diagnóstico) e para intervir sobre elas (saber operante do e no trabalho);
- recorrer a técnicas de programação e de planejamento para orientar as atividades das unidades de saúde;
- recusar a exclusividade do modelo centrado na atenção individual;
- considerar a atenção à saúde com base nas políticas públicas;
- estruturar os cuidados com base em equipes de trabalho multiprofissional.

Veja, para maiores detalhes: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. 2. ed., São Paulo: Hucitec, 2000.

Longe de uma única delimitação e definição, a integração médico-sanitária desperta hoje grande interesse e diversas leituras. Veja: Massuda A. Práticas de saúde coletiva na atenção primária em saúde. In: Campos GWS, Guerrero AVCP (orgs.) Manual de práticas de atenção básica. Saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008:179-205.

Nesse caso, a solução não se atém ao protocolo das ações internas a cada programa, mas, sobretudo, à integração entre as diversas formas de atenção, a saber: a assistência individual e em grupo; a assistência curativa, de cunho diagnóstico-terapêutica e aquela de caráter educativo, como as práticas de prevenção e de promoção da saúde; a atenção de promoção da saúde realizada no interior das unidades básicas ou centros de saúde e aquela realizada extramuros, integrada a atividades que são desenvolvidas na vida do território próprio a seus usuários e a suas clientela potenciais; e, por fim, a assistência voltada para os vários segmentos populacionais em seus ciclos de vida, como crianças, jovens, adolescentes, adultos e idosos, homens e mulheres.

As contribuições advindas desse modelo assistencial de integração e ainda atuais apontam para dois grandes eixos: a necessária articulação entre práticas individuais e de vigilância em saúde e o desenvolvimento de uma atenção produtora de cuidados integrais também quando é realizada na assistência médica de caráter mais pontual, como o PA, o que implicará o deslocamento do PA de sua lógica consultante para a lógica de atendimentos de caráter mais sistemático. Envolvendo-se com retornos periódicos de avaliação dos cuidados prestados e com ações não só terapêuticas e curativas, mas com práticas preventivas e de promoção, esse deslocamento em muito beneficiaria, especialmente, os usuários que vivem com doenças crônicas, como o diabetes e a hipertensão.

Estas últimas situações assistenciais têm sido particularmente problemáticas no arranjo da consulta, justamente em razão do aspecto segmentador dessa modalidade de assistência. Por isso, examinaremos a seguir algumas propriedades internas aos modelos da programação e da ação programática, já indicando algumas de suas vantagens e também alguns fatores limitantes de sua aplicação no espaço da atenção básica, enquanto configuração das práticas profissionais, ou seja, em termos de seus arranjos tecnológicos de trabalho, e enquanto produção assistencial de uma atenção integral.

PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE E AÇÕES PROGRAMÁTICAS: ASPECTOS TECNOLÓGICOS E ASSISTENCIAIS

Denominamos tecnológicos aqueles aspectos das práticas profissionais que estão em arranjos de trabalho para produzir ações de saúde. São, pois, o conhecimento científico e o técnico incorporados aos saberes aplicados da clínica e da epidemiologia, já com todas as subespecialidades desses saberes em diversas áreas de intervenção e com uso de recursos tecnológicos materiais (equipamentos, medicamentos etc.), que se apresentam disponíveis e funcionando na dependência dos contextos

de trabalho assistencial (qual o estabelecimento e para prestar qual serviço e em que disposição no mercado de trabalho e de oferta de ações).

Esses aspectos se traduzem em atividades dos profissionais, que representam a produção das respostas às necessidades suscitadas pelos agravos à saúde, como antes comentamos. Essas respostas irão caracterizar o produto da intervenção assistencial, mas esses aspectos também representam, no modo de produzir essa resposta, certas modalidades de relação com os pacientes, nesse momento em que estão realizando sua assistência, e também relações com os outros profissionais.

Assim, estamos afirmando que os arranjos tecnológicos são a produção de um trabalho técnico de base científica, alcançando certas resoluções dos casos como seus produtos, e são, ao mesmo tempo, determinadas formas de interação entre profissionais e usuários dos serviços (Nemes, 2000) e dos profissionais entre si, conformando as equipes de trabalho (Peduzzi & Palma, 2000).

