

MARTA REGINA CEZAR VAZ

CONCEITO E PRÁTICAS DE SAÚDE

**ADEQUAÇÃO NO TRABALHO DE CONTROLE DA
TUBERCULOSE**

FLORIANÓPOLIS

1996

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**CONCEITO E PRÁTICAS DE SAÚDE
ADEQUAÇÃO NO TRABALHO DE CONTROLE DA
TUBERCULOSE**

MARTA REGINA CEZAR VAZ

**Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação da
Universidade Federal de Santa Catarina, para
obtenção do título de Doutor em Filosofia de
Enfermagem.**

FLORIANÓPOLIS

1996

MARTA REGINA CEZAR VAZ

CONCEITO E PRÁTICAS DE SAÚDE
ADEQUAÇÃO NO TRABALHO DE CONTROLE DA
TUBERCULOSE

Orientadora:

Prof^ª Dr^ª MARIA TEREZA LEOPARDI

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
PROGRAMA DE DOUTORADO EM FILOSOFIA DE ENFERMAGEM

**CONCEITO E PRÁTICAS DE SAÚDE - ADEQUAÇÃO AO TRABALHO DE
CONTROLE DA TUBERCULOSE**

MARTA REGINA CEZAR VAZ

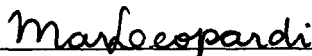
Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de

Doutor em Filosofia de Enfermagem

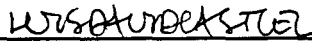
e aprovada em sua forma final em 28 de março de 1996, atendendo às normas da legislação vigente do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem - Programa de Doutorado em Filosofia de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

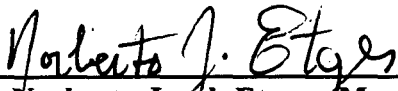

Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves - Coordenadora do Curso

BANCA EXAMINADORA:


Dra. Maria Tereza Leopardi - Presidente/Orientadora


Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida - Membro


Dr. Luiz David Castiel - Membro


Dr. Norberto Jacob Etges - Membro


Dra. Sandra Caponi - Membro


Dr. Gustavo Andrés Caponi - Suplente

Aos meus pais, Marlene e Loeir e irmãos, Batize e Cado, pela constante presença no mundo que construímos.

Joana, Jordana e Joaquim, minhas emoções e vontades estão sempre em vocês. Estamos construindo juntos um mundo particular, o nosso mundo familiar. Esse conjunto de relações de produção e reprodução de amor. Essa construção que em si mesma é simples e complexa, que é tão minha como nossa. Joana, te amo. Jordana, te amo. Joaquim, te amo; continuemos fortes por nós e por nossas filhas.

Agradecimentos

“A causa como coisa originária tem a determinação de independência absoluta e de uma subsistência, que se mantém perante o efeito. Mas, na necessidade, cuja identidade é constituída por essa originariedade, ela transitou apenas para o efeito”. (Hegel, 1988, p. 176)

A causa deve perder-se no seu contrário, no efeito, mas da causa deve poder-se deduzir o efeito, e se deduz efetivamente. Destarte, cumpre revelar aqueles que se constituíram em causa neste trabalho e agradecer-lhes.

À professora Maria Tereza Leopardi, orientadora deste trabalho, tanto pela confiança depositada em mim como pelo privilégio de uma relação que ultrapassou o espaço acadêmico, potencializando nosso cotidiano por uma generosidade de espírito e competência que, sem dúvida, determinou o desenvolvimento deste estudo e a superação de suas exigências e implicações.

À professora Maria Cecília Puntel de Almeida, pelas formas mais diversas de estímulos, pela amizade, pelo exemplo, enfim, por tudo que representa em minha caminhada profissional como docente na Enfermagem.

Ao incansável professor Norberto Jacob Etges, por sua dedicação e envolvimento na fundamentação teórica desta pesquisa. Com sua participação foi possível o aprofundamento teórico que levou à compreensão da dimensão dos conceitos no pensamento especulativo.

Aos professores Sandra C. Caponi, Gustavo Caponi e Luís David Castiel, pelos exames cuidadosos deste texto e contribuições ao estudo.

À professora Maria de Lourdes de Souza, coordenadora geral da rede REPENSUL, pelo estímulo a ousar e vencer profissionalmente. E ao *nós* da rede, sujeitos de dimensões inovadoras necessárias ao pensar e agir na construção de *nexos* teórico-práticos na Enfermagem.

Ao colegiado do Departamento Materno-Infantil da Universidade do Rio Grande, através das colegas Kátia e Ângela, pela garantia do direito de poder realizar o presente trabalho em regime de dedicação exclusiva.

Aos profissionais de saúde atuantes no trabalho de controle da tuberculose, nas unidades sanitárias da terceira região de saúde do Estado do Rio Grande do Sul, pela intrepidez em pactuar com a análise e crítica a seu trabalho institucionalizado.

Aos supervisores do Programa de Controle da Tuberculose no Estado do Rio Grande do Sul, pelas informações e dados que levaram a visualizar o problema *tuberculose* neste espaço/tempo.

Ao Grupo Práxis, por nossa convivência enriquecedora, tanto nas abordagens e reflexões sobre trabalho, saúde e cidadania, quanto na parte afetiva.

Ao corpo docente, discente e administrativo do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, de quem recebi apoio e estímulo, das mais diversas formas e em diferentes ocasiões.

Às amigas Adriana, Marta, Mara, Sueli, Teda, Valéria, Zezé, e ao amigo Wilson, pelo estímulo e, principalmente, pelas relações afetivas que aprimoramos e que, com certeza, qualificam o nosso trabalho docente na Enfermagem.

E finalmente, às amigas Ana, Beatriz e Eliana pelo convívio prazeroso e pela amizade que criamos. Também às amigas Cláudia, Cleuza, Flávia e Rosane que, por seus diversos, enriqueceram minha trajetória.

RESUMO

VAZ, Marta Regina Cezar. **Conceito e práticas de saúde - adequação no trabalho de controle da tuberculose.** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem, 1996. Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, para obtenção do título de Doutor. *Orientadora:* Prof^a Dr^a Maria Tereza Leopardi.

Tendo por objeto a organização tecnológica do trabalho no controle da tuberculose, esta pesquisa buscou uma aproximação do modo de ser deste trabalho por compreender suas relações como componentes do movimento de produção de saúde, enquanto ele mesmo se torna um guia para a adequação do momento político-social de nossa sociedade. O objetivo foi, então, usando o problema *tuberculose* como ilustração, analisar o trabalho em saúde, tanto na internalidade como na externalidade das relações e estruturas sociais em que se intercala, buscando conhecer as características mais gerais de seus movimentos e interferir nestes movimentos, de modo a participar da construção de uma nova lógica para sua organização. Lógica esta adequada à lógica imanente das estruturas de ações da saúde em geral, considerando as condições efetivas por elas postas e que determinam e definem estruturas que expressam a modernidade. Para alcançar este objetivo foram definidos núcleos temáticos relativos à organização do trabalho em saúde como proposições às discussões e análises: sua própria organização, seus sujeitos, seus conteúdos, seus produtos e seus limites. O trabalho em saúde e sua organização são expressões do que se pressupõe como saúde e suas determinações, portanto a discussão deste conceito se impôs na seqüência dos estudos, permitindo visualizar este universal concreto como um impulso que se encarna no mundo, nas formas externas do corpo e do ambiente social. Pelo trabalho humano abstrato e pela *saúde* como um construto, um conjunto de relações que põe *unidade* do diverso, foi possível pensar a organização do trabalho em saúde como uma *classe* de ações que se expõe como unidade, que induz à forma pela qual se estrutura o trabalho de controle da tuberculose em particular. Foi possível pensar esta organização como um conjunto de relações que se dão entre componentes do que se define como um domínio fenomenal, como um sistema de produção e reprodução de saúde, componentes que são as próprias estruturas imediatamente coletivas e universais deste campo de ação. Esta interpretação da organização do trabalho em saúde se fez a partir da compreensão do seu conteúdo tecnológico, tomando os saberes estruturados dentro e ao redor da epidemiologia como núcleo para a compreensão. Para o alcance dos objetivos, concomitantemente ao aprofundamento das questões teórico-metodológicas relativas às categorias que se incluem nuclearmente neste estudo, o sujeito, o trabalho e a saúde, buscou-se uma maneira alternativa para a captação do objeto da pesquisa, pela ação e movimento dos sujeitos nele envolvidos. E isto se fez por uma ação comunicativa dirigida a um trabalho específico, o de controle da tuberculose no Estado do Rio Grande do Sul, mais particularmente, aquele desenvolvido nas unidades básicas de saúde da terceira Região de Saúde desse Estado. Essa ação constituiu-se em observações diretas do trabalho desenvolvido naquelas unidades sanitárias e em comunicações pessoais (entrevistas) de seus sujeitos. Os fragmentos de diálogos, selecionados de seu produto, foram utilizados para ilustrar e motivar convenientemente as discussões e análises deste estudo.

ABSTRACT

VAZ, Marta Regina Cezar. **Concept and practice of health** - a congruence in the work of tuberculosis control. Florianópolis: Federal University of Santa Catarina, Nursing Department, 1996. Thesis presented to the Postgraduation Course in Nursing of UFSC, in order to obtain the title of Doctor. *Adviser*: Maria Tereza Leopardi, Doctor in Nursing.

The subject of this research is the technological organization of work in the control of tuberculosis and it aims to seek an approach to understand how this work has been done, through its relations with the components of the dynamic of health production, at the same time it becomes itself into a guide to the social and political moment of our society. So, the objective was, by using the tuberculosis problem as an illustration, to analyze health work, on its internal and external relations and social structures in which it is intercalated, by knowing the most general characteristics of its movements and by interfering in these movements, in order to take part in the construction of a new logic for its organization. This logic is adequated to the immanent logic from the structures of health actions in general, and considering the effective conditions placed by them which determine and define structures that express modernity. To reach this objective, thematic subjects were defined, relating to work organization in health as propositions to discussions and analyses: its own organization, its subjects, its contents, its products and limitations. Health work and its organization are expressions of what health and its determinations are supposed to be, therefore the discussion of this concept has prevailed in the sequence of studies, by allowing to visualize this concrete universe as an impulse that incarnates the world, in the external forms taken by the body and by the social environment. Through the abstract human work and considering health as a construction, a set of relations that put unity on the diversity, it was possible to think the work organization in health as class of actions which is exposed as an unity, and that induces the way by which the work of tuberculosis control is based on. It was possible to think this organization as a set of relations that occur among components of what it is defined as a phenomenal domain, as a system of health production and reproduction, components that are the structures themselves immediately collective and universal of this action field. This interpretation of work organization in health was made from the understanding of its technological content, taking the knowledge build inside and around the epidemiology as a center of comprehension. To reach these objectives, besides going deeply into methodological and theoretical questions related to the categories included in this study, the individual, the work and health, it was sought an alternative way of getting the research subject, by action and movement of the individuals who were related to it. It was made by communicative action directed to an specific work, the work of tuberculosis control in the state of Rio Grande do Sul, more specifically, the one developed in the unities of health of the third region of health. This action is carried out by direct observations of work developed in those health unities and by personal communications (interviews). The fragments of the dialogues, that were choosen, were utilized to illustrate and to motivate the discussions and the analyses of this study.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO		1
PARTE I		
CAPÍTULO I	ALGUNS MOMENTOS PONTUAIS DO TRABALHO DE CONTROLE DA TUBERCULOSE	8
CAPÍTULO II	ORIENTAÇÃO DA PESQUISA	46
	O trabalho em saúde como objetivação do homem	46
	O agir na interpretação da organização do trabalho em saúde	63
	A ação comunicativa dirigida ao trabalho de controle da tuberculose	73
PARTE II		
CAPÍTULO III	VONTADE SUBJETIVA E A AÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE	84
CAPÍTULO IV	UMA POSIÇÃO NO CONTROLE DA TUBERCULOSE	99
	A organização do trabalho como um conjunto de relações entre estruturas	106
	O sujeito do trabalho traspassando o trabalho coletivizado	120
	A simplicidade complexa do conteúdo tecnológico do trabalho	139
	O produto do trabalho como produção de saúde	162
	O tuberculoso como ser estruturalmente social e o limite do trabalho	172
CAPÍTULO V	PROLEGÔMENOS DE UM NOVO CONCEITO E NOVAS PRÁTICAS DE SAÚDE	191
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS		209

APRESENTAÇÃO

O objeto deste estudo é a organização tecnológica do trabalho no controle da tuberculose, a partir da lógica contida no trabalho em saúde e com o pressuposto de suas condições e determinações. O interesse em estudar temas ligados ao trabalho em saúde coletiva transcende a tarefa acadêmica proposta, uma vez que decorre não apenas dela, mas de todo um contexto que a antecede. Atuando na área de saúde pública durante os últimos quinze anos, tenho desenvolvido, como consequência das atividades inerentes ao desempenho docente-assistencial no Curso de Enfermagem da Universidade do Rio Grande - RS, serviços de assistência a grupos específicos dessa comunidade que, gradativamente, foram estimulando o processo de indagações e reflexões sobre a enfermagem e o trabalho coletivo em saúde. Esse processo foi ampliado com o desenvolvimento do Programa de Mestrado, que me levou a aprofundar a compreensão dessas práticas dentro da realidade histórico-social que integram, as quais se interpõem, como construções, no contexto específico em que os fatos ocorrem.

Em pesquisa que desenvolvi no mestrado, que se constituiu no texto *O Trabalho da Enfermeira na Rede Básica de Serviços de Saúde - Análise de Depoimentos* (Vaz, 1989), com base em depoimentos obtidos

através de entrevistas com um grupo de enfermeiras que atuavam nos níveis primário e secundário de assistência na rede básica de serviços na Primeira Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, busquei averiguar a realidade dessa prática e seu universo de representações, frente às mudanças no setor saúde que, no período, materializavam-se pela proposta de implantação da Reforma Sanitária. Ficou evidente, ao proceder tal análise, que o entendimento das questões da prática em saúde é possível com mais propriedade pelo estudo do próprio processo de trabalho em saúde, a partir de um referencial teórico construído dentro desse mesmo processo.

Nessa linha incluo esta interpretação da organização tecnológica do trabalho em saúde coletiva, na minudência do trabalho de controle da tuberculose, que ora apresento como tese de doutorado. E dado que, ao se querer compreender as estruturas materiais e culturais em que o homem se exterioriza, se constrói, se faz necessário desvendar as relações que ele desenvolve com seus mundos construídos, para compreender o próprio homem em suas disposições e ordens internas. O objetivo é, então, analisar o trabalho de controle da tuberculose, tanto na internalidade como na externalidade das relações e estruturas sociais em que se intercala, buscando conhecer as características mais gerais de seus movimentos e interferir nesses movimentos, de modo a participar da construção de uma nova lógica para sua organização. Lógica esta adequada à lógica imanente das estruturas de ações da saúde em geral, considerando as condições efetivas por elas postas e que determinam e definem estruturas que expressam a modernidade.

A estratégia adotada para esta ambição foi a de se distanciar o máximo possível de qualquer concepção panorâmica do universo de estudo, buscando uma aproximação da lógica do serviço, entendido como um trabalho construído e com uma arquitetura de relações de sujeitos com outros sujeitos

que, por sua vez, exige adequação destes sujeitos àquelas relações. Adequação esta possível pelo domínio da transformação do saber em ato, ou seja, um saber não passivamente assimilado, mas apreendido em constante construção dos sujeitos que o operam.

O sentimento que me incita ao fim proposto, dado que se constitui em si como construção de um conhecimento, não se limita ao individual, mas se amplia pelos compromissos atuais e os que hão de vir, incluindo-se neles as promessas a serem ainda cumpridas e os compromissos que decorreram do programa de doutoramento em que esta investigação se insere. Estabeleço os benefícios provenientes de sua consecução, numa relação direta, primeiro, com o que se constitui em consequência imediata, que é o aprofundamento das questões teóricas, segundo, com o que se projeta como potência para a continuidade das atividades de docência e pesquisa.

Em busca das possibilidades para a consecução desta pretensão, encontro o perseverar na Rede de Pós-Graduação em Enfermagem da Região Sul (REPENSUL), o permanecer integrada com o corpo estrutural do Curso de Doutorado em Filosofia de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, mais especificamente, ao Núcleo de Estudos sobre Saúde, Trabalho e Cidadania (Grupo PRÁXIS) e o convívio com os integrantes do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Educação e Trabalho da Enfermagem (Grupo NEPETE) da Universidade do Rio Grande.

Posso acrescentar que, além dos fatos antes mencionados e relativos ao meu trabalho, ao processo de mestrado e ao doutorado, outros fatores, como a própria condição atual do problema tuberculose nos diferentes grupos de nossa sociedade e as *in*-definições do movimento da saúde, pela implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), constituem a motivação que me levou à opção pelo trabalho em saúde coletiva.

Tenho como proposta para esta investigação, então, buscar uma construção teórica relativa à organização tecnológica do trabalho em saúde coletiva, usando o problema tuberculose como ilustração nas discussões e análises. Para alcançar este objetivo, defino, pelos muitos aspectos e questões que se põem, núcleos temáticos relativos à categoria organização do trabalho em saúde como proposições às discussões e análises: sua própria organização, seus sujeitos, seus conteúdos, seus produtos e seus limites.

O trabalho em saúde e sua organização são expressões do que se pressupõe como saúde e suas determinações, portanto a discussão deste conceito se impôs na seqüência dos estudos, permitindo visualizar este universal concreto como um impulso que se encarna no mundo, nas formas externas do corpo e do ambiente social.

Pelo trabalho humano abstrato e pela *saúde* como um construto, um conjunto de relações que põe *unidade* do diverso, foi possível pensar a organização do trabalho em saúde como uma *classe* de ações que se expõe como unidade, que induz à forma pela qual se estrutura o trabalho de controle da tuberculose em particular. Foi possível pensar esta organização como um conjunto de relações que se dão entre os componentes do que se define como um domínio fenomenal, como um sistema de produção e reprodução de saúde. Componentes estes que são as próprias estruturas imediatamente coletivas, universais, desse campo de ação, desse sistema que, enquanto unidade do diverso, não é do nível perceptível, compreende as estruturas que aparecem nos indivíduos. E o trabalho de controle da tuberculose constitui-se em diversidade nesta unidade, entretanto traz em sua diversidade esta unidade.

Esta interpretação da organização do trabalho em saúde se faz não apenas por referência a cada ato da produção de serviços, mas também por referência ao conjunto da produção de serviços, tomando os saberes

estruturados dentro e ao redor da epidemiologia como núcleo para a compreensão. Nesta aproximação das estruturas e relações que constituem o sistema de produção e reprodução de saúde, sempre se evitou fazer agrupamentos de contingências, de acréscimos externos à unidade, e sim atingir as determinações (significações) separadamente, a partir da identidade do conjunto trabalho humano abstrato/saúde, como condição à volta àquela unidade. E isso equivale a conceber o objeto de estudo no nível de análise da dialética.

Concomitantemente ao aprofundamento das questões teórico-metodológicas relativas às categorias que se incluem nuclearmente neste estudo, em seu silogismo específico, o sujeito, o trabalho e a saúde, em que o conceito de trabalho humano abstrato surge como base teórica para confirmar a lógica do trabalho em saúde e do trabalho de controle da tuberculose, buscou-se uma maneira alternativa para captação do objeto da pesquisa, pela ação e movimento como tal dos sujeitos nele envolvidos. E isto se fez por uma ação comunicativa (ver nota 11 do capítulo II) dirigida a um trabalho específico, o trabalho de controle da tuberculose no Estado do Rio Grande do Sul, mais particularmente o trabalho desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde da Terceira Região de Saúde deste Estado. Esta ação constituiu-se de observações diretas do trabalho desenvolvido naquelas unidades sanitárias e por comunicações pessoais (entrevistas) de seus sujeitos, tendo por base os núcleos temáticos já definidos para este estudo. Ambos os momentos, as observações e as entrevistas, foram registrados em fitas magnéticas. Alguns fragmentos de diálogos, diligentemente selecionados do produto transcrito das gravações, ilustram e motivam convenientemente as discussões e análises.

Este texto, por seus atributos, revela também seus limites, levando a um movimento crítico, posto por suas próprias premissas. Em sua

forma apresenta-se em duas partes: a primeira, de caráter introdutório, constitui-se pelos capítulos I e II, e a segunda contém as discussões e análises que incluem os produtos deste estudo, suas categorias e conceitos, que estão nos capítulos III, IV e V.

O capítulo I abrange o conhecimento do movimento espacial/temporal do trabalho de controle da tuberculose, incurso no movimento da saúde pública no Brasil, como forma de fazer despertar o interesse pelo objetivo deste estudo. Compreende alguns de seus momentos pontuais e características de maior interesse para esta pesquisa, obtidos através da análise da literatura científica e de documentos oficiais pertinentes.

O capítulo II contém, predominantemente, a orientação da pesquisa. Numa primeira parte, traz algumas palavras relativas a seu suporte teórico, que se completam por outras ao longo das reflexões que constituem o texto como um todo; numa segunda parte, explica as questões e o movimento relativo ao momento mais empírico da pesquisa, que possibilitou ilustrar e motivar o produto deste estudo com as ações e movimentos dos sujeitos atuantes no dia-a-dia do trabalho de controle da tuberculose.

No terceiro capítulo, com o pano de fundo da reflexão/posição das práticas específicas em saúde, particularmente no controle da tuberculose, discute-se o próprio conceito de saúde, universal concreto que determina o trabalho em saúde, cuja realização e conhecimento são imediatos e são espaciais/temporais.

O capítulo IV, tendo por fio condutor os núcleos temáticos definidos para este estudo e como ilustração e motivação os fragmentos de diálogos obtidos das observações diretas no dia-a-dia do trabalho de controle da tuberculose e as entrevistas com seus agentes, registra as discussões e análises da organização do trabalho do sistema de produção e reprodução de

saúde, uma arquitetura de estruturas e relações determinada pelo trabalho humano abstrato.

Por fim, no capítulo V, são colocadas algumas palavras a mais relativas a um novo conceito e novas práticas de saúde como produto que se objetiva neste estudo, que é uma abstração enquanto não realizado em suas formas, mas é concreto em suas relações como prolegômenos, formando uma unidade, uma possibilidade real a exigir determinação, materialização no tempo e no espaço.

CAPÍTULO I

ALGUNS MOMENTOS PONTUAIS DO TRABALHO DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

A análise histórica das políticas de saúde do Estado brasileiro em diferentes épocas, incluindo com maior ou menor ênfase as práticas na Saúde Pública, tem sido objeto de questionamento de diversos estudos e discussões¹ nestas últimas décadas. Os achados revelam de tal forma os fundamentos das diferentes maneiras de que estas práticas se revestiram nos diferentes momentos históricos que se torna dispensável, neste estudo, estresir sua trajetória.

Pretendo abarcar, neste capítulo, tão somente alguns momentos mais pontuais referentes aos movimentos na Saúde Pública, trazendo algumas

¹ Dentre os textos destaque: Arouca (1975); Singer et al. (1978); Donnangelo e Pereira (1979); Braga e Paula (1981); Cohn (1981); Possas (1981); Luz (1982); Costa (1985); Merhy (1985); Mendes Gonçalves (1986); Oliveira e Teixeira (1986) e Nemes (1989).

especificidades relativas às práticas de intervenção sobre a tuberculose, como forma de visualizar características mais gerais do objeto de investigação deste estudo, ou seja, o trabalho operante no serviço de tuberculose, mais especificamente sua organização tecnológica.

Até meados do século XIX, a organização dos serviços de saúde foi precária no Brasil. A assistência ficava por conta de iniciativas filantrópicas individuais ou institucionais. Poucos podiam recorrer à assistência médica individual ou à outra forma qualquer de assistência à saúde. E os procedimentos que buscavam a produção e reprodução da saúde em termos coletivos, seguindo a tendência mundial, privilegiavam *tratamentos* higiênico-dietéticos, repouso no leito e isolamento dos doentes portadores de doenças transmissíveis em estabelecimentos especializados (sanatórios).

Sobre as diversas influências sanitárias, políticas, sociais, teórico-filosóficas e éticas deste período em que se estrutura a *higiene* como modalidade sistemática de produção de conhecimentos e práticas médico-sanitárias de corte sócio-naturalista, Mendes Gonçalves (1990), Almeida Filho (1992) e Ayres (1995) reconhecem representar a mais ambiciosa tentativa de descrição objetiva de um campo específico de normatividade da saúde que, uma vez configurado historicamente, determina dialeticamente uma profunda reestruturação da normatividade médica de modo geral. Segundo estes autores inaugura-se aí um espectro mais amplo de *saberes* e *fazeres* em saúde, abstratamente agrupáveis em duas formas polares e articuladas de objetivação dos fenômenos da saúde: a **clínica** e a **epidemiologia**. Ayres (1995) enfatiza que, “em sua dialética histórica, contudo, a clínica, apesar de ir tornando-se progressivamente mais dependente do pólo epidemiológico em seu amadurecimento tecnocientífico, (e na mesma medida dessa dependência) subordina a epidemiologia à sua linguagem e seus processos de validação,

obscurecendo a particularidade objetiva da polaridade epidemiológica dos saberes em saúde” (p.128).

Com a abolição da escravatura, estabeleceu-se um novo quadro nas relações sociais de trabalho em nosso país e a conseqüente incorporação de imigrantes estrangeiros ao processo produtivo deu nova dimensão aos problemas da saúde, com as doenças se disseminando pelos principais portos brasileiros e depois pelo interior, causando grandes devastações. Os coeficientes médios de mortalidade de doenças transmissíveis como a tuberculose, febre amarela, varíola e malária, no Rio de Janeiro (ex-Distrito Federal), entre 1880 e 1900, indicaram, respectivamente, 539,3 , 343,0 , 183,0 e 300,6 óbitos a cada 100.000 habitantes. Entre 1890 e 1900, os mesmos índices indicaram, respectivamente, 497,1 , 412,6 , 177,5 e 336,5 óbitos. Em relação à tuberculose, especificamente, observava-se uma tendência de declínio na mortalidade já ao final do século passado, que vem a se confirmar ao longo deste século. Nos anos de 1950 e 1960, para ilustrar, os coeficientes de mortalidade por tuberculose, por 100.000 habitantes, foram 177,1 e 69,2 , respectivamente (Singer et al., 1978, p. 95 e 119).

Chegando ao início do século XX, a sociedade brasileira apresentava sinais visíveis de enriquecimento, conseqüência, principalmente, da expansão da lavoura cafeeira no centro-sul do Brasil, do início da industrialização do país e do crescente comércio internacional. A necessidade de controlar os portos e as estradas de ferro, que garantiam o fluxo de produtos e de mão de obra necessários à produção e comercialização de bens, impôs às campanhas sanitárias especial importância na economia agrário-exportadora de transição do Estado emergente. A campanha contra a varíola, a lei de vacinação obrigatória contra a febre amarela e as recomendações para o combate à peste bubônica em 1904, entre outras disposições, denotariam a

demanda de medidas em saúde, como resposta governamental aos agudos problemas sociais, nefastos aos programas político-econômicos nacionais.

Gerava-se, assim, como decorrência da tentativa de solucionar problemas imediatos da Nação, um clima *favorável* à atuação em Saúde Pública. E o modelo tecnológico em que se organizaram as práticas de saúde fundamentava-se, predominantemente, na epidemiologia enquanto saber que permitia a apreensão do objeto de trabalho e da qual sucederam instrumentos de trabalho destinados à ação intervencionista sobre esse objeto: as campanhas e a polícia sanitária². A Epidemiologia se terá caracterizado, nesta época, pelo que se convencionou chamar de *era bacteriológica*, ou ainda, como a epidemiologia dos modos de transmissão, uma forma de objetivação dos fenômenos da saúde que se define a partir dos descobrimentos de Pasteur. Sua especificidade não deve ser buscada “apenas no acréscimo tecnológico trazido pela possibilidade de identificação de agentes causais microbianos, que está longe de ser desprezível, mas pelo corolário negativo: a possibilidade de desvincular o estudo - e por decorrência a prática - das doenças infecciosas de seus determinantes de natureza social” (Mendes Gonçalves, 1986, p. 147).

Nessa perspectiva, a doença era concebida como efeito de causas biológicas, desvinculada das questões sociais, ainda que justificada pelo seu significado social. Com isso, firmou-se a possibilidade concreta de controle sobre doenças endêmicas que, sem considerar seus nexos com as formas de organização social, sem buscar mudanças outras que garantissem condições de vida adequadas à força de trabalho, norteou os programas de saúde pública daqueles tempos. Institucionalizou-se uma modalidade de intervenção baseada na parasitologia e na microbiologia que endossariam concepções de

² A polícia sanitária constituiu-se em um procedimento para identificação e eliminação de focos das doenças endêmicas, adotado no início do século. Sobre o assunto ver Merhy (1985); Costa (1985); e Mendes Gonçalves (1986).

organização sanitária extremamente limitadas, mas que ofereciam brutal eficácia no controle de um conjunto de enfermidades que ameaçavam a saúde de certas camadas da população trabalhadora.

Com relação à tuberculose, em particular, este modelo de intervenção na doença, robustecido pela descoberta do agente etiológico por Robert Koch em 1882, plasmou-se ainda mais limitado epidemiologicamente, dado que essa endemia nunca se caracterizou “como doença transmissível cuja prevalência transcendesse à situação de classe, atingindo indiscriminadamente tanto as camadas dominantes como as classes populares, como a peste, febre amarela e mesmo a varíola. Além de que, não impedia que a força de trabalho permanecesse em atividade antes de a doença assumir configuração aguda e mortal, ao contrário das outras” (Costa, 1985, p.77).

Como resultado da mobilização da sociedade, mormente de sua parcela menos favorecida, na ocasião, como já mencionado, duramente atingida pelas endemias, surgiram timidamente movimentos na busca de melhores condições sanitárias. No Rio de Janeiro, no início do século, foi criada a Liga Brasileira contra a Tuberculose, entidade técnico-filantrópica destinada a combater a doença e a desenvolver, junto aos poderes públicos e à população, uma propaganda no sentido da defesa social do mal e o primeiro dispensário de tuberculose (Singer et al., 1978)

Administrativamente, somente na década de 20 se começou a priorizar ações profiláticas, hospitalares, dispensariais³ e laboratoriais, centralizadas e coordenadas pelo setor público, sob rigorosa repressão, objetivada pela vigilância sanitária sobre as doenças socialmente

³ Os dispensários constituíram-se em espaços fundamentais na campanha sanitária, dando lugar ao atendimento de massa e tornando muito mais econômico o tratamento da tuberculose.

transmissíveis⁴. Foram implantadas a notificação compulsória, a verificação de óbitos, a obrigatoriedade do isolamento dos doentes infectantes e a desinfecção dos domicílios. Estes dispositivos, efetivos para as outras doenças como a febre amarela, a peste, a cólera e o tifo, não foram tão incisivos na tuberculose. A Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, criada pelo Departamento Nacional de Saúde Pública - DNSP⁵, estabeleceu para o controle da doença, tão somente, o exame de escarros como medida diagnóstica e como verificação dos casos de tuberculose aberta. Eram feitas visitas às fábricas e usinas para detectar condições concernentes à profilaxia da doença, verificando os casos existentes e executando as medidas saneadoras. Essa racionalidade das ações é expressão dos conhecimentos disponíveis sobre a etiologia e os modos de transmissão da doença, onde o enfoque epidemiológico - olhar sobre o coletivo - predomina. Em termos práticos, este enfoque materializa-se por diversas restrições às necessidades individuais em função do objetivo de proteção do conjunto de trabalhadores para que o trabalho possa ser executado adequadamente.

O estigma do problema *tuberculose* se evidenciava e se fazia sentir até mesmo nas questões técnicas mais simples de seu controle. Costa (1985) reforça que a notificação de casos novos na tuberculose não foi definida como compulsória, a exemplo das outras doenças transmissíveis: “A notificação deveria mencionar apenas as iniciais do enfermo (...) o funcionário

⁴ Analisando a conjuntura institucional e a saúde pública na Velha República, Luz (1982) refere que “o quadro oficial omite, entretanto, outros dados significativos. A tuberculose, por exemplo, parece não fazer parte até então das preocupações do Estado, embora nas estatísticas oficiais e na preocupação popular ocupe um lugar privilegiado” (p. 71). De tal forma que em 1920, no Congresso de Haia, o representante brasileiro - Hilário de Gouveia - inquirido sobre a gravidade da tuberculose em nosso país, teve que responder aos demais congressistas que o Brasil *tentaria* eliminar a tuberculose de suas paisagens no menor espaço de tempo possível.

⁵ O Departamento Nacional de Saúde Pública - DNSP, consolidado em 1923, a partir da Reforma Carlos Chagas, teve o objetivo de enquadrar em um único aparelho de Estado as questões sociais e sanitárias em correspondência aos problemas assinalados no país. Sobre o movimento de criação do DNSP, ver Braga e Paula (1981); Luz (1982); e Costa (1985).

que, em alguma hipótese, quebrasse o sigilo da notificação seria submetido à sanção administrativa de suspensão ou demissão” (p.104). A legislação sanitária indicou a necessidade de manter sigilo em relação à identidade do doente.

* * *

Tendo como gênese o trabalho abnegado de pessoas que, com conhecimentos rudimentares, cuidavam dos doentes não só nos hospitais como em suas próprias casas, a enfermagem no Brasil começou a consolidar-se como profissão institucionalizada a partir do curso⁶ para treinamento de visitadoras sanitárias do DNSP. E constituiu-se em agente proeminente no trabalho contra a tuberculose, contribuindo para seu controle pela *padronização de condutas* na prática de intervenção, materializada por visitas domiciliares específicas, principalmente, aos casos contagiantes no processo da doença. Buscando solucionar os problemas de higiene e saúde pública que campeavam nosso território, o governo brasileiro, através do DNSP, em 1920, solicitou auxílio ao International Health Board, prontificando-se a Fundação Rockefeller a enviar para o Rio de Janeiro uma missão de enfermeiras americanas, cuidadosamente escolhidas, para iniciarem o serviço de enfermagem técnica.

Discorrendo sobre a organização da Escola de Enfermagem do DNSP pelas profissionais americanas, Fraenkel (1932) refere-se à iniciativa de criação do curso para formação de visitadoras sanitárias como a seguir: “enquanto as enfermeiras americanas estudavam o nosso meio, procurando organizar um programa de acordo com as nossas necessidades, os médicos da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose já haviam tomado a iniciativa de instruir um grupo de moças do melhor modo possível no momento, para

⁶ Durante a década de 20 foi criada a primeira Escola de Enfermagem do país sob a responsabilidade de enfermeiras, que contou, para sua instalação, com recursos e enfermeiras da Fundação Rockefeller. Sobre esta ingerência americana na enfermagem moderna brasileira ler, entre outros, os estudos de Carvalho (1972) e Almeida et al. (1981).

poderem começar imediatamente a cruzada contra a peste branca. O trabalho destas moças era muito imperfeito, faltava-lhes técnica, assim mesmo prestavam relevantes serviços, procurando diminuir as fontes de contágio (distribuindo escarradeiras) ensinando o isolamento dos tuberculosos em seus domicílios e mantendo a vigilância para verificar se os doentes usavam as escarradeiras. O início da campanha não foi fácil; o povo não estava habituado a ver-lhe entrar em casa, uma moça desconhecida, fornecendo escarradeira e desinfectante e fazendo um certo número de exigências. De mais a mais, a troca de quê? (...) Enquanto se ultimavam os preparativos para abertura da Escola, a missão americana não perdeu tempo. O serviço já estava iniciado e para se obterem enfermeiras diplomadas, seriam necessários 3 anos. Foi então aberto um curso de emergência, primeiro 6 meses, depois 10, para as visitadoras, a fim de melhor prepará-las para o trabalho” (p.10).

* * *

Os desígnios para a saúde, fundados em modelos intervencionistas, em orientações incluídas em instrumentos como as campanhas sanitárias e a polícia sanitária, persistiram até meados da década de 20 quando ganhou corpo o homogêneo discurso da educação sanitária⁷. O governo, alarmado pelo enorme número de aposentadorias e pensões decorrentes da tuberculose, reconheceu o caráter social da doença e passou a fomentar ações para combatê-la. Conforme os escritos de Guimarães (1985), mesmo que intensa e com algumas exceções, a literatura em que discute os aspectos sociais da determinação da tuberculose até os anos 30 mostra uma abordagem vaga e ideologizada, não alcançando a questão nuclear da estrutura social.

⁷ Sobre a adoção da educação sanitária como instrumento privilegiado no modelo tecnológico de saúde pública consultar Merhy (1985) e Mendes Gonçalves (1986).

Apesar de um entendimento de saúde que não globalizava seus próprios determinantes e os determinantes sociais, econômicos e políticos que lhe são inerentes, a concepção sobre o objeto de trabalho em saúde *evoluciona*. Partindo de discussões que abordavam aspectos como habitação, higiene corporal, alimentação e hábitos morais, a adoção da educação sanitária como instrumento de trabalho privilegiado incluiu uma associação entre o comportamento humano e o desenvolvimento de doenças arraigadas à idéia de pobreza e assistência social, admitindo, como se fosse possível, que através do comportamento modificado dos indivíduos se pudesse obter como efeito imediato o controle das doenças.

Em 1941, em decorrência da reorganização do DNSP⁸, criou-se o Serviço Nacional de Tuberculose (SNT), com a incumbência de dedicar-se especialmente ao estudo dos problemas relativos à tuberculose e ao desenvolvimento de meios para a ação profilática e assistencial. Seguindo o modelo tecnológico então dominante, as práticas sanitárias começaram a se organizar como práticas médico-sanitaristas. A prevenção da doença e a promoção da saúde se faziam sobre os indivíduos, através de orientações para a saúde e de exames médicos complementares. O controle era dirigido, principalmente, para a descoberta de casos novos, seguido do afastamento dos enfermos da comunidade, isolando-os em hospitais, sanatórios e abrigos.

O SNT, entre 1942 e 1945, instalou e inaugurou vários sanatórios por todo o Brasil, estendendo a assistência aos tuberculosos do interior do país, procurando evitar seu afluxo para as capitais. Na IV^a Conferência da Sociedade Brasileira de Tuberculose (SBT), em 1947, foi verificada a impossibilidade de se atingir a meta de construir um leito por óbito

⁸ Para saber sobre este processo de reorganização do DNSP, ler Braga e Paula (1981); Luz (1982); e Merhy (1985).

de tuberculose⁹, considerada na época uma estratégia correta. Optou-se, então, pelo tratamento dispensarial como principal meio de ação na luta contra a tuberculose. Foi recomendada a obrigatoriedade do exame radiológico¹⁰ periódico e a cada falta ao trabalho motivada por doença. Foi proposta, também, a vacinação BCG¹¹ oral obrigatória para todos os recém-nascidos e analérgicos, e o amparo efetivo ao tuberculoso e sua família. Passou-se a exigir certificado de vacinação para registro de nascimento, matrícula em estabelecimentos de ensino, admissão em serviços hospitalares e incorporação nas forças armadas (Brasil, 1993).

