

SAÚDE EM DEBATE - SÉRIE DIDÁTICA

SAÚDE DO ADULTO

PROGRAMAS E AÇÕES NA UNIDADE BÁSICA

Lilia Blima Schraiber
Maria Ines Baptistella Nemes
Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves
ORGANIZADORES



SEGUNDA EDIÇÃO

© Direitos de publicação reservados pela Editora Hucitec Ltda., Rua Gil Eanes, 713 - 04601-042 São Paulo, SP, Brasil. Telefones: (011)240-9318, 542-0421 e 543-3581. Vendas: (011) 543-5810. Fac-símile: (011)530-5938.

E-mail: hucitec@mandic.com.br

Home page: www.hucitec.com.br

Foi feito o Depósito Legal.

<i>Padronização e primeira revisão dos originais</i>	José João Lanceiro da Palma e Diane Dede Cohen
<i>Fluxogramas</i>	Ivan França Junior
<i>Apoio de secretaria e digitação</i>	Adriana Vargas Ganzler e Ricardo Fernandes Góes
<i>Projeto gráfico dos anexos</i>	José João Lanceiro da Palma e Ricardo Rodrigues Teixeira
<i>Assessoria gráfica e editoração eletrônica dos anexos</i>	Paulo Macedo e Ricardo Fernandes Góes
<i>Editoração eletrônica</i>	Tera Dorea
<i>Fotos</i>	Ricardo Rodrigues Teixeira
<i>Fac-símile da "home page" na internet</i>	Rubens Kon e Ivan França Junior

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Sandra Regina Vitzel Domingues)

-
- S 272 Saúde do adulto : programas e ações na unidade básica / Lília Blima Schraiber, Maria Ines Baptistella Nemes, Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, organizadores. — 2. ed. — São Paulo : Hucitec, 2000. — (Saúde em Debate ; 96 , Série Didática ; 3)
Inclui bibliografia e anexos.

ISBN 85-271-0333-8

1. Saúde pública - Brasil 2. Higiene 3. Educação sanitária
I. Schraiber, Lília Blima, org. II. Nemes, Maria Ines Baptistella, org.
III. Mendes-Gonçalves, Ricardo Bruno, org. IV. Série.

CDD - 613.07
614.0981

Índice para catálogo sistemático:

1. Saúde pública : Brasil ; UBS 614.0981
2. Higiene : Doenças : Prevenção 613.07
3. Educação sanitária 613.07

SUMÁRIO

	NOTA DE EDIÇÃO	17
	PREFÁCIO	19
	GUILHERME RODRIGUES DA SILVA & EDUARDO MARCONDES	
	APRESENTAÇÃO	23
	LILIA BLIMA SCHRAIBER, MARIA INES BAPTISTELLA NEMES & RICARDO BRUNO MENDES-GONÇALVES	
X	Capítulo 1	
	NECESSIDADES DE SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA	29
	LILIA BLIMA SCHRAIBER & RICARDO BRUNO MENDES-GONÇALVES	
X	Capítulo 2	
	PRÁTICA PROGRAMÁTICA EM SAÚDE	48
	MARIA INES BAPTISTELLA NEMES	
	Capítulo 3	
X	SAÚDE DO ADOLESCENTE	66
	JOSÉ RICARDO DE CARVALHO MESQUITA AYRES & IVAN FRANÇA JUNIOR	
	Capítulo 4	
X	SAÚDE DA MULHER	86
	ANA FLÁVIA PIRES LUCAS D'OLIVEIRA & DULCE MARIA SENNA	
	Capítulo 5	
	SAÚDE NO ENVELHECIMENTO	109
	ÂNGELA MARIA MACHADO DE LIMA, ALEXANDRE NEMES FILHO, EDMARA RODRIGUES & RICARDO RODRIGUES TEIXEIRA	
	Capítulo 6	
	SAÚDE MENTAL	133
	LYGIA MARIA DE FRANÇA PEREIRA & SYLVIO GIORDANO JUNIOR	
	Capítulo 7	
	ATENDIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA: <i>Vínculo</i>	
	PRONTO-ATENDIMENTO E ATIVIDADES PROGRAMÁTICAS	151
	ANA SÍLVIA WHITAKER DALMASO	

14 SUMÁRIO

Ilustrações	165
Capítulo 8	
A AVALIAÇÃO NA PRÁTICA PROGRAMÁTICA	173
ARNALDO SALA, MARIA INES BAPTISTELLA NEMES & DIANE DEDE COHEN	
Capítulo 9	
ADSCRIÇÃO DA POPULAÇÃO E RECEPÇÃO DA CLIENTELA	194
ANA SÍLVIA WHITTAKER DALMASO, ARNALDO SALA & DULCE MARIA SENNA	
Capítulo 10	
A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	209
DIANE DEDE COHEN & IVAN FRANÇA JUNIOR	
Capítulo 11	
A GERÊNCIA NA PRÁTICA PROGRAMÁTICA	222
ELEN ROSE LODEIRO CASTANHEIRA	
Capítulo 12	
A EQUIPE DE SAÚDE	234
MARDNA PEDUZZI & JOSÉ JOÃO LANCEIRO DA PALMA	
Capítulo 13	
INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE.	251
RICARDO RODRIGUES TEIXEIRA	
Capítulo 14	
INTERAÇÕES COM USUÁRIOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	262
LUIZA AUGUSTA JERONIMO RODRIGUES, RÍOCO KAYANO, TANIA LILIAN LIPPE & LÍLIA BLIMA SCHRAIBER	
Capítulo 15	
A UNIDADE BÁSICA E O SISTEMA DE SAÚDE	276
ALEXANDRE NEMES FILHO	
ANEXOS	287
ÍNDICE DOS FLUXOGRAMAS	
× Saúde do Adolescente	75
× Saúde da Mulher	107
× Saúde no Envelhecimento.	111
× Saúde Mental	145
× Atenção ao Adulto.	199, 202
Vigilância Epidemiológica.	214

NECESSIDADES DE SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA

LILIA BLIMA SCHRAIBER
RICARDO BRUNO MENDES-GONÇALVES

QUANDO LIDAMOS com a organização de serviços, as necessidades de saúde são o aspecto mais importante, pois suscitam os serviços e embasam a configuração geral de sua estrutura. Mas definir necessidades é uma complexa questão. Vamos por isso pensar em assistência à saúde, mas também tecer considerações de caráter genérico, e buscar algumas imagens sugestivas dessa complexidade.

Ao pensar em necessidades de saúde imediatamente nos lembramos da "assistência", pois a imagem mais clara delas está representada pela procura de cuidados médicos que um doente faz ao dirigir-se a um serviço assistencial. Caracterizamos essa procura como *demanda*, uma busca ativa por intervenção que representa também *consumo*, no caso de serviços. A origem dessa busca é o *carecimento*, algo que o indivíduo entende que deve ser corrigido em seu atual estado sócio-vital. Pode ser uma alteração física, orgânica, que o impede de seguir vivendo em sua rotina de vida, ou um sofrimento ainda não identificado fisicamente; ou até mesmo uma situação que reconhece como "uma falta", algo de que carece, como, por exemplo, uma informação.