Isso é o mesmo que dizer que as práticas dos profissionais em saúde são ao mesmo tempo ações produtoras de *trabalhos* e modos de *interação* ora mais comunicativos em relações intersubjetivas dentro de uma ética da comunicação dialógica e que é produtora de cuidado integral, ora mais unidirecionais, do profissional para o paciente, dentro de relações instrumentais e de caráter tecnológico, e que objetivam alcançar mais restritamente um êxito assistencial do ponto de vista técnico-científico. Contudo, esta última postura muitas vezes compromete seu próprio objetivo, em virtude da falta de sucesso prático da ação profissional que não conseguiu interagir comunicativamente na produção assistencial (Schraiber, 2008; Ayres, 2009).

Pensando nesses termos, podemos revisitar o modelo assistencial da programação nos anos 1970 e, primeiro, verificar quais ações assistenciais ou trabalhos profissionais eram disponíveis para seus formuladores e, em seguida, de que modo eles as compuseram para criar a inovação tecnológica mencionada e à época denominada integração médico-sanitária na atenção básica. Além disso, podemos pensar o que essa formulação representou em termos das interações que então ocorreram entre profissionais e usuários, ou da equipe de trabalho (Schraiber, Nemes & Mendes-Gonçalves, 2000).

É claro que já existiam as consultas individuais providas por médicos, bem como uma série de procedimentos de enfermagem voltados à realização dos tratamentos. Afinal essa foi a marca dos postos e ambulatórios da medicina previdenciária que, antes de somar-se à rede sanitária, funcionava com diversos estabelecimentos dentro de uma rede limitada, mas distribuída pelas cidades, o que terminou por impregnar profundamente o próprio modelo da programação, como já dito. Assim, estavam bastante claras as referências à neces-

sidade do acesso direto à assistência dos médicos, fosse a mais generalista ou a especializada, para o que seria importante uma rede bem distribuída pelos territórios (ou geograficamente mais horizontal pelas regiões do país), promovendo este acesso. Também estavam claras as referências à consulta médica como boa assistência às pessoas, em consonância e como a outra face correlata à concepção da consulta médica como a boa prática profissional em saúde.

Essas referências se fizeram presentes também na programação em saúde, mas – e aqui o elemento central da inovação tecnológica produzida – a política de integração dessas redes valeu-se de modo mais significativo da experiência advinda da Saúde Pública. Esta, como vimos, apresentava uma abordagem de populações, como as ações das campanhas e do saneamento do meio ambiente, ou abordagem de grupos prioritários de intervenção, o que ocorria em ambulatórios chamados dispensários, como as ações dos programas verticais de determinadas doenças infectocontagiosas (tuberculose e hanseníase, à época denominada lepra).

Havia, ainda, os chamados programas especiais, com unidades mistas de ambulatórios e internações, para doenças endêmicas, infecciosas ou parasitárias, geograficamente mais localizadas, como a malária, antes mencionada. Além disso, consoante com o desenvolvimento da educação sanitária dos anos 1930, existiam os postos de saúde para a higiene materno-infantil, com ações médicas e educativas voltadas para o pré-natal das gestantes e a puericultura do desenvolvimento e crescimento das crianças na infância, clientela esta que, não por outra razão, ficou sendo a mais tradicional e a mais frequente das unidades básicas de saúde até os dias de hoje.

A programação em saúde, assim instaurou uma ampla rede horizontal de serviços, aumentando o número de unidades ambulatoriais a que chamou centros de saúde. Apropriou-se da técnica da programação local, oriunda do método CENDES-OPAS para estimar necessidades de saúde de uma população em territórios delimitados, criando a base territorial definida para cada centro de saúde.

Dos dispensários, incorporou as consultas médicas aos casos e com retornos sistemáticos de acompanhamento de sua evolução, para fins de alta, que era o modo de avaliar o sucesso do controle da doença infectocontagiosa. Também incorporou as ações de controle da doença junto aos comunicantes (familiares e próximos), não só em termos das medidas profiláticas e preventivas, mas em termos de sua realização extramuro do Centro de Saúde, por meio da visita domiciliar a cargo de pessoal da enfermagem e que se expandiu para outras situações assistenciais.