Na falta de medidas de controle mais eficazes, até então, os aspectos clínicos e anatomopatológicos da doença predominaram, amplamente, sobre a epidemiologia. A localização e extensão das lesões pulmonares eram fundamentais para o prognóstico da doença no indivíduo e para a avaliação das

⁹ No artigo intitulado *Leitos Hospitalares para Tuberculose, no Rio Grande do Sul*, Machado (1949) afirma que não só para o tratamento dos tuberculosos, como para a profilaxia da doença, é necessário que, para cada óbito causado pela *peste branca*, se disponha dum leito nosocomial destinado à bacilose. Como no triênio 1946-48 a média de óbitos foi de 3.181 nos 92 municípios do Estado, o autor sugeriu que deveria haver igual número de leitos no Estado, sendo 1.000 em Porto Alegre. A instalação e a localização dos primeiros Dispensários de Tuberculose no Rio Grande do Sul e em outros Estados, ao que tudo indica, também foram orientadas por esse coeficiente de mortalidade (Ott, 1993).

¹⁰ Os Raios X foram descobertos pelo físico germânico W. C. Roentgen, em fins de 1895. Contudo, no Brasil, o aproveitamento mais amplo deste princípio científico, a técnica roentgenfotografia, em prol do combate à tuberculose, ocorreu tão somente em 1924, com a inauguração do primeiro aparelho de radiodiagnóstico, no caso a radioscopia, na Inspeção da Profilaxia da Tuberculose no Rio de Janeiro. Mas, por seu custo elevado, só em 1937, quando o médico brasileiro Manuel de Abreu divulgou a técnica da *abreugrafia* (fixação por meio de máquina fotográfica especial da imagem observada pela radioscopia), é que ficou acessível para o combate à tuberculose nas coletividades, ao diagnóstico precoce da tuberculose (Ott, 1993).

¹¹ A vacina BCG foi utilizada, pela primeira vez em um ser humano, em 1921, na França. No Brasil, a BCG oral foi usada desde 1927, introduzida pelo Prof. Arlindo de Assis, no Rio de Janeiro (Rocha et al., 1974). No Rio grande do Sul, foi empregada a partir de 1928 pelo Departamento Estadual de Saúde (Ott, 1993). A BCG intradérmica, por sua maior eficiência, foi recomendada para o uso pela Organização Mundial de Saúde em 1968 e passou a ser obrigatória no Brasil a partir de 1976. Na dose de 0,05 ml para crianças de 0 a 90 dias de nascidas, e de 0,1 ml para as outras idades até 14 anos. Recomendava-se a revacinação ao ingressarem na escola primária. Em 1982 a vacina na dose única de 0,1 ml passou a ser obrigatória para menores de um ano e prioritária para os de 1 a 5 anos (Brasil, 1993).

possibilidades terapêuticas. Nesse contexto, a radiologia desempenhava o papel preponderante, em substituição às técnicas semióticas da apalpação, percussão e auscultação, na tentativa de diagnosticar e delimitar o processo tuberculoso. Com relação à terapêutica, nessa época, todo esforço era concentrado nos procedimentos clínico-cirúrgicos, e a colapsoterapia (tecnologia, por sinal, inapropriada do ponto de vista de saúde pública) fez surgir, no plano profissional, a especialidade da tisiologia. O alvo visado era o pulmão afetado do paciente e, mais especificamente, as suas cavernas. Assim, a tisiologia sufocava a frágil epidemiologia e a saúde pública, para o gáudio do bacilo da tuberculose (Carneiro, 1960).

A Campanha Nacional¹² Contra a Tuberculose (CNCT), instituída a partir de 1946, constituiu-se em marco proeminente na trajetória histórica de controle dessa doença, por trazer uniformidade e padronização de orientação e de comando nas decisões em nível nacional. Concomitantemente, as práticas sanitárias referentes à tuberculose transmutaram-se tecnicamente, dado o advento da quimioterapia¹³ nessa década. Autores como Ruffino Netto e Pereira (1981) e Guimarães (1985) ressaltam a modificação do quadro de mortalidade pela tuberculose com a introdução dos tuberculostáticos e as atividades da Campanha Nacional. Concluem que estas práticas influenciaram decisivamente na eficácia do programa de controle da enfermidade. A conduta

¹² Sobre o modo como a sociedade brasileira procura dar conta do problema tuberculose a partir dos anos 40, através da Campanha Nacional de Controle da Tuberculose, consultar o escritos de Barreira (1993).

¹³ Ribeiro (1956) resalta a grande contribuição dos tuberculostáticos no declínio das taxas de mortalidade por tuberculose. Cronologicamente, foram usadas as drogas estreptomina (S), a partir de 1948, ácido para-amino-salicílico (P), a partir de 1949, e isoniazida (H), a partir de 1952. Carneiro (1960), referindo-se à mortalidade por tuberculose observada no Rio de Janeiro no período de 1855 a 1960, resalta que ela não se modificou sob a influência da série de acontecimentos que incluem a descoberta dos Raios X, a criação dos serviços de profilaxia de tuberculose, a vacinação oral com BCG e a introdução da abreugrafia. No entanto, afirma que foi patente a queda da mortalidade conseqüente do uso da estreptomina e da isoniazida. Sobre esta conseqüência, ver também Ott (1993).

era que os enfermos fossem tratados nas unidades sanitárias da rede de saúde - os dispensários - onde, seguindo uma padronização nos serviços, eram *fichados*, recebiam informações sobre a profilaxia da doença e os medicamentos necessários, além de serem permanentemente controlados.

De acordo com Albuquerque e Villas Bôas (1966), no período de 1940 a 1962, o coeficiente de mortalidade por tuberculose, no conjunto das capitais brasileiras, passou de 284,6 para 64,2 por 100.000 habitantes, assinalando reduções extraordinárias como as de 1952 e 1953 quando alcançaram 27,5 e 33,4 por 100.000 habitantes, respectivamente.

Guimarães (1985) refere que a influência dessas práticas de intervenção técnica no processo de adoecer do indivíduo com tuberculose foi profunda, salientando três grandes modificações, a saber: diminuição da escala da doença e a conseqüente modificação de sua posição relativa como causa de óbitos; diminuição da mortalidade, significando que a doença passou a ser menos letal; aparecimento de uma nova conformação clínica de doente, o crônico resistente¹⁴, fruto do mecanismo iatrogênico decorrente da má utilização das drogas e da precária estrutura dos serviços.

Foi possível identificar também, como conseqüência da situação desses pacientes crônicos, um aumento significativo da prevalência da doença nos anos 50 e 60. Os índices nas capitais brasileiras, em 1946, 1966 e 1969, atingiram a marca de 124,7, 717,0 e 454,2 doentes por 100.000 habitantes, respectivamente (Lima e Nascimento, 1971). Observa-se na literatura, a partir desses anos, referências à morbidade, que dão a conhecer o número de pessoas acometidas pela doença, dado que a mortalidade deixou de refletir a situação

¹⁴ Estudos realizados no Rio de Janeiro pelo Laboratório Central de Tuberculose, em 1959, mostraram resistência a pelo menos duas drogas em 68% dos doentes hospitalizados e 66% daqueles em tratamento ambulatorial.

epidemiológica¹⁵, devido à diminuição da letalidade pelo uso dos tuberculostáticos (Ott, 1993).

A estratégia campanhista associada à tecnologia emergente dos quimioterápicos, com seu aparato normativo, representou a possibilidade epidemiológica de modificar radicalmente as condições de produção desta doença, através de uma intervenção técnica planejada e executada com rigor no propósito de derrotar definitivamente o bacilo da tuberculose. Passada a fase inicial de euforia, dada a queda vertical da mortalidade, firmou-se a necessidade de não só compreender o problema *tuberculose*, mas, principalmente, de definir a maneira de lidar com ele, que inclui outros aspectos de sua manifestação, como por exemplo, a morbidade.

Foram muitas as investigações que, nessa época e em várias partes do mundo, buscavam compreender a dinâmica da epidemiologia da tuberculose como um todo, estudando as interações entre o bacilo, o homem e seu meio, ou seja, a comunidade. Esses estudos subsidiaram, entre outros, o Comitê de Expertos de Tuberculose, da Organização Mundial de Saúde (OMS), para elaboração das recomendações contidas no Oitavo Informe Técnico de 1964 (OMS, 1964), uma referência significativa ao SNT nos anos seguintes, para a definição de estratégias no controle da tuberculose. Desde então, essas pesquisas epidemiológicas continuam se realizando, especialmente através da União Internacional contra a Tuberculose (UICT), em colaboração com a OMS, visando, principalmente, desenvolver procedimentos e recomendações para o controle da Tuberculose nos países do Terceiro Mundo

¹⁵ A propósito, é interessante acompanhar as mudanças que ocorreram no posicionamento do Comitê de Expertos em Tuberculose, da Organização Mundial de Saúde, a respeito desse assunto: no início dos anos 60 esse Comitê ainda admitia a utilidade dos dados de mortalidade para comparações internacionais, exceto em países onde as taxas tinham declinado a níveis muito baixos; o Oitavo Informe (OMS, 1964) não mais mencionava a mortalidade como indicador epidemiológico e o Nono Informe (OMS, 1974) afirmava que, desde que se dispõe de quimioterapia eficaz, os dados de mortalidade têm muito pouco valor como indicador da magnitude do problema causado pela tuberculose.

(Ott, 1993). Nestes procedimentos e recomendações, a quantificação dos fenômenos tem aparecido com o significado de reforçar cada vez mais a concepção do coletivo como média estatística das experiências dos sujeitos singulares, negando sua estruturação enquanto particularidade, isto é, parte articulada na totalidade. Além disso, os dados, expressões fenomênicas de processos não apreensíveis imediatamente, são tomados como imagens fiéis da realidade, dispensando qualquer mediação que não seja a sua formulação matemática. A descrição quantitativa dos fenômenos, aos poucos, vai substituindo a interpretação do processo saúde-doença e a abordagem epidemiológica se detém na elaboração de séries de medidas ordenadas no tempo e no espaço.

Esta epidemiologia que se caracteriza na abordagem da tuberculose, estabelecendo nexos de causalidade entre a exposição à atenção na assistência à saúde - atenção médica - e a ocorrência de morbidade e mortalidade, inclui-se na vertente epidemiológica dos *fatores de risco*¹⁶. Do ponto de vista teórico e também prático, têm-se os indicadores de mortalidade e morbidade para quantificar a magnitude e o *risco* do problema *tuberculose* em determinado momento e lugar. Por outro lado, pretende-se determinar os pontos de intervenção no ciclo natural da doença¹⁷, mediante o uso de tecnologias mais avançadas e apropriadas ao fim a que se destina - o controle da tuberculose. A epidemiologia começa a abandonar o modelo associado aos modos de transmissão das doenças para elaborar a concepção de risco às infecções, mais sofisticada matematicamente, em que o controle da doença é

¹⁶ A discussão detalhada da epidemiologia dos *fatores de risco* e de suas diferenças com relação aos modelos causais lineares simples é feita por Mendes Gonçalves (1990) e Almeida Filho (1992).

¹⁷ O modelo da história natural da doença representava uma tentativa de dar conta do social como *ambiental*, considerado como categoria importante na determinação das doenças, pelo acúmulo da clínica e da epidemiologia, mas sem expor nem revelar suas dimensões políticas. Sobre esta tentativa, ver Almeida Filho (1989).

buscado pelo controle do risco de adoecer. Nesta vertente epidemiológica, a proposta de erradicação prescinde, no primeiro momento, deste refinamento matemático, na medida em que define como meta a eliminação da transmissão, ou seja, o risco zero.

Usando a experiência¹⁸ adquirida até então no trato da doença e tendo por orientação as recomendações do Oitavo Informe da OMS, em meados dos anos 60, o SNT tinha como estratégia básica para controle da tuberculose a vacinação com BCG e a utilização de exames como instrumento para o diagnóstico, além do uso da quimioterapia. A definição de caso de tuberculose para fins epidemiológicos era o doente confirmado bacteriologicamente e, para fins de tratamento, era o doente não confirmado, mas com clínica compatível e imagem radiológica sugestiva. O fornecimento compulsório da medicação através da CEME¹⁹, a partir de 1974, ampliou o

¹⁸ Diante do problema com a quimioterapia, devido essencialmente à resistência bacteriana, a partir de 1964, os doentes passaram a ser classificados segundo o prognóstico de recuperação: VT - virgem de tratamento e sensível ao tratamento; PS - provavelmente sensível ao tratamento; C1 - crônico, passível de recuperação cirúrgica e C2 - crônico grave, não passível de recuperação cirúrgica. Adotou-se o critério decrescente de prioridade de internação para os VT, seguidos de PS e C1 e, excepcionalmente, em casos muito graves, os C2. A internação deveria limitar-se à primeira fase (3 meses), devendo o paciente continuar o tratamento em dispensários. Iniciou-se, no país, o tratamento "standard", em caráter experimental composto de 3 drogas: estreptomicina (S), isoniazida (H) e ácido para-amino salicílico (P), indicado para os VT e PS, por período de 18 meses. Os esquemas de 2ª linha e outros de reserva ficaram destinados aos crônicos e compunham-se de: etambutol (E), etionamida (Et), pirazinamida (Z), viomicina, capreomicina e outras. Após o estudo da União Internacional Contra a Tuberculose (UICT), em 1965, do qual o Brasil participou, o tratamento foi reduzido para 12 meses, recomendando-se o esquema: 3SHP/3HP/6H (três meses com três drogas, mais três meses com duas drogas e mais seis meses com uma droga) Para retratamento se propôs: 4EEtZ/8EEt ou Z. Em 1966, em estudo realizado no Rio de Janeiro, em 2.076 casos de tuberculose pulmonar, constatou-se que a resistência de cerca de 70% a 2 ou 3 drogas da investigação anterior (ver nota 14) diminuiu para 34%; redução atribuída ao uso do novo esquema de tratamento - 3 drogas em dose e prazo adequados.

¹⁹ A CEME foi criada em 1971 para introduzir, distribuir e organizar o consumo de medicamentos básicos para a saúde da população de baixa renda a preços condizentes com sua situação financeira, limitando-se, após 1975, "a produzir e a distribuir nas instituições médicas (hospitais próprios ou conveniados do INPS ou Postos de Saúde das Secretarias de Estado), alguns medicamentos básicos de fórmula já socializada (...) numa oferta ainda muito aquém da demanda efetiva, levando a aumentar paradoxalmente, o consumo dos medicamentos da grande indústria" (Luz, 1986, p.141).

acompanhamento e o registro para a quase totalidade dos enfermos de tuberculose, através das unidades sanitárias.

Na Vª Conferência Nacional de Saúde, em 1975, a tuberculose foi incluída entre as doenças de vigilância epidemiológica, provocando como consequência, a criação de arquivos centrais estaduais para tuberculose e um sistema próprio de notificação compulsória dos casos. Esse sistema, aprimorado em 1978 e globalizado em 1981, está vigente até o momento. O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), com suas diretrizes estabelecidas em 1976, intensificou o intercâmbio entre os níveis federal e estadual de saúde, na avaliação e discussão de determinantes de problemas vivenciados na operação da rede de serviços, buscando bases para a reprogramação do controle da tuberculose.

À tendência de organização das ações de controle da tuberculose, então presente no PNCT, que incluía estratégias como a padronização de esquemas terapêuticos, a adoção de critérios de internação e a integração do tratamento na estrutura técnico-administrativa das unidades sanitárias do país, seguiu-se a horizontalização e globalização destas ações, ou seja, a transferência de competência dessas ações para os estados. Desencadeou-se uma seqüência de convênios interinstitucionais (Ministério da Saúde/Ministério da Previdência e Assistência Social/Secretarias Estaduais de Saúde) em todas as Unidades da Federação. Ao pioneiro convênio do estado do Espírito Santo, firmado em 1972, seguiram-se os do Rio Grande do Sul, em 1975, Pará, em 1976, e Piauí, em 1979. Ao lado desses convênios específicos para o controle da tuberculose, foram firmados, com outros Estados, convênios mais globais, que incluíam o controle da tuberculose entre as demais ações de saúde. Tudo isso até a década de 80, quando novas estratégias - Ações Integradas de Saúde, Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - passaram a adotar convênios globais de saúde, que incluíam a tuberculose, até

se incorporar ao Sistema Único de Saúde (SUS), ora em processo de implantação no país.

* * *

Voltando a mencionar a participação da enfermagem no trabalho de controle da tuberculose, utilizo os escritos de Becker (1967) para expressar que a “Enfermagem participa das atividades de combate à doença em todas as suas fases (...) a educação sanitária que constitui a atividade mais diferenciada da enfermagem, exige da enfermeira preparo atualizado e atinge o indivíduo, a família e grupos da comunidade. Embora com o mesmo objetivo final, as atribuições do serviço de enfermagem variam em função do órgão em que atuam, devendo, pois, serem consideradas separadamente em relação a dispensário e a hospital (...) suas funções ultrapassam o campo restrito do tratamento, estendendo-se à descoberta de casos novos, proteção da população sadia (especialmente “comunicantes”) e a triagem dos casos para hospitalização” (p. 377-82).

Outra referência ao serviço de Enfermagem na tuberculose é de Mattos et al. (1976) que abordam a participação da Enfermagem na implantação da BCG intradérmica no Brasil. Na concepção destes autores, “as enfermeiras devem ser responsáveis pelo treinamento e supervisão da equipe de enfermagem e, portanto, precisam estar familiarizadas com os vários aspectos da vacinação BCG, quais sejam: a programação, o produto, a técnica, o treinamento, a supervisão do pessoal e a avaliação” (p.175).

Neste mesmo sentido estão as referências de Barreira (1993) que revelam a enfermagem da Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT), atuando por 30 anos em âmbito nacional, como se constituindo em uma das raízes da enfermagem brasileira. Partindo do discurso de um grupo de enfermeiras-supervisoras federais atuantes neste serviço, a autora analisa os conflitos e tensões advindas das exigências feitas por seus papéis sociais,

femininos e profissionais, que resultam na ruptura com antigos estereótipos de gênero e de profissão. Discutindo sobre as condições em que a enfermeira pôde ocupar um papel de destaque na implantação do projeto da CNCT e sobre a complexa rede de interesses envolvidos em sua posição e atuação, a autora aponta para as descobertas de drogas eficazes para o tratamento da tuberculose como fator que trouxe conseqüências práticas e de ordem simbólica. Segundo Barreira (1993), o “tratamento padrão adotado pela Campanha, além de modificar radicalmente o ambiente sanatorial, diminuiu a importância do médico, ao mesmo tempo que alargou o raio de ação e o poder simbólico da enfermeira. Na organização dos dispensários, ganharam importância estratégica a seleção, o treinamento e a supervisão do pessoal auxiliar de enfermagem, a entrevista pós-clínica e o controle burocrático da continuidade do tratamento do doente, tarefas estas realizadas pela enfermeira. A relação enfermeira-paciente era o eixo do processo de tratamento. Junto ao doente, cabia à enfermeira a classificação do caso, conforme o prognóstico de recuperação, o esclarecimento do paciente e o seu convencimento das vantagens do tratamento medicamentoso” (p. 266).

Por outro lado, analisando as condições de trabalho das enfermeiras-supervisoras, as adversidades por elas enfrentadas e os recursos de que lançaram mão para se desincumbirem de suas missões e satisfazerem seu desejo de poder e realização, a autora expõe uma desestabilização da posição dessas profissionais no âmbito dos serviços. Atribui esta perda ao desgaste do modelo vertical de campanha, à própria decadência do Ministério da Saúde (MS), à privatização gradativa dos serviços de assistência médica, à aspiração à autonomia da parte dos estados, ao surgimento de um novo *corpus* de pensamento sanitário, e à explosão do número de médicos e seu crescente assalariamento. Para Barreira (1993), “no interior do processo de horizontalização dos programas do MS, a supervisora da Tuberculose perde

sua força, especificidade e prestígio, ao se ver desalojada do que vinha sendo seu castelo e fortaleza, o dispensário de tuberculose, ao tempo em que perdia intimidade com o trabalho dispensarial, perde autonomia no interior da equipe, no qual seu saber sofre um processo de desqualificação. A política de integração dos programas de controle da tuberculose aos serviços gerais de saúde e os planos nacionais de levantamento da prevalência da infecção tuberculosa e de vacinação acarretam mudanças nas exigências técnicas feitas ao setor de enfermagem. A passagem, do trabalho individual da enfermeira para a supervisão em equipe multiprofissional, e depois para a supervisão integrada, aliada ao desaparecimento da seção de enfermagem, determinaram mudanças irreversíveis na identidade da enfermeira da Campanha de nível central. Suas antigas funções foram desmembradas e transferidas para equipes multiprofissionais. A substituição da enfermeira pelo médico como figura de proa da Campanha, ocorre em contexto de luta pelo mercado de trabalho na área da saúde: os médicos vão ganhando mais espaço” (p. 296).

* * *

A grave crise econômica dos anos 70 abre espaço para políticas sociais no Brasil, como forma de manutenção da estabilidade do regime político imposto à sociedade. A saúde pública, em específico, sofre novo alargamento através da política de extensão da cobertura dos serviços de saúde para a população, em direção à assistência médica individual subordinada à idéia de *ação programática*²⁰. Ação programática, enquanto modelo assistencial da Saúde Pública, que se materializa, historicamente, precedido e informado pela programação como técnica perene, ainda que mutável, de planejamento.

²⁰ Como bibliografia básica para a discussão do Planejamento em Saúde Pública no Brasil, posso apontar, entre outros, os escritos de Rivera (1989); Schraiber (1990); Gallo (1992); Testa (1992, 1995); Campos(1994) e Cecilio (1994).

A proposta de extensão da cobertura dos serviços de saúde para a população brasileira emerge do meio de desigualdades sociais brutais, que se faziam presentes entre os diferentes grupos da sociedade, e abre espaço para a assistência médica individual, como meio privilegiado para realização de objetivos definidos epidemiologicamente sobre o coletivo. O plano constituiu-se em estender os serviços de saúde aos grupos populacionais marginalizados dos centros urbanos e às populações rurais. “Não se trata de que as técnicas desenvolvidas em períodos anteriores sejam agora desativadas. Nem as remanescentes da polícia sanitária e do campanhismo, nem as sobreviventes do modelo de Educação Sanitária, nem as desenvolvidas no controle da tuberculose e da hanseníase” (Mendes Gonçalves, 1986, p. 164). O que ocorre é um realinhamento tecnológico, e os sentidos globais das mesmas técnicas aparentes se modificam, agora subordinados à idéia de conjunto programado, às vezes associados ao termo integração sanitária, em que a execução simultânea de ações de promoção, proteção e recuperação de saúde redefine sua oportunidade e relevância.

Várias unidades da federação, nesse momento, dentre elas o Rio Grande do Sul, tinham o Modelo Tecnológico da Programação como modelo tecnológico da organização do trabalho em saúde. Em São Paulo, esta opção deu-se, segundo Mendes Gonçalves (1986), com a reforma administrativa da Secretaria de Estado, a partir de 1967, em resposta às necessidades colocadas pela específica conjuntura sócio-política deste estado que, já nessa década, vinha exigindo a extensão da cobertura dos serviços de saúde às parcelas menos favorecidas da população. No Rio Grande do Sul, a opção veio em 1968, junto com uma mudança radical na estrutura programática da Secretaria da Saúde (Medina et al., 1988).

Abordando as potencialidades da programação enquanto modelo para a organização da produção e distribuição dos serviços de saúde no

Brasil para os tempos atuais, Schraiber (1990) ancora este campo de práticas à epidemiologia, como forma de abordar a questão da equidade social, na esfera dos serviços de saúde. Enfatiza que, “como modelo tecnológico para a assistência na, e da Saúde Pública, a programação encontra sua marca substantiva nos instrumentos operatórios que propõe para o trabalho assistencial, sendo pois sua dimensão tecnológica - de operacionalidade da intervenção - aquela que mais se destaca. Nesta situação, a programação ainda quando incorpore os pressupostos teórico-metodológicos da técnica de planejamento, e até alguns de seus dispositivos instrumentais, não se reduz a ela, agregando, como parte de seus fundamentos, tanto o princípio da *integração sanitária*, quanto o princípio da *hierarquia do cuidado*. Será através dessas novas aquisições que a programação passa não só a articular a proteção e a promoção da saúde com a recuperação do doente, desfazendo a tradicional dicotomia prevenção x cura, como também desfaz as fragmentações e a independência das ações de planos assistenciais similares, paralelos e *verticalizados*, tais como os programas de controle da tuberculose, hanseníase, entre outros. Além disso passa também a postular, com base no princípio da hierarquia do cuidado, a correspondência entre as diferenças tecnológicas das ações, estimadas apenas pela crescente complexidade tecnológica material incorporada, e os níveis de assistência a serem diferenciados” (p.21).

Por ser a experiência que mais vivencia a utilização da programação como modelo de prática em saúde, a história do modelo tecnológico da Saúde Pública do Estado de São Paulo sempre é uma referência importante, dado que as condições práticas vividas neste serviço de saúde são condições muito próximas das que podem passar a viver os serviços de Saúde Pública de modo geral em nosso país (Schraiber, 1990). Nemes (1990) apresenta esta experiência organizacional colocando como sua característica específica “a introdução da assistência médica individual na rede de Centros de

Saúde, subordinada à idéia de ação programática, na qual aquela aparece como meio de realização de objetivos definidos epidemiologicamente sobre o coletivo” (p.78).

Com o modelo da programação estabeleceram-se dois conjuntos de atividades para a assistência à saúde paulista: as de rotina e as eventuais. As atividades de rotina eram as previstas para cada grupo de clientes, aos quais se destinavam os programas e sub-programas específicos, e as atividades eventuais eram previstas para *ampliar e diversificar* a assistência médica individual, destinadas ao atendimento da demanda de indivíduos manifestadamente doentes, ou em estado de doença manifesta. Os dois conjuntos de atividades se articulavam sobre a noção de *história natural da doença* como definida por Leavell e Clark (1978), na qual as atuações do setor saúde abarcam os três níveis de prevenção: primária (promoção da saúde e proteção específica); secundária (diagnóstico precoce, tratamento e limitação da invalidez) e terciária (reabilitação).

A proposta geral da programação buscou, nesta forma, simultaneamente, “introduzir nos Centros de Saúde a prática do atendimento médico à doença (tentando afastar a arraigada concepção do atendimento da Saúde Pública como controle do sadio) e integrar este atendimento em um plano geral de intervenção articulado sobre a idéia da assistência integral” (Nemes, 1990, p.81). A organização do conjunto de atividades propostas passa, então, pela abertura programática dos serviços, tendo por referência grandes grupos populacionais, e pela subdivisão por danos à saúde que, por sua importância epidemiológica e por sua especificidade de intervenção, exigiam sistemática especial de atendimento, instituindo a assistência médica como ação nuclear e tendo como cenário os Centros de Saúde²¹, que são unidades

²¹ A respeito da origem e concepção dos centros de saúde, como unidades sanitárias para a assistência à saúde, consultar Luz (1986) e Mendes Gonçalves (1986).

sanitárias constituídas de *toda* infra-estrutura destinada ao desenvolvimento das ações.

Para a tuberculose (ou outras doenças de mesmo tipo de intervenção), entretanto, a questão não se centrou em como incorporar a assistência médica a seu contexto, uma vez que esta, dentro dos programas específicos, já era seu principal instrumento de controle. A questão passou a ser como articular esse controle com o plano geral da programação. E a integração das atividades programadas relativas a esses programas específicos, em todas as unidades sanitárias correspondentes, mostrou-se como a forma que tornou o controle mais eficaz.

* * *

Nesse contexto, no Estado do Rio Grande do Sul, mais precisamente a partir de 1971, a Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Estado (SSMA), através do Serviço de Tuberculose, elabora e implanta, com bases nas diretrizes do SNT e recomendações de organismos internacionais de saúde, o Programa de Controle da Tuberculose (PCT/RS)²². Com este programa, o governo tinha por objetivo reduzir o *risco* de o indivíduo infectar-se, de adoecer e morrer de tuberculose no Estado; abrangendo um conjunto de ações a serem executadas pelas equipes de saúde com vistas a proteger os sadios (*prevenir*), descobrir as fontes de infecção (*diagnosticar*) e anular estas fontes de infecção (*tratar*). Em 1975, a SSMA assumiu, mediante o Convênio Tuberculose, firmado com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), a responsabilidade de estender o controle da tuberculose à população previdenciária no Estado. Com este convênio, o PCT/RS passou a abranger toda a clientela, previdenciária e não-previdenciária, em todos os municípios do

²² Em Gutierrez e Ott (s/data), encontramos uma resenha do Programa de Controle da Tuberculose no Rio Grande do Sul, no período de 1971 a 1985. Um registro completo da luta contra a tuberculose no Rio Grande do Sul encontra-se em Picon, Rizzon e Ott (1993).

Estado. O sistema de coletas de dados, em nível central, passou a ser processado por computação eletrônica, permitindo às estatísticas expressarem a quase totalidade das ocorrências no Estado. Com a utilização deste sistema foi possível estabelecer uma série histórica de dados desde 1976, que deu a conhecer, pelos indicadores tradicionalmente utilizados²³, a magnitude e o risco do problema *tuberculose* em qualquer momento e sua tendência ao longo dos tempos, nas diferentes regiões do Estado.

O referencial organizacional do programa foi a descentralização das ações a partir da divisão do Estado em regiões sanitárias²⁴. Os níveis regionais complexos passaram a dispor de uma equipe de supervisores (médico, bioquímico e enfermeira), aos quais se atribuiu a coordenação e a supervisão das atividades de controle da tuberculose, executadas em todos os municípios das respectivas regiões. Das medidas de controle preconizadas, salientam-se os seguintes aspectos: diagnóstico dos casos pulmonares contagiantes, preponderantemente através da baciloscopia do escarro; tratamento de todos os casos diagnosticados com esquema terapêutico padronizado, predominantemente em regime ambulatorial e auto-administrado; utilização de serviços de saúde em todos os municípios do Estado, lançando mão de médicos generalistas e de pessoal auxiliar polivalente; hierarquização técnica dos serviços de saúde, em conformidade com sua disponibilidade de

²³ Estes indicadores são a mortalidade específica, a incidência da doença, a prevalência da doença e a prevalência da infecção (Gutierrez e Ott, s/data).

²⁴ Ao ser implantado o PCT/RS, de 1971 a 1974, o Rio Grande do Sul tinha 232 municípios que foram agrupados em 15 regiões sanitárias, sendo que geralmente, o município mais influente e de maiores recursos de cada região foi a sede da respectiva Delegacia Regional de Saúde. Essas delegacias de saúde passaram a ser os *órgãos regionais*, isto é, os centros gestores intermediários do Programa de Controle. As unidades sanitárias polivalentes existentes ou a serem implantadas em cada município pela SSMA, por sua vez, passaram a constituir os *órgãos locais*, executando, entre outras atividades, o controle da tuberculose. Atualmente são 427 municípios no Rio Grande do Sul e 17 regiões sanitárias.

recursos humanos e materiais; vacinação com BCG intradérmico liofilizado, de eficácia comprovada por estudos controlados, em escolares.

Com relação aos esquemas terapêuticos, a ênfase foi para a questão da educação dos pacientes, no que se refere ao uso prolongado de medicamentos de modo regular. Estabeleceram-se rotinas de orientação e acompanhamento do tratamento, como uso de recursos audiovisuais (álbum seriado) para a entrevista inicial, controle de comparecimentos, visitas domiciliares para orientação e busca de faltosos e reorientação de casos mais difíceis, inclusive com hospitalização, em última instância. Outro item importante foi o estabelecimento de um sistema de abastecimento de tuberculostáticos, que permitiu que nunca houvesse falta de medicamentos para nenhum paciente em qualquer ponto do estado.

Entre os dados iniciais disponíveis²⁵, produzidos pelo PCT/RS, que colocavam o Rio Grande do Sul em posição intermediária em relação às outras Unidades da Federação, destaca-se a definida tendência decrescente nos índices relativos à incidência (todas as formas) e à mortalidade por tuberculose, entre 1976 e 1985, da ordem de 5% e 10% em média por ano, respectivamente. Em 1976, a incidência e a mortalidade por 100.000 habitantes registraram 99,3 e 10,8 casos e, em 1985, registraram 61,7 e 3,8 casos, respectivamente. Com relação à incidência da meningite tuberculosa em crianças de 0 a 4 anos, entre 1983 e 1985, os índices ficaram na faixa de 5 casos por 100.000 habitantes por ano, bem acima do epidemiologicamente

²⁵ Os dados produzidos pelos PCT/RS estão disponíveis no *Boletim de Pneumologia Sanitária*, uma publicação do Ministério da Saúde (Brasil, 1993), e, também, em registros internos anuais do próprio Serviço de Tuberculose da SSMA do Estado do Rio Grande do Sul, sobre a *Avaliação do Desempenho das Unidades Sanitárias do PCT*. Estes registros, para o período de 1976 a 1992, estão resumidos na publicação *PCT- Dados Estatísticos Principais* (SSMA/RS, 1992). A taxa de mortalidade por tuberculose no Brasil, para 100.000 habitantes, variou entre 1977 e 1987 entre 7,4 e 3,6 óbitos, respectivamente. No Rio Grande do Sul ficou um pouco acima dessa média, entre 9,1 e 4,3 óbitos, respectivamente, mas em estados como Goiás, Santa Catarina e Paraná, por exemplo, essas taxas ficaram entre 1,4 e 1,1, entre 2,9 e 1,4 e entre 6,7 e 2,3, respectivamente.

esperado, de 3 casos por 100.000 habitantes. Situação que se explica pela política do PCT/RS de aplicar a vacina BCG somente em crianças ingressas na escola e não a partir do primeiro ano de idade, como recomendado pelo próprio PNCT (ver nota 11). Essa política foi revista e, a partir de 1989, a vacina passou a ser aplicada conforme a recomendação do PNCT²⁶.

Em que pese a redução significativa em alguns dos indicadores, o problema tuberculose persistia em níveis elevados, não só no Estado, mas no País como um todo, apontando para uma inadequação à organização do conjunto de ações contidas em programas verticalizados de intervenção sobre as doenças²⁷. Isto se explica, com certeza, pelas condições sociais que revestem o processo saúde/doença, as quais transcendem as questões técnico-científicas que se supunham e, por que não dizer, se supõem capazes de, num processo cumulativo e linear de conhecimento, produzirem formas de ação concreta cada vez mais eficazes sobre o controle da doença.

Os logros no controle da tuberculose até então, apesar de abaixo do desejável, ao mesmo tempo que retratam o empenho do pessoal de saúde para vencer a adversidade da doença em meio a um sistema de saúde em

²⁶ Levando em conta que a proteção conferida pela BCG prolonga-se por cerca de 15 anos e que estatisticamente a incidência da doença se caracteriza por uma curva com vertiginosa ascensão relativa à idade dos adolescentes e adultos jovens, os responsáveis do PCT/RS, num primeiro momento, recomendaram a vacinação em grupos escolares ingressantes, por ser uma população *fechada* a ser imunizada antes do grande pico da tuberculose. Mas esta curva de incidência da doença também revela um pico na primeira infância, representado pela ocorrência de casos de crianças de pouca idade, onde são observadas formas graves de tuberculose, como meningite, com grande potencial de letalidade ou seqüelas. Isto levou, num segundo momento, aos responsáveis reverem a estratégia de vacinação incluindo as crianças recém-nascidas. A oficialização desta nova estratégia deu-se pela Portaria do Ministério da Saúde nº 488, de 23/08/88, porém por problemas de ordem administrativa, somente foi possível iniciar essa vacinação no início de 1989 (Guimarães, 1989).

²⁷ Essa inadequação não é específica ao Programa da Tuberculose, mas mostra-se em todos os seus similares. A Oficina de Trabalho *Análise dos Programas de Controle de Doenças - Avaliação de suas Estratégias de Integração ao SUS*, do Primeiro Congresso Brasileiro de Epidemiologia, (Sabrosa et al., 1990), aborda esta inadequação com relação aos Programas de Controle da Doença de Chagas, Controle da Febre Amarela e do Dengue, Programa de Controle da Hanseníase e o Programa de Controle e Erradicação da Poliomielite.

busca de transformações, apontam para a urgente necessidade de reforçar e expandir as estratégias que já integravam os componentes do programa de tuberculose. Em meados da década de 80, a perplexidade frente à situação da saúde no país, tanto em relação aos problemas específicos de saúde da população, quanto àqueles referentes ao sistema de saúde, justificam a proposta da Reforma Sanitária²⁸, uma proposta abrangente de enfrentamento da situação de saúde no Brasil e, ao mesmo tempo, um processo de transformação da situação sanitária vigente. Com seus sucessivos instrumentos de implantação, as Ações Integradas de Saúde (AIS), o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e finalmente o Sistema Único de Saúde (SUS) têm sido uma resposta governamental para conciliar a crise financeira da Previdência Social e o problema de extensão dos serviços de saúde para a população, fazendo surgir mudanças²⁹ acentuadas nos serviços de saúde dos Estados, que se fizeram sentir no Programa de Controle da Tuberculose.

A implantação do SUS traz em seus objetivos o pressuposto de garantir o direito constitucional da população de ter suas necessidades de saúde atendidas. E esta garantia tem o significado de atender à histórica demanda reprimida por falta de acesso da ampla maioria de nossa população aos serviços médicos. Esta necessidade identificada pela comunidade é suprida com a atenção ao indivíduo. Assim, mesmo que legítimo em sua proposta inicial, o SUS tem relegado a plano inferior as ações coletivas, entendidas

²⁸ Em 1986, os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária foram sistematizados na VIIIª Conferência Nacional de Saúde, destacando-se os seguintes elementos: conceito ampliado de saúde; reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do estado; Sistema Único de Saúde; participação popular e constituição e ampliação do orçamento social. Considerando-se tais elementos, é possível concluir que a Reforma Sanitária possibilitaria intervenções específicas no âmbito do sistema de saúde, além de exigir medidas mais amplas de ordem política, econômica e sócio-cultural. Apesar de certos avanços alcançados, a Reforma Sanitária tem encontrado grandes resistências para sua concretização.

²⁹ A década de 80 constituiu-se em espaço privilegiado nas discussões e análises acerca da Reforma Sanitária brasileira. Existe hoje um vasto conjunto de estudos, dentre eles: Arouca (1988); Berlinger et al. (1988); Teixeira et al. (1989).

neste estudo como fundamentais no processo de produção e reprodução da saúde, e também no controle da tuberculose, onde as atividades são voltadas quase exclusivamente ao doente, sendo pouco implementadas ações tão elementares como o exame e acompanhamento de comunicantes.

Mas a descentralização da organização dos serviços de saúde para os estados e municípios, possibilitada e não plenamente efetivada pela implantação do SUS, tem em si o potencial para o acúmulo de poder, recursos e conhecimentos técnicos, necessários a um modelo assistencial que atente fundamentalmente para as necessidades de saúde da população num dado território e para o impacto sobre as mesmas. A demanda de serviços, neste modelo, seria identificada na própria comunidade, mediante estudos epidemiológicos que orientariam a oferta organizada de serviços, definida também em nível local. Os programas especiais, como o de controle da tuberculose, de demanda espontânea, seriam incluídos por essa oferta organizada de serviços no interior das unidades de saúde. Decorrente da percepção desta potencialidade e do discurso governamental de fortalecimento das Secretarias de Estado e Municípios para absorverem os serviços de saúde, surge uma nova tendência de organização tecnológica do trabalho nos Centros de Saúde, baseada no discurso de *resolutividade*. Ainda que de difícil definição, mesmo nos documentos oficiais, as noções sobre esta tendência de organização das ações induzem a pensar o termo *resolutividade* como a “capacidade da unidade básica para resolver *no seu nível* a maioria dos problemas de saúde trazidos pelos usuários; à necessidade de adequar os recursos humanos e materiais para uma efetiva incorporação da assistência médica, e à necessidade de integração com a rede hospitalar e laboratorial” (Nemes, 1990, p.107).