Esse indivíduo que se sente doente, ou em sofrimento, enxerga a saída: assume que há correção desejável para seu problema e que existem meios para isso. O resultado das intervenções sobre qualquer desses carecimentos é reconhecido, portanto, como *necessidade*, tornando as próprias intervenções também *necessidades*. Além disso, a partir da solução que se antevê para cada carecimento — previsão que é possível para o indivíduo porque já a viu eficaz e suficiente para outros na sociedade — cada um sabe qual tipo de serviço irá procurar: se de assistência à saúde ou não; se dessa ou daquela modalidade de atenção dos serviços de saúde.

Mas, se com base nessa *solução antevista*, a intervenção pode ser reconhecida como também uma necessidade, com base na *demanda "tratada"* pela intervenção, satisfazendo-a de algum modo, a própria busca por esta intervenção fica sempre reiterada. Considerando-se, por outro lado, que toda intervenção só tem existência na sociedade como uma dada pro-

dução e distribuição social de serviços, em tal ou qual padrão de serviços articulados entre si (Sistema de Saúde), o modo de organizar socialmente as ações em saúde para a produção e distribuição efetiva dos serviços será não apenas resposta a necessidades, mas, imediatamente, "contexto instaurador de necessidades". Assim, há uma conexão circular entre a organização da produção, a oferta ou distribuição de serviços e o seu consumo.

Examinemos melhor esse aspecto instaurador de necessidades da produção de serviços ou de bens. Tomemos, por exemplo, a presença do computador na vida cotidiana. Se analisado em comparação com a máquina de escrever, podemos dizer, sem dúvida, que os processadores de texto automatizados configuram benefício obtido como subproduto do uso originalmente previsto para o computador. Isto é, servir à datilografia e confecção de textos escritos não foi o propósito primeiro e primário dessa tecnologia. Mas também neste ramo suas vantagens operacionais são grandes, a ponto de hoje raramente concebermos outra forma de registrar quaisquer textos escritos.

Observemos, porém, que essa demanda pela nova tecnologia se reveste de diferentes dimensões componentes da sua necessidade. De um lado, ter sido *aprimoramento de tecnologia anterior* e trazer os benefícios que daí advêm: maior produtividade, facilidade operacional, garantia de qualidade etc. De outro, o fato simultâneo de *reforçar os valores* que a estão sustentando como tecnologia: a rapidez, o instrumentalismo, um determinado padrão de qualidade, entre outros. Essa é a circularidade das relações produção-consumo de que falamos, pois se não podemos prescindir mais do computador como registro da escrita, também acentuaremos nossas buscas no aprimoramento dessa técnica de registro e modalidade tecnológica de escrever. Assim sendo, iremos reiterar os mesmos valores na evolução histórica desses meios tecnológicos e do modo de organizar a produção dos serviços (no caso, os de produzir registros escritos).

Instaurar necessidades com base na produção de serviços significa também criar valores quanto ao "cardápio" das necessidades ou padrão de necessidades na sociedade, quanto aos seus conteúdos e quanto aos critérios em que podemos agrupá-las, como conjuntos. Esse processo se dá por meio do valor que atribuímos à satisfação das necessidades na sociedade, o que reiteramos através de seu consumo sistemático.

Tomando como exemplo o uso da informatização e do computador, a princípio esse pensamento não parece ser problemático. Mas se considerarmos setores da vida social mais complexos, como a saúde, e, ainda mais, se considerarmos que o modo de produzir os serviços e sua distribuição para a população constitui tarefa e possibilidade de um segmento restrito da população, que o apresentará como necessidades "sociais" (de todos), então, sim, a circularidade entre a produção, a distribuição e o

consumo, e as relações entre o individual e o social constituem algo problemático.

É preciso não confundir, aqui, dois sentidos do termo *social*. Em um deles nos referimos à origem social do fato ou fenômeno, e nesse caso, quando falamos em necessidades sociais, estamos dizendo que os cuidados são criados e recriados na vida em sociedade. Noutro sentido, estamos dizendo que em razão dessa origem produzem-se necessidades que não correspondem, em determinado tempo e espaço, a carecimentos desta ou daquela pessoa, mas podem ser, de fato, de muitas delas e, potencialmente, de todas elas. A noção sanitária de risco, por exemplo, indica bem essa idéia de uma qualificação de coletivo que não representa, naquele momento ou território, a realidade física de todos, senão potencialmente. Mas essa característica das necessidades também pode resultar em sua manipulação ideológica e política, isto é, no fato social de que, mesmo que potencialmente não venha a ser de todos, certa pauta de carecimentos pode ser mostrada como se fosse tal, convencendo que muitos pertencem a uma situação que será sempre de apenas alguns.

Assim sendo, o problemático não está na origem social da necessidade, mas na situação em que essa pretensão de bem comum, de "social", ocorre, ignorando a efetiva desigualdade das necessidades sociais, tanto pela má distribuição de benefícios já alcançados por alguns, quanto pelos contextos instauradores de necessidades, com a criação de demandas voltadas, de fato, apenas para um segmento da população.

Este procedimento resulta na interdição política dos diferentes sujeitos nesses processos, implicando outra interdição: a de natureza ética, que é a do diálogo crítico. A voz excluída quase sempre pertence a sujeitos tidos como tecnicamente inaptos para falarem, o que resulta na invalidação de seus pronunciamentos, quando isso eventualmente se dá. Nessa condição haverá uma reprodução da vida social em que são mantidas as formulações já existentes, cujos valores foram dominantes quanto à estruturação desse modo de viver, inviabilizando a busca por formas alternativas de vida ou até mesmo a criatividade do pensar reformador.

Diremos, nessas circunstâncias, que no plano do reconhecimento subjetivo as necessidades se apresentarão como algo que se coloca "por, sobre os indivíduos", que será visto como sem ter origem nos indivíduos e em seu modo de viver; isto é, quanto à origem não seriam necessidades sociais, embora quanto ao jogo de interesses representariam necessidades "sociais" (boas para "todos"). Essa concepção sobre as necessidades torna aqueles, para quem este processo assim se realiza, cidadãos alienados de sua cidadania, seres da sociedade alienados de sua socialidade e sujeitos tolhidos no exercício da subjetividade. O produto desse processo é uma tal *naturalização* das demandas que elas parecerão *sem história ou sem razão social*, e apenas impulso ou propensão de ordem natural-biológica. É o que se chama de reificação (coisificação) das necessidades.

Para iniciarmos uma discussão no sentido de reverter quer a reificação das necessidades, quer a automação das soluções e burocratização das práticas, teremos que ao menos tentar uma reconstrução de necessidades, reconstrução que vá dos carecimentos individualmente reconhecidos à forma socialmente ofertada de solucioná-los. Observemos que houve um movimento histórico sobretudo atento para esta última perspectiva que definiu necessidades por meio de um processo de delimitação de "patamares" de demandas: o nível primário, o secundário e o terciário. Esses patamares são estratificações correspondentes a níveis tecnológicos progressivos de assistência e se dirigem a dados segmentos populacionais, correlacionando-se a suas distintas demandas.