Como parte dessa experiência dos programas verticais específicos, também aproveitou a busca ativa dos faltosos, a instalação de um prontuário familiar, a cria-

ção de um sistema de registro e um arquivo único para toda a clientela do Centro de Saúde, a fim de que funcionasse como um sistema de informações sobre os casos, sua família e o território.

Esse conjunto de dispositivos foi muito bem utilizado pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica, aprovado nacionalmente em 1975 e incorporado às ações da programação em saúde em São Paulo a partir de 1977, integrando-se mais essa atuação tipicamente sanitária às ações do Centro de Saúde e à assistência médica existente nessas unidades básicas. E particularmente o sistema de informações então criado indicava a orientação do conjunto das práticas na direção do planejamento e sua programação, porque possibilitava também a introdução de ações de avaliação das atividades e de todo o modelo assistencial para alimentar criticamente o programado.

Pode-se dizer que nesse modelo, então, a assistência médica esteve presente, mas não participou de modo autônomo, a cargo das decisões pessoais e individualizadas de cada médico produtor das consultas, como seria um modelo de consultação, senão coordenada pela prática planejada da programação. Em um primeiro momento, de modo até mais radical, essa presença da assistência médica deu-se como consultas esparsas, denominadas “eventuais”, já que a programação sinalizava no interior da atenção materno-infantil e das doenças crônicas, como a tuberculose e a hanseníase, como atividades que seriam as preferenciais as consultas de “rotina” e não as consultas de PA no atendimento médico das unidades. Esse foi, sem dúvida, um grande ponto de tensão para o modelo (Nemes, 2000), uma vez que a integração entre as redes sanitária e previdenciária foi pensada para ampliar exatamente o acesso à assistência médica, mais facilitado no PA e em seu modelo assistencial baseado em séries consultantes.

De outro lado, complementando essa tensão, podemos observar que, embora a programação em saúde pudesse ser bastante resolutiva no que se referia às doenças crônicas, por todos os procedimentos que, afinal, cercavam a consulta médica, embora oferecesse, com isso, uma visão mais integral dos problemas clínicos e sanitários e, ainda, embora seu modelo terminasse por criar uma equipe multiprofissional de trabalho – ao contar com médicos, enfermeiros, pessoal de enfermagem, agentes de saneamento, visitantes domiciliares, educadores em saúde (já como atualização dos educadores sanitários), assistentes sociais e técnicos da informação e seu sistema –, seu modelo como um todo exercitava uma comunicação pouco dialógica com os usuários e bastante tensa entre seus profissionais.

Pautada na tradição da educação sanitária de caráter unidirecional dos profissionais para a população, as ações preventivas e sanitárias mantiveram o caráter autoritário proveniente da própria cultura higienista ante-

rior (Teixeira, 2000), além de não ter conseguido alterar o maior poder do médico dentro das equipes de trabalho.

Desse modo, pode-se dizer que para a programação em saúde a preocupação com os produtos das intervenções constituiu-se de saída como mais relevante que a preocupação com o processo interativo das relações entre profissionais e destes com os usuários, reproduzindo de modo muito significativo as preocupações desenvolvimentistas da época, em conformidade com as próprias premissas e origens históricas do planejamento no campo da saúde.

Nessa direção igualmente se situou a base epidemiológica clássica de estimar as necessidades das populações da técnica CENDES-OPAS. Sua racionalidade conflitava não só com a pressão pela expansão da assistência médica, nesse contexto da crise da medicina previdenciária, como também a expansão de consumo demandada pelas formas empresariais dos serviços médicos, que afinal em muito respondia à época, e ainda hoje, pelas dificuldades de qualquer programação e controle dos custos. Isso tudo, sem dizer das pressões exercidas pela própria população brasileira aderida a tais incentivos de consumo e a esse tipo de expansão assistencial pela opinião pública formada pelos jornais e televisão, além da imagem da boa prática profissional produtora da boa assistência presente desde a medicina liberal como sendo a das séries consultantes.