Conforme o relatório final do encontro para Avaliação das Atividades de Controle da Tuberculose realizadas no Brasil em 1987 (Brasil,

1988), as transformações estruturais em nosso meio, nesse tempo, por suas conseqüentes indefinições e mesmo por suas lacunas, contribuíram para um conjunto de evidências negativas em relação à finalidade deste processo de trabalho e, por que não dizer também, à *resolutividade* das ações de saúde pretendida. Irregularidades na distribuição de insumos mínimos, redução de treinamento para pessoal técnico, dificuldades na supervisão e avaliação dos agentes executores do programa, além de problemas resultantes da falta de uma clara definição do papel das novas estruturas, entre outras, são constatações e referências que mantêm a *resolutividade* nos limites do próprio programa de controle da tuberculose, justificando e projetando indicadores elevados da doença para o período e para os próximos anos, respectivamente.

No Rio Grande do Sul, em específico, essas limitações e indefinições se mantinham e eram evidentes ainda em 1992, quando, pela participação neste processo de trabalho, pude constatar aquelas referências negativas, incluindo não só os limites impostos ao próprio cotidiano do trabalho nas Unidades de Saúde, mas, e principalmente, a noção acerca da manutenção da estrutura verticalizada do programa de controle da tuberculose, numa proposta que se anuncia como organizada horizontalmente às necessidades de saúde da população - SUS. Ainda, por entrevistas realizadas com coordenadores dos níveis Central e Regional do PCT/RS³⁰, entre 1992 e 1994, pude evidenciar de forma mais incisiva este momento de transição e conseqüentes indefinições no Sistema de Saúde e seus efeitos no controle da tuberculose. A proposta de descentralização das ações de saúde até o nível municipal aparece nesse espaço, de forma sistemática, como uma inconveniência ao já alcançado em termos de saúde pública. Quaisquer

³⁰ Algumas entrevistas com coordenadores do PCT/RS, do nível Central e do nível Regional da 3ª Delegacia de Saúde, buscando subsídios a este estudo sobre o trabalho de controle da tuberculose, se realizaram em quatro momentos: em maio de 1992, março de 1993, fevereiro e dezembro de 1994.

mudanças estruturais poderão comprometer o conteúdo indiscutível do programa.

Os índices epidemiológicos, antes referidos, relativos à tendência decrescente da incidência (todas as formas) e da mortalidade por tuberculose no Rio Grande do Sul, mostram-se agora mais preocupantes. Referente ao período 1976/1992, a tendência decrescente, na incidência e na mortalidade é, agora, da ordem de 4% e 7% em média por ano, respectivamente, ou seja, a tendência decrescente caiu pelo menos em 20%, reduzindo-se em menor grau o risco de adoecer e/ou morrer por tuberculose. Em 1992, a incidência e a mortalidade, por 100.000 habitantes, ficaram em 45,5 e 2,9 casos, respectivamente. Essa tendência crescente, que os dados apontam, se atenua com relação à incidência da meningite tuberculosa em crianças de 0 a 4 anos, cujos índices indicam uma tendência decrescente já a partir de 1989, ficando em 3,2 casos por 100.000 habitantes em 1990. Essa condição melhor pode ser atribuída à proteção conferida pela vacina BCG.

A perspectiva de aumento do número de casos, a associação com a epidemia de AIDS³¹, a possibilidade do aparecimento de cepas resistentes às drogas usuais, devido a tratamentos inadequados ou incompletos,

³¹ Em 1989, o Brasil normatizou a definição de caso de AIDS com tuberculose a partir da comprovação sorológica ou por outro método de HIV acompanhado de formas pulmonares radiologicamente atípicas, formas hiperérgicas e/ou ganglionares, formas extra pulmonares e qualquer forma associada a outras infecções oportunistas. No país a frequência de associação da tuberculose com a AIDS está entre 16 e 22%, de acordo com a notificação de casos de AIDS ao Ministério da Saúde que, por estimativas, deve representar apenas 50-60% dos casos realmente ocorridos. Sabe-se que a doença tuberculosa é freqüentemente a primeira manifestação oportunista apresentada por indivíduos HIV positivos, sendo, por outro lado, a manifestação clínica que pode gerar suspeição de que este indivíduo seja portador do HIV. No Brasil não é conhecida a prevalência de infecção pelo HIV, mas pode-se especular que o aumento de notificações de tuberculose que tem se verificado nas principais cidades do país, deva-se à influência dessa forma de infecção, a parte de outros fatores ditos não biológicos (Brasil, 1993).

e a recente declaração da OMS³², colocando a tuberculose em *estado de urgência* em todo o mundo, impõem e determinam um aprimoramento sócio-tecnológico das práticas que vêm sendo utilizadas. Os dados de mortalidade na maioria dos países subdesenvolvidos são subestimados, tanto os dos programas de tuberculose quanto os das estatísticas vitais, entretanto foi estimado em 1990 a ocorrência de 2,6 a 2,9 milhões de óbitos por tuberculose em todo o mundo. O Brasil, com um índice de 1,9/100.000 habitantes encontra-se em situação não muito grave, quando comparado com outras áreas, como a própria América Latina e a Europa, com 44 e 3,9 óbitos, respectivamente, por cada 100.000 habitantes.

Nesta perspectiva, em julho de 1994, a pedido do Ministério da Saúde, o PNCT foi submetido à avaliação de peritos nacionais e internacionais. O resultado prático desta avaliação, desde então, constitui-se na modificação e revisão do Manual de Normas para Controle da Tuberculose³³ que, em sua 4ª

³² A declaração, pela OMS, do estado de emergência da tuberculose e o anúncio de sua magnitude na próxima década (90 milhões de casos e 30 milhões de mortes em todo o mundo) valem como um chamado a todos os países. Chama a atenção para que superem a negligência que tem caracterizado as ações governamentais nesse campo; retomem o esforço concentrado de outras épocas e ponham em ação a tecnologia que está disponível (Brasil, 1995).

³³ As normas modificadas e revisadas para o controle da tuberculose estruturam o programa em três níveis, em acordo com as diretrizes para construção do SUS: nível nacional; nível estadual; nível municipal. O sistema de informação é baseado, ainda, na ficha individual de investigação e centralizado nos níveis estadual e federal. A avaliação é prevista para os três níveis da estrutura do programa, envolvendo os aspectos epidemiológicos, operacionais, técnicos e de impacto social. Na procura de casos, a recomendação especial é para os grupos de maior risco de adoecimento, representados sobretudo por portadores do HIV e pacientes com AIDS, comunicantes fechados em presídios, manicômios, abrigos e asilos. O diagnóstico da tuberculose deverá estar fundamentado, basicamente, no exame bacteriológico e no exame radiológico. O tratamento será desenvolvido em regime ambulatorial, no serviço de saúde mais próximo da residência do doente, seja qual for a entidade mantenedora ou a complexidade desse serviço. A hospitalização é admitida somente em casos especiais. Conforme a situação, os pacientes podem ser enquadrados e tratados como: sem tratamento anterior (esquema I); com tratamento anterior (esquema IR); meningite tuberculosa (esquema II) e falência dos esquemas I ou IR (esquema III). A rifampicina (R), a isoniazida (H) e pirazinamida (Z) são drogas utilizadas em todos os esquemas em diferentes proporções e quantidades, o etambutol (E) é usado somente nos esquemas IR e III. A proteção dos sadios está prevista pela vacinação BCG e pela quimioprofilaxia, que é a administração de isoniazida em pessoas infectadas pelo bacilo ou não, numa dosagem mínima recomendada à prevenção, diariamente, durante seis meses (Brasil, 1995).

edição, já está circulando aos níveis centrais do PNCT, nas diversas unidades da federação. O documento incorpora sugestões decorrentes da avaliação dos técnicos e outras de especialistas do Ministério da Saúde, secretarias de saúde e universidades. O texto explicita que a *cura* de casos bacilíferos continua sendo a melhor *prevenção* da doença. Define como **caso de tuberculose** todo indivíduo que tem esse diagnóstico confirmado por baciloscopia ou cultura e aquele em que o médico, com base em dados clínico-epidemiológicos e no resultado de exames complementares, firma o diagnóstico de tuberculose. O **caso novo** é o doente com tuberculose que nunca usou ou usou por menos de um mês drogas antituberculosas. Também, como resultado dessa avaliação do PNCT, o Brasil elaborou um Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose que, por todas as indefinições político-estruturais, ainda não se implantou. O objetivo, entretanto, é bastante otimista: de propiciar a 100% dos municípios as ações de diagnóstico e tratamento da tuberculose e oportunizar que 80% dos centros de saúde desenvolvam essas ações, na busca de que 90% dos casos existentes sejam diagnosticados e que 85% dos casos tratados sejam curados (Brasil, 1995).

* * *

A tuberculose continua sendo, neste quase início do século XXI, um sério problema de saúde pública. Os avanços no seu campo de conhecimentos e a tecnologia disponível para seu controle não têm sido suficientes, principalmente nos países em desenvolvimento, para impactar significativamente seus índices epidemiológicos. No Brasil, em particular, como antes já mencionado, os graves problemas sócio-econômicos e a deterioração dos serviços de saúde têm dificultado e limitado significativamente os esforços do PNCT e das secretarias de estado na busca de alternativas para este controle coletivo. Neste sentido, todas as dúvidas e advertências que se possam fazer nestas transformações estruturais em nosso

meio, em que se inclui o *devenir*³⁴ da saúde, tornam este espaço-tempo propício a contemplanções especulativas às possibilidades de mudanças que se apresentam e/ou se impõem ao sistema de produção e reprodução de saúde. Com referência à organização dos serviços de saúde, o consenso é que a questão não constitui exatamente uma problemática nova no interior do pensamento e das proposições políticas de intervenção nos serviços de saúde. Ao contrário, as reflexões devem continuar privilegiando questões perenes, como a problemática da equidade social nas práticas de saúde, buscando arguir a competência e adequação organizativa de tal ou qual conjunto estruturado de processos de trabalho para a intervenção sobre a saúde/doença.

Ilustrando este reflexionar contínuo sobre a organização dos serviços de saúde, Nemes (1990) mostra a forma como, nos debates, se tem destacado a ação programática em saúde. Refere que tem sido muito freqüente situar-se a programação de modo polar. Um dos pólos apresenta o modelo programático operando como modelo burocratizante, compartimentalizado e impeditivo para uma efetiva incorporação da assistência médica individual pelas unidades sanitárias. Para esse pólo, a questão organizacional nuclear reside na *resolutividade* da rede pública enquanto atributo necessário para um reordenamento do sistema de atenção à saúde capaz de efetivar o direito à saúde. No outro pólo ficam os defensores da prática programática, que criticam o baixo impacto e os altos custos da tendência organizacional resolutivista atual da rede de unidades sanitárias. Para esses, a questão nuclear, antes de

³⁴ No pensamento hegeliano o *devenir* é a unidade do ser e do nada. “O *nada*, enquanto este imediato, igual a si mesmo, é, inversamente, o *mesmo* que o *ser*. A verdade do ser, como a do nada, é, pois, a *unidade* de ambos; esta unidade é o *devenir*” (Hegel, 1988, § 88). “No *devenir*, o ser enquanto uno com o nada, como também o nada, uno com o ser, são apenas evanescentes; o *devenir*, mediante a sua contradição em si, coincide com a unidade, em que ambos são removidos; o seu *resultado* é assim o *ser determinado*” (Hegel, 1988, § 89). “O *ser-ai* é o ser com uma *determinidade*, que, enquanto imediata ou existente, é a *qualidade*. O ser determinado, enquanto reflexo *em si* na sua determinidade, é *algo que está-ai, alguma coisa*” (Hegel, 1988, § 90).

tudo, está na construção de um modelo programático organizacional de bases epidemiológicas capaz de modificar efetivamente as condições de saúde.

Abordando possíveis caminhos de compreensão em relação ao planejamento em saúde no Brasil, Merhy (1995) consolida quatro tendências básicas, que percebo como possibilidades não excludentes, na constituição estratégica de métodos de intervenção no setor: *a ação programática em saúde, a vigilância à saúde, o planejamento estratégico comunicativo e a gestão estratégica em saúde*. O autor coloca que tanto as práticas quanto as necessidades fazem parte de um universo tecnológico de conformação da saúde, no qual, em torno das finalidades estruturais determinantes das práticas sociais, acaba-se modelando o modo de se construírem os problemas de saúde e os modelos de intervenção. Na linha do planejamento na *ação programática em saúde*, a procura é pelo repensar as práticas de planejamento e organização de serviços de saúde, com base na construção de conceitos sobre necessidade e práticas tecnológicas em saúde, centrada na leitura do campo de saúde e baseada na teoria do trabalho. A ação programática é um instrumento produzido com base em uma estreita aliança com a epidemiologia, como saber tecnológico em saúde, fundamental para a construção de uma linha crítica de intervenção, que pode permitir a releitura do universo das necessidades de saúde. Na corrente do planejamento na *vigilância à saúde*, a procura é por desenhar projetos de modificação do atual modelo assistencial da política de saúde, tomando a epidemiologia como mola mestra para a conformação do campo de necessidades de saúde, por meio do desenho de um verdadeiro mapa de risco, microlocalizado e territorializado, que indicaria a singularidade de cada processo de intervenção na organização de distritos sanitários, território e lugar de encontro do conjunto de serviços de saúde e dos riscos. No *planejamento estratégico comunicativo* o esforço é por tentar explorar ao máximo o potencial do Planejamento Estratégico Situacional, para torná-lo uma

poderosa ferramenta para as transformações do sentido da política de saúde no Brasil, apontando a possibilidade de ele permitir a construção da viabilidade de planos de ação aderentes aos princípios da Reforma Sanitária, possibilitando maior acumulação de poder no interior dos distintos atores sociais vinculados ao movimento daquela reforma, na medida em que possibilita o desenvolvimento de uma capacidade de governar desses atores, tornando-os mais efetivos na disputa contra o modelo médico-hegemônico e seu modo de gerir a política de saúde no Brasil. No planejamento em saúde pela *gestão estratégica*, o vital é partir-se da constatação de que o campo de saúde está imerso em uma múltipla dinâmica institucional, tanto no plano da relação Estado e sociedade, mais propriamente definida no interior das políticas sociais, quanto no da configuração de organizações prestadoras de serviços de saúde; e, mais ainda, porque no campo do processo de trabalho em saúde se está diante de um feixe de intencionalidades, que vão desde as colocações pelos determinantes econômicos e político-ideológicos até os marcados pelas organizações corporativas e pelos distintos tipos de usuários. Nesse sentido, toma como matéria-prima do processo de planejamento a dinâmica institucional do setor que, conforme forças e interesses, desenha modos de gerenciamento de projetos para o campo de saúde.

* * *

Pelo efeito das informações expostas neste relato, entendo ter dado a conhecer o suficiente sobre as características mais gerais dos movimentos da Saúde Pública, no que se refere ao trabalho do serviço de controle da tuberculose e sua organização tecnológica, enquanto *objeto* deste estudo, como forma de despertar o interesse pelo *objetivo* de analisar o trabalho em saúde coletiva, tanto na interioridade como na exterioridade das

relações e estruturas sociais em que se inclui³⁵, buscando interferir nos movimentos que levarão a uma nova lógica adequada com a lógica imanente das estruturas de ações da saúde em geral, e também considerando as condições efetivas por elas postas e que determinam e definem estruturas que expressam a modernidade.

Segundo a compreensão dialética, “a relação de exterioridade entre sujeito e objeto, cujos termos estão separados e em oposição entre si, expressam apenas um momento do processo de sua constituição. O sujeito não preexiste, mas se constrói, e esta construção implica um processo de desenvolvimento, tanto do sujeito como do objeto. O homem e o mundo, ou mais sociologicamente, o indivíduo e as estruturas, são resultados de um processo, que cria uma *terceira realidade*: o indivíduo civilizado no interior de estruturas por ele criadas, ou, o que é o mesmo, o mundo criado (segunda natureza) pelo indivíduo, no interior do qual ele se constitui” (Etges, 1994, p. 49). Neste sentido, para consumir a construção teórica que se anuncia neste estudo, necessário se faz discutir o próprio conceito de saúde e, através desta discussão, analisar as relações e estruturas que se apresentam no sistema de produção e reprodução de saúde, onde se incluem seus saberes, a clínica e a epidemiologia como formas não excludentes de expressão de seus fenômenos, seus serviços e seus agentes, como trabalhadores ou clientes socialmente postos. Baseada no conceito de trabalho cooperativo de Marx e, mais

³⁵ O trabalho em saúde se insere na racionalidade de nossa sociedade, tem suas funções postas pelas necessidades sociais, tanto no que se refere a finalidade clínica, tomando a doença em sua dimensão individual enquanto manifestação de alterações morfo-funcionais no corpo biológico, quanto no que se designa a finalidade epidemiológica que toma as doenças em sua dimensão coletiva. Essas finalidades correspondem a *internalizações* das necessidades - do espaço das relações de sociabilidade para o interior do processo de trabalho - das necessidades socialmente postas, no mesmo movimento em que seu cumprimento corresponde à *externalização* da proposta - do espaço interno ao processo de trabalho para a sociedade - bosquejada e contida na forma do objeto de trabalho.

especificamente, no conceito de trabalho humano abstrato de Etges³⁶, a concepção de organização tecnológica do trabalho nos serviços de saúde de Mendes Gonçalves (1986), se insere nas análises com bastante propriedade, como o “conjunto de saberes e instrumentos que expressa, nos processos de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em sua totalidade social” (p.32).

Faz-se imprescindível ainda, para essa construção, trazer ao texto a observação do processo de trabalho com a ação e movimento dos sujeitos nele envolvidos, ou seja, trazer ao texto o dia-a-dia do trabalho nas unidades de saúde, principalmente pelos momentos em que expõe sua forma organizacional, os quais suscitam questionamentos como: Existe adequação entre o conjunto, o objeto e a finalidade das ações de intervenção sobre a tuberculose? Qual o nível desta adequação? Na lógica interna do serviço, abre-se espaço para a construção do sujeito trabalhador? E o sujeito cliente, é visualizado como tal? A visualização diferencia-se entre os sujeitos? O que é ser sujeito cliente? Seria o sujeito cliente aquele indivíduo que é capaz de decidir acerca de sua doença enquanto particularidade posta como uma inadequação momentânea à vida? Como se conduz a tuberculose na transição atual do setor saúde? Que arquitetura de organização e que mediações

³⁶ Segundo Etges (s/data-a), na “leitura mais comum e vulgar de Marx o trabalho abstrato é confundido com o mero dispêndio físico do trabalhador, e esta confusão impede a real compreensão de toda a obra de Marx, sem nem falar na de Hegel. Em primeiro lugar não se trata de uma abstração mental, de uma mera generalidade. Trata-se uma realidade objetiva, como afirma o próprio Hegel: “Mas o que há de universal e de objetivo no trabalho reside na abstração, que causa a especificação dos meios e das ciências”¹. Embora, como diz Marx, o trabalho abstrato não contenha “nenhum átomo de matéria”², ele encerra a mesma objetividade impalpável que todos os trabalhos particulares e os determina, pois eles passam a ser expressões dele³. Trata-se, não de uma generalização, mas de uma redução de todos os trabalhos a uma terceira coisa: “coisa social, substância social” comum⁴...” (p. 6-7).

Citações do excerto transcrito:

¹ HEGEL, G. W. F. *A Sociedade Civil Burguesa*. Lisboa: Editorial Estampa, 1979. p. 82.

² MARX, K. *O Capital*. Rio de Janeiro: DIFEL, L. I, V. I, 1982. p. 55.

³ _____ *Contribuição à Crítica da Economia Política*. Lisboa: Martins Fontes, 1977, p.34.

⁴ _____ *Idem*, p.33 e *O Capital*. p. 45-50, etc.

científicas e tecnológicas devem ser construídas para que seja possível que sujeitos atendam sujeitos?

CAPÍTULO II

ORIENTAÇÃO DA PESQUISA

O trabalho em saúde como objetivação do homem

Na continuação, busco colocar algumas palavras sobre a trajetória teórica inclusa na concreticidade do objeto deste estudo, posto como a organização tecnológica do trabalho no controle da tuberculose, na lógica imanente à estrutura de saúde, que se faz determinada pela ciência e expressa a modernidade¹. Que se perceba a expressão *algumas palavras* apenas por sua

¹ Conforme a interpretação sobre as transformações sociais associadas à modernidade de Giddens (1991), como uma primeira aproximação, “modernidade refere-se a estilo, costume de vida ou organização social que emergiram na Europa a partir do século XVII e que posteriormente se tornaram mais ou menos mundiais em sua influência” (p. 11). Este autor argumenta que ainda não

noção quantitativa e não como um descompromisso qualitativo ao suporte teórico do estudo, dado que este permeia constantemente as reflexões e, portanto, a construção do texto como um todo. Porque o homem, no pensamento de Marx e Hegel, pondo-se nas *coisas*, mantém sua posição de sujeito ou daí adquire a posição de predicado, justifica-se aqui a apresentação, em seu silogismo específico, das categorias que se incluem nuclearmente nesta investigação: o *sujeito*, o *trabalho* e a *saúde*. O trabalho é o termo médio desse silogismo, que tem de um lado o objeto produzido, a saúde, do outro o sujeito com seus carecimentos (desejos), que chegam de forma imediata pelo sentimento à consciência do sujeito epistemológico.

O conceito de trabalho aparece tanto em Hegel como em Marx. Cada um o elaborou a seu modo e com suas palavras, porém, “mantendo o mesmo conteúdo essencial: trabalho é o processo de mediação de carecimentos particulares com meios também particulares, que especifica, com vista a estes fins múltiplos e pelos mais diversos processos o material fornecido pela natureza. Ou é o processo de objetivação do homem pelo qual entra em intercâmbio com a natureza, que ele molda de acordo com os fins que ele tem em vista para atender os mais diversos carecimentos” (Etges, s/data-a, p. 4).

Nesta sua objetivação no mundo, o homem necessita permanentemente expor-se, revelar sua interioridade, mediante sua exterioridade². Assim ele mesmo produz suas transformações ao mesmo tempo

vivemos em um mundo pós-moderno e que os aspectos que distinguem, neste final de século XX, as instituições expressam na verdade a emergência do período a que chama alta-modernidade. Numa análise que envolve os complexos mecanismos que separam o moderno do pré-moderno e com o auxílio do conceito de tempo e espaço, o autor procura compreender a própria modernidade.

²No pensamento hegeliano a interioridade do homem se identifica com a razão de ser e a exterioridade com a sua manifestação. Mas o “homem, tal como é exteriormente, isto é, nas suas ações (não, sem dúvida, na sua exterioridade puramente corporal), é interno; e, quando é só interno, isto é, virtuoso, moral, só nas intenções e disposições, etc., e o seu exterior não é com ele idêntico, então, um é tão oco e vazio como o outro” (Hegel, 1988, p. 170).

em que produz transformação do próprio mundo às suas necessidades³. Necessidades estas que são infinitas, universais e para satisfazê-las é preciso adaptar o mundo à sua constituição, é preciso trabalhar, formar o mundo para si. Estas necessidades e ações são comuns a todos os homens e é disto que se trata quando se fala no sujeito epistemológico. Este sujeito é imediatamente social, mas não só por ser comum a todos os indivíduos. O sujeito dos desejos, da consciência de si absoluta, exclui de si tudo que é outro, como desejo, e cinde-se no seu outro: o produtor, o fazedor, o trabalhador que vai transformar o mundo, que inscreve seu desejo sempre evanescente na continuidade do mundo. O trabalho aí é “desejo refreado, um desvanecer contido, ou seja, o trabalho forma”, como operação formadora (Hegel, 1992-a, p. 132). O trabalhador canaliza todo o seu dinamismo interior moldando o mundo, dando-lhe uma forma que é ele próprio. O sujeito dos desejos (das necessidades infinitas) e o seu outro são constitutivos do sujeito epistemológico: a sociabilidade entre os dois é a base da constitutiva sociabilidade com os (muitos) outros.

Hegel reconhece nesta dissensão de consciências um silogismo de dominação, pelo desejo absoluto do *senhor* e a efetivação do desejo pelo *escravo*: “O senhor se relaciona mediamente com o escravo por meio de um ser independente, pois justamente ali o escravo está retido; essa é sua cadeia,

³ Sobre a exteriorização do homem no mundo material dissolvido, Marx (1989) coloca: “si se despoja a riqueza de sua limitada forma burguesa, o que é a riqueza senão a universalidade das necessidades, capacidades, gozos, forças produtivas, etc., dos indivíduos, criada no intercâmbio universal? O que, senão o desenvolvimento pleno do domínio humano sobre as forças naturais, tanto sobre as da assim chamada natureza como sobre sua própria natureza? O que, senão a elaboração absoluta de suas disposições criadoras, sem outro pressuposto que o desenvolvimento histórico prévio, que converte em objetivo esta plenitude total do desenvolvimento, quer dizer, o desenvolvimento de todas as forças humanas, enquanto tais, não medidas por padrão preestabelecido? O que, senão uma elaboração, como resultado da qual o homem não se reproduz em seu caráter determinado, mas ao contrário, produz sua plenitude total? Como resultado da qual busca permanecer como algo devenido, mas ao contrário está no movimento absoluto do devenir?” (p. 447-8).

da qual não podia abstrair-se na luta, e por isso se mostrou dependente, por ter sua independência na coisa. O senhor, porém, é a potência sobre esse ser, pois mostrou na luta que tal ser só vale para ele como um negativo. O senhor é a potência que está por cima desse ser; ora, esse ser é a potência que está sobre o Outro; logo, o senhor tem esse Outro por baixo de si: é esse o silogismo [da dominação]” (Hegel, 1992-a, p. 130). O desejo é a potência de destruição da alteridade do mundo que ele quer consumir igualando-o a si. O escravo vai, como consciência de si em geral, comportar-se negativamente em relação à coisa e a suprime; mas a coisa é, ao mesmo tempo, independente para ele, que não pode, pelo seu ato de negar, vencer a coisa e destruí-la; o escravo, pois, a transforma somente pelo seu trabalho. Assim, o homem pode fruir da coisa como senhor. Além da fruição, o homem chega à consciência plena de si, mediante a consciência ou desejo recalcado (a do escravo e do trabalho).

Ainda segundo Hegel, “no senhor, o ser-para-si é para o escravo um Outro, ou seja, é somente para ele” (Hegel, 1992-a, p.133). No medo diante do negativo, ou seja, do reflexo, aqui o senhor, e do mundo exterior, o ser-para-si está nele mesmo. No trabalho como operação formadora, “o ser-para-si se torna ele como o seu próprio, e assim chega à consciência de ser ele mesmo em si e para si” (Hegel, 1992-a, p. 133). É o reconhecimento de si no mundo externo; no mundo econômico-social se torna um princípio de ação e de conhecimento, verdadeiro patamar de onde o homem vai avançando sempre no reconhecimento do mundo e de si mesmo. Assim, precisamente no trabalho, a consciência, mediante o reencontrar-se de si por si mesma, vem-a-ser sentido próprio. Nesta reflexão têm que estar, ambos ao mesmo tempo de uma maneira universal, o medo do negativo, do reflexo, ou negação de sua infinitude pelo exteriorizar-se mediante o serviço, e o formar do trabalho como operação formadora. Sobre isso, diz Hegel: “Sem a disciplina do serviço e da

obediência, o medo fica no formal, e não se estende sobre toda a efetividade consciente do ser-aí. Sem o formar, permanece o medo como interior e mudo, e a consciência não vem-a-ser para ela mesma (...) será apenas um sentido próprio vazio (...) se não suportou o medo absoluto, mas somente alguma angústia, a essência negativa ficou sendo para ela algo exterior: sua substância não foi integralmente contaminada por ela. Enquanto todos os conteúdos de sua consciência natural não forem abalados, essa consciência pertence ainda, em si, ao ser determinado. O sentido próprio é obstinação, uma liberdade que ainda permanece no interior da escravidão. Como nesse caso a pura forma não pode tornar-se essência, assim também essa forma, considerada como expansão para além do singular, não pode ser um formar universal, conceito absoluto; mas apenas uma habilidade que domina uma certa coisa, mas não domina a potência universal e a essência objetiva em sua totalidade” (Hegel, 1992-a, p. 133-4). Sem o trabalho como operação formadora, também na área da saúde, permanece o medo, uma cultura que não se põe no tempo e no espaço, que não se historiciza, que não tem consciência de si como valor em e para si, mas que se manifesta fora de si, no déspota, no chefe, no *governo*, enfim, é a cultura do medo, da autoridade ou imediatamente *obstinação* muda.

O trabalho é então consciência formadora, ligado tanto à realidade na qual o indivíduo possui e goza sua liberdade, como ao conhecimento, enquanto processo que unifica o mundo subjetivo com o mundo objetivo, que leva à consciência a unidade necessária de ambos. Assim, pelo “trabalho o homem põe novas formas ao mundo objetivo, o qual, retornando ao homem, o forma por sua vez. Daí porque formar tem a ver com a cultura objetiva e subjetiva” (Etges, 1993, p. 8), ou seja, tem a ver com o campo cultural de uma sociedade, que se forma pelo conjunto de estruturas ou conjunto de ações e relações sociais que, pelo trabalho, vão sendo criadas. O

trabalho só se realiza, desta forma, de acordo com as estruturas internas criadas pelo indivíduo e “consiste em conjuntos de ações, coordenações de ações por vezes extremamente complexas, mas num primeiro momento são coordenações de ações internas, que constituem a sua alteridade ou estrutura interna modificada. Em outras palavras, a negação de sua interioridade absoluta, indiferenciada, e a posição de seu outro no interior de si mesmo. A partir das coordenações internas o indivíduo passa a atuar no mundo cotidiano - natural ou social ou ambos - suas coordenações internas se tornam condição para poder coordenar as coordenações deste segundo. Deste modo, o mundo também sai de sua forma natural e é posto na alteridade do indivíduo. O mundo se torna segunda natureza, mundo criado, artificial” (Etges, 1994, p. 50).

O homem é um ser estruturalmente social, tem em si carências que lhe são peculiares ao mesmo tempo em que por si reproduz aquelas que distinguem seus pares. Como em seu estado natural é desprovido de condições que possam garantir sua sobrevivência, busca a mediação com a natureza, que molda para atender estas carências: ao fazer isso transforma a natureza e a si mesmo, objetivando-se de algum modo. E, nesta porfia, os constrangimentos individuais, por serem comuns em muitos campos, tornam-se imediatamente necessidades ou finalidades sociais, coletivas. Porquanto nesta metamorfose homem/mundo o conjunto de ações e relações do homem com os outros homens dá-se sob os desígnios do Trabalho, este conjunto de ações coordenadas, ou melhor, este “movimento que, pondo em contato a interioridade/exterior do indivíduo com exterioridade dos outros, transforma os dois extremos na alteridade **posta ou construída** das estruturas sociais, no interior das quais eles se realizam como indivíduos” (Etges, 1994, p. 51), constitui-se em elo central no processo pelo qual a subjetividade ou

consciência humana se corporifica em produtos avaliáveis para ela e para os outros como elementos de um mundo comum.

Este processo de objetivação implica criações e descobertas, e ao mesmo tempo em que o homem cria novos produtos passa também a depender da atuação, uso ou consumo destes. Tais produtos, com suas conseqüentes rupturas e mudanças nas relações de trabalho entre suas descobertas e usos, são valores-de-uso, materiais da natureza adaptado às necessidades humanas através de mudanças de formas. O homem, então, servindo-se de sua capacidade intelectual e força física, empenha-se num vasto processo produtivo. Neste processo, o trabalho, de elemento relativamente insignificante, como mera forma de produção da subsistência e algum excedente, em dado momento histórico, sob condições objetivas adequadas, passa a assumir um papel central na vida do homem, determinando suas ações, pensamentos, enfim, sua forma de vida na comunidade. Comunidades diferentes encontram diferentes meios de produção e diferentes meios de subsistência. Mas é no modo de produção capitalista que vamos encontrar o trabalho como acima descrito. Neste modo de produção, o trabalho passa a ser, essencialmente, a única forma de renda e conseqüente condição para manutenção e sobrevivência de grupos determinados e, ao mesmo tempo, uma forma de acúmulo de renda e poder para outros.

O trabalho é, pois, nuclear na vida de cada indivíduo e se expressa pela produção do indivíduo em estruturas materiais e sociais. De forma mais imediata em estruturas materiais, como sejam as obras do artesão, do artista ou do trabalhador; mas também em estruturas ou conjunto de ações e de relações mais propriamente sociais, como um sistema de ensino, um sistema de saúde, uma fábrica, uma empresa, ou um órgão público. Ainda, em estruturas intelectuais e assim por diante. Por falar das estruturas intelectuais,

as ciências se constituem em exemplo de atividade plena e universal na exteriorização do homem, sendo a mais plena realização do homem como ação. Neste sentido, Etges (1994), analisando a produção de estruturas de ação intelectuais, refere que o “homem se põe universal e livre na ciência: cada novo construto ou sistema constitui efetiva possibilidade de escolha entre um número cada vez maior de ações a tomar. Pensemos só na possibilidade de escolha frente a uma doença grave, quando tivermos dois ou mais construtos ou teorias sobre a mesma, em oposição a uma mera decisão cega em favor de um tratamento entre outros, cujos resultados ninguém conhece. Numa situação escolhemos com conhecimento de causa a ação adequada a empreender, tendo certeza sobre seus resultados, enquanto noutra permanecemos sem liberdade, em completa escuridão e dependência do acaso” (p. 53). O trabalho é, assim, processo determinante das estruturas da sociedade, dos principais conflitos entre diferentes e opostos interesses e grupos sociais (luta política, produção intelectual, etc.) e, também, propicia aos agentes do trabalho construir um mundo humano, superando a mera naturalidade do *ser homem* e imediatidade de seus mundos. No trabalho encontramos, na sua tipicidade, a estrutura do comportamento humano, enquanto possibilidade de negar o mundo e a si mesmo no seu exercício imediato segundo um fim.

Seguindo o movimento do conceito de trabalho e a mutabilidade de suas formas, Marx, em *O Capital*, pela longa análise da mercadoria, descobre os múltiplos e os mais diferentes trabalhos de produtores independentes se tornando trabalho humano abstrato, mediante a propriedade privada, trabalho que se manifesta na troca, dado que satisfazem necessidades ou desejos qualitativamente diferentes. Partindo da percepção da mercadoria como a forma elementar na riqueza das sociedades onde se rege a produção capitalista, Marx (1985) analisa seus dois fatores, os valores de uso e o valor

de troca: “Os valores de uso constituem o conteúdo material da riqueza, qualquer que seja a forma material dela” (p. 42) e o valor de troca revela-se, de início, “na relação quantitativa entre valores-de-uso de espécies diferentes, na proporção em que se trocam” (p. 43). O valor de troca é determinado pelo trabalho socialmente necessário à produção de objetos, mas enquanto trabalho abstratamente humano. A cada fator da mercadoria corresponde um aspecto do trabalho, respectivamente, trabalho concreto e trabalho abstrato. Tanto quanto o trabalho é essencial na vida do indivíduo contemporâneo, por seus diferentes valores-de-uso produzidos na troca por trabalhos qualitativamente diferentes, no processo de troca comparece disfarçado na troca de mercadorias, até porque essa é a forma de aparência, de manifestação primeira do capital⁴. No capitalismo não aparece o trabalho concreto, mas sim a mercadoria, o valor. Mercadoria que admite seu valor pelo trabalho humano mas que no ato da troca apresenta-se como valor determinante, sendo o trabalho sua expressão.

Segundo Marx (1985), “como valores-de-uso, as mercadorias são, antes de mais nada, de qualidade diferente; como valores-de-troca, só podem diferir na quantidade, não contendo portanto nenhum átomo de valor-de-uso. Se prescindirmos do valor-de-uso da mercadoria, só lhe resta ainda uma propriedade, a de ser produto do trabalho. Mas, então, o produto do trabalho já terá passado por uma transmutação. Pondo de lado seu valor-de-uso, abstraímos, também, das formas e elementos materiais que fazem dele um valor-de-uso (...) Ao desaparecer o caráter útil dos produtos do trabalho, também desaparece o caráter útil dos trabalhos neles corporificados, desvanecem-se, portanto, as diferentes formas do trabalho concreto, elas não

⁴Neste sentido Etges (1983) analisa que na forma capitalista o trabalho não aparece diretamente na boca do cenário: “No mundo ruidoso do mercado, o trabalho é, neste sentido, o grande ausente. Comparecem os produtos do trabalho, como valores-de-uso e como valor, contratos e ações de troca” (p. 9).

mais se distinguem umas das outras, mas reduzem-se, todas a uma única espécie de trabalho, o trabalho humano abstrato” (p. 44-5).

Os trabalhos concretos são os trabalhos individuais, melhor dizendo, todas as espécies de trabalhos concretos que produzem valor de uso. Reduzem-se todos, mediante o ato da troca, a um gênero - trabalho abstrato - e essa generalidade é universal, contém em si os momentos da interioridade e exterioridade, postos ao lado daqueles trabalhos de diferentes espécies. No pensamento hegeliano, sem nenhuma diferença com a vida, o eu, a cultura, é um universal concreto, “tal como um gênero superior, porém real, como a concepção que temos de um Deus, gênero supremo, perfeitamente universal existindo ao lado dos gêneros e espécies inferiores, minerais, plantas e animais, e dos seres individuais, os quais dele participam de alguma forma” (Etges, 1993, p. 10). O trabalho humano abstrato se constitui num processo temporal de operações reais, efetivas, materiais, porém, abstratas no mundo material; é, portanto, abstração social real que, ao se materializar, não mais se identifica com o trabalho particularizado de um indivíduo. Na troca não interessa quem ou que trabalho produziu a mercadoria, e sim a mercadoria em si, sua “*existência social*”, como produto do trabalho humano, tendo a forma do valor, ou melhor, com valor determinado, que é o mesmo que ter “*validade social*” reconhecida (Marx, 1985, p. 75).

O trabalho humano abstrato é transmutação que, uma vez materializada, constitui-se em substância social determinante de todos os trabalhos e da vida dos homens. Substância valor que se valoriza autonomamente. Faz da substância social, segundo Etges (s/data-a), “a pré-condição imediata da gênese do conceito e da inteligência do homem. De um lado, ela se põe nas diversas formas concretas de trabalho e de relações sociais e assim faz a história dos homens. E de outro, ela se interverte no conceito cuja

ação também se cristaliza no mundo, não só em forma de cultura, mas de ciência e tecnologia. Nesta o trabalho manual e concreto ou imediato e o trabalho intelectual formam nova unidade, criando condições efetivas, pela primeira vez, de superação da divisão social do trabalho e da emancipação do trabalho escravizador. A tecnologia é a realização plena da abstração do indivíduo como trabalhador, e a posição do homem, finalmente, como sujeito pleno e universal” (p. 11). O desenvolvimento científico-tecnológico que vem acontecendo no mundo contemporâneo e suas conseqüentes mudanças nas relações sociais, não se constituem em algo que esteja ocorrendo por acaso, que se justifique simplesmente pela vontade do capitalista ou pelas descobertas científicas. Não são novidades que se originam nos dias de hoje, têm suas raízes na substância social com base objetiva que pressupõe e determina essas mudanças, que é o trabalho humano abstrato.