A definição de níveis estratificados de necessidades em saúde, delimitando quantidades e qualidades nos carecimentos de uma população, pode significar uma *racionalização de formas e conteúdos de intervenção técnica tal que faculte um equilíbrio entre a demanda e os custos dos serviços*. Esta não é uma questão casual, mas o centro de uma problemática que se refere aos carecimentos individuais e às necessidades da sociedade. Isso porque, uma vez construída a vida coletiva com base em relações mercantis — e o mercado é constituinte significativo da socialidade, como valor da vida social — imediatamente o acesso aos bens e serviços, ou sua contrapartida de produção social e distribuição, coloca-se como base da definição de necessidades, assim como base de sua satisfação. Por isso a noção de "demanda" imediatamente lembra os gastos para o consumo dos serviços e "custos" são os equivalentes do consumo no plano da produção destes serviços. Daí também ser frequente entender a "satisfação" como a chance do consumo.

Essa intenção racionalizadora da produção social dos serviços termina por valorizar, como problemática referente às necessidades, muito mais o plano de sua satisfação que o de sua origem, voltando-se para necessidades já dadas. Assim, se o referido equilíbrio maior entre a demanda e os custos não trata dos processos definidores das necessidades, trata, de fato, dos processos que as delimitam em soluções conhecidas e apropriadas. Permitem socialmente, com isso, uma extensão e acesso mais universal e uma distribuição da produção de serviços mais equânime. Portanto, uma *"economia de consumo da saúde" mais justa*.

Não obstante, esta economia de consumo é formulada com base nos critérios técnicos e financeiros existentes. Até porque, sendo tarefa exclusivamente atribuída aos técnicos em medicina ou em planejamento da saúde, e embora sejam cidadãos e sujeitos históricos nesta tarefa, consideram correto seu distanciamento de questões filosóficas, políticas, éticas e morais para revestir suas proposições de neutralidade exatamente em referência aos valores atinentes a essas esferas. Por isso essa justiça distributiva não equivale a uma *mais justa socialidade*, revelando-se, ao contrário, uma reiteração do modo de ser da sociedade e o reforço dos

valores que o sustentam. Em outros termos, uma forma de fluir a vida que mantém a socialidade construída com base na desigualdade de valor entre os indivíduos e seus modos de ser, para a sociedade.

A adequação entre assistência e custos, dessa forma, por si só quase nada traz de rupturas criativas no plano da técnica de intervenção e no plano da política e ética da produção dos serviços. Ao contrário, tenderá à reprodução acrítica dos "cardápios" das necessidades e da definição de suas "respostas".

No entanto, a estratificação de necessidades pode ser vista de outra forma. Se a delimitação de seus patamares pode resultar em organização dos serviços que satisfaça as necessidades conhecidas a cada nível — o que, pela maior justiça distributiva, já é importante — não é obrigatório que essa organização restrinja-se a isso. Pode resumir-se a essa economia do consumo, mas não necessariamente deve. Ao contrário, podemos partir dessa economia enquanto passo inicial, organizando serviços de modo a satisfazer as necessidades conhecidas, mas indo além, para *conhecer outras necessidades*.

Dizemos "conhecer" e não reconhecer, assim como dizemos que as necessidades são "outras", novas no sentido de vir a ser objeto de intervenção. Isto porque com o primeiro termo (conhecer) não estamos indicando a situação em que os técnicos conhecem necessidades que não são ainda reconhecidas somente pela população, o que muitos chamam de necessidades "não-sentidas". Esta situação, que de fato ocorre, já se encontra contemplada pelos técnicos na referida economia de consumo através da definição/delimitação dos patamares assistenciais.

O que estamos sugerindo, porém, trata da *criação de espaços de emergência de necessidades* na organização da produção e em razão dessa organização. Valendo-nos da qualidades de "contexto instaurador de necessidades" que detêm os serviços, neste caso buscamos necessidades que tampouco os técnicos dominam. Em outros termos e para que não se entenda mal esta afirmação, trata-se de carecimentos pertencentes à vida cotidiana que, por meio da crítica à ciência tradicional e suas técnicas, relacionamos ao adoecer humano e à recuperação, mas que ainda não são considerados deste modo pela ciência tradicional e por isso não estarão já incluídos na produção usual dos serviços e nas ações técnicas conhecidas.

Não queremos indicar com isso que a organização dos serviços definirá as necessidades por sobre a vida social, o que terminaria no mesmo caminho da unilateralidade ética e política de proposições, anteriormente criticado. Antes, o termo busca sugerir alternativas *por meio do resgate de valores que foram negativados* ao longo das opções históricas que elegeram a forma atual dominante de construção da vida social, trabalhando no sentido da abertura à *instauração de novos sistemas de valores*.

Trataremos de apenas três possibilidades nesta esfera dos valores, já

nos situando no patamar de necessidades que queremos reconceber, qual seja, a assistência que se delimita para a unidade básica de saúde e que trataremos por "atenção primária":

1. Evitar a redução de necessidades de saúde a processos fisiopatológicos nas concepções de serviços, redução esta que nos tem impedido de compreender a diferença que há entre complexidade científica das patologias e complexidade tecnológica do trabalho em saúde. Isto significa, em outros termos, valorizar positivamente a atenção primária como uma forma bastante específica de organizar a prática e como tal dotada de particular complexidade;

2. Revalorizar a busca por assistências progressivamente totalizadoras do cuidado produzido, ao invés da somatória dos atos especializados. Valorizaremos, pois, a unidade básica de saúde como instância que pode vir a ser instituição adequada para o desenvolvimento de uma assistência mais global e ao mesmo tempo inovadora e tecnologicamente ultramoderna, requalificando esses dois conceitos — inovação e tecnologia de ponta — por propiciar espaços para a emergência de novas questões assistenciais relacionadas a necessidades não "trabalhadas" do ponto de vista técnico;

3. Instituir a dimensão subjetiva das práticas em saúde como parte da inovação tecnológica, revalorizando, tanto para a população quanto para os médicos e demais profissionais, uma prática cujas relações interpessoais também resguardem o sentido humano das profissões em saúde. Isto equivale a se contrapor à visão predominante de uma cisão necessária entre o que é técnico-científico e o que é humano nas ações técnicas, quer pelo conhecimento dos limites da primeira dimensão quer pelo conhecimento dos espaços efetivos da segunda, no interior das intervenções e da produção dos serviços.

Iniciemos pelo primeiro aspecto acima referido, valendo-nos das origens da atenção primária e as delimitações de necessidades que estão implicadas nesta origem.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM CONCEITO SUBDESENVOLVIDO

A atenção primária tem sido associada a uma assistência de baixo custo, pois parece tratar-se de um serviço simples e quase sempre com poucos equipamentos. Por isso parecerá também ser uma organização própria do setor público da prestação de serviços, contendo uma prática fadada a ser uma "medicina simplificada".

Essa imagem tem raízes em sua própria origem, pois, de fato, foi criada entre nós como prestação de assistência de serviço público, cujo objetivo institucional era ampliar a cobertura dos serviços para a população mais carente e excluía dos serviços, estendendo a assistência médica de forma simplificada e barata (Donnangelo e Pereira, 1976).

No entanto, as enormes dificuldades na extensão dos serviços, ou até mesmo para manter a cobertura já conquistada, tornaram-se algo muito mais complexo do que se imaginava. De um lado, por exemplo, estão os custos, que continuaram crescendo e trazendo problemas de acesso aos serviços mesmo em países altamente desenvolvidos. De outro lado, as alternativas de simplificar a assistência revelaram-se mais difíceis do que a simples redução na incorporação de equipamentos (Organização Pan-Americana da Saúde, 1990).