Por isso, sem contemplar essas expectativas, rapidamente a programação se viu substituída por uma crescente consultação, ainda que os programas que engendrou não tenham sido totalmente apagados. Persistiram de modo isolado, tais como o programa da mulher, da criança e da própria vigilância epidemiológica. Ao mesmo tempo, mostrando-se uma proposta ainda insuficiente para uma reforma sanitária que modificasse também as relações pouco democráticas nas políticas e nos serviços de saúde, como esperavam muitos profissionais do campo da Saúde Coletiva, a programação suscitou muito debate, fora e dentro de São Paulo (Paim, 2007; Mota & Schraiber, 2011).

Fruto de um deles, resgatando importantes elementos da programação e buscando outras formulações para os aspectos tidos como problemáticos, em particular os relacionais e comunicacionais do modelo, bem como para a ampliação da restrita base de acesso às consultas médicas, é que surge, para a atenção básica, o *modelo assistencial das ações programáticas*. Formulado em 1987, o modelo é apenas desenvolvido no espaço restrito de uma unidade experimental e não implantado em todas as unidades básicas de São Paulo (Schraiber, Nemes & Mendes-Gonçalves, 2000).

Uma primeira reorientação no modelo anterior consistia na ampliação da *porta de entrada* na própria unidade. Para além dos programas existentes, deu-se à demanda

espontânea maior presença nessa porta de entrada, bem como foi criada uma atividade de *recepção* dos usuários a sua entrada e que se assemelha, em parte, à proposta do acolhimento. Nas ações programáticas, a recepção articula-se com as demais atividades programáticas da unidade básica e não se confunde com o PA. Essa atividade de pronto-atendimento foi implantada, mas ganhou continuidade assistencial em retornos programados e também foi articulada às demais ações da unidade básica.

Ampliaram-se também os programas, com programas de atenção integral à criança, ao adolescente, aos adultos – a princípio mulheres e mais recentemente homens – e aos idosos. Em seu interior, havia ações programáticas tradicionais, como as ações de pré-natal e de planejamento familiar, ações de prevenção a doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS, ações de controle e tratamento da tuberculose, por exemplo, mas também ampliou-se a atenção integral para outras doenças crônicas em adultos e idosos, como o diabetes e a hipertensão, ou doenças cardiovasculares, com atividades assistenciais configuradas nos moldes programáticos, isto é, com consultas individuais, atividades educativas em grupo, atividades no território, ações de atendimentos de enfermagem, ações de vigilância epidemiológica etc.

Foram mantidas as relações com o território e ações extraunidade, desenvolvidas no próprio território, agora não mais apenas para fins assistenciais, envolvendo tratamentos ou prevenções e promoções da saúde, mas também como forma de diagnóstico das necessidades para além dos clássicos estimadores baseados nas taxas de agravos à saúde e, sobretudo, como forma de ampliar o conhecimento sociocultural sobre a clientela potencial e de usuários da unidade básica, possibilitando uma melhor compreensão dos determinantes sociais dos adoecimentos daquela população específica, bem como sua cultura relativamente à saúde e ao uso da unidade.

Também foram especialmente pensadas novas modalidades de comunicação ao interior da equipe de trabalho, ampliando e usando as práticas de avaliação como momento desse diálogo e do aprimoramento do trabalho em equipe. Igualmente, foi repensada a comunicação com os usuários da unidade, seja desenvolvendo-se novas situações de diálogo, como o aproveitamento do tempo da espera para o atendimento como momento de conversa em grupo sobre problemas assistenciais ou do território, detectados pelos próprios usuários, seja criando novas ações dentro das práticas programáticas para a promoção da saúde, como ocorreu com a atenção à violência doméstica. Algumas publicações dão conta da primeira formulação dessa proposta (Schraiber, Nemes & Mendes-Gonçalves, 2000) e de debate posterior (D'Oliveira, 1999; Figueiredo, 2005; Ayres, 2009, 2010).

Como situação experimental, a proposta continua ativa e sendo alvo de novas reorientações (Ayres, 2011).