O trabalho humano abstrato é, por tudo isso e, mais uma vez, valendo-me de um excerto de Etges (s/data-c), “uma expressão viva da exteriorização do homem, ou de sua posição efetiva no mundo, enquanto ele mesmo, o homem, é um universal concreto capaz de, por sua vez, pôr universais concretos: a ciência, a arte, o capital, o Estado, a universidade, etc. Assim também o trabalho humano abstrato como unidade de todos os trabalhos é construção sua. O trabalho humano abstrato não é um dado da natureza, mas uma obra do homem. Por sua vez, uma vez posto historicamente: ele age como princípio ou coordenador de ações pondo e determinando todas as formas históricas de trabalho, ao mesmo tempo que unifica todos os trabalhos qualitativos postos por ele. Ele imita a vida, e tal como a vida, que é a unidade que faz dos diversos órgãos por ela postos um organismo humano, um corpo, o trabalho abstrato faz de todos os trabalhos um só trabalho, uma sociedade humana. Não são os membros que determinam ou *põem* o corpo, mas a

unidade” (p. 7-8), quer dizer, o universal concreto, o conjunto de relações que determina a lógica do desenvolvimento da vida.

* * *

O trabalho em saúde é um universal concreto posto pelo trabalho humano abstrato que, concebido pelo homem e por ele utilizado para suprir suas necessidades no processo saúde/doença, na modernidade, tem sua organização tecnológica estruturada imediatamente num conjunto de ações que focaliza o sujeito-objeto em duas perceptíveis dimensões: aquela concernente ao corpo individual, que recupera a força de trabalho para a sociedade, e aquela concernente ao corpo coletivo, que controla a doença nos diversos extratos da sociedade, objetivadas no modelo clínico e no modelo epidemiológico, respectivamente. Este trabalho mantém a força de trabalho atuante para o capital, e da forma mais conveniente, mais disfarçada, possível. Acima de uma falsa dicotomia, em que o trabalho clínico seria mais determinado pelo capital e o coletivo mais auto-afirmativo do social, contra o capital, o que é questionável, senão um chiste, há que se enfatizar uma dimensão terceira universal, esta sim social: o coletivo e o individual são aqui expressões não separáveis do mesmo elemento, a saúde, que se identifica com o universal concreto *vida*⁵.

O trabalho humano abstrato determina não só a organização tecnológica do trabalho em saúde, na qual a mão do homem é substituída pela tecnologia de saúde (organizacional, burocrática ou técnica), mas a organização como um todo, onde o trabalho em saúde constitui-se num

⁵ “Por si próprio e conforme ao seu conceito, o sujeito representa o todo, isto é, não só o interior mas também a realidade dele no e para o exterior. Se só unilateralmente, se num só aspecto existir, cairá na contradição ínsita em ser o todo pelo conceito e um só aspecto do todo pela existência real (...) Por isso a vida não é afirmativa antes de suprimir esta negação de si própria (...) A vida progride para a negação, com a dor que ela arrasta, e só se afirma perante si mesma após o apaziguamento da oposição e da contradição” (Hegel, 1988-a, p. 87).

princípio coordenador de ações que gera os seus componentes, que integram e regeneram continuamente a rede de transformações e interações que os produziu e que constituem o sistema de saúde enquanto unidade concreta no espaço onde ele existe, especificando o domínio topológico a partir do qual se realiza como rede. O trabalho em saúde é, assim, uma rede de transformações que se constitui em invariante fundamental que engendra continuamente sua própria organização. Realiza este processo incessante de substituição de seus componentes, por estar continuamente submetida a perturbações externas (ou internas) e estar forçada a compensar tais perturbações (desequilíbrios, desafios, etc.). Não apenas relações entre partes componentes, mas entre processos de produção de componentes.

Dado que pode se expressar em inúmeras formas, mas de tal modo que mantém sempre sua identidade e unidade, saúde, como conceituada no capítulo III, é, também, um universal concreto, que se manifesta na congruência das formas biológicas do indivíduo e das estruturas de ações coletivas. Estas, porque se situam essencialmente na exterioridade do mundo dado, são, ao mesmo tempo, expressão e condição de desenvolvimento das formas biológicas, postas na individualidade dos sujeitos.

O atendimento clínico-individual ou direto e o atendimento coletivo ou indireto são, ambos, expressão do desenvolvimento do universal concreto saúde, o qual, para sua adequação, requer todas as formas de ações necessárias, para que haja congruência externa e interna, tanto no corpo individual como no corpo social. Quanto à tecnologia, esta não se constitui em construto de sentido puramente prático, ou de *aplicação* prática de teoria formal, uma estrutura que desfruta de autonomia com suas próprias leis e anti-leis, senão uma construção, uma *dinâmica* enquanto atividade social, dadas as

relações sócio-econômicas e culturais inerentes aos diferentes momentos históricos.

As estruturas postas, isto é, os produtos das ações dos homens, ao mesmo tempo que são exteriorização/construção efetiva do homem no mundo, atuam de formas autônomas - capital, ciência, arte, (estruturas de) saúde, etc. Elas passam a figurar entre os elementos externos do mundo dado, seguindo leis de diversas ordens: físicas, químicas, etc. e até sociais, que atingem todos os diferentes grupos sociais. Daí a inserção destas estruturas no mundo da racionalidade instrumental, como se fossem puros agentes naturais que o homem usa. Assim o homem usou os animais, os escravos, o trabalho assalariado. Da mesma forma usa a ciência, a tecnologia, as estruturas de *saúde* como *meios* de se satisfazer, ainda que explore os *outros*. Este é um momento do processo de construção do homem e do mundo.

Este espectro, onde a ciência/tecnologia aparece como *arma* de controle político-econômico, onde o conhecimento e sua aplicação tecnológica assumem um valor em sua própria razão de ser e como um fim em si, expõe, antes de tudo, a ascendência alienante desta estruturação nas relações entre os homens, na arquitetura deles mesmos e do próprio universo em que se intercalam. É manifesta, com justas preocupações, a ligação entre estes condicionantes impulsivos e as tendências que *consolidaram* exatamente a visão disseminada de que as perspectivas são negativas devido a um excesso de ciência. Não só pela confusão entre ciência, técnica e poder, mas, principalmente, por causa do desconhecimento de que, por enquanto, com muita freqüência, os sofrimentos e angústias derivam não da falta de conhecimentos, mas da falta do conhecimento a quem deveria detê-lo e, o que é conseqüência, da falta de uma prática especulativa/unitária.

Na ampliação do conhecimento científico e na disseminação da tecnologia estão, com certeza, os entrelaçamentos de possibilidades, as redes de escolhas múltiplas com o potencial de conduzir a níveis mais elevados de liberdade, remetendo o indivíduo à sua efetivação enquanto sujeito trabalhador e à sua adequação como sujeito pleno universal. A tecnologia mostra-se, assim, como condição de superação das classes, mas, por ora, mera condição, não superação efetiva. Aponta na direção da liberdade do indivíduo como trabalhador e, relativo à posição do homem, como sujeito pleno e universal.

As construções científicas inerentes à organização tecnológica do trabalho em saúde, por conseguinte, seja ao nível do corpo biológico, como do corpo social constituído de diferentes grupos sociais, fundamentalmente, em distintos tempos e espaços, devem aproximar as forças objetivas à lógica, à vida, para possibilitarem que o produto deste trabalho, enquanto *algo* de valor (*algo* funcional), alcance determinados efeitos e busque decompor um estado de coisas posto como carecimento. O significado de tecnologia inclui, assim, um conjunto de saberes e instrumentos outros específicos e apropriados à produção e reprodução da saúde plena, da saúde realizada.

* * *

Neste contexto incluem-se os sujeitos do trabalho com a saúde: o agente cliente e o agente trabalhador. O primeiro, como sujeito objeto do trabalho, que não é objeto que se atinge em sua interioridade ou condição biológica, psicológica, etc., com nenhuma *causalidade* externa. O segundo, como agente trabalhador que, ao influir no(s) objeto(s) de trabalho, põe as condições necessárias e suficientes, mediante seu saber e ações tecnológicas, que proporcionam ao sujeito cliente superar sua incongruência física, psicológica, social, ou ainda outra qualquer. Neste estudo tomo como ilustração do trabalho em saúde o agente cliente com tuberculose e o agente

trabalhador do serviço de controle desta doença. O enfermeiro, o auxiliar de enfermagem, o atendente, o médico, o assistente social, entre os demais, se tornam agentes do trabalho no controle da tuberculose e suas práticas se distinguem por suas especialidades, pela natureza peculiar de seu(s) objeto(s) e por suas tecnologias.

A enfermagem participa deste trabalho em todas as suas fases, expressando-as e contribuindo para as suas determinações e atua sobre o processo geral da vida social por uma de suas extensões, o processo de produção de saúde, incluindo formas menores de ação e movimento, de tipo físico, biológico e social. O processo de produção de saúde, como objeto de estudo por parte de ciência, constitui-se criação na reconstituição da congruência externa e interna, tanto do corpo individual, como do corpo social, mesmo que hierarquizado nos níveis coletivo e individual, cada um dos quais demandando para o seu estudo um marco de referência do universal, do particular e do individual. Agora, como é um processo social, o objeto geral corresponde às formas estruturais em meio às quais ocorrem processos particulares de reprodução social e, como consequência, processos epidemiológicos particulares nos quais podemos situar os processos dos indivíduos.

Como vimos, as estruturas criadas pelos homens constituem-se de um conjunto de ações específicas que as caracterizam num campo e domínio próprios. Na enfermagem emergem possibilidades, como em outros campos, de materialização de um processo de autonomização desta prática específica. Neste processo de autonomização devem-se incluir efetivamente os conhecimentos da clínica e da epidemiologia, como saberes não excludentes e complementares. Desta forma, ao visualizar o saber tecnológico, enquanto

linguagem⁶ estruturada e criada, ou seja, como instrumento para entrada ativa em relações de uma específica troca, põe-se a existência de adequações deste saber em ato, trabalho intelectual plenamente efetivado⁷.

A prática em saúde, como antes mencionada, tem suas origens em necessidades determinadas socialmente e se volta para o atendimento delas. Como trabalho, através de seus agentes, transforma a natureza para satisfazer carências e com isso constrói o mundo da saúde, o campo da saúde e suas teorias, nas suas infinitas particularidades. O conjunto de práticas que se institucionalizam como Serviço de Controle da Tuberculose é uma diversidade desta unidade e, também, se constitui em unidade em sua singularidade.

Essas práticas de intervenção sobre a tuberculose são, então, apreendidas como ações de uma rede de relações mais ampla, relações estas que, mesmo diversificadas no concreto singular, se estruturam em si e compõem a estrutura dos serviços sociais gerais. A ação não tem outro fim senão a atividade e por meio desta atividade é determinado o caráter geral do conteúdo, porquanto, o ser em si e o ser por si são os momentos da atividade. A atividade "não tem outras determinações a não ser a ação; o que se desenvolve nada mais pode ser, pois, do que aquilo que a atividade é. Deste modo se determina logo, com efeito a natureza geral do conteúdo. No desenvolvimento, discriminamos somente diversos, a saber, o em-si e o para-si; e a ação consiste decerto em conter em si tais momentos diferentes. A ação,

⁶ "... a linguagem é a consciência real, prática, que existe para os outros homens e, portanto, existe também para mim mesmo; e a linguagem nasce, como a consciência, da carência, da necessidade de intercâmbio com outros homens" (Marx e Engels, 1986, p.43).

⁷ "O saber científico não é nunca uma cópia, muito menos uma cópia cada vez mais aproximada (...) como construções postas ou como segundas naturezas criadas, elas são congruentes, ou são nada, e morrem, tal como o indivíduo que não é congruente consigo e com o mundo. Não sendo aproximações do mundo dito real, elas logicamente não admitem exceções e devem funcionar sempre ao seu contexto, aos "dados" ou categorias a que se refere, ou seja, no seu micro-mundo (...) Neste sentido, a ciência é pura práxis em efetividade" (Etges, 1994, p. 53).

enquanto totalidade dos momentos, é, pois, essencialmente o que denominamos em geral o concreto; e podemos acrescentar: não só a própria ação é concreta, mas também o em-si; o sujeito da atividade, o que principia, começa e impele o desenvolvimento (...) o concreto é algo de uno, a saber, o em si, e também um outro, a saber, a atividade do expor de tal concreto. Ambos os momentos se encontram assim nesse único; e este é o terceiro. Este tem o significado de que o único está em-si no outro, por conseguinte, não tem o outro fora de si, mas nele retornou a si” (Hegel, 1991, p. 92-3). Não só a ação é concreta, mas também o em si, o sujeito da atividade, aquilo que começa; e finalmente o produto é tão concreto como a atividade e aquilo que começa. O concreto deve devir por si mesmo; como em si ou possibilidade, é somente distinto em si, não ainda posto como distinto, mas ainda na unidade. Portanto o concreto é simples e, ao mesmo tempo, diverso.

O agir na interpretação da organização do trabalho em saúde

Toda atividade tende a vencer um obstáculo ou uma resistência qualquer e, em relação a um objeto possível, é sempre um esforço. Neste estudo, como já referido, o objeto é o trabalho do serviço de controle da tuberculose, sua organização tecnológica, e o esforço é por compreender, investigar e analisar a lógica organizativa dos serviços de saúde coletiva, na especificidade daquele trabalho na tuberculose, pela interposição silogística de

suas categorias intrínsecas: o sujeito, o trabalho e a saúde. Este esforço se funda principalmente na lógica da produção da ciência, cuja gênese tem por condição o trabalho material abstrato dos homens, passa pelas formas mais particulares da pesquisa e se completa. O universal passa pelo particular, pois, neste particular, o trabalho abstrato se efetiva na forma particular do trabalho imediato na saúde.

Ao se buscar compor a lógica organizativa dos serviços de saúde não se tem outro guia a não ser investigar o que em qualquer lugar e tempo recebeu o nome de sistema de produção e reprodução de saúde. Na realidade, porém, se o conceito acerca deste sistema de saúde se estabelecer de um modo não arbitrário, mas científico, então semelhante abordagem converte-se na própria essência deste sistema, pois, nesta essência, o específico é que apenas o seu conceito constitui aparentemente o começo e somente o tratado integral desta essência constitui a prova, mais ainda, pode dizer-se, a descoberta do seu conceito, e este conceito é essencialmente um resultado de tal elaboração.

Este estudo se propõe a criar, então, produtos seus específicos, que são categorias e conceitos⁸, e a relacioná-los entre si, buscando interferir nos movimentos que levarão a uma nova lógica adequada com a lógica imanente das estruturas de ações da saúde em geral. Constitui-se em elemento do conjunto de proposições resultantes do pensamento, ou da inteligência, que, a partir de si mesmos, constroem a ciência. Como a ciência “não é reflexo do

⁸No pensamento hegeliano categorias são as *determinações do pensamento*, ou pela identidade que ele formula de realidade e razão, são as determinações da realidade. Segundo Etges (1994) “o indivíduo, ao pensar, produz uma série de atividades em seu próprio interior. É a partir de si mesmo, como universal concreto que ele é, que ele se põe no movimento do pensar, que ele se particulariza, pondo determinações ou conjuntos propriamente intelectuais de operações: ele cria as categorias, constituindo e conformando um objeto que não existe como tal no mundo dado (...) a partir destas ações internas o indivíduo passa a atuar na exterioridade propriamente do mundo exterior produzindo sistemas de coordenações de ações ao nível de seus órgãos externos” (p. 52).

que se costuma pensar *o real*, ou *o mundo dado* (...) constitui a realidade. É essencialmente uma construção, uma produção realizada a partir do trabalho da inteligência: trabalho que é um conjunto ou sistema de operações propriamente intelectuais” (Etges, s/data-b, p. 6), capaz de completo retorno a si a partir dos efeitos por ele produzidos, os quais atuam como causa sobre si mesmo. Só se compreende o que se produz, porque é um reflexo vivo de nossa inteligência autônoma, autoreflexiva. Daí porque se diz “que o intelecto não busca descobrir a realidade encoberta por aí em algum canto do mundo, para expô-la ou refleti-la como uma fotografia ou espelho do que estaria aí de fato, e que antes não se conseguia ver. A realidade é essencialmente um mundo histórico, criado, produzido pela racionalidade do homem. Antes desta produção ela simplesmente não existia. Sua autonomia se funda na liberdade da inteligência, que se desenvolve a partir de si mesma e de suas próprias criações anteriores. Mediante a produção científica, ela cria novas opções de decisão e de ação. É a liberdade efetiva que aí se põe, e não apenas se intenciona” (Etges, s/data-b, p. 7).

* * *

Pensar o sistema de produção e reprodução de saúde como um processo imanente de exteriorizações/construções efetivas dos homens no mundo, garante a unidade concreta do trabalho em saúde. Neste estudo, na especificidade do trabalho de controle da tuberculose. Garante pensar assim tanto a autonomia do conjunto de relações que organiza suas estruturas, de que se compõe, como da unidade real que as sobredetermina - o universal concreto saúde. Mas, enquanto exterioridades, as estruturas, como componentes do sistema de saúde, aparecem como se fossem elementos separados uns dos outros e indiferentes entre si. As diversas determinações ou exteriorizações da unidade podem e devem ser analisadas em sua condição de exterioridade no

momento de exteriorização. Enquanto exterioridades postas, seguem os ritmos, as regularidades e as leis próprias do mundo da exterioridade. É o momento do estudo positivo.

Para esta interpretação da organização tecnológica dos serviços de saúde, pela particularidade do serviço de controle da tuberculose, necessário se fez, então, não a tomada de cognição do compreendido, mas a elaboração das possibilidades projetadas na compreensão dos componentes do sistema de saúde e do conjunto de relações que o organiza, buscando suas possibilidades de objetivação como realidade, isto é, buscando identificar suas características próprias e o seu conhecimento pelos sujeitos envolvidos no processo.

Com o pressuposto de que no trabalho em saúde e, portanto, no trabalho de controle da tuberculose, trabalhadores e clientes são sujeitos autoconstruídos no processo de trabalho e que este processo inclui os conhecimentos científicos específicos e suas aplicações, busquei esclarecer a arquitetura lógica imanente à sua organização por atos⁹ - reflexões acionadas - não seqüenciais e/ou não excludentes que, racionalmente e em linhas gerais, se incluem nas atividades relacionadas a seguir:

1) O conhecimento do movimento espacial/temporal do trabalho de controle da tuberculose, incurso no movimento da saúde pública no Brasil. Esta ação se deu pela análise da literatura científica e de documentos oficiais, que abrangeu livros, artigos de periódicos, teses e dissertações que, com maior ou menor profundidade, se aproximassem do tema saúde pública, do problema

⁹ O ato tem o significado de realidade que se realizou ou se vai realizando, do ser que alcançou ou está alcançando a sua forma plena e final, enquanto se contrapõe ao que é simplesmente potencial ou possível. Alguns atos são movimentos, outros são ações: São ações aqueles movimentos que têm seu fim em si mesmo, por exemplo: o ver ou o entender ou o pensar; ao passo que o aprender, o caminhar, o construir têm fora de si o seu fim, na coisa que se aprende, no ponto a que se quer chegar, no objeto que se constrói. O movimento é o processo que leva gradualmente ao ato que antes estava em potência (Abbagnano, 1982).

tuberculose, da organização do trabalho e dos saberes inclusos nestas práticas. Os documentos oficiais constituíram-se de publicações nacionais e internacionais: informes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e normas, boletins técnicos e publicações específicas do Ministério da Saúde, principalmente tudo aquilo que se relacionava com o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT). Em relação ao Rio Grande do Sul, em específico, foram normas e publicações internas da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente (SSMA), divulgadas através do Programa de Controle da Tuberculose (PCT/RS). Também incluo aqui, por terem sido importantes para as reflexões, as entrevistas, gravadas com os supervisores dos níveis central e regional do PCT/RS, a que se refere a nota 30 do capítulo I. Por referência a esta ação, então, foi possível acompanhar o problema tuberculose tanto na internalidade como na externalidade das relações e estruturas sociais em que se inclui, sua dimensão e risco à saúde dos indivíduos, suas tendências mais gerais de organização e o movimento dos saberes que lhe dão suporte, a epidemiologia e a clínica¹⁰. A contribuição maior desta ação, no entanto, está na compreensão dos fatos e suas associações espaciais/temporais, que permitiu ordenar tanto a seqüência do estudo como a apresentação deste texto. No capítulo I, apresento alguns de seus momentos pontuais e características, bem como as referências de maior interesse a este texto.

¹⁰ O conceito sobre *saúde-doença*, transformado em concepção tecnologicamente operante necessária à constituição do objeto de trabalho para às práticas de saúde, como um dos momentos do processo de trabalho, tem na racionalidade de nossa sociedade, fundamentalmente a *clínica* e a *epidemiologia* como formas de expressão das exigências postas pelas necessidades sociais que se colocam, na prática, como finalidades do trabalho. As análises referentes à constituição e características do saber epidemiológico podem ser obtidas nos textos de Costa (1985), Merhy (1985), Mendes Gonçalves (1986, 1990), Almeida Filho (1989, 1992), Breilh (1991), Barata (1993), Castiel (1994) e Ayres (1995). Não serão tratados neste estudo os aspectos referentes à concepção e às práticas clínicas, recomendando-se aos leitores interessados os textos de Donnangelo e Pereira (1979), Mendes Gonçalves (1979, 1986), Foucault (1980) e Schraiber (1993).

2) **O fazer chegar ao suporte teórico do estudo.** A análise da organização do trabalho em saúde requer o conhecimento do conjunto de relações que se estabelecem entre estruturas sociais, universais. Nesta ação, para não permanecer numa análise aparente da situação, busquei uma aproximação ao conceito de trabalho e suas determinações, conforme o exposto no início deste capítulo, onde o conceito de trabalho humano abstrato surge como base teórica para confirmar a lógica do trabalho em saúde e, portanto, do trabalho de controle da tuberculose. Com esta proposição, além de mais algumas palavras colocadas no início deste capítulo, a fundamentação teórica trespasssa constantemente as reflexões e, portanto, a construção do texto, como resultado do aprofundamento teórico que possibilitou.

3) **A construção do conceito de saúde, universal concreto cuja realização e conhecimento são espaciais/temporais.** O trabalho em saúde e sua organização são expressões do que se pressupõe como saúde e suas determinações, portanto tal pressuposto inclui-se nos produtos deste estudo e antecede os demais. Contém as condições dadas que possibilitam o salto qualitativo que se pretende para a organização do trabalho no sistema de produção e reprodução de saúde. O ato de discorrer sobre o universal saúde leva a muitas discussões, questionamentos e indagações, donde sobejam idéias que induzem à transfiguração de sua especificidade, de suas formas, de suas dimensões e de sua compreensão. É a *construção do conceito* que, no capítulo III, tendo como pano de fundo o repensar das práticas específicas em saúde na particularidade do controle da tuberculose, se apresenta como produto deste estudo, *um conceito*.

4) **A constituição dos núcleos temáticos que dão suporte a este estudo.** Para esta interpretação do trabalho em saúde, através do trabalho de controle da tuberculose, são muitos os aspectos e questões que se põem nas discussões e

análises de suas estruturas e do conjunto de relações que as organizam. Aspectos e questões que, a partir do problema tuberculose como ilustração e do que se pressupõe como saúde, são considerados como elementos de grandes núcleos temáticos definidos para esta interpretação, quais sejam: a **organização do trabalho**, que inclui aspectos como o próprio conjunto de relações que organiza o trabalho, seu atendimento, seu local/espço, a integralidade e flexibilidade de suas ações e suas alterações; o **sujeito do trabalho**, com sua individualidade e externalidade, como agente trabalhador de estruturas; o **conteúdo do trabalho**, que engloba os saberes que dão suporte ao trabalho e suas tecnologias; o **produto do trabalho**, que expressa o próprio pressuposto de saúde; e o **limite do trabalho**, dado pelo próprio sujeito como cliente socialmente posto, que é atendido por outros sujeitos representantes de estruturas, segundo relações éticas e técnicas e pressupostos de igualdade e autonomização nas ações. Estes núcleos temáticos são um *guia* para este estudo, determinando sua organização e apresentação. Apresentam-se em separado, como pontos essenciais que expressam conjuntos de aspectos e questões de um todo, que é o trabalho em saúde, mas constituem uma unidade, pois não ocorrem em separado, formam uma totalidade.

5) Aproximação às características da organização do trabalho de controle da tuberculose pela mediação do agir como agir dos sujeitos deste trabalho. Pensar a organização tecnológica do trabalho em saúde é pensar no conjunto de relações entre suas estruturas. Estruturas estas que são campos de ações que os homens criam e dentro dos quais se desenvolvem. E neste processo de exteriorização dos indivíduos, as estruturas tornam-se independentes deles, ganham autonomia e passam a agir segundo sua lógica própria de desenvolvimento. A lógica passa a ser do conjunto de ações e não mais das intenções dos indivíduos. A estes, entretanto, cabe pensá-las

adequadamente segundo sua lógica própria, para adequá-las às suas intenções e vice-versa. Mas as estruturas se tornam independentes não só em relação ao homem, mas também entre si, “passando a participar das leis do determinado, do finito, da pura exterioridade. O elemento de subjetividade (aquele que faz a unidade da coisa), que consiste no desenvolvimento imanente e autônomo (a partir de si como seu fundamento), desaparece, e passa a existir no elemento e nas leis da pura alteridade. Isto significa, que, pelo menos neste momento, sempre evanescente, a objetivação do homem se identifica com as leis da natureza exterior. É o momento em que o indivíduo assume ativamente o mundo, que ele criou” (Etges, 1994, p. 47). Além de ingerências de outras exterioridades que possam descaracterizá-lo, este é um momento do processo de autocriação do homem, mediado pela criação de mundos por ele postos. Com este pressuposto, tornou-se interessante trazer às análises sobre a organização do trabalho em saúde a ação e o movimento como tal dos sujeitos nele envolvido. E isto se fez por uma *ação comunicativa*¹¹ dirigida a um trabalho específico, o trabalho de controle da tuberculose no Estado do Rio Grande do Sul, mais particularmente o trabalho desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde da Terceira Região de Saúde deste Estado. Esta atividade constituiu-se em *observações diretas* do trabalho desenvolvido nestas unidades sanitárias e em *comunicações pessoais* (entrevistas) de seus sujeitos, tendo por base os núcleos temáticos de análise já definidos neste estudo. A forma e detalhes de como se procedeu esta abordagem são apresentados mais adiante.

¹¹ Os homens formam uma unidade porque se comunicam, isto é, porque podem participar reciprocamente dos seus modos de ser, que assim adquirem novos e imprevisíveis significados. A *ação comunicativa* deste estudo, com o significado de um movimento de comunicação com os sujeitos do trabalho de controle da tuberculose, tem as características específicas das relações humanas enquanto são, ou podem ser, relações de participação recíproca ou de compreensão. Relações não como simples contato físico ou um encontro de forças, ainda que às vezes possa ocorrer entre os homens, mas como relações inter-humanas que implicam a alteridade entre os próprios homens e são relações possíveis.

Através da ação e movimento dos sujeitos do trabalho, então, foi possível percorrer uma caminhada que levou diretamente ao conjunto de coordenações de ações possíveis hoje no serviço, o que difere, no sentido de melhor/pior, do possível em dado momento anterior e do que será possível num tempo futuro. Os indivíduos pensam conforme as estruturas, são, assim, agentes de estruturas (agente/trabalhador ou agente/cliente), reflexos dessas estruturas. Como as desvendam, as percebem, as compreendem em suas operações e relações, são as evidências desta ação comunicativa. Uma interpretação empirista do conteúdo desta ação apenas consegue ver nesta exteriorização dos agentes do trabalho puras positivities dadas. Não vê o sujeito em construção, separa completamente a individualidade física, imediata, dada aos sentidos, da sua exterioridade ou objetividade posta no mundo; não é capaz de entender o processo de sua exteriorização/objetivação no mundo. Daí porque neste conteúdo, na forma de destaques extraídos do todo obtido pelas ações de observações e de entrevistas, se incluem e motivam as análises e discussões das características da organização do trabalho de controle da tuberculose que constitui o capítulo IV. São fragmentos dos diálogos provocados pelas entrevistas ou observados da linguagem própria do trabalho que ilustram convenientemente as análises, a construção das categorias e conceitos deste estudo.

6) A discussão e análise das características da coordenação de coordenações de ações que é o processo de organização do trabalho em saúde e seus produtos. Para a interpretação do modo de ser da organização tecnológica do trabalho em saúde, tendo por referência o trabalho de controle da tuberculose e por pressuposto o conceito de saúde construído no capítulo III, foram utilizados, como fio condutor, os núcleos temáticos já definidos acima. Este processo reflexivo, convenientemente motivado e ilustrado pelos

fragmentos de diálogos selecionados da ação comunicativa, propiciou ao trabalho de controle da tuberculose se expor em suas características, ou seja, em estruturas e relações que as organizam, como mostra o conteúdo do capítulo IV. As falas apresentadas como ilustração, portanto, integram o espaço/tempo auto-reflexivo da interpretação da organização do trabalho quando conveniente, ou seja, integram a própria lógica do trabalho. Ao se comunicar, o sujeito do trabalho expressa uma posição sua, que apresenta estratégias de ação para se situar no conjunto do trabalho. É ação e movimento que não abarca o *todo* do processo organizativo, revela a posição ou limite do sujeito no processo ao expor o que é feito ou reivindicar *re*-posições ou operações que deveriam completar o serviço. Mas este ato do sujeito é apreendido não na dimensão do indivíduo psicológico ou de suas ações particulares em sua plena imediatidade, dado que a concretude aí existe mas não se reduz a esse momento, necessário mas não suficiente no processo de construção do indivíduo como agente de estruturas. Neste processo o indivíduo se põe nas estruturas do serviço; o indivíduo imediato desaparece, comparecendo como agente de estruturas, reflexo dessas estruturas, que são componentes do que se caracteriza como sistema de produção e reprodução de saúde. Este sistema, enquanto unidade do diverso, não é do nível perceptível; são as estruturas que aparecem nos indivíduos. Pensar o sistema de produção de saúde desta forma permitiu ter como pressuposto, nas discussões e análises, a definição de suas estruturas mais gerais que, junto com os núcleos temáticos de análise e demais pressupostos conduziu ao texto do capítulo VI, motivando também o que se diz no capítulo V.

A ação comunicativa dirigida ao trabalho de controle da tuberculose

Na seqüência, passo a descrever a parte relativa à *ação comunicativa* proposta neste estudo, no espaço de trabalho de controle da tuberculose, na minudência do trabalho desenvolvido na Terceira Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Ação que possibilitou trazer às discussões e análises deste estudo a ação e o movimento como tal dos sujeitos nele envolvidos. E a questão que se coloca de imediato é: *por que privilegiar esta Região de Saúde?* Esta Região de Saúde, como definida pela Secretaria de Saúde e Meio Ambiente (SSMA) do Estado do Rio Grande do Sul, inclui o espaço de minhas atividades profissionais, o município de Rio Grande. Espaço onde, atuando como docente do Curso de Enfermagem da Universidade do Rio Grande, tenho desenvolvido, como antes referido, atividades assistenciais à comunidade. Este envolvimento, além de propiciar um conhecimento dos sujeitos e ambientes que se pensou fundamental ao bom andamento da pesquisa, justificou a expectativa de se permitir retornar àquele espaço o produto deste estudo, como uma contribuição específica.

O Estado do Rio Grande do Sul apresenta, atualmente, de uma população em torno de nove e meio milhões de pessoas, distribuída por 427

municípios que perfazem mais de 280.000 km² de superfície territorial¹². Conforme dados já apresentados, obtidos junto à SSMA, através do Serviço de Tuberculose, o controle epidemiológico do problema tuberculose nesta massa populacional tem ficado basicamente a cargo dessa Secretaria, através do Programa de Controle da Tuberculose (PCT/RS), implantado na rede de unidades sanitárias de assistência à saúde desde 1971. As estatísticas reveladas pelo PCT/RS mostram a tuberculose ainda em níveis elevados no Estado, em que pesem os avanços significativos em seu controle nas últimas décadas.

A Terceira Região de Saúde do Estado, por sua vez, constitui-se de 14 municípios, com mais de setecentos mil habitantes em, aproximadamente, 31.000 km² de superfície territorial, ou seja, constitui-se em cerca de 7% da população e 11% da superfície territorial do Estado. Além do município de Rio Grande e o município de Pelotas como sede, compreende os municípios de Amaral Ferrador, Arroio Grande, Canguçu, Capão do Leão, Herval do Sul, Jaguarão, Morro Redondo, Pedro Osório, Pelotas, Piratini, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar e São José do Norte. Com exceção de Amaral Ferrador e Morro Redondo (o primeiro por ser um município recém-emancipado e o último por estar geograficamente muito próximo do município sede da Região), cada um desses municípios conta com uma Unidade Sanitária Básica de Saúde como referido na nota 24 do capítulo I.

Esses municípios, com uma situação geo-climática que favorece o surgimento de doenças bronco-pulmonares, se caracterizam pela presença significativa de grupos populacionais heterogêneos, muitos com precárias condições sócio-econômicas, de forma que a ocorrência da tuberculose em

¹² Os dados atualizados referentes ao número de municípios e população foram obtidos junto a SSMA do Estado. A superfície territorial é um dado do Anuário Estatístico do Brasil 1991, publicação do IBGE (1991).

níveis expressivos é uma certeza. As estatísticas do PCT/RS são contundentes: em 1993 registraram-se em torno de 55 casos novos de tuberculose a cada 100.000 habitantes, frente à média de 45 casos a cada 100.000 habitantes no Estado (SSMA/RS, 1993).

Observando a distribuição desses casos pelos diversos municípios da Região, é possível constatar que Rio Grande, com mais de 90 casos/100.000 habitantes, e Pelotas, com quase 70 casos/100.000 habitantes, são os municípios que mais contribuíram para a média na Região. A seguir vem Arroio Grande, com 55 casos/100.000 habitantes, Santa Vitória do Palmar, com 40 casos/100.000 habitantes e os demais com menos de 15 casos/100.000 habitantes. Ainda, observando as características individuais dos municípios, se constata que os municípios de Rio Grande e Pelotas têm mais de 170.000 e 290.000 habitantes, respectivamente, ou seja, juntos perfazem quase 65% de toda a população da respectiva Região de Saúde. Por esta importância, são dotados de unidades básicas de saúde de oferta e complexidade *superior* de serviços¹³; como consequência atraem para si expressiva parcela da população atribuída a seus municípios pares.

Assim, além de o município de Rio Grande ser o espaço de minhas atividades profissionais, de o município de Pelotas ser a sede desta Terceira Região de Saúde e de terem a importância quanti-qualitativa que se expôs acima, como não só pelo pressuposto de que os produtos deste processo comunicativo guardariam em si os padrões de homogeneidade e/ou heterogeneidade do conteúdo do trabalho, privilegiou-se as unidades básicas de saúde destes municípios como universo para a parte empírica deste estudo, que

¹³ Complexidade em relação às diferentes ações básicas de saúde estabelecidas pela SSMA. As unidades são categorizadas por níveis: nível superior, médio e mínimo, correspondendo, é óbvio, a maior complexidade ao nível superior. Sobre isto ver Picon, Rizzon e Ott (1993).

incluiu a *ação comunicativa* e sua interpretação. A proposta foi atuar diretamente no serviço, fazendo a observação da ação e movimento de seus sujeitos e os entrevistando, de forma a permitir e garantir a plena expressão objetiva/subjetiva do trabalho¹⁴, tendo como cenário essas unidades sanitárias.

* * *

A opção por um determinado recurso para obtenção de informações ou pela combinação de vários recursos depende, não apenas da orientação teórica e das preferências pessoais do investigador, mas também da conveniência e viabilidade de cada recurso em relação ao problema cujo esclarecimento se tem em vista. O tipo de informação necessária, o tipo de informante ou fonte de informação alcançados, a acessibilidade dos informantes ou das fontes de informação e a precisão dos objetivos são questões importantes para o êxito da pesquisa pretendida.

Nesta busca das características tecnológicas do trabalho atual no controle da tuberculose, o instrumento principal para proceder ao reconhecimento dos diferentes momentos deste processo de trabalho, como já dito, foi a ação da investigadora na forma de *observações sistemáticas diretas* do cotidiano do trabalho, expresso pelo atendimento dispensado por seus agentes aos clientes, registrado em sua linguagem por gravações em fitas magnéticas, e na forma de *comunicações pessoais* de seus agentes, que são entrevistas que estes oferecem sobre suas ações e movimentos no trabalho, também registradas em sua linguagem por gravações em fitas magnéticas¹⁵. Este tipo de procedimento tem suas limitações: certamente tanto a observação

¹⁴ Trabalho enquanto prática que contém um lado ideal-teórico e um lado material, propriamente prático, ou seja, constitui-se ao mesmo tempo em ação subjetiva e objetiva. Este processo só existe quando executado no âmbito das relações que os homens contraem com os outros homens.

¹⁵ O referencial teórico para utilização destes instrumentos de pesquisa encontra-se em Nogueira (1964); Goode e Hatt (1979); Bruyne, Herman e Schoutheete (1982); e Minayo (1992).

como a entrevista não se constituem em procedimentos inteiramente objetivos e completos para captar a realidade. Há que se considerar as facetas deste processo de interação social que, dependendo do investigador¹⁶, dos investigados, do espaço e do momento, levam a diferentes níveis de fidedignidade e profundidade do conteúdo obtido. É evidente que a operacionalização destas *ações comunicativas* depende de seu momento: o cansaço, as preocupações do dia e as angústias vão interferindo no desenvolvimento de um diálogo completo, mesmo assim o ambiente vai sendo provocado, elucidado, perturbado, resultando num conjunto de *evidências* que sinalizam a análise. A realidade é um movimento de contradições que produzem e reproduzem o modo de existência social dos homens: o real é movimento temporal/espacial de constituição dos seres e de suas significações e criações, e esse processo depende fundamentalmente do modo como os homens se relacionam entre si e com a natureza. A unidade do fenômeno é a própria unidade da essência, é a unidade que se produz do interior e do exterior; é o interior que se manifesta efetivamente no exterior, é o real.