Muitas das situações cotidianas constituem casos instrumentalmente simples e que, por vezes, são patologicamente mais fáceis, mas que nem por isso deixam de envolver uma grande complexidade assistencial.

Ilustremos com dois exemplos. O mais clássico é a dificuldade de obter-se um similar impacto terapêutico em portadores de patologias crônicas, como por exemplo os casos leves da hipertensão arterial e do *diabetes mellitus*, mesmo se mantendo as ideais condições de trabalho dos equipamentos necessários (Rose, 1988). O segundo exemplo é por demais conhecido da realidade assistencial brasileira. Trata-se do efetivo controle de certas doenças infecciosas, que são até mesmo muito simples, cuja eficácia terapêutica, porém, está na dependência do domínio de fatores que vão além do conhecimento da patologia. Algumas são situações reconhecidamente fáceis da perspectiva científica e requerem quase nenhum equipamento material, podendo apoiar-se nos conhecimentos mais teóricos.

Ambos os exemplos são situações assistenciais de uma unidade básica de saúde, ainda que também se apresentem nos consultórios particulares ou em ambulatórios básicos de clínicas públicas ou privadas. Em comum podemos dizer que são, do ponto de vista técnico, modalidades *ambulatoriais* de assistência. Mais que isso, podemos dizer que são modalidades ambulatoriais cuja efetividade terapêutica reclama uma abordagem tecnológica específica: a *atenção primária*.

As situações assistenciais da atenção primária, tal qual as acima apresentadas, quase sempre podem ser conceituadas como casos *epidemiologicamente complexos*. Esta é uma complexidade que se transfere para o trabalho profissional, mesmo que, enquanto situação clínica, seja uma patologia simples.

Examinemos melhor essa condição. Em primeiro lugar, observemos que a unidade básica de saúde foi destinada a uma especial estratificação da clientela: aquela que agrupa pessoas que se dirigem aos serviços pela *primeira vez*. Não se trata de uma primeira vez na vida pessoal, mas na específica ocorrência mórbida ou demanda por algum tipo de sofrimento. Falamos, por isso, em atenção primeira e básica, simultaneamente. A atenção primária, ao ser um primeiro atendimento, servirá obrigatoriamente de *porta de entrada* para o sistema de assistência. Ao mesmo tempo, porém, constitui, no sistema, um *nível próprio de atendimento* e deve ir resolvendo uma dada gama de necessidades que extrapolam a

esfera da intervenção curativa individual. É o que chamamos *necessidades básicas de saúde*.

Particularmente no Brasil, o conjunto específico dessas necessidades inclui demandas principalmente sanitárias, tais como, por exemplo, o saneamento do meio, o desenvolvimento nutricional, a vacinação ou a informação em saúde, que geram as ações tradicionais da saúde pública. Mas inclui igualmente as demandas relacionadas a algumas ações clínicas, que fundamentalmente podem ser de dois tipos: as que cobrem a prevenção, a profilaxia e o tratamento de doenças de caráter epidêmico, e, portanto, sob a vigilância epidemiológica da saúde pública; e as que constituem demandas tipicamente clínicas, de prevenção ou recuperação, quadros simultaneamente muito frequentes e apoiados em técnicas diagnósticas e terapêuticas de menor uso de equipamentos, mas que, em contrapartida, exigem, para sua adequada compreensão e efetiva transformação, sofisticada síntese de saberes e complexa integração de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas.

Essa gama de demandas, delimitada pela noção de necessidades básicas, agrega, pois, um conjunto de ações que na qualidade de *atuação médica e sanitária envolve trabalho complexo*: os requisitos assistenciais de uma unidade básica de saúde em sua forma própria de assistência serão os de alta capacidade resolutiva e ao mesmo tempo alta sensibilidade diagnóstica, para atuar corretamente nas demandas primárias e propor encaminhamentos adequados no interior do sistema assistencial.

No entanto, porque nos termos de sua competência resolutiva própria esse serviço define-se como o captador de demandas que serão de menor custo relativamente ao instrumental material e às ações especializadas, "atenção primária" tem sido confundida com medicina "simplista" ou de "baixa qualidade", concepção em que o valor está voltado para a exploração tecnológica especializada de *qualquer demanda ou necessidade*, ao mesmo tempo que reduz a intervenção e sua qualidade a técnicas armadas no uso de equipamentos. O paradoxo é que, *sem argüir este valor*, da perspectiva da economia de consumo, essa característica foi identificada à boa estratégia de extensão de serviços (Organização Pan-Americana da Saúde, 1977). Esta marca tem sido, desde a segunda metade dos anos 70, a proposição central da Organização Mundial de Saúde para realizar o lema cunhado na Conferência de Alma-Ata (1978) por seus países membros: "Saúde para todos no ano 2000". Também o Brasil, em sua 7.ª Conferência Nacional de Saúde, em 1980, o adotou como tema principal. Em torno desse lema giraram todas as recomendações dirigidas aos Serviços Básicos de Saúde.

Mas se o que consideramos até aqui caracteriza, em parte, a atenção primária, é pouco diante de todas as suas potencialidades. Examinemos, então, os aspectos segundo os quais a atenção primária pode representar inovações nas ações técnicas e no tratamento das interações entre os sujeitos na prestação de serviços.

Consideraremos, em primeiro lugar, a questão dos sujeitos, pois o princípio mesmo de segmentar em níveis assistenciais as necessidades faz parte da *assistência institucionalizada*, e talvez nada nos pareça mais longe de uma prática que valorize seus sujeitos e se torne humanizada do que a prática das instituições (Schraiber, 1993a; Reiser, 1990).

A HUMANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS MÉDICO-SANITÁRIAS

A vocação humanística das práticas médico-sanitárias, por sua intenção de minorar o sofrimento humano, é indiscutível. Por isso não vamos tratar exatamente desse aspecto. Mas vamos nos ocupar da possibilidade de reiterar *sempre*, nos distintos planos das práticas de saúde, o valor da relação entre profissionais e usuários de serviços como relação humanizada.

Nem sempre essa possibilidade se mostra de forma clara. Assim, se contrastarmos as práticas de saúde como *trabalho coletivo*, plano em que um conjunto de trabalhos especializados estão articulados na prestação de serviços, com o *trabalho individualizado* na "consulta", é neste último que as relações entre usuários e profissionais são vistas obviamente como da ordem da interação pessoal, além de ser técnica. Reconhecida como relação do tipo "clínico", essa modalidade parecerá de qualidade bem diversa daquela em que a interação ocorre como prestação de serviços (produtor de serviço e consumidor ou usuário do serviço).

É evidente que a intimidade que se cria no momento clínico em que há a aproximação e transformação de um objeto de trabalho por seu agente, isto é, em que o profissional diretamente manipula o paciente, termina por consagrá-la como o momento próprio da face humana das práticas de saúde. Diga-se, porém, que sobretudo quando há muitos intermediários nesta relação, tal como os vários equipamentos ou quando há atos inteiros de diagnóstico ou terapêutica interpondo-se em uma mesma relação, é comum também pensar-se a relação interpessoal restrita ao momento da conversa inicial de todo o processo, reduzindo-se, assim, a face humana da prática a uma parte ínfima, muitas vezes tida como de menor valor, no interior da técnica: uma "psicologia" ou um "social", que é preciso deter no ritual do bom relacionamento.