No entanto, o que queremos ressaltar são alguns dispositivos tanto da programação em saúde como das ações programáticas, que muito podem servir para atuais estruturas das unidades básicas de saúde, seja as que operam ainda nos modelos mais convencionais de atuação, seja as inscritas na Estratégia de Saúde da Família.

PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE, AÇÕES PROGRAMÁTICAS E ATENÇÃO BÁSICA: VANTAGENS E LIMITES

A complexidade tecnológica da atenção primária é enfatizada na Política Nacional de Atenção Básica recentemente atualizada (Brasil, 2011) ao reafirmar a integralidade da atenção como um dos princípios tecnológicos a serem considerados na organização e oferta de ações em unidades básicas convencionais e nas unidades de Saúde da Família. A atenção básica é também considerada ordenadora das redes de saúde, porta preferencial do usuário no sistema de saúde. Dados tais pressupostos tecnológicos, consideramos que as propostas da programação em saúde e das ações programáticas de saúde podem contribuir na construção de arranjos assistenciais que possam integrar práticas individuais e coletivas no espaço da atenção básica no SUS.

Nesse sentido, vemos como vantagens ainda em aberto dessas propostas, no que tange à organização da atenção básica no SUS, o fato de que o de atendimento das urgências na modalidade pronto-atendimento pode encontrar formas mais contínuas de assistência, com vinculações às equipes de profissionais de saúde de unidades básicas, em função de seguimentos, consultas de retorno interligadas e conectadas às atividades dos programas de saúde, como os destinados a mulheres ou homens adultos, aos idosos, às crianças e aos adolescentes.

A proposta das ações programáticas, ao articular a percepção dos usuários sobre seu sofrimento e busca por atendimento à oferta de ações promocionais e preventivas, pode dar contribuição relevante para o enfrentamento dos dilemas entre a legítima pressão da demanda espontânea e a organização de ações de caráter individual e coletivo para populações adscritas a unidades básicas com atendimento contínuo ao longo dos anos.

Ademais, a aplicação do conhecimento epidemiológico, associado às contribuições das ciências sociais aplicadas à saúde, pode incidir em melhor aproveitamento da relação das unidades e seus profissionais com os territórios em que seus usuários estão inseridos, seja como forma de conhecer as pessoas, as famílias e os diversos grupos que socialmente se formam, seja para prover assistência e práticas de prevenção e promoção da saúde.

A integração entre ações de vigilância epidemiológica, especialmente as que dizem respeito ao controle de riscos, e ações de caráter individual reunidas em programas estruturados a partir dos problemas e necessidades de saúde mais frequentes de determinados grupos populacionais, selecionados mediante a construção de consenso entre equipes profissionais e usuários, é outra possível contribuição das propostas programáticas à organização tecnológica da atenção básica.

Um quarto aspecto é o modo de utilização dos sistemas de informações, que pode se constituir como base de avaliações periódicas que servem à educação permanente das equipes e às práticas de gerenciamento das unidades, com vistas à melhoria das ações de atenção prestadas aos usuários.

De outro lado, é preciso sempre ter em mente a experiência histórica e atentar para as dificuldades em se ultrapassarem as culturas profissionais vigentes e seus valores das independências profissionais mais do que do trabalho integrado em equipe. O mesmo se diga quanto à dificuldade para superarmos a desqualificação do saber e atuação dos generalistas em prol dos especialistas, o que faz com que muitas das unidades básicas se transformem em unidades apenas triadoras de casos e porta de entrada para especialistas.

Raramente se compreende que essa atuação mais voltada às pessoas em seu território, própria da atenção básica, significa uma assistência de grande complexidade, principalmente se quisermos ampliar a comunicação com os usuários e dar suporte também às situações socioeconômicas mais carentes e desprestigiadas ou que representam situações culturais bastante arraigadas, como, por exemplo, os comportamentos abusivos de álcool e outras drogas ou a violência que ocorre nos espaços públicos e a doméstica. A atenção nessas direções torna-se mais integral, mas, sem dúvida, representa desafios muito complexos para mudanças nos modelos assistenciais vigentes no SUS.