Nas *observações sistemáticas diretas*, o foco foi a caracterização teórica do trabalho, apreendendo quais as ações que os agentes realizam, como as realizam e quais as manifestações dos saberes que orientam o trabalho para atingir o fim a que se propõem. Dado que este trabalho se compõe não só de ações técnicas mas, e principalmente, do movimento de seus sujeitos como agentes de estruturas, para complementar as inobservâncias

¹⁶ O investigador sempre afeta de alguma maneira as investigações. Entendo que a posição objetiva do investigador não se constitui em sinônimo de neutralidade pois “a neutralidade é falsa ou inexiste na medida que qualquer procedimento de investigação envolve pressupostos teóricos e práticos variáveis segundo os interesses sócio-políticos que estão em jogo no ato de conhecer. A objetividade é relativa, na medida que o conhecimento social sempre consiste em aproximações sucessivas relacionadas com perspectivas de manutenção ou de transformação. A passagem de uma aproximação a outra não é de tipo aperfeiçoamento de pormenorização da informação coletada. Sempre exige deslocamentos e ruturas de perspectivas” (Thiollent, 1987, p.28-9).

intrínsecas às observações, foram aplicadas também *entrevistas* com estes agentes, como um segundo instrumento para captar suas concepções sobre saúde, sobre seu trabalho na tuberculose e sobre a relação deste trabalho com a proposta atual de organização dos serviços de saúde - SUS.

* * *

Definidos o cenário e os instrumentos para a investigação do trabalho de controle da tuberculose, necessário se fez pressupor estratégias para alcançar este objetivo. Admitiu-se que tanto as observações como as entrevistas seriam dirigidas a todas as ações e movimentos internos e externos dos agentes presentes nas unidades básicas de saúde¹⁷, quando das investigações, todas as que se fizessem de interesse para este estudo: ações e movimentos do pessoal auxiliar para o setor de tuberculose, das assistentes sociais e dos médicos. Definiu-se que as observações sistemáticas diretas deveriam se estender por um turno ou período de atendimento dos respectivos profissionais e que as entrevistas se realizariam com base em um conjunto de questões pré-elaboradas para a sua motivação.

Tanto a forma como se procederiam as observações como a elaboração das questões estimuladoras das entrevistas foram sucessivamente discutidas com os integrantes do Núcleo de Estudos sobre Saúde, Trabalho e Cidadania - Grupo PRÁXIS, do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Um protocolo com o conjunto de questões norteadoras das entrevistas, em sua forma última, é apresentado ao final deste capítulo, junto com outro protocolo de registro usado durante as observações. Como a investigadora já conhecia o serviço, suas técnicas e

¹⁷ Nas Unidades Básicas de Saúde da SSMA, no setor da tuberculose ao nível local, estão o médico generalista ou médico específico da tuberculose, o bioquímico, o auxiliar e/ou técnico de laboratório e o pessoal auxiliar para o setor da tuberculose, podendo estar também a assistente social e a enfermeira.

principalmente seus agentes e espaços, foi estabelecido que, nas observações, a ação comunicativa se faria pelo ato em si de *observar* simplesmente, gravando-se a linguagem, e que, nas entrevistas, a ação estaria em estimular o entrevistado a discorrer sobre suas ações e movimentos, isto é, sobre seu trabalho, tendo por referência e motivação questões pré-elaboradas, gravando-se também a linguagem.

* * *

Ainda que os agentes e ambientes que constituem o trabalho de controle da tuberculose na Terceira Região de Saúde fossem conhecidos da investigadora e esses agentes tivessem conhecimento desta pesquisa, antes de sua realização, no final do ano de 1994, procurou-se mais uma aproximação direta com a Coordenação Regional da SSMA em Pelotas. O objetivo específico desta aproximação foi confirmar a anuência para a investigação dos serviços, mas serviu também como mais uma oportunidade para obter informações outras, úteis a este estudo. Visando tornar o processo da pesquisa o mais transparente, ético e objetivo possível, na mesma época manteve-se um diálogo com aqueles agentes dos serviços, tanto na unidade sanitária de Rio Grande como na de Pelotas, procurando explicar-lhes a forma como se pretendia que participassem.

Entre janeiro e fevereiro de 1995, período adequado dentro do desenvolvimento deste estudo, foram realizadas nove observações diretas aos serviços e onze entrevistas com seus agentes, conforme mostra o quadro inserto a seguir. Todas as observações aos serviços se deram no interior do espaço físico das unidades, dado que não estavam sendo realizadas, nestas unidades, atividades externas, como a busca de casos novos e visitas domiciliares.

O quadro mostra que, privilegiando o atendimento dos agentes auxiliares aos clientes do serviço, foram realizadas quatro observações, incluindo cinco entregas de exames, quinze entregas de medicação e cinco entrevistas com os pacientes iniciantes no programa de controle da tuberculose. Com relação ao atendimento da assistente social, foi feita uma observação, abrangendo dez entrevistas desta agente com os pacientes na entrega da medicação mensal ou início de tratamento. Com referência ao atendimento médico, foram quatro observações, totalizando trinta e uma consultas aos pacientes. No quadro é possível ver, ainda, que as entrevistas foram dirigidas a quatro auxiliares, uma assistente social e seis médicos.

COMPOSIÇÃO DA AÇÃO COMUNICATIVA						
AGENTE	OBSERVAÇÃO			ENTREVISTA		
	DURAÇÃO (minutos)	NÚMERO DE ATENDIMENTOS ¹	TURNO	DURAÇÃO (minutos)	TURNO	
AUXILIAR	240	Entregas de exames - 4 Entregas de medicação - 5 Entrevistas com clientes - 3	MANHÃ	90	MANHÃ	
AUXILIAR	240	Entregas de exames - 1 Entregas de medicação - 6 Entrevistas com clientes - 2	MANHÃ	70	MANHÃ	
AUXILIAR	180	Entregas de medicação - 2	MANHÃ	60	MANHÃ	
AUXILIAR	180	Entregas de medicação - 2	TARDE	30	TARDE	
A. SOCIAL ²	180	Entrevistas com clientes - 10	TARDE	70	TARDE	
MÉDICO	120	Consultas - 12	MANHÃ	60	MANHÃ	
MÉDICO	90	Consultas - 8	MANHÃ	40	MANHÃ	
MÉDICO	120	Consultas - 10	MANHÃ	70	MANHÃ	
MÉDICO	30	Consultas - 1	MANHÃ	30	MANHÃ	
MÉDICO ³	-	Consultas - 0	MANHÃ	30	MANHÃ	
MÉDICO ³	-	Consultas - 0	MANHÃ	40	MANHÃ	

¹Os atendimentos considerados aqui são aqueles na relação direta com o cliente;

²A entrega da medicação pela assistente social também se constitui em um momento de entrevista com os clientes;

³Estas observações não se realizaram por falta de clientela no período previsto para suas realizações.

Para possibilitar a análise dos dados, o conjunto de diálogos gravados foi transcrito na sua totalidade. Foi a fase desta pesquisa mais fechada no seu próprio momento, mas que potencializou as fases subsequentes. Na continuação procedeu-se à leitura atenta de todo o produto transcrito, buscando identificar seus pontos de conexão com os núcleos temáticos propostos neste estudo. Os pontos de interesse foram, então, organizados conforme esses núcleos e reexaminados sucessivamente para a seleção dos fragmentos de diálogos potenciais utilizados nas análises e discussões que constituem o conteúdo do capítulo IV.

Gradativamente esses fragmentos de diálogos foram ilustrando e motivando as discussões e análises que, por sua vez, foram dando corpo ao texto deste trabalho, provocando novas questões, exigindo novas discussões e análises, novas ilustrações, nova motivação para continuar até o seu desfecho. Visando distinguir os fragmentos de diálogos, ao final de cada destaque no capítulo IV, identifica-se no texto o tipo de comunicação que lhe deu origem e o tipo de agente que teve o trabalho observado ou foi entrevistado.

PROTOCOLO - TIPO 1

COMUNICAÇÃO PESSOAL

Nº

QUESTÕES NORTEADORAS DAS ENTREVISTAS

1ª QUESTÃO - Formação profissional

Como se deu a preparação do agente para o trabalho?
De que decorre a especialização do agente?

2ª QUESTÃO - Trabalho do agente

Como o trabalho do agente se articula com os outros trabalhos que têm em comum o controle da tuberculose?

3ª QUESTÃO - Estrutura do trabalho

Qual a compreensão do agente acerca da estrutura do trabalho no Programa de Controle da Tuberculose (PCT/RS)?

4ª QUESTÃO - Conhecimento científico-tecnológico

Qual a relação que o agente percebe entre o conhecimento científico-tecnológico e o trabalho no controle da tuberculose?

5ª QUESTÃO - Cliente do trabalho

Como o agente compreende o cliente na estrutura do trabalho de controle da tuberculose? E como o compreende no interior de seu próprio trabalho?

Observações -

AGENTE -	TEMPO DE SERVIÇO	UNIDADE SANITÁRIA
Idade -	Na saúde pública -	Local -
Sexo -	No controle da tuberculose -	Turno -
INÍCIO -	FITAS MAGNÉTICAS	
TÉRMINO -	Quantidade -	Números -

PROTOCOLO - TIPO 2

**FOLHA DE REGISTRO DE OBSERVAÇÃO N^o
DIRETA NO TRABALHO**

Observações -

AGENTE -	TEMPO DE SERVIÇO	UNIDADE SANITÁRIA
Idade -	Na saúde pública -	Local -
Sexo -	No controle da tuberculose -	Turno -

INÍCIO -	FITAS MAGNÉTICAS
TÉRMINO -	Quantidade - Números -

CAPÍTULO III

VONTADE SUBJETIVA E A AÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE

A vontade de saúde tem o significado da essência, da vontade de viver, que é a razão do mundo. É universal enquanto racionalidade, é um irresistível ímpeto em nossa vida, chega a ser a própria vida. E os saberes que lhe são coadjuvantes têm um fim que ultrapassa a jurisdição do mero conhecimento acerca das coisas individuais, para construir a totalidade do sujeito, constituindo-se em componentes desse sistema universal em cujas relações se objetiva o racional, o comum - a saúde enquanto vontade coletiva.

Neste capítulo proponho colocar¹ o que se constitui, com certeza, um problema fundamental não resolvido em toda esta trajetória atual

¹ Esta construção é resultado do aprofundamento teórico pela participação no Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Saúde, Trabalho e Cidadania do Curso de Enfermagem da UFSC, Grupo Práxis, e no Grupo de Estudos ligado ao Curso de Mestrado em Educação da UFSC, norteadas por reflexões inerentes à leitura dos escritos de Karl Marx, Friedrich Hegel e Norberto J. Etges.

de propostas para mudanças no sistema de saúde, que é o próprio *conceito de saúde*, não com a vaidade de esgotar o assunto, até porque é um conceito que se constrói, mas buscando participar, nesse tempo, desse movimento universal. Utilizo como pano de fundo para esta reflexão, o que é consequência, o examinar das práticas específicas, a partir de uma especificidade, *o controle da tuberculose*.

O bacilo de Koch, em sua potencialidade como agente etiológico da tuberculose, pode alterar um estado de coisas posto como normal em nível do corpo individual. Pode fluir daí o que se percebe no processo saúde/doença como enfermidade, ou ainda, o que se percebe como uma inadequação do corpo existencial do homem - o indivíduo tuberculoso. Ao refletir essa inadequação em termos de um pensamento concreto², ou ainda, o que vem a ser o mesmo em termos de um conceito, entendo ser necessário partir não dessa inadequação, desse fenômeno propriamente, mas sim de seu contrário, partir de um *corpo* com sua adequação. A essa situação estou chamando de *saúde*, o que vem a ser o mesmo que a apresentação de sua *congruência* interna e externa, momento em que a aparência e a essência de fatos, comportamentos e representações se unificam na concreticidade autêntica do ser que a possui.

² “O pensamento nada é de vazio, de abstrato, mas é determinante e, claro está, a si mesmo se determina; ou o pensamento é essencialmente concreto. A este pensamento concreto chamamos conceito. O pensamento deve ser um conceito ainda que se afigure como abstrato, deve em si ser concreto (...) o conceito é o pensamento na medida em que a si determina, o pensamento no seu vigor e atividade, ou o pensamento enquanto a si mesmo confere conteúdo (...) o conceito é o pensamento que se tornou ativo e consegue determinar-se, criar-se e produzir-se; não é, pois, simples forma para um conteúdo, mas forma-se a si mesmo, confere a si próprio um conteúdo e determina para si a forma (...) condensamos o fato de o pensamento já não ser abstrato, mas determinado, enquanto a si mesmo se determina, com a palavra (concreto)” (Hegel, 1991, p. 80).

Essa congruência como verdade de saúde só é concebível enquanto realização, efetividade, pois a verdade se funda no conceito absoluto e aqui, mais especificamente, na própria idéia de saúde. No reino da idéia³, a saúde, o conceito saúde, geralmente inclui uma precisão e uma unidade de abstratos do processo de representação e dos produtos do intelecto que impedem o pensamento de ir além, ou seja, de levar até a consciência tanto a totalidade da verdade, como a saúde concreta em si, a saúde nos corpos singulares. Unidade, aqui, no sentido de um conjunto de relações que constitui o objeto numa classe, que o identifica e é seu invariante, e a configuração exterior no tempo e no espaço, que pode assim assumir inúmeras formas.

Introduzindo um pouco da linguagem e da concepção hegeliana do conceito, tudo aquilo que determina a identidade de um ser, tudo aquilo que o diferencia dos outros seres, que o classifica e, ao mesmo tempo, mantém sua unidade é um universal concreto, singular. **Saúde é um universal concreto, é uma estrutura de organizações que consiste no conjunto de relações de produção de componentes, que tem como conteúdo a produção de congruência interna e externa dos corpos. Componentes que vão modificando, transformando as relações entre si, à medida que vão interagindo com o ambiente. Portanto, saúde constitui um sistema enquanto unidade concreta que transforma e faz desenvolver este conjunto, esta rede de relações de produção de componentes que se expressa nas formas biológicas do indivíduo e nas estruturas das ações coletivas. Estas, por se situarem essencialmente na exterioridade do**

³ “A idéia é a unidade do conceito e da realidade; o conceito é a alma, e a realidade é o envoltório corporal. O conceito realizado constitui a idéia” (Hegel, 1988-a, p.93).

mundo dado, são, ao mesmo tempo, expressão e condição de desenvolvimento das formas biológicas, postas na individualidade do sujeito, desse invariante que é estruturalmente social. Por ser estruturalmente social, o indivíduo, biológico e psicológico, pode ser perturbado por condições propriamente coletivas de saúde. Uma pedra não se define e não tem estrutura de relações sociais internas: logo, não pode ser perturbada pelas condições *comuns, sociais* das outras pedras. Um conjunto de pedras em decomposição não afeta ou perturba um bloco de granito ou de basalto mais novo.

Tenho em conta que a saúde não se constitui numa abstração do intelecto como generalidade ou conceito mental geral; é um conjunto de relações objetivas capaz de se auto-realizar até o desenvolvimento completo. Expresso isto dizendo que a saúde é um conceito que se realiza até a idéia absoluta. **Quer dizer que, no nível da ciência, saúde é uma categoria ou conceito (conjunto de relações *construídas* necessárias, universais, invariantes) e suas aplicações no tempo e no espaço que o realizam estruturalmente.** Enquanto existente em si e para si, essa idéia é a verdade em si. O espírito absoluto é o espírito enquanto universal e não enquanto particular e finito. Saúde é o conteúdo que se mostra em formas diversas, mas de tal modo que mantém sempre sua identidade e unidade, pois é o que faz a unidade do diverso ser sempre a mesma. Em outras palavras, a saúde é um conceito radical no seu sentido concreto, invariante, universal. É abstrato no sentido de ainda não realizado. É conceito que, na sua concreticidade, se expressa no sujeito e, como tal, diferenciado e dimensionado para cada um particularmente.

Ao expressar saúde como a congruência interna e externa dos *corpos*, apresento um conceito, assumido aqui nem como uma reflexão sensível de um lado, nem como um pensamento subjetivo de outro. O conceito

é aqui compreendido como algo diverso do simples pensamento, é o pensamento que se tornou ativo e consegue em si determinar-se, criar-se e produzir-se. Na saúde, nada mais há senão o que se refere aos aspectos do seu conteúdo e serve para o exprimir. O conteúdo, a significação de saúde é núcleo, a própria coisa reduzida às suas determinações e, ao mesmo tempo, mais compreensiva, por tal diferindo de sua forma. Assim acontece quando indico saúde pelas palavras *congruência interna e externa dos corpos*, o que vai fornecer uma base à manifestação: é o abstrato no sentido de não estar desenvolvido, realizado, veri-ficado. Pelo contrário, a manifestação desse conceito no sujeito é que é o concreto, ou seja, seu desenvolvimento.

Abstrato e concreto, conteúdo e forma, no entanto, não existem para permanecerem indiferentes um ao outro, ou numa justaposição puramente exterior, pois a significação, embora abstrata, enquanto simples conteúdo, está destinada a realizar-se, quer dizer, a tornar-se concreta. Em sua potencialidade inicial está posta a necessidade de sua efetivação. Qualquer que seja o valor próprio de um conteúdo, não será satisfeito o seu caráter, pois sempre será exigido algo mais, algo mais posto por sua realização que em si é sua própria identidade. Nesse sentido está, na dimensão da idéia, o próprio conceito ampliado de saúde na modernidade, exarado quando da VIII Conferência Nacional de Saúde, em que saúde abrange os condicionantes sociais de vida, ou seja, abrange as condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho e transporte, emprego e lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. Saúde (ou sua não presença pela produção de incongruência) é assim, neste significado, antes de tudo, a expressão das formas de organização social da produção adequadas e congruentes ao sujeito enquanto *Sujeito*.

Entretanto, apesar de as relações estabelecidas no processo social de produção gerarem efetivamente grandes desigualdades nos níveis de vida e de saúde, este processo, mesmo que importante, não pode ser considerado como onipotente, como único determinante, nem das desigualdades sociais e nem, em particular, dos fenômenos do processo saúde/doença. Nessa externalidade ao conceito saúde, evidencia-se o vazio infinito por onde podem se precipitar todas as formas possíveis e imagináveis de condicionantes objetivos ao alcance da congruência dos corpos.

Para que a congruência ocorra, não basta nem o lado subjetivo do conteúdo, puramente interior, nem o lado objetivo da forma, como já comentado. As necessidades do homem, tal como expressas no conceito universal de saúde - seus desejos, seus interesses, sua vitalidade física e mental -, devem objetivar-se, ou seja, devem transferir o que inicialmente se encerra no subjetivo e interior para a objetividade, e, só quando satisfeita esta exigência, se acha realizada uma exigência completa, única suscetível de contentamento. A situação não se apresenta como se o objetivo fosse apenas aquilo que falta ao subjetivo ou está fora dele. Trata-se de uma relação mais estreita, de uma dependência mais íntima, onde o subjetivo procura uma posição, uma identidade diante da possibilidade da indiferença das formas. O subjetivo sente, em si próprio e por si próprio uma ausência, uma negação do já dado que, por sua vez, procura outra posição. **Saúde é um impulso interno que se encarna no mundo, nas formas externas do corpo e do ambiente social.** O sujeito assume os elementos externos, consumindo-os para a definição/construção de um novo estado do seu desenvolvimento, algo que não termina jamais. Assim, o conceito saúde inclui os elementos do mundo natural e, o que nos interessa aqui, do mundo social. Daí sua condição de particularidade para cada sujeito.

A saúde como conceito⁴ é uma unidade de determinações, não um mero agregado ou somatório de características. A definição agregativa cai no mau infinito: é isto, é mais isto, é mais aquilo, definição que é indeterminada. Mero monte de tijolos, não um edifício. A unidade precede logicamente às partes, pois elas, somadas ou agregadas, não chegam nunca à unidade, e, muito menos, à unidade do diverso, por mais refinada e complementada que seja a definição formal. Sim, porque a definição *somativa* é sempre formal. É própria da lógica identitária: lá, o social fica totalmente separado do indivíduo, e este, ainda que definido como social, é sempre uma mônada autista. Este conceito contém todas as determinações que nele existem. Como pensar saúde sem condições externas adequadas ao indivíduo para manter esta congruência? Como pensar indivíduo sem tuberculose, quando suas condições materiais de vida potencializam tal possibilidade? Do ponto de vista técnico, a vacina é condição necessária para erradicar a doença coletivamente. O tuberculoso é potencialmente agente contrário ao vacinado. Seu tratamento medicamentoso, suas condições de vida, também são condições necessárias para o controle coletivo da doença. O conceito de saúde possui essas determinações enquanto conceito, enquanto congruência.

A natureza é indiferente ao ser vivo, embora seja condição de sua existência. E o homem, como ser finito, sempre tem que tornar o ambiente adequado a si. No processo de interação com o mundo dado, ele pode, como resultado de suas estruturas parciais, entrar em incongruência consigo e com o próprio mundo, um estado que pode ser e é inadequado à sua condição de ser

⁴“O conceito implica determinações; será abstrato ou concreto. É concreto quando unidade de objetos diversos, quando é a unidade das diferenças que, permanecendo ainda no conceito e não expressas no real, são de natureza subjetiva, ideal. Enquanto esta unidade só existe no conceito, ela constitui a consciência subjetiva do meu eu; a multiplicidade das diferenças está como que comprimida na minha pessoa. Mas, na realidade, os objetos estão separados uns dos outros, não existem em estado de compressão” (Hegel, 1988-a, p. 94)

saudável. No processo de reconstituição da saúde ou da congruência global e do corpo afetado, o sistema todo torna-se incongruente para *expulsar*, mediante novos componentes (específicos internos), a incongruência. Da mesma, forma o sistema de instituições externas da saúde.

A congruência interna e externa, saúde como unidade, a própria vida, contém em potência *tudo* o que, no espaço, aparece em ato, ou seja, contém a expressão própria de *ser* saudável. Contém toda variação de fatores que podem e dão características à saúde, à existência. Mas, se olharmos para a saúde individual corporal propriamente, não distinguimos esses fatores designados imediatamente. Sua forma só adquire sentido pelo seu conteúdo - a particularidade do sujeito. O conceito saúde, desse modo, implica uma unidade ideal, pela mediação dos seus momentos particulares. O que mais se evidencia naquele singular é a dimensão biológica, enquanto inadequação.

Saúde, como a vida, a liberdade, a justiça, está tão e exclusivamente aderida na objetividade, na materialidade sensível do mundo natural, que não percebemos sua presença, pois não aparece enquanto identidade em si. Não é um plasma flutuando sem corporeidade. Só se materializa nos corpos individuais e só fica visível a sua presença quando da interferência de sua lógica própria pela mediação objetiva dos corpos em si, ou seja, as determinações deixam de ser fatores ou variáveis e realizam-se numa forma (a doença), visível apenas por corporificar-se como anomalia no sujeito. **Mas enquanto abstração, ainda não objetivada nas particularidades de suas estruturas corporais e sociais, saúde é apenas uma congruência ideal. Precisa pôr-se em estruturas corporais e sociais para se realizar.**

Esta colagem aparente do mundo natural que o homem possui, que está posta no indivíduo, significa partir do princípio de que a saúde já seria um conteúdo próprio da existência do homem. E o homem, por sua finitude,

impede esta perfeição de se desenvolver e aparecer, ou permite que ela se manifeste pode aparecer pelo seu oposto, por uma imperfeição, a doença. Nesse sentido, o problema é da ordem da finitude; a natureza projetou o homem perfeito, saudável, mas essa natureza é subsumida no social, na externalidade do ser que é imperfeito por sua materialidade.

Saúde é isto? Posso dizer que a *saúde* é algo dado, natural, quase que existente independentemente do próprio homem? Que o homem deve se proteger apenas contra as alterações vindas do mundo exterior? Ou seu interior orgânico/psíquico constitui-se em si inadequado, alterado nesta perfeição? Acredito que não. Como antes mencionado, saúde é uma construção que busca a congruência interna e externa do corpo individual/corpo social. Ao se pensar saúde assim, sendo construída interna e externamente, muda-se o princípio, de natural para artificial, para construído.

Assim, mesmo que aparentemente a lógica da saúde, em sua internalidade, possa parecer autônoma em si mesma, independente das ações dos homens, traz em si a construção histórica dos indivíduos. Essa arquitetura se dá por meio do trabalho, da produção de conhecimento que o homem vai buscando em sua particularidade enquanto indivíduo e em sua genericidade enquanto participante social. Em sua constante adequação dentro das estruturas conduzidas e condutoras dos homens, envolve aspectos políticos, econômicos, éticos, filosóficos e culturais, inerentes ao seu espaço/tempo histórico.

Posso repetir, dizendo que saúde é um universal concreto, que se expressa nas formas biológicas do indivíduo e das estruturas das ações coletivas. Estas, por se situarem essencialmente na exterioridade do mundo dado, são, ao mesmo tempo, expressão e condição de desenvolvimento das formas biológicas, postas na individualidade dos sujeitos. **O homem pode**

estar tuberculoso e não *ser* tuberculoso. Pois não é o bacilo por si apenas (ele é condição necessária mas não suficiente) que causa a inadequação nas estruturas interna/externa do homem e sim estas próprias estruturas em si, que permitem o ataque que resulta na tuberculose.

O ponto de partida para a busca do entendimento desta adequação interna/externa do homem é a saúde e não o bacilo, é incluir a operacionalização do conjunto de ações coordenadas para a assistência à saúde nesta compreensão⁵, levando em conta a totalidade posta do sujeito e não somente seu momento de inadequação, ou, ainda mais equivocadamente, considerando só a ação do bacilo como causadora da incongruência no indivíduo.

O trabalho em saúde, na modernidade, tem sua organização tecnológica estruturada num conjunto de ações apropriadas à produção e reprodução de adequação, ou seja, de saúde, objetivadas imediatamente num conjunto de relações limitadas aos componentes do corpo e hoje, em sua mediatidade, pretende incluir, nesses componentes, sua dimensão social. Desta forma, os argumentos para essa organização têm sido mais clínicos, no nível dos saberes positivistas disponíveis sobre a estrutura fisiopatológica do indivíduo, do que epidemiológicos. Os saberes epidemiológicos não são tão disponíveis, são velados e, de forma predominante, pertencem a processos de indução iniciados com coletas e organização de informações empíricas,

⁵ Para Hegel (1991), “no pensamento, sobretudo no especulativo, compreender significa algo de muito diferente de captar apenas o sentido gramatical das palavras e de as acolher em si apenas até ao âmbito da representação (...) Para que algo se torne compreensível ou, como também se diz, concebível, importa reconduzi-lo à sua metafísica, ao órgão do seu ânimo; é, pois, segundo o seu sentido. O entendimento, tal como o sentido, expressa a bilateralidade observada: o entendimento de um homem ou de uma coisa ou também o seu sentido é o seu teor e conteúdo objetivo; mas o entendimento, que eu apreendo ou tenho de algo, ou o sentido que ele tem para mim - (que tenha um entendimento de algo, ou que ele tenha para mim sentido) - concerne à figura em que ele é para mim, à metafísica de que ele se reveste, e se esta é ou não o do meu representar” (p. 15-45).

submetidas a técnicas estatísticas de análise que buscam o esclarecimento de *nexos causais*⁶, nem sempre de fácil percepção em seus significados no retorno ao meio que os gerou. Essa forma organizacional tem sido de grande eficácia à recuperação dos corpos e ao controle da doença nos diversos estratos da sociedade, mas é limitada para a construção de saúde, de *congruência* interna e interna dos corpos. O foco da organização do sistema é a doença como conceito nuclear, mas apenas em seu sentido separado das determinações sociais, ou seja, como entidade nosográfica.

O individual e o coletivo, como aspectos da manifestação da saúde, são expressões não separáveis desse mesmo elemento, que se identifica com o próprio conceito universal concreto vida. O atendimento clínico-individual ou *direto* e o atendimento coletivo ou *indireto* são, assim, expressão do desenvolvimento deste conceito, o qual, para sua adequação, requer todas as formas de ações necessárias para que haja tal congruência.

As construções científicas inerentes à Organização Tecnológica do Trabalho, seja em nível do corpo biológico, seja do corpo social constituído de diferentes grupos, fundamentalmente, em distintos tempos e espaços, devem aproximar as forças objetivas à vida, para possibilitarem que o produto do trabalho em saúde, enquanto algo de valor (algo funcional), alcance os efeitos adequados e busque decompor esse estado de coisas representado aí como carecimento ou ausência. Ao querer compreender as estruturas materiais e

⁶ Boa parte das questões epidemiológicas não encontram respostas satisfatórias nos estreitos limites dos métodos positivistas e as relações e associações causais de tipo probabilístico cedem lugar a modelos de determinação histórico-estrutural nos quais os dados empíricos ganham o sentido através das relações que estabelecem no interior do modelo explicativo e deste com a realidade que pretendem realizar. O modelo explicativo consiste em construções a partir da análise das evidências empíricas, mediante as quais se procura destacar, aglutinar, relacionar, aqueles aspectos de interesse para a interpretação, aquilo que segundo a teoria científica orientadora da investigação constitui o essencial para a compreensão dos processos investigados. Para o estudo das características dos saberes epidemiológicos ver Mendes Gonçalves (1986), Almeida Filho (1988) e (1992), Possas (1989), Costa et al. (1990), Castiel (1994), Melo Filho (1994) e Ayres (1995).

culturais através das quais o homem, por relações internas com estes mundos construídos, se exterioriza, se constrói e assim, também, compreender o próprio homem, é necessário estudar as disposições e ordens, em sua conexão interna ou imanente.

A tuberculose como estímulo focal para uma reflexão da própria saúde, um olhar para dentro dessa problemática, suscita uma busca a novos modelos teóricos e prático-organizacionais. É com freqüência através das doenças que se reflete mais intensa e profundamente a saúde; é com ela que se toma consciência do próprio corpo, dos limites, da satisfação alterada. É este, também, um momento de informação científica e de educação, educação no sentido de evitar a doença ou, no caso de sua presença, de propiciar possibilidades exteriores, conhecimento/tecnologia, para a mudança.

* * *

O ato de discorrer sobre o universal concreto *saúde* leva a muitas discussões, construções e desconstruções, como se pode observar pelo escrito anteriormente. Decorre de intensos questionamentos, indagações, donde sobejam idéias que levam à transfiguração de sua especificidade, de suas formas, de suas dimensões e, por conseqüência, de sua compreensão.

Posto que as idéias se seguem ao debate interior e exterior, neste momento aponto para *algo* que torna e transforma a saúde em matéria objetiva na qual está contida a subjetividade, o *homem*. Ao se falar saúde fala-se homem, indivíduo e coletivo: *eu* que é *nós* e *nós* que é *eu*. Fala-se do que é comum a todos os homens. E ao reconhecer o indivíduo como entidade, sendo um ser estruturalmente social, é possível compreender, ainda que numa forma implícita, a necessidade de organizações que visem simultaneamente o indivíduo enquanto particular e social. E, certamente, será este entendimento

envolvido que direcionará, pelo menos em princípio, o que será aceito ou refeito à forma explícita da idéia - o conceito - que se busca verificar.

A consciência deste pensar favorece um *enxergar acionado* que lhe justifica a importância. Assim, assumir o homem como estruturalmente social implica entender os ditames do conjunto de relações que este estabelece consigo mesmo, com seus pares e em mundos diferentes, para que se caracterize esta estrutura, ou seja, implica ter uma organização que o defina como tal. A dimensão social pressupõe uma convivência recíproca que se estabelece entre partes, entre si enquanto indivíduo e indivíduos diferentes de si e o mundo construído.

A organização relacional que funda esta estrutura inclui as transformações concretas do ser social, produzindo seus componentes integrantes. Então, o limite do conjunto de relações que organiza esses componentes é o singular, não como limite apenas, mas também como parte da própria estrutura, ou seja, os limites são definidos na própria relação do particular com o geral.

Ao mesmo tempo em que depende da integridade dos processos internos e externos que o fazem possível enquanto singular, o indivíduo é um fenômeno que possibilita a distinção do todo, é a unidade do conteúdo e das inúmeras formas que pode assumir nas estruturas. Esta unidade do conteúdo e da forma, no entanto, só existe e tem efetividade nas formas concretas de cada corpo, existindo nos corpos concretos como conteúdo que determina suas formas. Em outras palavras, posso dizer que o indivíduo se constitui como distinto do espaço exterior circundante através de sua singularidade, como também é inseparável, neste(s) espaço(s) exterior(es), de sua internalidade, fundindo, na diversidade de suas relações, a unidade.

O indivíduo enquanto estrutura social, portanto, constrói relações: primeiro em sua organização interna e, como mediador, constrói possíveis sistemas de relações no mundo externo, natural e social, tal como o sistema de produção e reprodução de saúde, que em suas estruturas e relações é analisado no capítulo que se segue. Neste sentido, o ser da ação e o ato de construir compõem uma unidade, são inseparáveis e isto constitui o modo específico/singular da externalização do indivíduo. O sujeito, ao externalizar-se, traz em si a relação da ação propriamente dita e a relação da vontade subjetiva; então ele cria a sociabilidade estrutural ou a organização relacional. A alteridade tanto está em seu interior, ou seja, sua própria alteridade, como se mostra na exterioridade, ou seja, a alteridade do outro. E isso acontece quando a relação, agora construída, não apresenta o limite do movimento singular, mas o limite do movimento coletivo.

A sociabilidade estrutural pressupõe, portanto, a alteridade, ou seja, pressupõe a negação da posição da vontade subjetiva para a posição da ação, do ato, da própria realização. Para agir e não se autodestruir na ação, o indivíduo se põe em duas posições subjacentes em que, numa analogia com as posições do Senhor e do Escravo de Hegel, a posição do Senhor representaria a vontade subjetiva, o desejo, e a posição do Escravo representaria um outro momento desta vontade, uma negação em posição que é ação/trabalho. Neste sentido, esta ação/trabalho é uma parada, um parêntese daquela vontade subjetiva, sendo a negação (ação) o próprio objeto do desejo.

Posso dizer que há alteridade em todo o movimento que compõe as relações Senhor/Escravo. Há alteridade na relação Senhor e a unidade *Eu*, unidade que chamo de núcleo, na relação do Escravo com este núcleo e na relação Senhor/Escravo e a unidade *Eu*. As relações aqui são diretas e ao mesmo tempo mediadas. Diretas, dado que uma unidade é *algo*

único, e mediadas, porque é a partir da mediação que as relações se exteriorizam no mundo. Se, por um lado, o movimento é mediado pelo Senhor para alcançar o Escravo, também posso atingir o Escravo sem a mediação do Senhor. No movimento ao contrário, temos o Escravo como mediador para se chegar ao Senhor ou, de forma direta, ao núcleo. Então, a relação Senhor/Escravo é a mediação com o todo, é a mediação com a unidade que é puro movimento. E, como já referido, o indivíduo assim o faz para não morrer.

Nesta seqüência, cabe reforçar que o indivíduo cria estas relações consigo mesmo; inicialmente as interioriza para poder exteriorizar-se no mundo e voltar ao seu interior. O sujeito, então, cria mediações para poder movimentar-se no mundo. Esse movimento não é limitado no sujeito enquanto um componente deste mundo, como espécime, mas é mais abrangente em nível da própria construção que provoca no mundo. O mundo construído tem como fronteiras nos movimentos, como dito, o próprio indivíduo singular/genérico.

Na relação com o mundo, o sujeito assume-o como estímulo exterior e o transforma em vontade subjetiva e/ou ação propriamente dita. O mundo como estímulo, sugestão de fora para dentro do indivíduo, não é algo que este receba mecanicamente, como causa, mas como condição no sentido de parar na fronteira de sua estrutura. Então, a rede de relações que o sujeito desenvolve é no sentido de esmiuçar o mundo às suas estruturas limitadas.

CAPÍTULO IV

UMA POSIÇÃO NO CONTROLE DA TUBERCULOSE

Os tratados acerca da pneumologia sistematicamente têm abordado a tuberculose sob o ponto de vista clínico, não considerando ser essa doença, no corpo individual singular, uma incongruência da sociedade cheia de lacunas na qual o indivíduo pode se objetivar infectado e com a qual, podendo estar doente, convive e interage, num ciclo mantenedor da doença. Desta forma, a par do diagnóstico e do tratamento individual que, à raiz de determinadas circunstâncias (umas novas, como a associação com a AIDS, outras retomadas da subestimação a que foram relegadas, como a multirresistência às drogas usadas no tratamento) que representam ainda um desafio, justifica-se ressaltar aspectos que incluem e ultrapassam o limite individual, envolvendo um desafio bem maior. Aspectos relativos à dimensão coletiva da doença, expostos num meio epidemiológico, prático ou teórico, que coordena e induz instrumentos outros de controle sobre a incongruência nas coletividades, ou seja, se justifica acentuar o enfoque de saúde coletiva que se impõe com vistas aos esforços para a redução e, neste processo e mais adiante,

para a erradicação da doença. Controlar esta incongruência produzida no corpo e que extravasa o limite demarcado do singular para alcançar outro corpo singular configura uma abrangência produzida nestes corpos e por ela, em si mesmo, a construção de um dado corpo social.

O bom êxito do homem na peleja contra essa moléstia, ou outras que se assemelham, só tem se tornado possível (a exemplo do que tem se estabelecido em alguns países do Primeiro Mundo, onde flagelos desse tipo estão sob controle há muitos anos) pela melhora das condições sociais, econômicas e culturais das populações e pela incorporação das crescentes conquistas técnico-científicas no embate aos condicionantes epidemiológicos das doenças. É fato certo, constatado e admitido, que no Brasil (e, também, na quase totalidade de seus parceiros do Terceiro Mundo) as condições sociais e de saúde de grande parcela da população são precárias - tão iguais ou piores às existentes no início deste século, quando as endemias vitimavam milhares de pessoas - e assim vão permanecer a curto e médio prazos, especialmente se for mantida a atual ordem econômica mundial. Esta certeza deve ser percebida, no entanto, por um movimento objetivo que contribua para a unificação das condições necessárias e suficientes à objetivação de saúde e não pela via da desesperança, da negação da possibilidade à saúde, na vã tentativa ou de torná-la auto-suficiente, ou de destruí-la na sua natureza.

Ainda que se possa avançar a passos largos para uma aproximação mais adequada ao enfrentamento da doença, o concreto na sua imediatidade, entretanto, expõe a tuberculose (uma enfermidade cujo comportamento epidemiológico se caracteriza por mudanças lentas no tempo), ainda e cada vez mais, como fator proeminente para a incongruência dos indivíduos e suas comunidades. Em nosso meio, as discontinuidades no controle da tuberculose têm se dado à luz das dificuldades que caracterizam o

cenário de transformações político-sociais e econômicas do país, onde se inclui o sistema de saúde. Os sucessivos instrumentos para a implantação da reforma sanitária, que engloba a substância atual do SUS, até por serem elementos de construção para um novo modelo para a saúde, buscam resumir os fatos observados na constituição de um modelo ideal para a explicação dos fatos relativos a essa questão; são relações construídas, portanto, sujeitas a descontinuidades e brechas relativas à estratégia do PNCT para o controle pretendido.

No Rio Grande do Sul, em específico, essa ascendência junto à tendência governamental de fortalecimento dos níveis municipais para o atendimento à saúde, tem confundido a estrutura do PCT/RS da SSMA, um programa verticalizado e centrado no nível estadual. Quem será o responsável administrativo pelo Programa? A quem e de que forma serão repassados os recursos financeiros? A quem caberá a elaboração e as recomendações de normas? Quem será responsável pela compilação e divulgação dos dados estatísticos? Quem terá autoridade administrativa para a vigilância operacional? Será a municipalização uma estratégia adequada à saúde pública? Estas são algumas das muitas questões que expressam as incertezas e indefinições no setor saúde, que fazem o PCT/RS passar por um declínio organizacional, cuja consequência está sendo a perda gradativa de sua autoridade enquanto um programa oficial de saúde pública. Essas questões só terão respostas e serão percebidas como adequadas ou não dentro do próprio processo de construção em que se incluem os ajustes necessários ao modelo de assistência à saúde vigente, bem como, os ajustes às estratégias para o controle da tuberculose.