Durante muito tempo, tal como ocorreu na época da assistência produzida pelo pequeno produtor privado e isolado, que foi o médico de consultório, da medicina liberal, esse modo "liberal" de organizar a produção e distribuição dos serviços estendeu à dimensão comercial da produção de serviços essa qualificação de "intervenção humanizada". Afinal, o médico do consultório particular sempre foi tido mais como médico de família, cidadão filantrópico e sacerdote, que um produtor comercializando diretamente em mercado seu trabalho.

Contudo, com a produção de serviços em larga escala e passando os trabalhos a serem organizados segundo as complexas estruturas das ins-

tuições, este fato tornou inevitável uma certa despersonalização nos cuidados prestados. Devemos notar que algum distanciamento será sempre desejável, por sermos profissionais que, ao menos por um dos ângulos de nossa prática, tomamos o sofrimento por ofício. Nesse sentido, nossas técnicas e seu aprendizado devem situar-nos de modo a evitar o imobilismo, ou o pânico, diante da dor. Mas entre este bem adequado distanciamento e uma total desumanização, há um espaço no qual devemos atuar.

A questão que se coloca será, portanto, a da possibilidade de se inscrever a humanização nesta relação não mais tão direta e interpessoal entre a instituição, que é coletivo de profissionais, e a clientela institucionalizada, que é coletivo de pacientes. Nosso princípio é o de que a atenção primária e a unidade básica de saúde são, respectivamente, o modo de prática e o espaço institucional privilegiados para tentarmos desenvolver novas modalidades de relação que permitam humanizar a relação instituição-população usuária, por sua própria organização como serviço.

Podemos definir um dado conjunto de pacientes, tradicionalmente chamado clientela, como *usuários*: pessoas que foram agrupadas em torno de algumas características comuns quando se transformaram em consumidores institucionalizados deste ou daquele serviço. Vale dizer, as pessoas deixam de caracterizar-se como indivíduos singulares e formam um *coletivo*. Além disso, os condicionantes para a conformação desses coletivos são variados: dentre eles está o poder de compra, que é o mais conhecido critério estratificador de clientelas.

Também do lado dos profissionais formam-se coletivos. Com a especialização, em primeiro lugar, a cada paciente corresponderá um conjunto de atos, que serão específicos ao seu caso mas que sempre será mais de um, e portanto trabalho coletivo de *equipe*, médica ou multiprofissional. Em segundo lugar, também a forma empresarial de organização dos cuidados, pelos horários fixos de trabalho e estabelecendo jornadas de trabalho, igualmente criará equipes. Trata-se neste caso da conformação de vários trabalhadores para um mesmo tipo de desempenho, a fim de cobrir os diferentes turnos de trabalho.

Assim, ainda quando a relação entre cada profissional e cada usuário siga sendo, no momento mais clínico da prática, uma relação interindividual, quer pela necessidade de composição das ações especializadas, quer pelos rodízios das equipes de trabalho, a organização contemporânea da assistência impede que relações interpessoais se mantenham permanentes (Schraiber, 1993a).

Ao mesmo tempo, essa "instabilidade" fica agravada pelo fato de que, na organização empresarial do trabalho, há uma tendência de rotinizar o trabalho. A pressão pelo aumento da produtividade de cada trabalhador e do serviço como um todo, característica típica das organizações empre-

sariais, vem enfraquecer ainda mais a natureza pessoal da relação clínica, pois, diante da fragmentação da assistência, o grande número de casos termina por levar a um certo mecanicismo do desempenho e "dissolver" o paciente individual em um coletivo de "iguais".

O estabelecimento dessas relações *intercoletivos* é fruto do próprio desenvolvimento da prática assistencial e especializada e, nesse sentido, irreversível. Dois de seus produtos, porém, podem e devem ser questionados: a impessoalidade que passa a caracterizar a produção dos cuidados, e o extremo mecanicismo de suas ações.

Acreditamos que uma possibilidade de mudança reside no reconhecimento de que há, com a institucionalização, uma progressiva desconsideração dos processos que levam a esses coletivos. Frequentemente, apenas a rotinização dos cuidados é que se torna mais reconhecida, o que empobrece a questão.

O mais importante, a nosso ver, é afastar da característica objetiva de relações intercoletivos a *despersonalização no sentido humanístico*. Para examinarmos essa possibilidade vamos analisar o que foi esta despersonalização e o que pode estar representando no momento clínico*. Além do que, a interferência deste aspecto na tomada de decisão do médico e de outros profissionais é fato que nos importa não só pela condição humana imediata da relação clínica, senão também pela qualidade técnica do ato. Sendo a prática em saúde, em especial a assistência médica, técnica que envolve *juízos complexos e riscos nas decisões* (Freidson, 1970), a forma de organização dos serviços interfere na qualidade e grau desses riscos, assim como pode tornar os julgamentos mais ou menos amparados.

Há, na conformação de coletivos institucionalizados da clientela, uma "padronização", uma formação de estratos homogêneos: pessoas que vivem de modo bastante parecido e cujos riscos de adoecimento tornam-se até certo ponto próximos. Estes modos de viver são o que podemos chamar de *situação do adoecimento* e, seu reverso, de *condições do restabelecimento*. Ora, a qualidade desses modos de viver determina também a maior ou menor *dificuldade assistencial*, isto é, a capacidade de um serviço para resolver adequadamente as necessidades de assistência originadas em tais condições de vida. Uma prática de boa qualidade tem que incorporar este componente dos casos ao raciocínio clínico.

Lembremo-nos de que o conhecimento pessoal do doente, na medicina liberal, facilitava a presença de aspectos propriamente humanos na técnica. A aproximação entre a face clínica e a face organizacional da produção da assistência, em que trabalhador e clientela estão tão próximos, fez

* Vale notar que temos insistido na denominação "momento clínico" nas práticas em saúde em substituição a "relação médico-paciente". Isso porque se esta inspira a idéia de "clínica" para o momento de relações interpessoais, esse momento não é mais exclusivo da prática dos médicos, recobrando uma gama de situações assistencialmente análogas exercidas por outros profissionais.

com que as relações profissionais-usuários naquele tipo de serviço amparassem e facilitassem o desempenho clínico: a idéia do mútuo "pertencimento", como transparece nas expressões "meu médico", "meu paciente", ilustra essa mescla do humano com o técnico. No entanto, na atual medicina tecnológica, as regras de relacionamento ou de comunicação, que são agora estabelecidas entre a instituição ou o convênio e cada pessoa, são infinitamente mais mediadas: para a percepção de cada profissional em referência aos casos, ou destes relativamente aos profissionais, nenhum deles será mais exatamente do outro (meu ou seu), mas sobretudo de algum serviço (Schraiber, 1995).

A essa impessoalidade, contudo, não correspondeu um processo capaz de manter o conhecimento das condições de vida na abordagem do caso, o que poderia abrir portas para dar um caráter mais humano às relações institucionais. Ao contrário, a coletivização tem sido utilizada pelo seu lado mais tecnocrático, reforçando a desigualdade assistencial e servindo a uma espécie de esvaziamento do ato clínico. Como já mencionado, em termos do método de abordagem dos doentes, a coletivização tem de fato significado simplificações técnicas no pior sentido, pois o mecanicismo da rotinização incide igualmente no que há de mais singular no interior do ato clínico: a propedêutica.