Referências

- Ayres JRCM. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO, 2009.
- Ayres JRCM. Integralidade do cuidado, situações de aprendizagem e o reconhecimento mútuo. In: Pinheiro R, Lopes TC (orgs.) Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS-UERJ, ABRASCO, 2010:123-36.
- Ayres JRCM (coord.) Caminhos da integralidade: levantamento e análise de tecnologias de cuidado integral à saúde em serviços de atenção primária em região metropolitana. (Relatório final de Projeto de pesquisa à FAPESP Processo: 2006/51688-9), 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 2.488/2011. Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria2488_21_10_2011.pdf, Acessado em: 10/2/2012.

- D'Oliveira AFL. Saúde e educação: a discussão das relações de poder na atenção à saúde da mulher. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* 1999; 3(4):105-22.
- Figueiredo WS. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10(1):105-9.
- Hartz ZMA (org.) Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.
- Mendes EV. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1993.
- Mendes-Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1994.
- Merhy EE. A saúde pública como política: um estudo dos formuladores de políticas. São Paulo: Hucitec, 1992.
- Merhy EE, Queiroz MS. Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 1993; 9(2):177-84.
- Mota A, Schraiber LB. Atenção primária no sistema de saúde: debates paulistas numa perspectiva histórica. *Saúde e Sociedade* 2011; 20:834-52.
- Nemes MIB. Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de programação. In: Schraiber LB (org.) *Programação em saúde hoje*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1993:65-116. Disponível em: <http://www.fm.usp.br/preventivapesquisa/mostrahp.php?origem=preventivapesquisa&xcod=Publicações de livre acesso&dequem=Departamento&ordem=>.
- Nemes MIB. Prática programática em saúde. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000:48-65. Disponível em: <http://www.fm.usp.br/preventivapesquisa/mostrahp.php?origem=preventivapesquisa&xcod=Publicações de livre acesso&dequem=Departamento&ordem=>.
- Nemes MIB. Ação programática em saúde: referências para análise da organização do trabalho em serviços de atenção primária. *Espaço para a Saúde, NESCO – Curitiba*, 1990; 2(2):40-5.
- Nemes MIB. A hanseníase e as práticas sanitárias em São Paulo: 10 anos de subprograma de controle da hanseníase na Secretaria de Estado da Saúde. (Dissertação de mestrado). São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, 1989.
- OPS-OMS. Programación de la salud: problemas conceptuales y metodológicos. *Publicaciones Científicas* nº 111. 1965.
- OPS. Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington D.C.: OPAS, 2010.
- Paim JS, Almeida Filho N. A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.
- Paim JS. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: Mendes EV (org.) *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Ed. Hucitec/Abrasco, 1993.
- Paim JS. Desafios para a saúde coletiva no século XXI. Salvador: EdUFBA, 2007.
- Peduzzi M, Palma JLL. A equipe de saúde. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000:234-50.
- Rivera FJU (org.) Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez Ed, 1989.
- Rodrigues ET. Do CENDES-OPAS a uma teoria da programação da saúde: uma crítica da Programação Pactuada Integrada (PPI) da Assistência à Saúde. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva. Dissertação (Mestrado), 2012.
- Schraiber LB. O médico e suas interações. A crise dos vínculos de confiança. São Paulo: Ed. Hucitec, 2008.
- Schraiber LB. Planejamento e política nas práticas de saúde. *Saúde em Debate* 1995; 47:28-35.
- Schraiber LB. Programação hoje: a força do debate. In: Schraiber LB (org.) *Programação em saúde hoje*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1993:11-36. Disponível em: <http://www.fm.usp.br/preventivapesquisa/mostrahp.php?origem=preventivapesquisa&xcod=Publicações de livre acesso&dequem=Departamento&ordem=>.
- Teixeira CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. *Saúde em Debate*, 2003; 27(65):257-77.
- Teixeira CF, Sá MC. Planejamento & Gestão em Saúde: situação atual e perspectivas para a pesquisa, o ensino e a cooperação técnica na área. *Ciência & Saúde Coletiva* 1996; 1(1):80-103.
- Teixeira MGLC, Paim JS. Os programas especiais e o novo modelo assistencial. *Cad Saúde Pública* 1990; 6(3):264-77.