* * *

O objeto neste capítulo é, pois, a organização tecnológica do trabalho no controle da tuberculose. E o objetivo é o reconhecimento da realidade substancial deste processo de trabalho¹, ou seja, uma aproximação ao seu modo de ser, na busca de compreender com clareza suas relações como componentes do movimento de produção de saúde, enquanto ele mesmo se torna um guia para a adequação do momento político-social de nossa sociedade. Considero essa aproximação como retificação de uma intuição comum inicial, pois a própria essência da reflexão é compreender que não se tinha compreendido². Essa organização tecnológica aparece através de alguns núcleos temáticos intuídos, que expuseram o objeto quando da análise das falas obtidas nas comunicações pessoais (entrevistas) e observações do atendimento, o momento empírico da investigação. Como já mencionado, tais núcleos temáticos são a própria organização do trabalho, o sujeito do trabalho, o conteúdo do trabalho, o produto do trabalho e o limite do trabalho, como expressões gerais da expressão trabalho. Esses núcleos temáticos foram separados por uma facilidade descritiva, mas constituem uma unidade no trabalho, não ocorrem em separado.

Início com uma organização que se constrói e que se expõe como unidade, que induz a forma pela qual se estrutura o trabalho de controle da tuberculose em seu particular. Digo que ela é o conjunto de relações que se dão entre os componentes do sistema de produção e reprodução da saúde, que

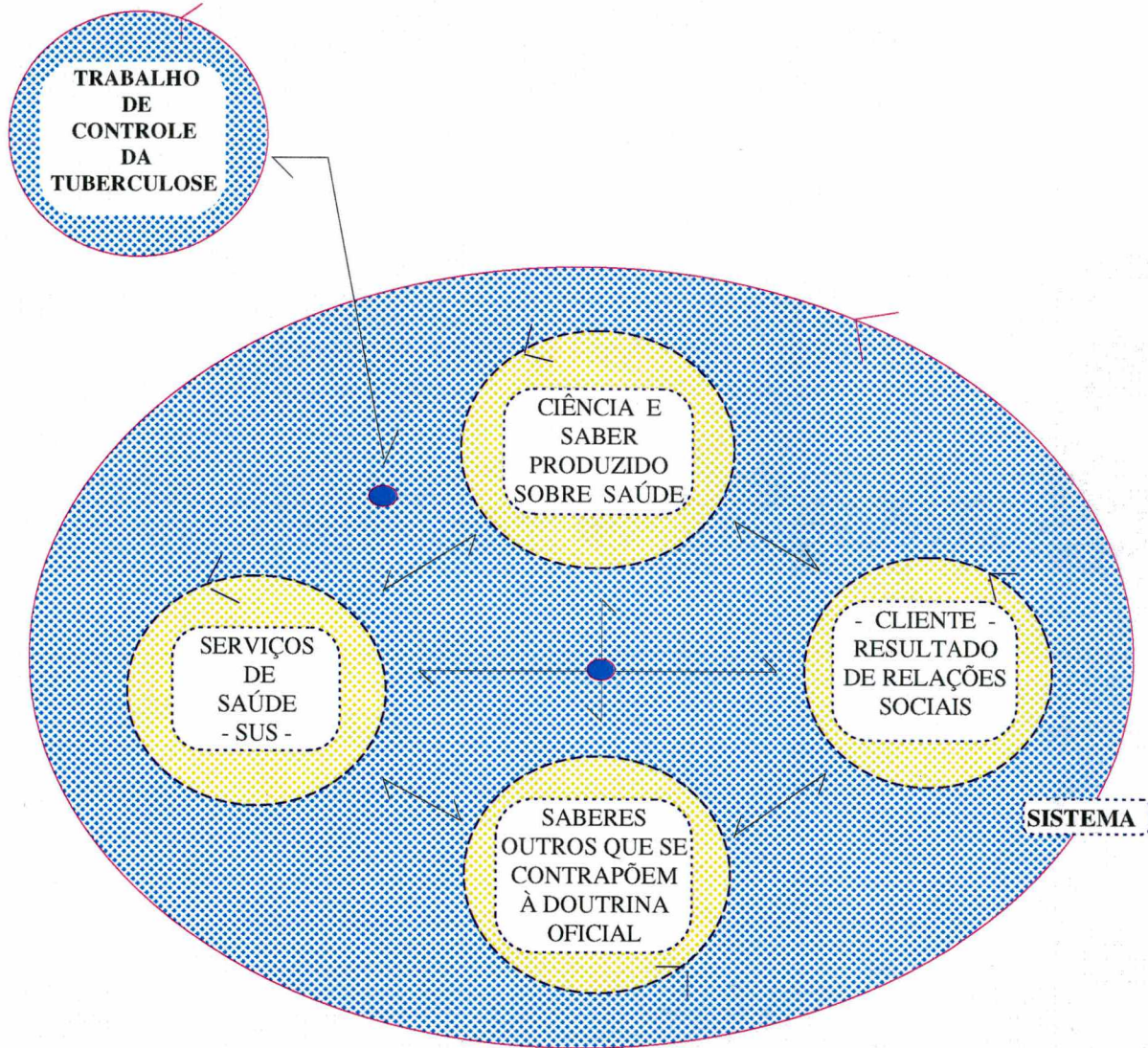
¹ “O trabalho é a expressão própria do homem, uma expressão de suas faculdades físicas e mentais. Nesse processo de atividade genuína, o homem desenvolve-se a si mesmo, torna-se ele próprio; o trabalho não é só um meio para um fim - o produto - mas um fim em si mesmo, a expressão significativa da energia humana” (Fromm, 1983, p. 48).

² Como escreve Bachelard (s/data), “a razão tem de obedecer à ciência, à ciência mais evoluída, à ciência que está em evolução. A razão não tem o direito de sobreestimar uma experiência imediata; deve, pelo contrário, harmonizar-se com a experiência mais ricamente estruturada. O *imediato* deve, em todas as circunstâncias, ceder o passo ao *construído*” (p. 125).

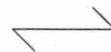
se mostram através de estruturas, as quais são imediatamente coletivas, são universais. São nichos ecológicos de ações que os indivíduos criam e dentro dos quais se desenvolvem. Os indivíduos são, assim, *agentes de estruturas* - agente/trabalhador ou agente/cliente -, representantes do coletivo, ou seja, reflexos dessas estruturas³. Agem de acordo com a lógica das estruturas, dentro de uma lógica maior que é a do sistema de produção e reprodução da saúde. Esse sistema, enquanto unidade do diverso, não é do nível perceptível; são as estruturas que aparecem nos indivíduos. Nos sistemas sociais, o “indivíduo está contido no sistema, do ponto de vista de uma observação *objetiva*, isto é, se esquecermos que é ele o observador. Na verdade, sua situação de observador faz com que o código individual seja, ao mesmo tempo, mais geral do que o código social, na medida em que a observação engloba o observado. Existe nisso uma fonte de dificuldades e, ao mesmo tempo, de uma riqueza organizacional suplementar, própria dos sistemas sociais: os indivíduos que constituem o sistema dispõem de significações que se situam, simultaneamente, no nível elementar (dos componentes do sistema) e no nível mais geral possível de um meta-sistema que engloba a sociedade (e até o universo!), que é o do observador” (Atlan, 1992, p. 82). De forma simplificada, essa complexidade se mostra na dimensão no esquema inserto no quadro a seguir.

³ O processo de construção da subjetividade se dá dentro do próprio sistema de produção e reprodução da saúde, no interior dessa construção de ações, que por sua vez incide na subjetividade do indivíduo. O processo de construção da subjetividade é aqui, então, compreendido como a construção simultânea de intersubjetividades possíveis, que ocorrem em atividades coletivas, onde o indivíduo vai construir, a partir de seu sincretismo via vida de relações, seu espaço próprio de viver. E é neste espaço que se objetiva o coletivo ou o social. “Em uma época científica mais ingênua, pensou-se que a subjetividade pertencia ao domínio da ilusão, que era preciso rejeitá-la e que somente o saber objetivo era verdadeiro. Hoje se sabe que isso é falso. Essa subjetividade não é uma ilusão, é uma outra parte do real, não menos importante” (Atlan, 1993, p. 55) Para um maior aprofundamento sobre as estruturas e a subjetividade nas relações sociais sugiro a leitura de Etges (1994).

ESQUEMA DO SISTEMA DE PRODUÇÃO E REPRODUÇÃO DE SAÚDE



SISTEMA DE PRODUÇÃO E REPRODUÇÃO DA SAÚDE



CONJUNTO DE RELAÇÕES



ESTRUTURAS DE RELAÇÕES



SAÚDE - UNIDADE DO DIVERSO

A organização do trabalho constitui-se pelas relações entre os componentes do sistema de produção e reprodução da saúde, componentes que são as próprias estruturas desse sistema, explicitadas no esquema do quadro anterior, incluídas nelas, como pressupostos, todas estruturas outras intervenientes. Assim, a *ciência e o saber produzido sobre a saúde* aparecem como um componente desse sistema, no qual se inclui a clínica e a epidemiologia. Os *serviços de saúde* são as instituições de decodificação do saber, com seus agentes, que apresentam um conjunto de coordenações de ações para a reposição, prevenção e promoção da saúde. Dentre essas estruturas, inclui-se a própria estrutura do SUS. Como *saberes outros que se contrapõem à doutrina oficial* dominante estão os saberes religiosos, os saberes místicos, isto é, os saberes *meio científicos, meio populares*, que são diretamente negados nas instituições, mas que buscam permanentemente brechas para se legitimarem, mais nos limites da epidemiologia, que é mais vulnerável do que a clínica. O outro componente do sistema é o *cliente (resultado de relações sociais, por isso estruturalmente social)*, ou seja, o indivíduo socialmente posto. São os diferentes grupos sociais, com seus conjuntos de relações sociais, que têm a ver com outros conjuntos de relações, tais como aqueles da educação, da política, da religião, da cultura e da economia. O indivíduo é social, busca o sistema por sua carência de saúde, e o sistema atua em função das contingências que existem dentro de todo o sistema social. A ciência também é social, não aparece isolada dos outros saberes.

Nesse sentido, *o trabalho de controle da tuberculose*, enquanto um conjunto de coordenações de ações, é o sistema de produção de saúde e, nesse campo de ação, é um recorte. O que tenho estudado e continuo observando, analisando no nível do externo, do fenômeno, é o conteúdo que efetivamente se expõe através desse conjunto de coordenações de ações

realizadas. Os instrumentos utilizados, especificamente aqui instrumentos do saber, dizem da forma como é apreendido e manipulado o objeto, sua finalidade e seu desdobramento em produto do trabalho.

A organização do trabalho como um conjunto de relações entre estruturas

A expressão organização do trabalho infere *algo*, no sentido de uma corrente de conscientização que penetra e subordina o conjunto de ações que constitui o trabalho, em que cada uma dessas ações é concebida como existente somente por meio das outras e para as outras e o todo do trabalho, ou seja, essas ações realizadas, são, ao mesmo tempo, meios e fins, uma com respeito à outra e todas com respeito à totalidade do trabalho. Nessa direção, a organização do trabalho não possui só o sentido de uma simples força motriz, como numa máquina que dá movimento às ações, mas possui, também, o sentido de uma força formadora ou determinante tal que se comunica aos componentes do processo.

O controle da tuberculose, a organização específica desse trabalho, essa força formadora, se objetiva por estruturas que surgem na carência e na necessidade imediata de controle sobre a doença, estruturas que são componentes do sistema de controle da tuberculose e cujas relações transitam na dimensão epidemiológica. Como forma de produzir a congruência (produção de saúde pelo controle da tuberculose), essas relações manifestam

não somente uma linguagem tecnológica e um método ou guia de ação operativa, mas um movimento que compreende uma estrutura catalisadora da forma de agir e refletir do grupo específico de trabalhadores que, através de seu comportamento, expõe a ação tecnológica como mediadora para a mudança do comportamento dos indivíduos envolvidos (agentes do trabalho, doentes e seus familiares) com a doença. Por estrutura se entendem os componentes e as relações que, no espaço e no tempo, concretamente constituem uma unidade particular, que põe em ato a organização do trabalho para a construção da saúde; um conteúdo que se expressa de inúmeras formas, mas de tal modo que mantém sempre sua identidade e unidade, determinando, também, a lógica do desenvolvimento que suas diversas formas históricas vão assumir tendencialmente até seu limite máximo e sua superação.

O trabalho de controle da tuberculose possui um núcleo determinante, o qual é a própria *saúde* enquanto universal concreto que o determina e põe. A saúde do organismo vivente se apresenta como necessidade comum a todos os organismos particulares, como necessidade de todos - a cura de todos. Essa necessidade determinante do serviço assume também o papel de finalidade do trabalho em saúde, com seus possíveis desdobramentos em produto do trabalho - o controle da tuberculose.

Para esclarecer um pouco mais sobre este trabalho, utilizo um conceito importante de Maturana e Varela (1984), ou seja, o de que o trabalho de assistência à tuberculose, em sua organização, constitui-se em um domínio fenomenal. Para esses autores, “um domínio fenomenal ou campo de ação é definido pelas propriedades da unidade ou das unidades que o constitui. Assim, imitando a autopoiese de nosso corpo, desde que seja(m) definida(s) unidade(s) que possa(m) sofrer transformações ou interações, define-se um domínio fenomenal. Dois domínios fenomenais se recortam na medida em que unidades

que os engendram lhes são comuns e interagem. Se não, são completamente independentes e não podem manifestamente engendrar um ao outro sem transgredir o domínio das relações que os especificam. Inversamente, um domínio fenomenal pode engendrar unidades que definem um domínio fenomenal diferente, mas o novo domínio é especificado pelas propriedades das novas unidades e não pela fenomenologia que o engendrou” (Varela, 1989, p. 76).

Mesmo que dependa dos ditames dos órgãos públicos aos quais se atrela e tendo em suas origens os serviços prestados na rede hospitalar e, mais recentemente, na própria prática dos centros de saúde, o trabalho de controle da tuberculose não é nenhuma dessas práticas, é um domínio fenomenal próprio, pois é de uma outra ordem. Ainda que se expressando por regras iguais, constitui-se em um conjunto de relações, em um sistema operante que, em suas relações internas com seus componentes e em suas relações com o ambiente externo, é capaz de se auto-organizar, de se autodeterminar, pressupondo rupturas e superações.

Nessa acepção, o trabalho de controle da tuberculose, esse campo de ação, esse domínio fenomenal, tem se autogerido conforme as relações e estruturas nos e dos diferentes níveis (federal, estadual, regional e local) de seu espaço/tempo de ação e conforme a interveniência de variáveis ou fatores políticos/sociais e institucionais que limitam seu funcionamento e/ou abrangência. De par com as discussões que objetivam melhor adequar o conjunto de relações do trabalho de saúde, ao construírem diferentes concepções sobre as práticas de intervenção nos doentes e nas condições relativas à promoção da saúde da população, o conceito de referência para esta autogerência da produção de serviços tem sido o Modelo Tecnológico da

Programação⁴. No entanto, um modelo para a organização do trabalho não exclui outros modelos somente por sua existência. É o próprio objeto do trabalho, aqui o enfermo socialmente posto, enquanto agente/cliente de estruturas, construído e manipulado na vigência e concomitância de diferentes modelos, que expõe a maior ou menor adequação das relações científico-ético-tecnológicas entre os componentes do sistema. Assim, a materialização de um modelo se dá no momento em que o objeto do trabalho é apreendido e manipulado para adequar-se à finalidade proposta, dado o desejo contido no conteúdo original do modelo vigente, seja o da programação ou ainda outros.

Nesta direção, aponto para a trajetória do Programa de Controle da Tuberculose. Mesmo que permanentemente se ajustando em seu espaço qualitativo interno, o Programa tem permanecido, no interior do trabalho, como proposta de mesma forma (verticalizada, hierarquizada e centrada em nível estadual), como se fosse imune aos avanços tecnológicos, mudanças político-sociais e novas formas de organização do trabalho. Isto se deve, basicamente, à aproximação do conteúdo do programa à finalidade a que se propõe, uma necessidade definida socialmente como controle da tuberculose. Essa *adequação* do conteúdo por etapas está a exigir uma nova forma estrutural⁵ para o trabalho. Tudo *possível* dentro do espaço de transição no qual se inclui a

⁴ O Modelo Tecnológico da Programação, enquanto *guia* ao conjunto de relações que estruturam o trabalho de saúde, é uma opção no Rio Grande do Sul desde 1968, conforme já mencionado no capítulo I. Nesse capítulo apresento algumas de suas características mais específicas.

⁵ É importante referir que, na tradição marxista, a forma nada mais é que a maneira de expressão de um conteúdo. Destarte, entre eles se desdobra uma contraditoriedade, uma tensão permanente de determinações reflexivas.

proposta⁶ do SUS, mesmo à margem de suas limitações, indefinições e incertezas. O trabalho compõe um conjunto de ações no interior do qual os indivíduos se formam. Eles são expressão do trabalho e, por sua vez, o trabalho é expressão deles.

* * *

Passo agora ao interior do trabalho, para focalizar o programa de controle da tuberculose nos centros de saúde, espaço privilegiado para as comunicações pessoais e observações relativas ao atendimento. Nessa extensão, esse programa, enquanto expressão organizacional do trabalho de controle da tuberculose, em seu conjunto de ações na busca de seus objetivos, tem as delimitações daquele campo de ação. Há o reconhecimento tácito, pelas falas que se expressaram, de discontinuidades no nível operacional do programa, que estão levando a descaracterização ao conjunto de ações enquanto um todo organizativo. Os sujeitos envolvidos - agentes de estrutura - observam, percebem e criticam as falhas; são conscientes, portanto, pelo menos das formas mais imediatas das conseqüências. Por isso verbalizam, expressam, de diferentes formas em vários momentos, a inadequação, a insatisfação⁷. O conteúdo das falas que, em seus fragmentos, se apresentaram como mais interessantes na análise, se mostram e objetivam a seqüência do texto, permitindo afirmar que muito pouco se avançou, se é que não se

⁶ O Sistema Único de Saúde constitui-se em uma proposta de organização da assistência à saúde que, dada a pouca consciência e vontade política manifesta pelos grupos privilegiados de nossa sociedade, não está materializada plenamente e, em seu conteúdo, não ocupa espaço para provocar as modificações necessárias nas formas existentes.

⁷ Mészáros (1981) escreve sobre a satisfação humana e afirma ser esta um privilégio do indivíduo real: "somente o indivíduo real é capaz de realizar a *unidade dos contrários* (...) não só o pensamento abstrato deve tornar-se pensamento prático, relacionado diretamente com as necessidades reais - e não-imaginárias ou alienadas - do homem, mas também o *fazer* deve perder seu caráter coercitivo inconsciente e tornar-se atividade livre autoconsciente" (p. 166).

regrediu, no serviço de assistência ao doente tuberculoso, ao longo da trajetória de mudanças no setor de saúde dos últimos anos, na qual se inclui a proposta do SUS como modelo de resolutividade, organização e integralidade assistencial.

Começo por considerar, no interior do serviço, uma tendência à resolutividade na assistência recente e dispersiva, no sentido de alteração neste espaço, no que concerne à socialização do atendimento clínico, qual seja, a ampliação da assistência para outras doenças da área pneumológica. Essa tendência está se refletindo na prática do clínico, em sua decisão de atender ou não, caso compreenda ou não que o serviço seja exclusivo para tuberculose. De qualquer modo, há um trabalho a ser realizado e a decisão para fazê-lo nem sempre é técnica. Pode ser idealizada, alienada, política, corporativista, observação que escapa nas falas, quando apontam para questões organizativas burocráticas como determinantes.

"... penso que o importante é não deixar o paciente sem tratamento. Este rapaz, por exemplo, faz dois dias que vem ao serviço, hoje é o segundo dia, e não consegue ficha para o médico. Ele tem duas "cruzinhas". Está contagiando, permanece sem orientação e convivendo com os familiares, pelo que sei são três pessoas. Ele mora longe, muito longe, não consegue vir cedo e vamos deixando mas é o caso de se priorizar o controle e a orientação o mais rápido possível e, também, a medicação. Tenho a opinião de que se o paciente está com tuberculose, se chegou o exame, se temos o resultado aqui, temos que priorizar, temos que atender imediatamente (...) ainda mais, penso que se o paciente vem aqui é porque está com algum problema e

tem que ser atendido ou encaminhado (...) não está muito claro, mas agora o serviço foi ampliado, é para atender todo tipo de problema respiratório, qualquer tipo. Por isso, antigamente sobravam fichas, agora faltam, duas, três fichas, mas as pessoas, nestes casos, nunca saem sem as orientações mínimas necessárias e, até mesmo, o início do tratamento ...”

(Comunicação pessoal de uma agente auxiliar)

Parece que a ampliação do atendimento para outras doenças, que segue uma tendência antiga (extensão de cobertura) nos serviços de saúde para a população, está agora mais ligada à proposta de resolutividade das ações ao próprio nível local de assistência, até então sem o respaldo de uma transformação na prática sanitária, que seja explícita e consistente com as condições disponíveis e presentes. Se resolveu um problema, trouxe outros, impedindo a própria resolutividade no trabalho de controle da tuberculose. Em não havendo tal respaldo, o empreendimento do trabalhador para tentar realizar a prática idealizada, terminando por tencionar a prática objetivamente possível, é perfeitamente compreensível e mesmo esperado.

E agora, nas palavras de Schraiber (1990), pergunto: “como poderia uma tecnologia de intervenção baseada na busca ativa de casos, no diagnóstico precoce, nas ações terapêuticas tanto quanto nas ações educativas e orientadoras da prevenção ou promoção de saúde, responder de pronto às demandas contidas nas queixas individuais dos doentes” ? (p. 26). Adianto-me em responder que em princípio não poderia, dado que, e ainda parafraseando Schraiber (1990), dentro de certos limites são práticas que se complementam. De um lado, está o trabalho clínico, na produção da assistência médica individual, feito pelos médicos clínicos e todos os demais trabalhadores

vinculados a essa forma de assistência. Do outro, trata-se do trabalho sanitário, de proteção e promoção da saúde, feito pelo médico sanitarista e demais profissionais da saúde pública que, em certas situações de trabalho, como é o caso do programa vertical de intervenção sobre a tuberculose, envolve também uma dimensão de prática clínica, nas ações de diagnóstico e tratamento dos casos individuais e com a participação de médicos consultantes. Mas esta prática está longe de poder caracterizar-se como o trabalho clínico usual, uma vez que sua finalidade é coletiva e transita pelo instrumental epidemiológico.

A forma de tratamento clínico e burocrático se faz presente cada vez mais. O destaque que se segue é um fragmento de diálogo entre uma agente auxiliar e um paciente tuberculoso ao qual, mesmo com positividade no exame de BK realizado, não é dada primazia. Estamos diante de um problema epidemiológico, mas do ponto de vista clínico os indivíduos são ordenados pela chegada ao serviço e atendidos segundo esta ordem, que é originada, burocraticamente, na própria estrutura e funcionamento do sistema como um todo e não segundo a lógica do controle da tuberculose.

Agente - ... deu problema no teu exame! Tens, então, que começar a tomar remédio. É aqui mesmo, fornecemos a medicação, mas tens que consultar com o médico sempre.

Paciente - Não, eu ainda tenho que pegar o exame de sangue amanhã.

Agente - Tudo bem, mesmo porque não temos mais ficha para o atendimento médico hoje. Pega o exame de sangue e deixa aqui comigo amanhã, quando vieres consultar eu te devolvo. Volta, antes das sete horas, para tirar ficha com o médico e levar o remédio, não

deixa passar os dias para começar o tratamento, quanto mais rápido começar melhor ...

Paciente - ... *a que horas posso pegar o resultado do exame de sangue amanhã?*

Agente - *Pergunta para ela ali, eu estou aqui amanhã cedinho para te dar a ficha ...*

(Observação do trabalho de uma agente auxiliar)

Se o serviço é exclusivo para a tuberculose, ou pretende ser, e se o controle da doença, o mais precocemente possível, é o objetivo, então a estrutura funcional do mesmo deveria considerar estratégias de atendimento coerentes. É uma contradição, na medida em que se prescreve a necessidade do tratamento e, ao mesmo tempo, não se fornecem as condições para realizá-lo. O número de consultas tem um limite prefixado, de modo que a demanda é constrangida a retornar quantas vezes necessário para conseguir a *ficha*. O que ocorre do ponto de vista epidemiológico? Que controle há da doença, uma vez que é tratada exclusivamente do ponto de vista burocrático? O controle é meramente administrativo. Já não é nem clínico: quem chega primeiro é atendido, quem chega depois não. O procedimento clínico é fundamental, não enquanto ato fomentador para uma *demandas espontânea* em detrimento à *demandas potencial* da tuberculose, mas por sua importância no alcance coletivo do trabalho de controle da doença tuberculose no indivíduo estruturalmente social.⁸

⁸ A *demandas* no serviço de controle da tuberculose correlaciona a quantidade de ações de controle aos seus consumidores, que são indivíduos incongruentes ou indivíduos potencialmente incongruentes em relação à saúde. A *demandas espontânea* advém da parcela de ações de intervenção sobre a doença e se quantifica na razão direta das queixas individuais dos pacientes. A *demandas potencial* da tuberculose inclui a espontânea, mas difere desta por sua abrangência, pois objetiva-se em um trabalho sanitário, de promoção e proteção da saúde, incluindo os *doentes* que não chegam ao sistema.

Na assistência ao tuberculoso, como se apresenta a *ação*? Tem-se um indivíduo, com sua história⁹, a ser atendido, e isto significa ser ou não integrado no serviço, a partir do diagnóstico. O indivíduo é orientado e controlado imediatamente em seus espaços individual e coletivo e, por fim, provavelmente curado, liberto da incongruência produzida pelo e no seu corpo individual e na coletividade. O controle da enfermidade em sua abrangência coletiva inclui também os cuidados com a medicação, os exames de seqüência, o controle dos comunicantes e a busca ativa de casos. O trecho de fala a seguir ilustra como se procede ao primeiro contato com os indivíduos potencialmente enfermos, que procuram a demanda do serviço.

“ ... quando se tem consulta, nunca deixamos de atender, nunca mandamos a pessoa embora. Agora, quando a pessoa chega aqui, por exemplo, se sentindo mal por falta de ar, como temos que atender muita gente, procuro orientá-la para o clínico geral, onde, provavelmente, será atendida mais rapidamente (...) mas, se a pessoa diz que está com problema de escarro, que está com dor nas costas, então, não tem problema, encaminhamos para o exame de escarro ou para a consulta. A gente tem este tipo de conduta, procuramos encaminhar para outros setores de atendimento, para

⁹ O indivíduo é um ser social. “O significado *humano* da natureza só existe para o homem *social*, porque só neste caso é que a natureza surge como *laço* com o *homem*, como existência de si para os outros e dos outros para si, e ainda como elemento vital da realidade humana: só aqui se revela como *fundamento* da própria experiência *humana*. Só neste caso é que a existência *natural* do homem se tornou a sua existência *humana* e a natureza se tornou, para ele, humana (...) O homem - muito embora se revele assim como indivíduo *particular*, e é precisamente esta particularidade que dele faz um indivíduo e um ser comunal individual - é de igual modo a *totalidade*, a totalidade ideal, a existência subjetiva da sociedade enquanto pensada e sentida. Ele existe ainda na realidade como a intuição e o espírito real da existência social, como uma totalidade da manifestação humana da vida” (Marx, 1993, p. 194-6).

não tirar a vez das pessoas com tuberculose. A procura aqui é muito grande, tu vês quantos já mandei embora bem dizer agora ...”

(Comunicação pessoal de uma agente auxiliar)

Chama a atenção a forma como são resolvidas as solicitações de atendimento no setor. Quem determina é uma auxiliar de enfermagem, que decide sobre os encaminhamentos e/ou outros procedimentos em relação às pessoas que, embora na fila, afiguram-se, umas mais que outras, como positivas à tuberculose. Na verdade, o que transcende na relação entre o cliente e o agente do trabalho que o recebe é um *avaliar junto*, ou melhor, uma seleção do tipo “... tens? tenho! então tens! ...”, “... tens? não tenho! então parece que não tens! ...”, que afasta ou aproxima o indivíduo das ações diretas do trabalho, dadas as disponibilidades de ações no serviço. As intenções ajustadas a uma situação apresentada pelo indivíduo solicitante de atenção e a proposta do serviço são concomitantes.

Na verdade, percebe-se o controle da tuberculose por opostos. De um lado, é um serviço que, idealizado, assume uma estrutura que, nos aspectos da resolutividade e integralidade assistencial, pretende ultrapassar o próprio modelo de assistência individual que tem predominado no sistema de saúde em seu espaço/tempo vigente. É capaz, por exemplo, de avocar para si a responsabilidade pelos exames necessários ao tratamento, pela continuidade do fornecimento da medicação ao doente, pela busca dos faltosos, pela visita domiciliar, pela detecção de novos casos. De outro lado, esbarra em simples dificuldades operacionais, como a falta de seringas, a falta de agentes para administrar a medicação, a falta de combustível, tudo servindo de justificativa para o abandono sumário não só do paciente específico, ao arrepio de suas condições, mas, principalmente, do modelo ideado. A responsabilidade pelo

cumprimento das ações do tratamento, tanto para dentro como para fora das paredes do serviço, é mútua, ou seja, é do programa e, ao mesmo tempo e com a mesma intensidade, é do doente. No entanto, quando em presença de carências, como as transmitidas na fala a seguir, a organização dos serviços em sua estrutura programática, sem dúvida, deveria conter e viabilizar mecanismos formadores alternativos.

Agente - ... faz muitos anos que teu irmão vem aqui; ele faz a segunda linha do tratamento. Recomendo que te cuides, que cumpras com as recomendações do tratamento, para não chegar ao ponto em que ele está. O teu tratamento é bem mais simples que o dele, o teu tratamento é básico. Como ele está após a saída do hospital? Quem tem aplicado as injeções nele?

Paciente - Melhorou pouca coisa ... Está difícil! Depois que saiu do hospital só fez uma ou duas injeções, mais nada...

Agente - Assim não adianta o tratamento ... vou anotar aqui na ficha ... isso não pode ficar assim, teu irmão precisa fazer o tratamento completo. Não tem quem aplique as injeções nele no "Postinho" perto da casa de vocês? Vocês não foram lá ainda?

Paciente - Não.

Agente - Vocês têm que ir, pois ele não pode ficar sem essa medicação ... assim ele não vai conseguir se curar nunca. Ele já teve um tratamento todo irregular aqui conosco, por isso está na segunda linha ...

Observadora¹⁰ - *O serviço fornece as seringas necessárias para as injeções?*

Agente - *O problema muitas vezes é este, não são fornecidas as seringas e não tem ninguém que administre a injeção. Ele deve estar muito magrinho!*

Paciente - *Sim, está.*

Agente - *... se ele não conseguir tomar as injeções tu voltas aqui, para falar com o doutor ... no que tu trabalhas?*

Paciente - *Eu trabalho na construção civil ...*

(Observação do trabalho de uma agente assistente social)

Penso que seria, pelos menos, mais prudente que este paciente, não presente com seu corpo físico, escancarando toda a sua existência temporal, recebesse uma assistência determinada pela própria organização do trabalho, em uma coordenação lógica de ações, que lhe garantisse as condições mínimas necessárias para a realização do tratamento. A indicação para *posterior* encaminhamento ao médico só agrava o quadro presente e se ajusta mais à possibilidade de a solução estar nas mãos do médico, que detém o *controle da mudança*, do que na motivação para o paciente se autodeterminar¹¹. O problema é visualizado unidirecionalmente, dentro da tendência estrutural do sistema; o próprio agente do trabalho busca solucionar o equívoco institucional, empurrando o caso social a um agente específico e não

¹⁰ Pergunta feita pela autora quando da observação do atendimento no serviço.

¹¹ Acho conveniente fazer aqui a diferença entre autonomia e igualdade ao indivíduo enfermo. A opção só é possível numa relação entre iguais. Como? Existindo condições adequadas de escolha, de um lado pelo indivíduo doente em receber ou em não receber as ações assistenciais, por outro as diferentes possibilidades de oferta que o indivíduo agente do trabalho deve ter e apresentar fazendo-se interessante.

ao conjunto do trabalho. Esse agente específico não poderia ser outro senão o médico, que encarna todo o processo, através do diagnóstico e prescrição terapêutica.

Outros fragmentos de falas, retirados dos diálogos registrados, poderiam ilustrar as dificuldades antes alegadas. Refiro a seguir a essência de dois deles, sem, no entanto, achar necessário trazê-los em sua forma original para o texto. O primeiro mostra a inadequação do espaço/tempo em que ocorre a inscrição do paciente no programa. Um paciente, já estando presente no serviço, tem sua inscrição protelada para um outro momento, em que deverá estar novamente presente. O segundo revela o descaso do serviço com as datas de aprazamento assumidas com o paciente. Um indivíduo, por exemplo, inscrito no programa e preocupado com sua adequação, busca sua medicação mensal num determinado dia marcado e não consegue por adiamentos de última hora no calendário do serviço. No caso, a Prefeitura decretara feriado facultativo, numa sexta-feira. Não tendo qualquer esquema de plantão, o paciente, mesmo vindo de longe, não foi atendido, sequer recebido, e ficou três dias consecutivos sem a medicação. Na segunda-feira, ao comparecer ao serviço e receber a medicação, informaram-lhe de que não poderia ficar sem a medicação nem mais um dia sequer, como se a responsabilidade pela interrupção tivesse sido dele.

Estes são exemplos em que se evidenciam as dificuldades encontradas no atendimento direto, adequado e possível posto nas mãos dos controladores da tuberculose. É uma ação que possui o sentido da estrutura burocrática ou burocratizante que, em seu domínio fenomenal, parece encolher-se para estruturas mais rígidas, como a clínica. Há um aprendizado negativo, decadente, em que os indivíduos, como agentes de estruturas, mostram em si a própria estrutura burocrática. É importante dizer que é pela mediação com

esses indivíduos que a estrutura se reforça, se mantém, se expande e é por esta estrutura/conjunto que os indivíduos também se reforçam, se recriam e/ou se mantêm.

O sujeito do trabalho traspassando o trabalho coletivizado

O eu ou a consciência, como princípio determinante do mundo do conhecimento ou da ação, ou ao menos como capacidade de iniciativa em tal mundo, tem o significado do sujeito. Sujeito enquanto capacidade autônoma de relações ou de iniciativas, capacidade que é oposta ao *ser simples objeto* ou parte passiva de tais relações. Mas, o eu é sujeito na medida em que é atividade sintética ou de juízo, portanto consciência, ou autoconsciência, ou apercepção. “A consciência nunca pode ser senão existência consciente, e a existência dos homens em seu processo vital real” (Fromm, 1983, p. 30). E o trabalho é elemento central nesse processo, é um elemento de objetivação do homem no mundo. Como antes mencionado, por “esta mediação ele se constrói como homem e vai construindo um mundo humano, superando a mera naturalidade e imediatidade dele e do mundo” (Etges, 1993, p. 7).

Através do trabalho o homem transforma a natureza para satisfazer carências e com isso constrói o mundo nas suas infinitas particularidades. E é na “diversidade das condições e dos objetos que intervém, que se desenvolve a cultura teórica. Constitui ela não só um variado

conjunto de representações e conhecimentos mas ainda uma mobilidade, rapidez e encadeamento das representações e conhecimentos bem como a compreensão de relações complicadas e universais, etc. É a cultura do espírito em geral e também da linguagem. A cultura prática pelo trabalho consiste na carência que a si mesma se reproduz e no hábito da ocupação em geral. Consiste também na limitação da atividade pela natureza da matéria e pela vontade dos outros, o que obriga a um exercício em que se ganha o hábito de uma atividade objetiva e com qualidades universais” (Hegel, 1990, p. 187). Na medida em que o trabalho¹² vai se desenvolvendo, traz consigo criações e descobertas; e, ao mesmo tempo em que o homem cria novos produtos, por sua vez, passa também a depender da atuação, uso ou consumo destes.

O trabalho em saúde conserva esta lógica e detém em suas estruturas uma cultura criada ou apreendida que busca transmitir a seus agentes, intervindo em seus processos de educação, pela aproximação da formação coletiva necessária para atuar nos diferentes setores de assistência à saúde aos modos de viver e pensar desses profissionais. Formação coletiva com o significado pelo qual a transmissão e a produção de conhecimentos tem sobretudo a finalidade de tornar possível, através de iniciativas dos agentes dos serviços, o aperfeiçoamento desse corpo de conhecimentos no próprio ambiente do trabalho que, neste sentido, é um espaço-realidade potencializador à cultura dos indivíduos.

¹² É importante lembrar que Marx “está interessado na libertação do homem de um gênero de trabalho que destrói sua individualidade, converte-o em coisa, e torna-se escravo de coisas (...) sua crítica da sociedade capitalista não é dirigida contra seu processo de distribuição de renda, mas contra seu modo de produção, sua destruição da individualidade e sua escravização do homem, não pelo capitalista, mas a escravização do homem - trabalhador e capitalista - por coisas e circunstâncias feitas por ele próprio” (Fromm, 1983, p. 54).

Como é uma prática em que muitos trabalham juntos, de acordo com um plano, no mesmo processo de produção ou em processos de produção diferentes mas conexos, o trabalho em saúde é um trabalho de cooperação na proposição de Marx (1985) e a intervenção na educação de seus agentes tem se mostrado como um problema crucial, pois além de exigir um planejamento constante e adequado às determinações dos diferentes setores da produção de saúde, considerando as condições do trabalho de modo a introduzir novos conhecimentos e novas tecnologias, deve, ou pelo menos deveria, contemplar a especificidade de cada um dos agentes envolvidos. O simples contato social entre os participantes do trabalho pode provocar emulação, animando e estimulando esses profissionais, o que não só aumenta a capacidade de realização de cada um, como, principalmente, amplia a potencialidade do ambiente de trabalho como produtor de conhecimentos específicos à sua própria existência. Complementando ainda a partir da proposição de Marx (1985), posso dizer que o efeito do trabalho cooperativo não se produz somente pelo trabalho individual; só seria individual num espaço de tempo muito mais longo ou numa escala muito reduzida¹³. Ao cooperar com os outros, desfaz-se o trabalhador dos limites de sua individualidade e desenvolve a capacidade de sua espécie.