O tipo de anamnese fica em grande parte predelimitado pelo tipo de paciente — se é do Inamps, ou da Medicina de Grupo, ou da rede pública estatal ou municipal de serviços, e assim por diante. A categoria de institucionalização da clientela termina por condenar a "individualização" a ter como suporte principal a estratificação econômica dessa clientela. O que traz, no mínimo, juízos muito parciais acerca da condição humana ou das situações de adoecimento desses pacientes.

Essa massificação tecnocrática dos coletivos de pacientes, além de repercussões na propedêutica, acarreta prejuízos também no momento propriamente terapêutico, já que a melhor escolha depende diretamente das condições reais de cada paciente efetivá-la. Nisso está a base das *capacidades resolutivas dos serviços*, como já apontado anteriormente.

Em síntese, queremos dizer que, *também formando coletivos*, preservamos o pessoal e o humano, mas desde que o princípio organizador dos serviços seja a permanente *consciência e crítica* do pertencer a tais coletivos.

Trata-se de um recíproco apoio e permanente diálogo entre os coletivos. Cada lado da relação institucional conhecendo e buscando suas necessidades, bem como desenvolvendo, como nova necessidade a conhecer, uma mútua comunicação e entendimento. Assim, para o profissional, a instituição é seu trabalho e ele requer dela uma boa qualidade de prática. Para a clientela, a instituição é o seu cuidado, e igualmente o cliente requer uma assistência de boa qualidade.

Para tanto, a clientela precisa ser *conhecida pela instituição*, expor suas demandas e as condições de vida das quais emergem suas necessidades. Deve ainda conhecer-se, enquanto coletivo, aprendendo e refletin-

do criticamente sobre os referenciais da conformação deste agrupamento a que pertence. Precisamos buscar condições técnicas e políticas nas instituições para essa postura: devemos conhecer as ações que podem atuar nesse sentido e as disposições subjetivas dos vários atores, nessa direção.

Os profissionais devem conhecer essas demandas, estruturando o trabalho com base em uma *permanente atualização dos conhecimentos* que estratificam seus pacientes como clientela institucionalizada, qualificando os usuários de sua assistência. A boa prática requer, ainda, que se reconheçam como um trabalhador coletivo, isto é, profissionais cujas práticas formam um todo cooperativo, na complementaridade objetiva de cada trabalho parcelar com os demais. Precisa cada profissional, pois, conhecer as práticas efetivas dos demais trabalhos, captando as demandas de interação com o seu particular desempenho. O produto deste conhecimento será a conformação de uma ética solidária no trabalho coletivo e, o seu contrário, uma perda da qualidade assistencial relativamente ao estabelecimento da atenção primária como uma tecnologia substantivamente complexa.

Aprofundemos esta questão, agora, no sentido mais técnico da prática nos serviços de saúde, examinando de que modo as possibilidades de um diagnóstico de clientela coletiva e o trabalho coletivo da equipe multiprofissional podem se inscrever como necessidade objetiva da organização do serviço assistencial.

O POTENCIAL CRÍTICO DE UMA ASSISTÊNCIA RENOVADA: LIMITES E CONTINGÊNCIAS PARA ABERTURAS TECNOLÓGICAS

Serão as especificidades de *cuidado primário* da intervenção na atenção primária que vamos considerar neste tópico, concluindo nossas observações. Estas especificidades a distinguem radicalmente de outras modalidades de prática ambulatorial, o que em parte já apontamos acima.

A distinção entre assistência de ambulatório e atenção primária das unidades básicas remonta, na realidade, a conceitos elaborados na Saúde Pública, com base em questões de saúde levantadas e discutidas há muito tempo. Datam, para sermos mais precisos, dos anos 20-30 e são produto de questões médico-assistenciais ligadas ao campo precursor da medicina preventiva: a *higiene privada*.

A ação assistencial que correspondeu à higiene privada teve natureza educativa, a *educação sanitária*. Sua extensão a toda a população fez parte das questões de saúde que levaram Geraldo de Paula Souza a propor, em 1924, inspirado em certas concepções higienistas norte-americanas, a criação de instituições essencialmente com essa finalidade, a que chamou *Centros de Saúde* (Merhy, 1992).

Em época um pouco mais recente, anos 50, as questões da higiene e educação sanitária foram reelaboradas, resultando na constituição de nova disciplina científica, que foi a medicina preventiva (Silva, 1973 e Arouca, 1975). Construíram-se, então, noções tais como as do *diagnóstico precoce* das patologias e do *horizonte clínico*. A teoria que as fundamenta, a *História Natural das Doenças* (Leavell e Clark, 1976), é hoje bem conhecida. Postula que a visibilidade clínica assenta-se, em realidade, sobre uma grande "invisibilidade": lesões em curso, porém, assintomáticas; e riscos de lesões futuras, de natureza ambiental (meio ambiente e modo de vida), bem como de natureza genético-familiar.

Essa teoria produziu uma proposta de ações assistenciais cuja organização não se esgotaria na assistência médica curativa da época, ou tampouco na educação sanitária, então reduzida às noções de higiene. Em termos diagnósticos, o paciente deveria ser abordado como um *todo biopsicossocial*, o que terapeuticamente representou uma grande reorientação dos cuidados: um *sistema articulado de cuidados em níveis progressivos de atuação*. Os níveis seriam: primário, secundário e terciário; sequência estabelecida por referência às complexidades patológicas, a partir do horizonte clínico, e considerando, previamente a este, as complexidades assistenciais de situações pré-patológicas ou patologicamente simples, mas relevantes do ponto de vista educativo.

Assim, por exemplo, à *educação em saúde* — conceito reelaborado a partir da educação sanitária — caberá, até hoje, transformar necessidades "não sentidas", denominadas necessidades potenciais na linguagem sistêmica (dos Sistemas de Saúde), em necessidades reconhecidas como pertinentes a um cuidado básico e inicial: necessidades "sentidas" pela população e tecnologicamente apropriadas para uma "atenção primária", como já comentado no início deste texto.

Tanto a noção de *assistência integral*, como ações articuladas de *promoção, prevenção, recuperação e reabilitação* do todo biopsicossocial que é o doente, quanto a noção de *níveis de intervenção*, como instâncias complementares e intercomunicantes de um mesmo *sistema hierarquizado de atenção*, tiveram suas origens nessa teoria da História Natural das Doenças. De outro lado, dois grandes movimentos reformadores da assistência as veicularam em propostas de intervenção, no ato médico individual e na produção dos serviços, a saber, respectivamente, a medicina integral e a medicina comunitária (Arouca, 1975; Donnangelo, 1976).

Será também com base nestas noções e reelaborando as proposições da medicina integral e comunitária que, nas duas décadas seguintes, surgirão as propostas com as quais até hoje estamos envolvidos: a Reforma Sanitária e a Programação em Saúde.

Os anos 60 e em particular os anos 70, no Brasil, inauguram os primeiros passos de uma ampla reformulação médico-sanitária, com a proposição de um *sistema nacional de saúde*, cujas ambições voltaram-se para integrar a assistência médica com a saúde pública e integrar o setor pri-

vado com o setor público de produção de serviços (Brasil, Ministério da Saúde, 1975). Aliás, o atual Sistema Único de Saúde (SUS) tem em todas essas proposições anteriores suas raízes históricas, o que será mais trabalhado no Capítulo 15.