No trabalho de controle da tuberculose, em particular no PCT/RS, a aproximação do conteúdo sócio-tecnológico do Programa aos modos de viver e pensar dos profissionais tem se dado por complementações,

¹³ “A força do homem isolado é mínima, mas a junção dessas forças mínimas gera uma força total maior do que a soma das forças reunidas, bastando a simples união delas para diminuir o tempo e aumentar o espaço em que executa a operação” (Marx, 1985, p. 378, nota 19).

seja à formação acadêmica, seja ao desenvolvimento de habilidades¹⁴ dos agentes do trabalho. As estratégias utilizadas para essa *educação continuada* têm sido a promoção de cursos específicos de habilitação e as orientações, formais ou mesmo informais, no decorrer do desenvolvimentos das ações. Em seu plano geral, o PCT/RS tipifica seus agentes e prevê seus treinamentos conforme o nível em que atuam. No nível de coordenação - *nível central* -, estão o médico, a enfermeira, o bioquímico, o técnico - para o sistema de informação - e pessoal auxiliar para o apoio administrativo; no nível de supervisão - *nível regional* -, estão o médico, a enfermeira¹⁵ e o bioquímico; e no nível de execução - *nível local* -, estão o médico generalista ou o médico específico da tuberculose, o bioquímico, o auxiliar e/ou técnico de laboratório e o pessoal auxiliar para o setor da tuberculose. As habilidades técnicas requeridas são máximas no nível de execução, isto é, no nível da prestação de serviços à comunidade, em contato direto com a população (unidades sanitárias), e se tornam mínimas no nível de coordenação (órgão central).

Relativamente às habilidades conceituais, é o contrário, pois essas habilidades são fundamentais aos integrantes do órgão central, onde a habilidade técnica, no sentido de executar tarefas específicas, é menos relevante. O órgão regional, isto é, a Delegacia Regional de Saúde, exige dos

¹⁴No PCT/RS reconhece-se pelo menos três áreas de habilidades dentro do processo administrativo, a técnica, a humana e a conceitual. Conforme Picon, Rizzon e Ott (1993), essas são definidas como segue: "(1) *Técnica*: Habilidade para usar conhecimentos, métodos, técnicas e equipamentos necessários para a realização de tarefas específicas, adquiridas por experiência, educação e instrução; (2) *Humana*: Capacidade e discernimento para trabalhar com pessoas, onde se incluem uma compreensão da motivação e uma aplicação de liderança eficiente; (3) *Conceitual*: Habilidade para compreender as complexidades da organização global e o ajustamento das operações da pessoa na organização. Este conhecimento permite que a pessoa se comporte de acordo com os objetivos da organização total e não de acordo com os objetivos e as necessidades de seu grupo imediato" (p. 150).

¹⁵A atuação da enfermeira nas Unidades Sanitárias é de supervisão polivalente. A habilidade técnica, para atuar no PCT/RS, é similar à do médico supervisor não-especialista, sendo que, no estágio prático na Unidade Básica de Referência, é dada ênfase à área de enfermagem.

supervisores regionais um bom domínio, tanto dos aspectos conceituais como técnicos do programa de controle. A habilidade das relações humanas deve estar igualmente representada em todos os níveis (Picon, Rizzon e Ott, 1993, p. 151). Em princípio, a avaliação da capacitação dos trabalhadores é feita por meio da vigilância operacional do Programa e, principalmente, pela supervisão. O objetivo primordial é a consolidação, em serviço, da capacitação recente dos agentes, identificando a necessidade de habilitação complementar em qualquer tarefa e oportunidade.

Continuando a objetivar o texto pelos fragmentos das falas registradas quando das comunicações pessoais dos agentes de serviço e clientes, percebo ser interessante observar que, em seu conteúdo, estas falas, o que seria de se esperar, se mostram impregnadas pela situação presente, reproduzindo as diretrizes do Programa. Assim, as referências nas falas a habilidades, por exemplo, devem ser percebidas na concepção que se expôs acima.

Pelas falas, os profissionais mais antigos no Setor da Tuberculose da SSMA, que estavam lá quando da implantação do Programa, em meados da década de setenta, receberam orientações e participaram de treinamentos específicos, inclusive com eventos fora do local de trabalho, no nível central, em Porto Alegre, buscando desenvolver habilidades necessárias para o desenvolvimento do Programa. Pela experiência e conhecimentos adquiridos desde então, diferenciam-se e servem de referência aos outros menos antigos, agregados ao trabalho após a implantação do Programa. Para esses últimos, normalmente, o desenvolvimento daquelas habilidades necessárias tem-se dado no próprio serviço local e em seu próprio cotidiano, conforme se expõe no depoimento seguinte.

"... o treinamento que fiz não foi o treinamento realizado, por exemplo, em Porto Alegre, no núcleo da tuberculose, onde são dados treinamentos específicos. No meu caso não, fui colocada aqui, me ensinaram o serviço e depois acharam que não era necessário eu ir a Porto Alegre (...) eu participei de reuniões e encontros promovidos aqui na 3ª Regional de Saúde. Treinar para iniciar o trabalho que estou fazendo não treinei, aprendi na prática, com a auxiliar e os médicos que, também, explicaram (...) com as normas é mais fácil, é só tu sequires o trabalho ..."

(Comunicação pessoal de uma agente auxiliar)

Percebo esta forma de produção de conhecimentos como um adestramento para os agentes, que buscam a qualificação profissional, como que se acomodando, como que se ajustando ao cotidiano do serviço. Perde-se o objetivo da organização. Burocratiza-se no mau sentido, de forma que o Serviço de Controle da Tuberculose se torna um fim em si mesmo. Agora o cliente é um meio/serviço para a manutenção da burocracia, do emprego, da corporação, ou, no máximo, para a redução do serviço a um tipo de organização clínica tradicional. É preocupante observar um agente atuando na área de atendimento, em contato direto com o cliente, sem possuir formação básica e instrumental adequado à produção da ação direta de assistência ao paciente. Tudo aparenta se harmonizar, no sentido de que o serviço, através das ações que efetivamente realiza, se torna um potencializador de conhecimentos suficientes ao trabalho.

Desse modo, o trabalho do agente como o *eu* singular se esvazia e perde importância diante do trabalho *nosso*, coletivo - do grupo de agentes do serviço - ou seja, a precariedade ou competência da ação de cada

trabalhador não é considerada, mas somente o conjunto das ações, com sua eficácia potencializada quando alguns deles sabem mais sobre o que fazer e como fazer. O mesmo parece não ocorrer em relação ao médico, cujo trabalho aparece como se fosse único, anulando e sobrepondo-se aí a percepção sobre o trabalho coletivo. Dessa forma, os trabalhos individuais se indiferenciam nessa abstração que deforma a realidade da assistência. O trabalho concreto não pode aí ser evidenciado a não ser que se busque além dessa aparência.

Em sentido mais amplo, o significado de coletivo aparece como o trabalho que todos fazem ou podem fazer, independentemente da categoria profissional a que pertençam, e que só pode ser realizado após o diagnóstico da doença, após a prescrição médica, ou seja, ocupando o segundo lugar. A prescrição do tratamento, por ser normatizada muitas vezes pode não ser, e até não é, tão exclusiva da ação de um único profissional; é disputada, convenientemente delegada, já que o médico não está sempre presente.

"... aqui eu sou auxiliar (...) sou recepcionista, preencho formulários de produção, ficha de paciente em tratamento, eu arquivo, controlo os pacientes, encaminho ao médico (...) quando está comprovada a tuberculose, é tudo com a gente (...) o médico faz a inscrição e encaminha para a assistente social, onde são solicitados os exames dos comunicantes, ou seja, os exames das pessoas que moram com o paciente ou que tenham contato direto com o paciente. Após ela requer, nós requeremos os exames solicitados pelo médico e a medicação que o médico prescreveu, esclarecemos ao doente como tomar os remédios (...) eu também entrego a medicação, oriento os pacientes (...) é tudo igual na questão das atividades (...) se tu tens capacidade

*para fazer certas coisas, tanto quanto outras pessoas,
então é tu que deves fazer ... "*

(Comunicação pessoal de uma agente auxiliar)

Na verdade, como ilustra o fragmento de fala acima, os agentes acabam assumindo múltiplas atividades, o que até seria interessante do ponto de vista da integralidade, mas que, por justificar-se por interesses hegemônicos, torna-se exploração do trabalhador menos qualificado. E as ações desenvolvidas, por estarem centradas em modelos, em procedimentos que pretendem garantir o desenvolvimento eficaz do controle da tuberculose, aparecem como sendo *atividades iguais*, atividades que possuem um significado que as remetem na direção do trabalhador coletivizado artificialmente. Esse trabalho substitutivo, igual, comum, corresponde à rotinização em seu próprio interior, onde os agentes parecem fazer as mesmas ações para as mesmas pessoas, ou seja, para o indivíduo com tuberculose. Ainda mais, esse trabalho aparece como *um trabalho que não dá para entregar*, referindo-se o trabalhador à parcela do trabalho que executa, tal como o controle da medicação, controle do tratamento, o preenchimento do relatório mensal, ou seja, toda a outra parcela do trabalho que não a percebida como a parcela do médico.

É como se fosse possível ao médico, em seu espaço/tempo, fazer o trabalho em seu todo, abrangendo só a dimensão individual, patológica do paciente e os outros agentes, assistente social, auxiliar e/ou enfermeira, em espaço/tempo distinto, mas não distante, buscarem essa mesma perspectiva, mas indo em direção à dimensão social. É parte do trabalho médico, mas não é parte que compete às ações médicas. É parte possível de ser delegada, que pode ser atribuída a outros profissionais treinados. É, de fato, a parte do trabalho que é burocrática. Existe uma nítida separação acerca da compreensão

do que seja o cuidado com a tuberculose enquanto incongruência no corpo do indivíduo (patologia) e essa concepção burocrática das ações que são realizadas no dia-a-dia do serviço.

"... minha parte é a seguinte: os médicos atendem a parte deles e, após, o paciente é encaminhado para mim. Somente os pacientes para consulta médica não passam por mim, todos os outros inscritos com tuberculose passam por mim (...) se é paciente de início de tratamento, eu faço uma entrevista com ele, explico tudo sobre tuberculose através de nosso álbum seriado, faço o levantamento familiar, tudo é feito por mim (...) com os médicos, só a parte médica mesmo (...) aos pacientes que permanecem no serviço, mensalmente eu entrego o medicamento, sempre na data da primeira consulta, vou esquadrihando suas condições, faço o aprazamento e o relatório ..."

(Comunicação pessoal de uma agente assistente social)

As relações produzidas no trabalho adquirem uma forma hierarquizada, colocadas em movimento pelo conhecimento suficiente para intervir na imediatidade da doença, ou seja, um conhecimento necessário aos trabalhadores em geral, independentemente de sua categoria. Esclarecendo melhor, essa nosografia voltada para a verificação e o controle da tuberculose, própria de uma categoria - a médica - se pulveriza, na medida em que algumas de suas partes são delegadas a outras categorias, às assistentes sociais ou às auxiliares, que a compartilham.

O trabalho coletivo se torna abstratamente uma identidade, mas, ao mesmo tempo em que aparenta indícios de uma condição particular e

temporária de satisfação, pode invalidá-la, pois, no cotidiano, assume o significado de trabalho secundário, ou ainda, burocrático, produzido pela e na estrutura, fornecendo um sentido subjetivo da divisão do trabalho. Em suma, o trabalho no Serviço da Tuberculose se constitui de faces contraditórias. Na aparência, há uma simples divisão de tarefas, distribuídas de modo a atender eficazmente o enfermo. No entanto, o que ocorre de fato é uma manipulação de categorias menos valorizadas e um arranjo burocrático para dar conta do controle do tuberculoso.

Quanto à ação do médico clínico, mesmo que seja necessário considerar as suas diferentes formas e momentos, no geral, esta exclui as ações percebidas como coletivas no processo. No momento em que a intervenção ocorre, priorizado o momento mais imediato do feito clínico, parece não ser possível apreender e manipular a dimensão coletiva do objeto com o instrumental da epidemiologia. O objeto de trabalho na assistência à saúde, às vezes entendido como o corpo, às vezes como o indivíduo inteiro, se torna fragmentado de modo que só se unifica abstratamente pelo trabalho tornado coletivo. Embora esse objeto não se diferencie concretamente, quer no modelo epidemiológico, quer no modelo clínico, ele deveria se apresentar para um e outro modelo de modo a permitir formas diversas de intervenção, uma vez que a finalidade em um e outro são potencialmente diversas.

Da mesma forma, quando a participação na organização do trabalho induz ao encadeamento do coletivo, a ação sobre *algo* que se identifique com o(s) objeto(s) da área de saúde coletiva na conduta clínica e, mais especificamente, com o objeto da epidemiologia, enquanto área de conhecimento que orienta e produz o próprio objeto, se faz por um discurso preceptivo, revigorante ao ato clínico individual e no sentido de excluir a responsabilidade individual pela abrangência daquele coletivo.

É importante lembrar que o serviço observado organiza-se dentro do modelo tecnológico de programação. Apresenta características gerais que o definem nesse modelo. Mas importa também salientar que apresenta uma especificidade, concernente à sua auto-organização interna, que privilegia mais as relações imediatas com o cliente doente em si do que as relações em nível mediato com seu grupo familiar¹⁶, o que significa dizer que existe uma lacuna no próprio programa, que se reduz à clínica, mesmo que prometa uma realização de nível epidemiológico.

Esse delineamento sistemático e permanente imputado, nos tempos atuais, aos profissionais que atuam no setor de controle da tuberculose em nível local, ou, melhor dizendo, a inexistência de ações e/ou eventos programados, dentro ou fora do local de trabalho, que tenham por finalidade estimular, produzir ou provocar o alargamento da base de habilidades para o próprio desenvolvimento intelectual profissional, associado à falta de condições materiais, impede que se tornem ativos, criativos, conscientes e críticos de seu fazer. Assim, a formação desses agentes parece conspirar contra o trabalho, tanto em sua produção no próprio nível local, como enquanto estímulo/produção dos núcleos regional e central.

Afigura-se, assim, que o estímulo produzido pela relação com o doente e sua cura - o mal romântico¹⁷ - tende a esgotar-se, findar em si,

¹⁶ Percebo como grupo familiar, neste caso, a pessoa ou conjunto de pessoas com quem o doente tuberculoso compartilha seus problemas e que se interessam por seu tratamento, independentemente de laços sanguíneos e/ou compromissos oficiais.

¹⁷ Sontag (1984) apresenta a tuberculose com um *mal romântico*. De forma interessante, associa ao imaginário coletivo a noção de tuberculose como *doença do peito*, parte superior do corpo, mais espiritualizada, com as nobres funções de abrigar os sentimentos e as emoções, e respirar, dar alento. Por isso atribuiu-se, e ainda se atribui, a eclosão da doença aos desgostos, às paixões, às renúncias, à saudade, à tristeza. Enfim, a tuberculose foi e ainda é considerada uma doença não só do corpo mas, e às vezes principalmente, da alma.

levando consigo o entusiasmo pela resolutividade e integralidade das ações. Os momentos transcendentais ao normal, sublimados no cotidiano do trabalho, passam a identificar-se com ações de cunho burocrático, mais formais, gerenciando carências de toda a ordem, que levam a um enrijecimento dos contornos do trabalho, de tamanha grandeza que seu núcleo criador - o controle da doença por ações coletivizadas - tende a pulverizar-se num somatório de ações individuais mecanizadas. Perde-se a identidade do trabalho enquanto processo em si e mais ainda enquanto processo coletivo.

Uma atividade do controle da tuberculose que é descrita nas comunicações dos entrevistados como constituída por um conjunto de rotinas de consecução indispensável, que consome um tempo de trabalho bastante intenso, é o preenchimento do *Relatório Mensal*. Este relatório é um instrumento de coleta dos dados obtidos no interior do trabalho e que resulta num conjunto de informações compilado estatisticamente pelo nível central do Programa, que divulga a vigilância epidemiológica¹⁸ da tuberculose no Estado. Quem assume estas ações é a assistente social ou o pessoal auxiliar. Quando a enfermeira faz parte do serviço local, esta também incorpora essas ações. É muito enfático, nas falas, a importância dada ao preenchimento desses relatórios. Existe uma expectativa em relação à realização dessa atividade, no sentido de montar uma *tela* que apresente o significado epidemiológico da

¹⁸ O sistema de vigilância epidemiológica foi implantado no Brasil a partir de 1979, tendo como concepção a normatização centralizada e execução descentralizada das ações no controle de determinadas doenças, principalmente, doenças transmissíveis. Quanto a seus objetivos, a vigilância epidemiológica define-se (Lei nº 8.080) como o conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. Nas mudanças atuais, a tendência aponta para aspectos como a descentralização de base municipal, a integração nos serviços e a definição das formas concretas de participação da população nesse processo. Os avanços e a ampliação das atividades de epidemiologia nos serviços devem considerar o conhecimento construído e testado, principalmente a partir das práticas de vigilância epidemiológica (Mendonça et al., 1994).

tuberculose e permita uma avaliação do Estado como um todo e das regionais em particular. Essa expectativa é bem mais acentuada nas comunicações pessoais dos profissionais mais próximos ao núcleo central, ou seja, dos agentes que em suas *funções* mantêm-se em sintonia comunicativa com tal núcleo. Entre eles, posso identificar os supervisores regionais e os chefes locais. Para os outros trabalhadores envolvidos diretamente nessa atividade, a expectativa fica mais em nível do cumprimento de uma parcela do trabalho que lhes é atribuída do que em nível de suas conseqüências epidemiológicas.

"... os relatórios mensais mostram quatro importantes parâmetros que o Núcleo Central usa para auto-avaliar o Programa: (1) a busca de casos novos; (2) o resultado do tratamento; (3) os critérios de diagnóstico; e (4) os exames dos comunicantes. O primeiro parâmetro é o que está mais distante de nossas metas (...) a busca de casos novos é muito menor do que deveria ser, em torno de 20% do que seria o normal. Em Porto Alegre, onde os recursos disponíveis são maiores do que temos aqui, a busca de casos novos é menor ainda. Isso porque não há uma consciência plenamente desenvolvida sobre a baciloscopia dos sintomáticos respiratórios (pessoas que apresentam tosse com expectoração por quatro ou mais semanas). Se fazem mais exames de BK do que se pensa, na verdade os dados enviados ao nível central só registram os exames realizados nos laboratórios da própria SSMA. Não se trata de fazermos poucos exames, se trata de informarmos poucos exames ..."

(Comunicação pessoal de um agente médico)

Na realidade, estes são dados obtidos mas não trabalhados no nível local, portanto, não permitem uma compreensão imediata dos dados ligados aos fatores locais. Os dados são estatisticamente trabalhados pelo nível central e, ao retornarem às suas bases, perdem seu significado por corresponderem a realidades gerais, perdendo a especificidade e propriedade para definir uma área delimitada e relativa ao trabalho concreto local. Possíveis interpretações produzidas com esta atividade, neste quadro, são apreendidas quase que como não-ação individual, ou seja, como se atividade reduzida a uma média dos casos concretos, o que não permite uma programação de controle eficaz. Ao mesmo tempo, por retornarem às unidades normalmente com muito atraso, sinalizam uma realidade provavelmente já ultrapassada. Assim, nem se conhecem dados locais, nem gerais, que sejam fidedignos.

"... acredito que o retorno do relatório aconteça através do supervisor. A assistente social remete o relatório para o nível central e, posteriormente, deve receber uma resposta. Se não é através dele, é através dela, é um dos dois. Nosso contato maior com o núcleo é através do supervisor. Não sei, na realidade não sei, penso que é assim ..."

(Comunicação pessoal com um agente médico)

Esta verbalização, a exemplo da anterior, encerra dúvidas acerca do relatório mensal. Aqui há o desconhecimento do conjunto de dados sobre a tuberculose em nível estadual e, por consequência, também em nível local; lá, a forma como se fazem os registros, que induzem um limite comunicativo em relação às ações e aos próprios dados produzidos no trabalho diário.

"... agora mesmo já entramos no mês de janeiro e estamos fazendo o relatório do mês de setembro do ano passado (...) foi a greve (...) há mais de cinco anos que a gente não consegue atualizar os relatórios (...) o nível central atrasa sistematicamente o retorno do relatório mensal ao nível local (...) então fazemos um rascunho aqui e depois passamos para o relatório ..."

(Comunicação pessoal de uma agente assistente social)

Ainda sobre o relatório mensal, o retorno das informações, este acontecimento, ou melhor, este não-acontecimento é parte do conteúdo da estrutura atual do serviço de controle da tuberculose e aparece no contorno do trabalho individual.

A avaliação epidemiológica permite uma confiança e segurança no trabalho de controle da tuberculose, que se desvenda em seu todo por médias dos casos concretos passíveis e possíveis de serem registrados e analisados. Nas falas, esses atributos aparecem particularizados e, no trabalho efetivo, constroem os símbolos que norteiam e objetivam as aproximações com os clientes, a partir das ações realizadas durante sua passagem no serviço.

Fato que se justifica pela constância do Programa - permanece como proposta de mesma forma desde sua implantação em 1971 -, a consciência dos agentes acerca de seu funcionamento é adequada no que se refere à estrutura interna do serviço, em que se incluem as ações, os próprios agentes, os clientes e os objetivos. O trabalho, ao ser apresentado, no momento do discurso, o é em sua globalidade, incluindo e valorizando sistematicamente tudo e a todos envolvendo. No entanto, é perceptível nas falas dos agentes que o principal estímulo à construção da relação de confiança, segurança e

tranqüilidade, que mantém o cliente no programa, é a parcela do trabalho médico, mesmo que à parcela de trabalho desse profissional se associem parcelas de trabalho de outros agentes.

É natural que, em se tratando de uma relação interpessoal médico/cliente, essa construção se mostre na particularidade do momento criado entre eles e que seja engrandecida por um ou por outro. Não é normal, entretanto, que, numa estrutura de serviços, privilegiada por uma ampla rede de relações entre agentes e/ou clientes, que vai desde a recepção ao cliente, passando pela distribuição de medicamentos, estendendo-se ao acompanhamento do tratamento e à busca de casos novos, seja enfaticamente evidenciada uma particularidade no Programa e não evidenciada a própria rede que abrange todas as atividades e todos os agentes do trabalho.

"... mas se o paciente costuma ter dor, se ele não se sente bem, mas o exame deu negativo, eu não digo nada, indico alguém para prestar atendimento a ele, mando ele procurar um clínico geral, um pneumologista. O paciente tem o lado dele, muitas vezes quer falar com o médico sobre o exame, depois ele fica mais tranqüilo, então, encaminho ele para ser atendido por um médico do setor ..."

(Comunicação pessoal com uma agente auxiliar)

"... é necessário passar pelo médico para saber do exame, do raio X, para saber de tudo. O que nós fazemos, a entrevista, a orientação, é o básico, mas acho que o paciente precisa e é bom para sua confiança que ele passe pelo médico. É claro que buscam a orientação, o remédio, mas penso que os pacientes que

vêm aqui gostam, principalmente, de falar com o médico, procuram um médico (...) o paciente chega, sabe que estou a par de sua situação, eu oriento, faço sua ficha, isso tudo é positivo, ele vai ganhar carteirinha e tal ... mas e o doutor, o doutor nem me viu, nem me olhou. É importante falar com o médico, eles se preocupam em conversar com o doutor ... "

(Comunicação pessoal de uma agente auxiliar)

... na Saúde Pública é melhor ter "algo" que pode não ser de última geração, mas que funciona permanentemente, do que ter "algo" mais sofisticado, que um dia tem e no dia seguinte não tem. Perde toda a credibilidade junto à população e aos médicos (...) todo mundo sabe, todo mundo precisa de saúde e os médicos aqui acabam sendo conhecidos (...) então, existe um intercâmbio de muitos anos, tornando tudo mais fácil e é por isso que eu cumpro meu horário e cada médico cumpre o seu aqui (...) se não cumprir, vem o paciente e não tem médicos, o paciente não volta outra vez (...) por isso existe uma identidade com os médicos e o serviço ... "

(Comunicação pessoal de um agente médico)

Trago esta realidade, não por ela em si mesma, nem pela percepção clínica que poderia estar no sentido de justificar tal valorização, mas pela apreensão, evidente nos próprios agentes do serviço, de uma ideologia¹⁹,

¹⁹ Na tese marxista do materialismo histórico, por *Ideologia* entende-se exatamente o conjunto das crenças religiosas, filosóficas, políticas e morais das relações de produção e de trabalho, conquanto não tem outra validade a não ser aquela de expressar uma determinada parte das relações econômicas e, portanto, de servir à defesa dos interesses que prevalecem em cada fase desta relação (Marx, 1976).

sua representação como o conhecimento principal e principal instrumento presente no trabalho. O serviço como um todo chega a ser reduzido às ações restantes, desenvolvidas pelos outros agentes, frente às ações clínicas assumidas pelo agente médico. Isto me parece resultado de mais uma tentativa conveniente de delegação de responsabilidades no serviço, agora em sentido contrário, atribuindo-se estrategicamente ao profissional que detém a responsabilidade pelo diagnóstico toda a responsabilidade pelo controle da doença no corpo individual e no corpo coletivo.

" ... aos pacientes que permanecem no serviço, mensalmente eu entrego o medicamento, sempre na data da primeira consulta, vou esquadrihando suas condições, faço o aprazamento e o relatório. Antes, eu também fazia as visitas domiciliares, que não são mais possíveis por falta de viatura. Tenho a promessa de conseguir viatura novamente, mas por enquanto não temos condições (...) também não estamos fazendo o levantamento dos pacientes faltosos, que tiveram abandono de tratamento. Esta pesquisa deveria ser feita por nós, mas não estamos fazendo ... "

(Comunicação pessoal de uma agente assistente social)

"... na época em que o Serviço de Controle da Tuberculose foi instalado, em seus primeiros anos de funcionamento, sua performance qualitativa, também em volume de trabalho, aproximava-se dos 100%. Hoje, embora a tuberculose, mundialmente, apresente estatísticas crescentes em todos os níveis, o serviço deixa a desejar em mais de 50%, tanto se considerarmos a qualidade como o volume de serviço e, também, em

relação à atuação do grupo central (...) atribuo essa decadência à "política". Tudo é político, política em primeiro lugar, gente que usa a área da saúde para fazer política em benefício próprio, gente que não entende e não quer entender nada de saúde e está no lugar que não deveria estar ..."

(Comunicação pessoal de um agente médico)

"... antes o Programa era bem melhor, inclusive, quando entrei aqui, as pessoas recebiam até passagens para o deslocamento de ônibus, quando da segunda linha do tratamento. Tínhamos verba específica para isto. Agora enfrentamos demora no recebimento da própria medicação de segunda linha e o paciente continua esperando ..."

(Comunicação pessoal de uma agente auxiliar)

É como se fosse uma estrutura em partes que não se complementam. Entre as partes, uma preenchida pelas ações médicas, outra preenchida pelos auxiliares e assistentes sociais, outra preenchida pelo nível regional com suas habilidades conceituais e técnicas e outra, ainda, preenchida pelo nível central com suas habilidades conceituais e políticas. Isso evidencia não apenas as idéias e sensações dominantes e assumidas no Trabalho em Saúde em seus vários níveis, aspectos adequadamente descritos e analisados em suas diferentes formas por vários pesquisadores²⁰, mas uma consequência mais imediata, mais vulgar e deprimente, o esvaziamento do Programa

²⁰ Entre os trabalhos posso citar Mendes Gonçalves (1979, 1986, 1988), Almeida (1984, 1991), Silva (1984) e Pires (1989).

enquanto instrumento oficial de controle da tuberculose. Programa que possui, em si, potencialidades para o auxílio no *combate* a uma enfermidade capaz, ainda e por muito tempo, de provocar um estado incongruente no indivíduo social. O que se constata é a inibição das ações produzidas no interior do serviço, principalmente daquelas que possuem uma aproximação mais imediata com a ação coletiva, por exemplo, a pesquisa de *grupos de risco*²¹. Na verbalização dos sujeitos, quando das comunicações pessoais, aparece esta *falta* com significado de tempo/espço perdido no cotidiano do trabalho, percebida nos momentos em que a não-presença dessas ações anula a vontade subjetiva porventura existente, tanto que acaba provocando o abandono do tratamento.

A simplicidade complexa do conteúdo tecnológico do trabalho

O homem constitui-se em si na complexidade e na inteligibilidade de suas *in*-congruências e, enquanto expressa e produz a complexidade delas, todas as *in*-congruências estão nele, ao passo que, enquanto objetiva a inteligibilidade, ele próprio é nas *in*-congruências o que

²¹ A discussão conceitual, epidemiológica, teórica e operativa acerca da abordagem do *risco* não invalida seu potencial como instrumento, que possui seus limites, possível para ser usado em determinado espaço e tempo.

elas são²². A complexidade e a inteligibilidade se mostram nas relações sociais do homem, enquanto estas estão contidas no homem e o homem se explica ou se manifesta nelas. O oposto da complexidade, indicado pelo termo simplicidade, são os procedimentos que reduzem a complexidade dos fenômenos. Na realidade, não existem fenômenos simples, “o fenômeno é um tecido de relações. Não há *natureza* simples, substância simples; a substância é uma textura de atributos. Não há idéia simples, porque uma idéia simples, como muito bem viu Dupréel²³, deve estar inserida, para ser compreendida, num sistema complexo de pensamentos e de experiências. A aplicação é

²² Ilustro o sentido a que me refiro sobre *complexidade e inteligibilidade* com a interessante parábola atribuída a Lichtenberg, um pensador do final do século XVIII, apresentada por Stengers (1990), num texto que põe Lichtenberg em cena como um químico sonhando. “(Lichtenberg era a um só tempo químico, escritor, físico, crítico literário, etc.), Lichtenberg-químico sonha que um Ser sobrenatural, ao qual ele não dá nome mas que é evidentemente Deus criador, lhe confia uma bola mineral. Pede-lhe para analisá-la e lhe designa um laboratório bem equipado. Lichtenberg pensa que esta é a oportunidade de sua vida: ele vai descobrir um corpo desconhecido, com propriedades surpreendentes. Começa a trabalhar ... A bola está com um pouco de poeira e ele sopra; ela está úmida, ele enxuga; testa suas propriedades em relação à eletricidade friccionando-a. Nada de particular, não é âmbar. Depois ele a analisa quimicamente e não encontra nada interessante, nada senão compostos conhecidos ... Decepção. O Ser sobrenatural reaparece e pergunta: *analisou?*, e Lichtenberg, perplexo, atônito, lhe dá a lista dos constituintes. *Você sabe o que analisou, mortal? Esta bola era o globo terrestre* (é um sonho; devemos imaginar uma terra sem âmago ardente, evidentemente). E o Ser sobrenatural descreve para o químico como, desde as primeiras operações, desde que ele se *apropriou* da bola soprando-a, enxugando-a com seu lenço, ele suprimiu tudo o que na terra tem de interessante, de singular. Os oceanos foram *soprados*, os Andes são essa poeira que está ainda agarrada em seu lenço, etc ... O primeiro gesto de Lichtenberg, que ele acreditava ser neutro, insignificante, que fez sem pensar, e que era realmente o gesto de apropriação, reduziu a terra a um composto mineral qualquer. No final do sonho, Lichtenberg, ainda químico, mas jurando tomar todas as precauções possíveis e imagináveis, pede nova chance. O Ser sobrenatural lhe concede a nova chance e lhe diz “Analise quimicamente o que encontrar nesse saco”. Lichtenberg abre o saco e cai de joelhos para pedir perdão, enquanto químico, por sua arrogância. Dentro do saco há um livro, e ele sabe que poderá analisá-lo sem que, evidentemente, a análise química lhe permita dizer o que quer que seja de interessante” (p.151-2).

²³ Nota do texto original. Discutindo a “*Epistemologia Não-Cartesiana*”, Bachelard (1986) recorreu aos escritos de Dupréel para expressar que: “Se um ato do meu espírito propõe uma verdade simples, um segundo ato é indispensável para que eu me dê conta disso. Basta generalizar esta observação para denunciar o erro daqueles que crêem que verdades necessárias e incondicionais, devidamente tidas como tais, podem ser propostas por um ato de pensamento que se basta a si próprio, e ao mesmo tempo servir para qualquer uso. Uma vez posto um axioma é preciso sempre um segundo ato para afirmar uma sua qualquer aplicação, isto é, para reconhecer as circunstâncias em que esse axioma pode ser invocado” (p. 103).

complicação. As idéias simples são hipóteses de trabalho, conceitos de trabalho, que deverão ser revistos para receberem o seu justo papel epistemológico. As idéias simples não são de modo nenhum a base definitiva do conhecimento; aparecerão, por conseguinte, com um aspecto inteiramente diverso quando forem colocadas numa perspectiva de simplificação a partir das idéias completas” (Bachelard, 1986, p. 105).

A saúde enquanto produto das relações sociais do homem é um universal concreto, que se expressa nas formas biológicas do indivíduo e nas estruturas das ações coletivas. Como antes mencionado, essas ações, porque se situam essencialmente na exterioridade do mundo dado, são, ao mesmo tempo, expressão e condição de desenvolvimento das formas biológicas, postas na individualidade do sujeito, desse invariante que é estruturalmente social. O conteúdo das ações de assistência à saúde, do trabalho em saúde, se transforma ao longo do tempo, ao se desdobrar em substancialidade mediada por relações sociais cada vez mais complexas e articuladas por interesses diversos. E, no controle da tuberculose, como aparece o indivíduo estruturalmente social enquanto núcleo desses interesses? Pensando a participação dos indivíduos nesse controle como momento de individualidade subjetiva, como a presença do indivíduo potencialmente incongruente na ação que busca a congruência, percebo que o par complexidade e inteligibilidade, ou seja, que o fazer se interessar por *algo* aparentemente tão simples como o indivíduo com tuberculose é moral enquanto subjetivo, é também político, e chega a ser ético enquanto objetividade limite²⁴. É a partir do interesse que se produzem e se recriam novos conceitos para serem operados ou para se porem

²⁴No sentido hegeliano, a moral se distingue da eticidade. A moral é a vontade subjetiva, isto é, individual e desprovida do bem, enquanto a eticidade é a realização do bem em instituições históricas que o garantem (Hegel, 1992).

em materialização. A produção de conhecimentos - este foco em particular - está intrinsecamente ligada às condições de produção de existência.

Nas falas, os agentes do trabalho de controle da tuberculose, principalmente os médicos, mas não somente eles, assumem como tecnologicamente simples lidar com essa incongruência entre a simplicidade do diagnóstico e tratamento e a complexidade do controle epidemiológico, desde o diagnóstico inicial e a prescrição do tratamento, até os procedimentos para o acompanhamento deste tratamento. A certeza de qualidade, com os instrumentos atuais, é tal que as dificuldades passadas em momentos de dúvidas sobre o diagnóstico e tratamento são lembradas com alívio, com uma certa serenidade diante da evidência presente.

"... penso não ser necessário novas tecnologias. O diagnóstico da tuberculose é o mais simples do mundo e a continuação, a pesquisa no acompanhamento do paciente em seu escarro, também é uma das áreas mais simples de fazer diagnóstico, a baciloscopia. No começo do tratamento solicito uma radiografia para ter uma noção da extensão da lesão e prescrevo a medicação. No percurso do tratamento solicito uma ou duas radiografias para mostrar ao paciente; é para ele; para mim não é preciso porque tenho confiança no medicamento (...) o controle da tuberculose funciona muito bem com as formas de diagnósticos de que se dispõe; não é necessário absolutamente nada sofisticado, a não ser um microscópio, alguém que saiba visualizar o bacilo e recursos para buscar o faltoso em casa ..."

(Comunicação pessoal de um agente médico)

Esta convicção, no entanto, mesmo que em momentos operacionais específicos, afigura-se não tão simples quando a fala evidencia as dificuldades do Programa. Para ilustrar, trago um problema não muito relevante, mas esclarecedor que é, no parecer da própria supervisão regional, a situação crítica do controle de qualidade na padronização do exame BK, com resultados distintos entre laboratórios que usam diferentes tecnologias.

"... a implantação da realização da microscopia do escarro, exame BK, nas próprias unidades sanitárias de grande afluxo de pacientes, foi uma idéia que se mostrou utópica. Não tínhamos o bioquímico, o funcionário, o material e tudo o mais. No início parecia que teríamos, mas na verdade nunca conseguimos. Então, os laboratórios de referência é que estão fazendo. O laboratório da Santa Casa faz; tem uma leitura controlada por nossa supervisora, que é bioquímica. O laboratório da Universidade Federal fazia, depois deixou de fazer porque eles usavam um método diferente do nosso, mais moderno, e se recusaram a mudar. Então isto é um procedimento que pode agilizar a baciloscopia. A municipalização poderá ajudar neste aspecto, será uma maneira de se colher mais material na periferia e de se ter mais unidades laboratoriais com os mesmos padrões de exames ..."

(Comunicação pessoal com um agente médico)

Por outro lado, posso asseverar, a partir dos depoimentos, que a aparente simplicidade apontada, ou, como colocado acima, a simplicidade não

tão simples do trabalho com a tuberculose, circula em torno do patológico, do fisiopatológico. Este, assim, é o mais simples e o biológico²⁵, por seus condicionantes sociais, é o complexo por sua estrutura em si. O complexo, então, é configurado pelo não previsto, é entendido como *falha*, como *dificuldade*, como *falta* no Programa. O complexo, no conteúdo do trabalho realizado, aproxima-se do que se considera o núcleo epidemiológico, em que o limite do patológico é absorvido pelo limite do corpo individual (particular e genérico ao mesmo tempo), de modo que só em sua hibridez coletiva/individual provoca o aparecimento dos limites no interior do trabalho. E exatamente esses limites representam toda a complexidade do homem em sua biogenicidade e sociabilidade, mas também a complexidade dos sistemas de trabalho das estruturas de assistência.

Assim, tais limites aparecem na própria realização das ações. Na seqüência, como exemplo, refiro-me à tarefa de *buscar os faltosos*²⁶. Pode parecer que os limites se justificam apenas por questões operacionais, para esse caso, do tipo *falta* de viatura para o deslocamento dos agentes, *falta* de combustível para o funcionamento da viatura, ou ainda, *falta* de agentes para realizar essa atividade, mas, certamente, pode se tratar de outras questões, aderidas não só à estrutura do serviço, como também, às vezes, ao paciente como sujeito. Tratado dentro do conteúdo tecnológico como ser igual a todos, esse sujeito que apresenta a tuberculose muitas vezes pode salientar sua

²⁵ O biológico aparece aqui com um significado mais abrangente que o patológico, com a intenção de resistir à ótica biológica reducionista que focaliza o indivíduo e o corpo e não o corpo do indivíduo, ou seja, o corpo com tuberculose, mas um corpo sem subjetividade.

²⁶ No Programa de Controle da Tuberculose são consideradas *pessoas faltosas* aquelas que não comparecem na data aprazada para a próxima visita do controle mensal do tratamento. A providência para o retorno do paciente constitui-se na tentativa de localizá-lo por telefone, aerograma, visita domiciliar ou recados (Brasil, 1995).

característica²⁷ de autonomia, através de um comportamento indesejável, indisciplinado em relação às ações propostas no serviço.