O impacto da medicina preventiva no setor privado de produção de serviços, em termos de reorientação médico-sanitária das ações assistenciais, tem sido apenas muito recente e poderíamos dizer muito tímida, reservando-se aos espaços quase que da atuação individual de alguns profissionais, médicos ou não.

Foi o setor público que comprou em grande escala este desafio. E já sendo, nos anos 80, bastante extensiva sua rede assistencial, entre serviços de saúde pública ou serviços de medicina previdenciária, a instalação de serviços básicos com atenção primária assume um papel central na política de saúde.

Dos anos de sua proposição original até hoje, a atenção primária vem progressivamente se tornando um complexo assistencial que envolve difíceis definições de tecnologia apropriada. Não só a medicina desenvolveu-se muito em seus diagnósticos precoces e definições de riscos genético-familiares, como epidemiologicamente a definição de situação de risco também se complexificou. Além disso, a dimensão de ações que promovem diretamente a saúde, mais que ações de restauração ou prevenção, tornaram a *promoção à saúde* um conceito a ser melhor delimitado. Esta noção, mal esboçada nos anos 50, embora já presente enquanto intenção, traz novas questões para a assistência, como por exemplo uma melhor definição do conceito de qualidade de vida (Souza e Kalichman, 1993).

A organização do trabalho em torno de uma atenção integral, portanto, envolve a interação de práticas muito diversas (Paim, 1993), problema que se tentou equacionar, em particular no Estado de São Paulo, através da *Programação em Saúde* (Nemes, 1993; Schraiber, 1993b; Cyrino, 1993).

A programação, implantada no final dos anos 70 em São Paulo, buscou ampliar a cobertura dos serviços, valendo-se da rede de centros de saúde, da saúde pública estadual. E para tanto inseriu junto aos já existentes programas de fiscalização do meio, de prevenção e controle de certas doenças e de educação em saúde, uma assistência médica de maior extensão. Incorpora ainda uma nova prática em saúde pública, a vigilância epidemiológica, bem como já introduz algumas práticas de supervisão interna e avaliação dos serviços, abrindo espaços para uma futura organização ancorada, sobretudo, no controle de sua qualidade assistencial.

Os serviços que assim se formularam, enquanto unidades básicas de saúde, incorporaram vários ramos da profissão médica e também outras profissões. Esses serviços também inovaram as práticas assistenciais, combinando atividades mais clássicas, como a consulta médica, com atividades de novo caráter. Estas foram ora mais pendentes ao diagnóstico precoce, ora à educação, e estruturaram-se como ações individuais, tal

qual o atendimento de enfermagem, por exemplo, ou como atividades grupais, tais como os grupos de orientação contraceptiva ou de prevenção e controle do câncer ginecológico. Além disto, às tradicionais atuações campanhistas, para além das campanhas também desenvolvidas como serviços de vacinação permanentes e não episódicos, foram agregadas outras atividades extramuros, dentre elas a visitação domiciliar.

Essa multiplicidade de ações introduziu a questão de articular racionalidades diferentes de intervenção e naturezas distintas de objetivos técnicos, tornando a concepção de *assistência à saúde* uma noção muito mais complexa. Obrigando à total reorganização dos serviços básicos, esse processo terminou por estabelecer o *trabalho assistencial coletivo de uma equipe multiprofissional* como questão institucional atinente à capacidade resolutive da atenção primária, conforme será mais explorado no Capítulo 12.

Este *trabalhador coletivo da unidade básica de saúde* representa hoje seu grande desafio organizacional, mas prenuncia, de outro lado, uma verdadeira inovação tecnológica: a assistência realizada em uma dimensão mais global, estabelecendo como necessidade tecnológica a totalização (visão mais "ecológica") da assistência, constituindo a *atenção integral à saúde*.

Por certo isto representará outra qualidade de custos assistenciais, recolocando para as políticas sociais governamentais o problema da melhor estratégia de extensão da assistência, agora redefinida em uma nova forma de intervenção em saúde. Mas isto é um outro problema, que devemos remeter para seu âmbito mais apropriado: a política pública em saúde. O nosso, não menor, será o de alcançarmos uma melhor e mais precisa conceituação acerca da *qualidade assistencial e capacidade resolutive* dos serviços e desse trabalhador coletivo da unidade básica de saúde.

Consideremos o aspecto segundo o qual, para que a unidade básica seja uma efetiva estratégia de extensão de serviços, atuando como atenção primária em saúde, e seja uma alta tecnologia nesta atenção, será necessário que a unidade domine a já dita complexidade epidemiológica de sua população alvo, que é a clientela coletiva a ela referida. Dominar em termos de seu conhecimento e em termos de técnicas de atenção integral compatíveis, o que dará boa qualidade ao serviço.

Mas referir clientelas e, portanto, circunscrever populações alvo a serem epidemiologicamente conhecidas é hoje um problema. Tem sido estudado, como proposição de saúde para todos (saúde pública ou coletiva), enquanto um processo de *regionalização da assistência* à saúde (Bravo, 1974; Organização Pan-Americana da Saúde, 1990). Deste postulado decorre para a atenção primária o caráter de *serviço regionalizado*.

Definir as bordas dessa regionalização, isto é, delimitar espacialmente seus limites geográficos, não é encargo muito simples (Mendes, 1993; Heimann e cols, 1993). Basta pensarmos, por exemplo, que os recortes de

especialização implicam os conhecimentos científicos que irão definir as situações adscritas a tal ou qual serviço de atenção básica.

Mas também iremos referi-las a tal ou qual sistema de atenção, sistema esse que, se não estiver pronto, teremos que construir. Vê-se que a questão, em termos de uma política e administração sanitária, é difícil. Além do que, objetivando a atenção integral e humanizada, nosso problema dirige-se muito além da epidemiologia.

Um recente conceito vem sendo formulado — o *território* — noção que emprestamos da Geografia Humana e da Sociologia Urbana. Mas definilo também demanda um primeiro conhecimento de natureza epidemiológica da população: seus processos saúde-doença. Estes estão delimitados pelos modos cotidianos de viver a vida social nesta população, estratificando-a em várias "populações" — grupos homogêneos do ponto de vista societário e que conformam nossa especialização apenas em parte com base nos padrões epidemiológicos detectados.

Ao processo que nos permite definir esses territórios, bem como conhecê-los mais profundamente, uma vez já referidos às suas unidades básicas, chamamos de *diagnóstico de saúde* da população (ou de um segmento seu). Seus procedimentos internos são técnicas epidemiológicas, e a Epidemiologia, como qualquer ciência, tem muitas técnicas (Rouquayrol, 1993).

Não nos cabe aqui detalhá-las, mas cabe-nos ao menos apontar que elas têm sido norteadas pela noção de risco de adoecimento, o *risco epidemiológico*.

Para fins do conhecimento epidemiológico e clínico, já mencionamos que esses riscos derivam de diversos condicionantes. Para fins da regionalização e organização dos serviços, por sua vez, os riscos detectados podem ser tratados segundo diversas contingências, oferecendo por consequência o agrupamento de pessoas sob distintos marcos referenciais. Um deles, o mais antigo e tradicional, são as próprias patologias, como a tuberculose ou a hanseníase ou o tracoma ou a hipertensão etc... Outro referencial, mais recente, são certos grupos populacionais dotados de um estado vital comum, como as gestantes, as mulheres, as crianças etc... Ainda mais recentes serão os referenciais apoiados em condições dinâmicas, pelas quais transitam certos segmentos da população: os processos de vida em sociedade, como o envelhecimento, a adolescência, o trabalhar etc...

O diagnóstico de saúde produzido serve de fundamento para as intervenções próprias da assistência sanitária: os programas de saúde. Na atenção integral, esse diagnóstico de saúde terá que se articular ao diagnóstico clínico. Que se deva fazê-lo e qual seu papel na melhoria da qualidade da prática clínica cremos haver já demonstrado. Sua tecnologia interna e própria, contudo, é tarefa de construção crítica, para o que se requer a participação de todos os sujeitos envolvidos.

Assim sendo e para finalizar, introduzimos uma abertura tecnológica adicional: não basta, para sermos críticos e inovadores, alterarmos ape-

nas o plano material das ações e das práticas em saúde. Promover a integração das ações será no máximo suficiente mas não completo. Se é necessário renovar as técnicas e seus instrumentos próprios, os recortes das necessidades de saúde, a oferta organizada para necessidades não demandadas, é preciso trabalhar direta e articuladamente a dimensão subjetiva que está presente como conformador efetivo da estruturação e dinâmica das práticas. Já referimos o necessário reconhecimento crítico da clientela dos serviços, por parte de seus profissionais. Já referimos o necessário reconhecimento crítico da natureza interdependente e complementar dos trabalhos institucionalmente articulados em trabalho coletivo. No entanto, será imprescindível questionar, também e sobretudo, o pressuposto da existência de técnicas e saberes definitivos. Assim como será imprescindível, neste processo, criar espaços para a reflexão e manifestação dos usuários do serviço, para que também eles reconheçam criticamente a equipe profissional de que se valem.

Desse modo não estamos, neste ponto, apenas reiterando aspectos já antes examinados, como os da humanização e abertura para exercícios da subjetividade por parte dos sujeitos presentes: profissionais e usuários. Trata-se aqui de revermos essa presença da perspectiva propriamente técnica, isto é, refletindo sobre saberes e práticas conhecidos e sobre o imaginário, as representações que esse conhecimento traz. Pois isto conforma culturas curadoras e assistenciais às quais estão aderidos esses sujeitos, enquanto ato ou práticas materialmente realizadas, e como valor, ideal de dever-ser atribuído para o ato e nele sistematicamente buscado.

Abrir-se à angustiante, mas criativa, situação da busca pelo "desconhecido" tecnológico (o novo), é o princípio do diálogo possível entre a inovação e as culturas já consolidadas, de consumo, uso, técnicas e produção de serviços, em que bem se acomodam profissionais e população. E aqui dois princípios tecnológicos surgem: o risco da delimitação de patamares assistenciais, que enfrenta a condição de ser atenção primária, e, em razão disto, a proximidade que esta atenção estabelece com o viver social cotidiano, exigem o estabelecimento claro de sua forma de assistir e a permanente dúvida de seu acerto. Se com isto obriga-se a vir a público os processos de definição/delimitação das necessidades que lhe são atinentes, possibilitando sua democratização e explicitação ética, traz, de outro lado, a avaliação sistemática da lógica e dos instrumentos desses procedimentos e a publicidade das racionalidades e operações de suas tecnologias assistenciais, igualmente sujeitando-as ao difícil jogo dos interesses divergentes e dos conflitos de projetos sociais diversos. Mais que ousar propor, portanto, é ousar dispor de aberturas tecnológicas em que as proposições políticas e técnicas venham a público para serem refletidas.

BIBLIOGRAFIA

- Arouca, A. S. S. *O dilema preventivista. Contribuição para a compreensão crítica da Medicina Preventiva*. Tese de doutorado, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, datilo. 1975.
- Brasil — Ministério da Saúde. *V Conferência Nacional de Saúde (Sistema Nacional de Saúde)*, Brasília: Anais de Conferência. 1975.
- Bravo, A. L. Regionalización: organización y funcionamiento coordinado de los sistemas de salud en zonas rurales y urbanas. *Bol. Of. Sanit. Panamer* 77:231-46, 1974.
- Cyrino, A. P. P. *Organização tecnológica do trabalho na reforma das práticas e dos serviços de saúde: estudo de um serviço de atenção primária*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, datilo. 1993.
- Donnangelo, M. C. F. & Pereira, L. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades. 1976.
- Freidson, E. *Profession of Medicine — a Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Dodd Mead. 1970.
- Heimann, L.; Carvalheiro, J. R.; Donato, A. F.; Ibanhes, L. C.; Lobo, E. F. & Pessoto, U. C. *O município e a saúde*. São Paulo: Hucitec. 1992.
- Leavell, H. R. & Clark, E. G. *Medicina preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill. 1976.
- Mendes, E. V. (org.) *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, R. B. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. *CADERNOS Cefor. Série Textos n.º 1*. São Paulo: SMS — SP/Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde. 1992.
- . *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec-Abrasco. 1994.
- Merhy, E. E. *A Saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas*. São Paulo: Hucitec. 1992.
- Nemes, M. I. B. Ação Programática em saúde: recuperação histórica de uma política de programação. Em *Programação em Saúde Hoje* (Schraiber, L. B., org.), p. 65-116. São Paulo: Hucitec. 1993 (2.ª ed.).
- Organização Pan-Americana da Saúde. *Extensão dos serviços baseada nas estratégias de assistência primária e participação da comunidade*, REMSA 4-40. 1977.
- . *Los sistemas locales de salud*, Publicación Científica n.º 519. 1990.
- Palm, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. Em *Epidemiologia e Saúde* (Rouquayrol, M. Z., org.), Rio de Janeiro: Medsi Editora Médica e Científica Ltda. 1993 (4.ª edição).
- Reiser, S. J. *La medicina y el imperio de la tecnología*. México: Fondo de Cultura Económica. 1990 (1.ª ed. em inglês, 1978).
- Rose, G. Individuos enfermos y poblaciones enfermas. Em *El desafío de la Epidemiología: problemas e lecturas seleccionadas* (Buck, C.; Llopis, A.; Nájera, E. & Terris, M., orgs.), p. 900-9. Washington: OPS-OMS publicación científica n.º 505. 1988.
- Rouquayrol, M. Z. (org.). *Epidemiologia & saúde*, Rio de Janeiro, Medsi Editora Médica e Científica Ltda. 1993 (4.ª ed.).
- Schraiber, L. B. *O médico e seu trabalho. Limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec. 1993a.
- . (org.). *Programação em Saúde Hoje*. São Paulo: Hucitec. 1993b (2.ª ed.).
- . O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional. *CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA* 11(1):57-64. 1995.
- Silva, G. R. Origens da Medicina Preventiva como disciplina do ensino médico. *Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. São Paulo* 28:91-6. 1973.
- Souza, M. de F. M. & Kalichman, A. O. Vigilância à saúde: Epidemiologia, serviços e qualidade de vida. Em *Epidemiologia e Saúde* (Rouquayrol, M. Z., org.). Rio de Janeiro: Medsi Editora Médica e Científica Ltda. 1993.