"... a busca dos faltosos necessita de uma viatura à disposição do serviço e um revezamento das assistentes sociais. A rotina é a seguinte: o paciente chega aqui e é inscrito no Programa e no mês que vem não comparece no dia marcado para buscar medicamento, então a ficha deste paciente é separada para que, no dia da visita domiciliar, esta ficha esteja na mão da assistente social. Este paciente vai estar incluído, a viatura vai buscá-lo em casa (...) mas esta busca não vem sendo feita há muito tempo, porque não temos tido condições de estar com viaturas na rua atrás de pacientes. Já faz tempo que este serviço, vinculado à Secretaria da Saúde, que é o único da cidade, que é o foco do controle da tuberculose, deixou de ser feito como antigamente. Existe uma lacuna muito grande ... em outras épocas essa conversa que estou tendo contigo seria quase que impossível na hora de trabalho, porque causei de atender, num dia, dezessete, dezoito, vinte pacientes ..."

(Comunicação pessoal de um agente médico)

A impressão que fica, frente ao exposto, é que o indivíduo tuberculoso, por sua *simplicidade complexa*, deixou de ser um estímulo à busca de novos conhecimentos no interior da organização. Essa não existência

²⁷ Essas características aparecem a seguir, quando da análise relativa ao *limite do trabalho*. A precipitação desta questão no texto tem o objetivo de fomentar reflexões acerca da igualdade e da autonomia do sujeito no conteúdo tecnológico do trabalho apresentado no controle da tuberculose.

da renovação, do novo, se constitui na padronização dos indivíduos, enquadrando-os às normas. Significa dizer que é construído um indivíduo homogêneo no interior dessa organização, mesmo que sejam referidos como casos específicos. Por outro lado, a referência à diminuição na *demanda espontânea* do serviço representa, de imediato, é óbvio, a escassez dos casos de indivíduos com sintomas de tuberculose presentes, mas esse esvaziamento numérico pode representar também um desgaste do próprio trabalho desenvolvido, isto é, pode estar impondo a necessidade de renovação das ações que externalizam o serviço, no sentido da construção de adequações que possam dar conta da complexidade do controle da tuberculose.

"... cada caso é um caso mas, normalmente, o paciente começa tomando dois tipos de remédios, em quantidades de acordo com o peso deles. A primeira fase do tratamento dura dois meses; no terceiro mês muda a medicação, indo até o sexto mês de tratamento, dependendo se o paciente mostra ou não problemas de rejeição à medicação. Então se espera, se observa, como se diz, se deixa o paciente na "estufa" até o organismo se adaptar, para então voltar aos procedimentos normais ..."

(Comunicação pessoal de uma agente auxiliar)

Como seria de esperar, dada a certeza de qualidade em relação ao tratamento do patológico, ao se questionar sobre as mudanças necessárias no trabalho as manifestações são dispersivas, indicando que não se projetam mudanças ou, pelo menos, grandes mudanças com relação à coordenação de ações que são efetivamente desenvolvidas no dia-a-dia do trabalho. Entretanto, no espaço contínuo dos depoimentos, dadas as incertezas para lidar com o

biológico, aparece a culpa pela não realização de outras ações, ligadas à externalização coletiva da tuberculose, mesmo quando previstas no Programa e não efetuadas por razões diversas. As mudanças referidas se dão, portanto, na perspectiva de uma conscientização da dimensão global do Programa entre instituição, agentes e clientes, a partir da realização de todas as atividades previstas, na forma como estão já em andamento ou que estão sendo propostas.

"... acredito que necessitamos de muitas coisas, por exemplo, de um serviço de assistência social. Não existe uma assistente social específica, que atenda, não existe (...) somos atendentes e o que terminamos fazendo é o serviço de assistência social. Na realidade, eu mesmo sou auxiliar de serviços médicos, então, não tenho cargo de assistência, não tenho que fazer entrevista e dar orientações; deveria existir uma pessoa qualificada para isso. Particularmente, acho que deveriam haver palestras para as pessoas"

(Comunicação pessoal de uma agente auxiliar)

O trecho de fala acima aponta para uma auto-advertência das auxiliares do serviço. Tais agentes, ao realizarem uma atividade que qualificam como de responsabilidade de outros, isto é, de responsabilidade das assistentes sociais ou mesmo das enfermeiras e, portanto, fora de seus limites de atuação e atributos profissionais, mostram-se insatisfeitas com o problema. Manifesta-se, no cotidiano do serviço, uma espécie de adição que transforma o específico em inespecífico-geral, tanto para as auxiliares, como para as assistentes sociais e, posso acrescentar, para as enfermeiras também, quando essas estão no trabalho.

“... no tratamento habitual, que dura mais ou menos seis meses, normalmente, dependendo da tuberculose, obtemos a cura. Sempre têm casos que não obtemos sucesso, são pessoas dependentes do álcool ou drogas, diabéticas, ou casos de pessoas que não constam como dependentes ou diabéticas, mas que talvez possam até ser; é importante a folha de orientação, de conversa com o paciente. O paciente não retorna na data aprazada, volta novamente, faz um tratamento irregular: a gente procura detectar a origem do problema. Muitas vezes o problema é decorrente de falhas no serviço, então, o doente retorna à primeira linha do tratamento, faz tudo novamente, de ponta a ponta, e tem grande chance de se curar. Outras vezes, o próprio paciente é por natureza rebelde, há até resistência, então, nesses casos, não tem cura, mas isso, em geral, ocorre mais com dependentes (...) nessa parte de dependência necessitamos de apoio de um serviço de assistência social, de psicólogos, isso é uma coisa que faz falta ...”

(Comunicação pessoal de um agente médico)

A presença no serviço de profissionais que tenham em sua formação atributos para lidarem com as condições de vida - precárias - dos pacientes, nas falas, está quase sempre associada à assistente social, profissional idealizada²⁸ como detentora das condições para assumir este lado

²⁸ “... o objeto e a especificidade do Serviço Social devem ser entendidos sempre no sentido do conteúdo das relações teórico-práticas que essa disciplina estabelece com os fenômenos sociais com os quais opera; e é, portanto, através destes conteúdos, que ela pode caracterizar e construir seu domínio e nele adquirir níveis de competência quanto à teoria que produz e à ação interventiva que empreende (...) em termos genéricos, pode-se conceber como objeto do Serviço Social as situações sociais problemas (...) na medida em que o Serviço Social propõe com eles uma relação de

de influência negativa ao produto do trabalho; no processo como um todo, aparece para obter a reversão da indisciplina, porque o desejável será sempre a cura do *caso clínico*. Outros profissionais, como as enfermeiras e os psicólogos, também são lembrados. Estes últimos, sempre que se materializam dificuldades em manter o esquema proposto pelo serviço, pela indisciplina dos pacientes. Então, a necessidade de complementar ou não o serviço com outras habilidades conceituais, técnicas ou mesmo de relações humanas é induzida pelo comportamento dos indivíduos. Se disciplinados, pouco lhes falta, ou seja, a internalidade organizativa do serviço lhes responde adequadamente; se indisciplinados, entretanto, muito lhes falta, lhes é necessário *algo mais* do que atualmente o serviço oferece. Talvez fosse melhor que *todos fossem indisciplinados*, pois exigiriam novas competências e alternativas na organização do serviço, nas relações entre profissionais e clientes e na própria concepção da doença.

Em se falando das enfermeiras, a competência que os depoimentos lhes atribuem é conceitual e técnica, abrangendo o lado social do indivíduo com tuberculose. É o sentido da contribuição²⁹ que se segue: “ - *as enfermeiras se envolvem com toda a programação, avaliação e assessoria técnica do programa como um todo. Não é nada muito específico porque o Programa é completamente normalizado. Dentro das normas elas dispõem de condições para assessorar as pessoas sobre tudo no Programa. Quando em supervisão, claro que se saem a enfermeira e o médico, este vai fixar-se mais*

conhecimento e de intervenção. Entretanto, é o conteúdo atribuído a esses fenômenos, através da relação estabelecida com eles, que define a especificidade, e só identificando-se a especificidade identifica-se o objeto” (Lopes, 1979, p. 29-30).

²⁹Essa contribuição é parte do registro gravado de uma entrevista com a enfermeira supervisora do Nível Central do controle da tuberculose da SSMA, em Porto Alegre, em um momento em que buscava subsídios para a fase empírica deste trabalho, mais precisamente em abril de 1992.

na área dele de diagnóstico e controle de casos e a enfermeira fica mais com a área de enfermagem. Mas a enfermeira acaba fazendo sempre uma supervisão geral, acaba vendo todo o funcionamento na unidade, não fica restrita a área da enfermagem. Na maioria das unidades sanitárias não se tem enfermeiras e, quando tem, elas não trabalham exclusivamente com a tuberculose. Desta forma, o setor de tuberculose funciona com o pessoal de nível auxiliar, o qual é treinado pelas enfermeiras regionais dentro das atividades do Programa. Aprendem a vacinar, atender aos pacientes, entrevistar, orientar, distribuir vacinas e tudo o mais necessário às suas funções no Programa.”

A par das especificidades de cada profissional e dentro de cada especificidade, a organização dos serviços através das normas embutidas no Programa estabelece uma mescla de habilidades, de onde surgem profissionais contornados por limites formais, limites que os privilegiam como supervisores, como representantes dos níveis mais elevados da organização do Programa, junto aos níveis regional e local, níveis de execução das ações programadas, responsáveis mais imediatos e diretos pela externalização adequada do Programa em seu todo. Embora não se constitua em objeto de reflexão sistemática desta pesquisa, esse momento da organização do programa de tuberculose que se externaliza em nível local, expressa que aquilo que é utilizado como instrumento de trabalho por todos é o permitido e inclui os instrumentos tradicionais das diversas categorias envolvidas. São os instrumentos administrativo-burocráticos e aqueles com núcleo epidemiológico.

Voltando ao universo local e ao depoimento anterior, focalizo a influência das condições de vida do paciente tuberculoso no tratamento. Enquanto condições sócio-econômicas deficientes, de carência, dos pacientes e

seus familiares, as condições de vida são expressas pelos agentes do trabalho, mesmo que com diferentes ênfases, como *limite* para o controle da tuberculose que se veicula pelo próprio paciente. Nas falas, isso transparece por uma relação que é limitada por essas condições e o comportamento do paciente frente às ações programadas: se ele é disciplinado o Programa *funciona*, se ele não tem disciplina *não funciona*.

A dimensão ética é uma característica do conteúdo tecnológico, ou seja, insere-se nas questões técnicas, projetando a *humanização do trabalho*. Sendo o Programa político-tecnológico³⁰, a mediação burocrática pode ser humana? É desumana? O que é humano, então? Além disso, há referências à dimensão social, quando esta se associa à necessidade de técnicas adequadas a determinadas condições, quando propõe, por exemplo, formas de apoio às famílias. A tecnologia é uma criação puramente humana, que em si mesma traz potencialidades a respostas adequadas ou não adequadas às diferentes necessidades dos grupos sociais que se encontram em seu tempo/espaço. A burocracia é uma forma tecnológica. A tecnologia enquanto forma de materialização do conhecimento produzido pela humanidade aponta ou não, em seu conteúdo, para a presença de potenciais éticos. Agora, quando esta tecnologia torna-se fim em si mesma, apresenta-se como *des*-humana pela própria mão do homem-humano³¹.

³⁰ “A tecnologia revela o modo de proceder do homem para com a natureza, o processo imediato de construção de sua vida e assim elucida as condições de sua vida social e as concepções mentais que delas decorrem” (Marx, 1985, p. 425, nota 89).

³¹ “... só quando o objeto se torna objeto *humano* ou *homem* objetivo é que o homem não se perde nele. Tal só é possível quando o próprio homem se torna um objeto *social*, no momento em que se transforma em ser social e a sociedade para ele se torna ser no referido objeto. Por outro lado, só quando a realidade objetiva se torna em toda a parte para o homem na sociedade a realidade das faculdades humanas, a realidade humana, e deste modo a realidade de todas as *suas* faculdades humanas, é que todos os *objetos* se tornam para ele a *objetivação de si mesmo*. Os objetos confirmam e realizam a sua individualidade, eles *são os seus próprios* objetos, quer dizer, o homem torna-se *peçoalmente* o objeto” (Marx, 1993, p. 198).

"... posso falar dos adolescentes que não fazem o tratamento necessário por falta de uma assistência mais direta e, também, pelo próprio esquema familiar que não o viabiliza. É necessário uma equipe de apoio e o retorno da visita domiciliar. Fazer as visitas não só na busca de faltosos, mas para verificar o meio ambiente, como vivem. Não é necessário visitar todos, visitar aqueles em que se detectam maiores carências em diversas áreas. Uma visita domiciliar, assim, de prestígio ao doente, para ele se sentir apoiado e saber que tem gente reparando por seu tratamento, que não é só ele que vem ao serviço uma vez por mês e leva um monte de remédios para casa (...) é necessário ativar mais as relações humanas, humanizar mais o serviço com essas visitas aos doentes e procedimentos mais eficientes no controle da tuberculose. Se eu quero realmente terminar com a tuberculose, não posso ficar em uma atitude passiva, esperando aqui sentado, tenho que ir em busca de algo do tipo de uma campanha em massa, exames de escarros em quantidade, em uma determinada área de risco, em determinada vila ..."

(Comunicação pessoal de um agente médico)

Mostro agora uma situação particular que ilustra o geral e expande as fronteiras do trabalho para a percepção do indivíduo estruturalmente social, situação que escancara a necessidade de mudanças no conteúdo do trabalho, não só do trabalho de controle da tuberculose, como de todo o trabalho de Saúde. O que trago é a informação de uma paciente em tratamento, com acompanhamento padrão e disciplinado no conjunto das ações

no interior do serviço, que deveria estar plenamente satisfeita e otimista e, no entanto, não demonstra isso em sua manifestação acerca do que está ocorrendo em seu tratamento.

Agente - *Oi! E aí, como é que vais? O que aconteceu?*

Paciente - *... ando cheia de dores doutor!*

Agente - *É, mas os exames estão todos bons, não estás anêmica, não tens infecção. De modo que parece que não tens problemas!*

Paciente - *Doutor e essa dor que eu sinto. O que é isso?*

Agente - *Mas aonde é que está te doendo?*

Paciente - *Aqui assim oh! do lado! ... aqui do lado! Parece que me dá um nó ...*

Agente - *E aquela dor que tinhas no ombro, do lado esquerdo?*

Paciente - *Aqui não tenho mais dor, aliviou a dor aqui.*

Agente - *A dor no ombro passou? Mas esta dor te incomodava muito, chegamos a fazer uma radiografia da clavícula, do ombro, não é isso?*

Paciente - *É, foi. O senhor me mandou para o traumatologista, mas não adiantou nada.*

Agente - *Sim, não adiantou, mas a dor passou!*

Paciente - *Não tomei nenhum remédio que ele mandou. Tomei os remédios que o senhor mandou.*

Agente - *Mas não fizeste nada? ...*

Paciente - *Doutor, não estou agüentando mais tanta coisa, tanta dor ... Esse lado incha doutor. Eu não agüento mais, eu estou apurada.*

Agente - *Tu estás com uma dor que a gente vai procurar descobrir qual é a causa. Mas teus exames estão todos bons, teu estado geral é excelente, não estás anêmica, não tens índice de infecção, o açúcar está normal, a gordura está bem, as fezes também ... Podemos começar pelo cardiologista, para dar uma olhada ...*

Paciente - *... então está bom, o senhor acredita que tomei até chá de manjerição ...*

Agente - *De modo geral tua situação é boa. Teus exames dizem isto ...*

Paciente - *Doutor, tem dias que me dá uma dor, assim, do lado da cabeça. Agora mesmo, estive três dias de cama ... ando louca da vida !*

Agente - *E o tratamento para os nervos, tu tens feito?*

Paciente - *Não doutor. Eu já não sei mais nada, nem sei se adianta mais.*

Agente - *Vou te encaminhar para um especialista do sistema nervoso. Eu acho que o problema não é a doença em si, mas o problema és tu, não achas?*

Paciente - *Por quê?*

Agente - *Sim, os exames confirmam que não tens problema nenhum e tu continuas com problemas. Acho que o problema é a tua cabeça. Tens que procurar um apoio psiquiátrico, tens que fazer um tratamento para os nervos, não é isso?*

Paciente - *Eu não sei doutor ...*

(Observação do trabalho de um agente médico)

Dentro da lógica da organização, percebo o agente como representativo da coordenação de ações ali contidas, atraindo a paciente para dentro do limite imposto pela estrutura, ou seja, fazendo-o refletir sobre sua patologia e seu controle individual, mas em conluio com essa estrutura, sem condições sequer, na relação com seus instrumentos de trabalho, de perceber e considerar a paciente como um ser estruturalmente social. A paciente reclama, insiste e é encaminhada a outros atendimentos sem a certeza desses atendimentos, sem a certeza do retorno e para cumprir novos limites dentro da arquitetura estrutural dos serviços do Sistema Único de Saúde. Segundo Castiel: “ Na verdade, a grande dificuldade reside na abordagem da dimensão singular do humano (e de seu adoecer), pois esbarra em problemas extremamente intrincados, como é o caso das relações mente/cérebro e, por sua vez, mente/corpo (...) O modelo prevalecente na biomedicina e na epidemiologia moderna tem pouco a dizer sobre o sofrimento e sobre a estranheza de perceber-se possuidor (?) de um corpo (que, mais estranho ainda, adocece ...). É preciso enfatizar que o modelo ordenador/classificador, nos seus procedimentos, acaba por resumir as pessoas, as coisas, a vida e os acontecimentos do mundo às medidas de seus padrões de referência (...) Mas, esse é, ainda, um modo precário de ordenar o universo. Há ordens que não são alcançáveis por essa via, ou seja, as ordens generativas e implícitas, em que as referências não se dirigem para questões ligadas à linearidade do desenvolvimento e da evolução em uma seqüência de sucessões” (Castiel, 1994, p. 189).

É pertinente trazer ao texto, ainda, momentos dos diálogos em que fica mais fluida a questão de mudanças no conteúdo do trabalho, ou

melhor, as mudanças produzidas com a municipalização³² dos serviços de saúde, pois entendo que esta, como organização tecnológica proposta, como um impulso para uma construção ética do trabalho em saúde, altera o conteúdo do trabalho. A essência das concepções acerca da municipalização como modelo estrutural para o Sistema de Saúde proporciona expectativa e esperança de que as dificuldades enfrentadas no interior da estrutura do serviço sejam resolvidas através da complementação e desburocratização do próprio Programa de Controle da Tuberculose.

" ... penso que o município, com a municipalização dos serviços, poderá ajudar o Programa em termos de médicos e, também, na parte de viaturas para tornar possível as visitas domiciliares"

(Comunicação pessoal de uma agente assistente social)

" ... aqui no setor eu não sei o que poderia melhorar, talvez possa melhorar a condição de obtermos medicação mais rapidamente, quem sabe? Temos uma dependência muito grande ... quem sabe, com a municipalização, não vamos conseguir mais facilmente a medicação e o material burocrático, que, atualmente, temos grandes dificuldades para conseguir (...) a gente, geralmente, traz de casa materiais como caneta, borracha"

(comunicação pessoal de uma agente auxiliar)

" ... são muitos os pacientes, acho até que agora está aumentando mais a incidência da tuberculose por causa

³² A municipalização do gerenciamento dos serviços de saúde nos municípios de Pelotas e Rio Grande deu-se oficialmente em janeiro de 1995, através do termo de compromisso assumido pelas direções municipais. Embora possa parecer tardia frente às reformas no setor de saúde, essa oficialização segue o ritmo do restante dos municípios do Rio Grande do Sul.

da AIDS. Mas este fato ainda não influi. O problema maior, para o maior número de pessoas, a maioria mesmo, é a parte social. Pessoas que vivem em condições subumanas, pessoas que não têm onde morar e nem mesmo o que comer, fazem o tratamento dentro do hospital para ter um teto, para ter alimentação, pois necessitam de uma alimentação mínima para ingerir o medicamento, senão vão ter náuseas, vômitos (...) acho que o município tem que olhar mais essa parte, essa parte social”

(Comunicação pessoal de um agente médico)

Essas referências ao controle da tuberculose e seus nexos com a municipalização, ainda que pelos poucos destaques acima, desvendam a dimensão da compreensão do conjunto dos trabalhadores nesse tempo/espço. A conexão das coisas gerenciais aparece no sentido burocrático operativo, que viabilizaria instrumentos idealizados de intervenção que, por sua vez, permitiriam ultrapassar as questões sociais, vistas como limites externos ao conteúdo técnico, dado que este conteúdo não necessita de alterações e/ou ingerências externas. Em outras palavras, a intervenção clínica e o processo gerencial estão dados e institucionalizados, de modo que somente as operações vão sendo alteradas.

“... ninguém na Secretaria Municipal de Saúde vai desejar atrapalhar o Programa de Controle da Tuberculose pelo simples fato de ele ser um programa criado e implantado pelo nível estadual e estar passando para as gerências dos municípios. Na essência, não vai mudar nada, apenas a norma técnica

do programa nasceu no estado (...) o que vamos ter que combinar é a maneira como vão chegar, pois chegam permanentemente, os documentos e os medicamentos. Como é que eles virão? Se através de viaturas do município, de viaturas do estado (...) é evidente que será preciso o acesso centralizado para determinados pontos, principalmente, na questão do material de relatórios (...) por outro lado, cada município, de posse das informações que dispomos há muito tempo, terá mais condições de resolver os problemas. Também a maior integração entre os órgãos que atuam numa região, característica inerente da municipalização, viabilizará a solução de problemas pendentes, tais como, a busca de casos novos, a assistência às pessoas extremamente carentes ... Com o comando da saúde sendo único, será possível usar uma tecnologia bem mais adequada no programa. O município vai contar, por exemplo, com lugares especiais para exames laboratoriais (...) será possível buscar casos novos em lugares de maior incidência da doença. A solução técnica, adequada para a assistência, será mais fácil que agora, quando diferentes órgãos trabalham em cima da mesma questão, cada um com um poder diferente (...) a carência de lugares para recolhimento e atendimento condigno aos casos graves de tuberculose com agravantes sociais é outro problema difícil de resolver que com a municipalização vai melhorar. Este tipo de paciente tem expressão numérica importante e o essencial não é só a medicação, mas é o teto, a comida e a educação. A sensação que tenho é que problemas como estes,

problemas como a busca de casos novos e o atendimento de pessoas extremamente carentes, vão ter uma possibilidade de solução mais simples, desburocratizada (...) acho que não existe nenhum tipo de confronto naquilo que é técnico ..."

(Comunicação pessoal de um agente médico)

Neste entendimento, o conteúdo técnico no interior do serviço evidencia-se como auto-organizativo, como já mencionado. Mas a fala é para acentuar o poder de direção contido nas orientações técnicas e operacionais, mantendo o elo de ligação fortalecido pela estrutura que lhe deu origem, que é o Núcleo de Controle da Tuberculose do Estado. E as falas se repetem unânimes.

"... a municipalização ainda está em sua fase inicial mas, no meu modo de pensar, o programa da tuberculose e, talvez, algum outro, como o da lepra, devem continuar centralizados, porque no momento de descentralizar não retroceder. Os profissionais do programa de controle da tuberculose têm opiniões diversas, mas as ações devem ser obrigatoriamente dirigidas, devem ser iguais, devem ter o mesmo objetivo em seus diferentes tempos/espacos. A experiência mostra que este controle realmente iniciou quando todos os profissionais começaram a prescrever a mesma coisa, no mesmo tempo, com procedimentos convergentes. Então, eu acho que, no momento que descentralizar, temos o risco de ter profissionais querendo receitar coisas diferentes, ou até querendo fugir das linhas básicas do programa (...) A centralização se limitaria

às diretrizes básicas do programa, os meios de diagnósticos e o tipo e duração do tratamento. A descentralização se daria nos formulários, na entrega de medicamentos, mas a estatística deve ficar centralizada (...) a centralização seria na definição do tipo de medicamentos e dos meios de diagnósticos. O que fazer se temos uma falência aqui ou ali? Agora, o poder de decisão, como vai ser feito isso, como deve ser trabalhado, penso que deveria ser mais a nível local."

(Comunicação pessoal de um agente médico)

A preocupação com as possíveis mudanças que a municipalização trará, portanto, é invariante se relacionada ao continuismo existente e que ocorre, principalmente, na normatização e na coordenação em nível estadual. Existe uma inquietação dos profissionais com o desconhecido, com o que se revelará como sendo a organização local, municipal, ou seja, uma dúvida com o desconhecido da nova relação espaço local / organização local / serviço local, que poderá levar, inclusive, à perda de *status* profissional, tanto individual, como coletivamente nos diferentes níveis do Programa. Este desconforto com as mudanças só se atenua quando se vislumbra a necessidade e possibilidade de maior flexibilização nas redes de relações existentes no interior do trabalho.

A flexibilidade possível é a flexibilidade permitida pelo poder e este poder é usado no conjunto de coordenações de ações produzidas em nível local para as possíveis e diferentes decisões acerca do uso dos instrumentos de trabalho. Neste sentido, as mudanças necessárias apresentam contornos de ações pontuais, não ficando bem clara a unidade da decisão. O que acaba sendo salientado é uma possível maneira de descentralização, que não consiste

numa unidade enquanto conteúdo dessa ou de outra diferente forma de exposição do poder³³. Essa situação, declarada no cotidiano do serviço de controle da tuberculose, é recolocada na relação de independência deste serviço em relação à municipalização, dado que a proposta de organização descentralizada é percebida somente enquanto mudanças no espaço e na burocracia administrativa.

É evidente que os nexos desse trabalho são definidos pelas ações operativas da organização específica do serviço de controle da tuberculose, em pleno funcionamento e cheio de organizações informais - costumes - em seu cotidiano. Mas sendo uma subunidade da unidade maior, em fase de implantação e repleta de incertezas, ou seja, a própria municipalização da saúde, esses nexos não estão clarificados. Com certeza, isso ocorre em função do processo de trabalho que lhe é próprio, que se constitui por sua construção lenta, que envolve um mundo onde coexistem o desejo de formação de uma rede de relações configurada em um sistema local de atendimento à saúde e à ação concreta. Tais relações podem gerar uma ação cooperativa pelos conteúdos técnicos, políticos, econômicos, filosóficos nessa sociabilidade produzida. Trata-se aí de uma sociabilidade que deve ser

³³ O sentido aqui usado de poder é o de Arendt (1993): “o poder não pode ser armazenado e mantido em reserva para casos de emergência, como os instrumentos da violência: só existe em sua efetivação. Se não é efetivado, perde-se; e a história está cheia de exemplos de que nem a maior das riquezas materiais pode sanar essa perda. O poder só é efetivado enquanto a palavra e o ato não se divorciam, quando as palavras não são vazias e os atos não são brutais, quando as palavras não são empregadas para velar intenções mas para revelar realidades, e os atos não são usados para violar e destruir, mas para criar relações e novas realidades. É o poder que mantém a existência da esfera pública, o espaço potencial da aparência entre homens que agem e falam (...) O poder é sempre, como diríamos hoje, um potencial de poder, não uma entidade imutável, mensurável e confiável como a força. Enquanto a força é a qualidade natural de um indivíduo isolado, o poder passa a existir entre os homens quando eles agem juntos, e desaparece no instante em que eles se dispersam (...) O único fator material indispensável para a geração do poder é a convivência entre os homens. Estes só retêm poder quando vivem tão próximos uns aos outros que as potencialidades da ação estão sempre presentes” (p. 212-3).

traduzida, mediada por uma linguagem acessível para que as pessoas possam definir suas posições e assumir suas responsabilidades. Assim, os trabalhadores, em particular os daquele grupo que atua no serviço de controle da tuberculose, precisam se relacionar, se comunicar, ou seja, precisam ficar expostos ao rol de relações aí estabelecidas. É preciso olhar a organização e, assim, compreender seus nexos para que o conteúdo do trabalho se externalize, de modo a tornar possível uma alteração qualitativa e/ou quantitativa.

O produto do trabalho como produção de saúde

A finalidade do trabalho é a correspondência do trabalho com os fins que são supostos seus. Esta correlação, nos escritos de Marx (1985) ainda que subjetiva em seu objetivo, pois é o fim de uma intenção, sendo diferente do fim ao qual é dirigida na realidade, tem caráter objetivo, quer seja entendida como imanente ao trabalho, quer seja entendida como fim de um comportamento humano. No processo de trabalho, “a atividade do homem opera uma transformação, subordinada a um determinado fim, no objeto sobre que atua por meio do instrumental de trabalho. O processo extingue-se ao concluir-se o produto. O produto é um valor-de-uso, um material da natureza adaptado às necessidades humanas através da mudança de forma. O trabalho está incorporado ao objeto sobre que atuou. Concretizou-se e a matéria está trabalhada. O que se manifestava em movimento, do lado do trabalhador, se

revela agora qualidade fixa, na forma de ser, do lado do produto. Ele teceu e o produto é um tecido” (p. 205). O produto é então o resultado do processo de trabalho, resultado enquanto conjunto das atividades do homem objetivado na forma de ser do que foi trabalhado. O trabalho que se objetiva em valor-de-uso em nosso tempo/espaço, contudo, é o trabalho contido no processo de trabalho de muitos, é o trabalho cooperativo, social, coletivo, em que a manifestação do trabalhador adquire o significado social médio do coletivo. O trabalhador coletivo já não é mais o homem. Não considerado o homem, o trabalhador é agora instrumento de trabalho.

Nos processos de trabalho em que muitos se encontram diretamente comprometidos com a reprodução do *ser humano* em sua dimensão sócio-histórica, entre os quais se tem o processo de trabalho em saúde, o coletivo não é, no entanto, um coletivo abstrato mental e gramatical, uma *totalidade* concreta exteriormente determinada como uma alcatéia que, por isso, tem *possibilidades*, tem a idéia da transmutação do trabalho concreto em trabalho abstrato que se inclui nas análises de Etges (1993) sobre o trabalho e o conhecimento. Abordando o trabalhador coletivo da grande Indústria e da pós-grande Indústria, Etges refere que a analítica prática de tarefas instaurada na “manufatura vai levando à abstração real da qualificação requerida do trabalhador individual que facilmente se percebe a substituição de seus movimentos manuais por dispositivos mecânicos (...) O trabalho abstrato, lembremos, produto dos homens, aponta ao mesmo tempo para a liberação da mão do homem do trabalho escravo. Aponta para o reino da liberdade do sujeito posto. Este indivíduo deverá também assumir diferentes determinações sociais, diferentes papéis, dada sua finitude radical, porém, não mais perderá sua identidade nelas. Como sujeito se apresenta diante das forças naturais, dominando-as, sem ser por elas dominado. Que estas forças naturais, inclusive

as postas nas máquinas e robôs apresentem sempre resistências e limites não significa de modo algum dominação de parte delas, apenas desafio e condição de maior desenvolvimento e livre objetivação do homem. O trabalhador coletivo, portanto, já não é mais o homem. Abstraído o homem, o trabalhador coletivo é agora a máquina ferramenta automática e a máquina eletrônica” (p. 15-6).

Seguindo a concepção expressa nos espaços até aqui privilegiados, das falas nas comunicações pessoais e observações ao serviço, o entendimento sobre o trabalho de controle da tuberculose se constitui em unidade visível de modo que seu produto, ou seja, o resultado do conjunto de ações que globalizam o Programa de Controle da Tuberculose é definido como a cura do paciente, efeito singular no seu corpo individual e contido no processo coletivo do controle. Essa visualização, que tem como ponto focal o *bacilífero-indivíduo*³⁴ e sua movimentação, sistematicamente identificada a partir de um instrumental simplificado tecnologicamente (o exame de BK e o acompanhamento do escarro), tenta excluir qualquer possibilidade de visão agrupada dos casos através da redução do coletivo ao caso clínico individual. Esse procedimento implica um afastamento da epidemiologia, reduzindo as possibilidades concretas do controle coletivo da tuberculose.

Continuando com o bacilífero-indivíduo, procede ratificar o que antes foi apresentado, em razão da ênfase colocada nas falas dos agentes ou

³⁴ O bacilífero-indivíduo representa a visão de um objeto experimental na biologia, a *bactéria*, que se multiplica nos *indivíduos*, atravessando as práticas em saúde. Conforme as palavras de Stengers (1990), “a bactéria não se desenvolve. As bactérias se dividem e o que nasce já é sempre um “adulto” (...) Isso quer dizer que a bactéria é um ser eminentemente isolável, que não implica um meio vivo: as condições de vida de uma bactéria são definidas em termos puramente físico-químicos (...) o indivíduo bactéria não tem necessidade de outra vida que não a sua para viver. É esta a razão de ele ter podido ser *isolado* em laboratório” (p. 163). E isto tem o sentido da complexidade. Posso sugerir que mais que ser um ser complicado, o bacilífero-indivíduo complexifica o complexo, com bacilo ou não, indivíduo humano.

percebida nas observações ou, até mesmo, nos registros do serviço. Na linguagem usual, o indivíduo passa a ser um predicado do *bacilo sujeito*, invertendo o lugar do sujeito e da doença. Lembro que o trabalho na saúde, em especial aqui o trabalho de controle da tuberculose, possui um produto - *a produção de saúde materializada por esse controle* - que só pode ser produto como transformação no próprio enfermo, enquanto cura, ou seja, o sujeito do trabalho faz com que sua ação somente se objetive no outro. Existe, então, uma relação de alteridade, em nível do próprio sujeito do trabalho e, também, no momento da apreensão e manipulação de um objeto - *o corpo estruturalmente social*. O trabalhador se manifesta no próprio produto, no indivíduo curado.

Ainda que fugidio nas falas dos agentes do trabalho, manifesta-se o controle do paciente mediante o controle do tratamento medicamentoso, buscado pela adesão do indivíduo, e isto se constitui num determinante do resultado do processo. Parece que o núcleo central para a coordenação de ações está constituído por um indivíduo que apresenta características da doença e deste se generaliza aos demais pacientes do programa. Mas esse núcleo não é assim tão definido; é para as ações que estão efetivamente sendo realizadas, mas não o é para aquele conjunto de ações que está sendo deixado de lado, por condicionantes diversos. O tratamento medicamentoso reveste-se de um caráter determinante e o indivíduo que persiste no tratamento se torna um sujeito igual, um sujeito comum no sentido de que foi disciplinado. Um cliente capaz de aceitar, participar e cumprir até o fim esquemas pré-definidos do Programa, mesmo que para tal necessite ser motivado, é um cliente ideal; sem essa *in*-voluntária adesão cai por terra toda perspectiva tecnológica da assistência a esta particular condição dentro do modelo clínico, o que se reflete no epidemiológico. A clínica biomédica opera a partir da criação do que é *típico*, ou seja, o mais freqüente (e esperado) em termos estatísticos. Tanto que

se a *entidade mórbida* se manifesta de modo inesperado, é dita *atípica*. Os esquemas terapêuticos estão montados para lidar com esta *tipicidade* produzida. Os sujeitos com tuberculose informam com seu comportamento o grau de controle possível no Programa.

Agente - *A senhora sabe alguma coisa sobre a tuberculose? Qualquer coisa?*

Mãe da paciente - *Sei o que o médico me disse, que é uma doença. Tive dois irmãos que morreram com Tuberculose.*

Paciente - *Eu não tenho medo nenhum ...*

Agente - *Se fizeres o tratamento direito, não tem problema, porque nós curamos todo mundo. Tu és bem nova ainda, só que vais ter que fazer o tratamento direitinho (...) vou explicar como é a doença (...) não posso afirmar que sua filha foi contagiada por seus irmãos, mas é provável!*

Paciente - *Eu não acredito que "pega". Não acredito mesmo!*

Agente - *É, tu não acreditas, mas "pega" mesmo. A doença é contagiosa (...) agora quero deixar claro que a tuberculose não é hereditária como o pessoal pensa, ela é contagiosa. Pode ser que o bacilo esteja "guardadinho" nela desde a época em que teve contato com os tios, agora ela deve ter emagrecido, deve ter dormido mal, tido uma gripe ou outra doença qualquer, que possibilitou que o bacilo se manifestasse (...) não posso provar (...) agora que a tuberculose é contagiosa ela é, até no chimarrão (...) e o exame de escarro dela deu positivo ...*

Mãe da paciente - *É, deu positivo.*

Agente - *Se deu positivo, ela está contagiando também, é necessário ter cuidado (...) com o tratamento e uma alimentação adequada ela pode negativar talvez no segundo mês, ela não pode abandonar o tratamento ...*

(Observação do trabalho de um agente assistente social)

Esta forma enfática, incisiva de apresentar a cura é, sem dúvida, uma estratégia importante para alcançar o *ponto* de sintonia com a paciente. Bastante céptica, insegura e cheia de dúvidas quanto à forma como pode estar expandindo para fora de seu corpo essa incongruência, a partir de outros corpos, também incongruentes, que se contaminam e se tornam enfermos, a paciente apela para um sentimento³⁵ de negação à razão, se fecha em sua subjetividade, em sua particularidade, distante da realidade imediata. Cabe aqui esclarecer uma vez mais que o que denomino incongruência é essa perspectiva contingencial em que, atingido por qualquer agressão, o indivíduo se torna enfermo. Nesta situação, há uma contraposição entre higidez e doença de tal forma que esta última se instala, objetivando um novo estado, diferente e desarmônico para o indivíduo, estado que, por se organizar assim ou diferente, se transforma em doença.

Percebo que o indivíduo, ao procurar o serviço, busca *algo* mais do que uma simples explicação de como uma pessoa pode desenvolver a tuberculose e transmiti-la a outras pessoas. Busca, com certeza, um acompanhamento mais próximo, que produza uma relação de confiança entre

³⁵ Quando o homem, discutindo sobre uma coisa, “não *apela* para a natureza e para o conceito da coisa, ou pelo menos, para razões, para a universalidade do entendimento, mas para seu *sentimento*, não há nada a fazer senão deixá-lo estar, porque se recusa a aceitar a comunhão da racionalidade e se fecha na sua subjetividade isolada, na *particularidade*” (Hegel, 1992, p. 71).

sujeitos envolvidos - os agentes do trabalho e o paciente. Na prática, esse momento mencionado acima não se mostra suficiente, ou seja, essa relação fugaz não promove confiança. Embora exista a possibilidade de maior implicação subjetiva no processo, é necessário mostrar também sua dimensão objetiva, isto é, a relação necessita exteriorizar-se pela adesão dos profissionais a uma forma de relacionamento mais demorada e empática, como, por exemplo, suponho ser a relação propiciada por um duplo acompanhamento terapêutico, da assistente social e da psicóloga, ou de uma outra forma qualquer de ação complementar, na qual a motivação não seja a enfermidade, mas sim o enfermo.

Cabe retomar o significado genérico relativo às construções que o homem vai apresentando ao mundo, para poder dar conta de suas próprias incongruências (aqui representadas pela tuberculose), geradas em suas relações com os outros homens, diretamente e/ou com a natureza que o rodeia. Essas entidades se identificam com os diversos instrumentos utilizados para alcançar e manter a saúde enquanto congruência, mesmo que nem sempre diretamente observáveis ou diretamente inferidas por fatos observáveis. Essa adequação à saúde possui um lado individual e outro lado coletivo, este último se materializando fora do corpo singular, que por sua vez está contido no coletivo. Posso afirmar que cada indivíduo singular é um núcleo desse coletivo, não no sentido do agrupamento de indivíduos do qual resultaria um coletivo, mas no sentido de que cada indivíduo contém o *eu* e o *nós*, o *eu* e o *nós* de si mesmo e do outro indivíduo, nos momentos em que se objetivam as relações, mostrando a sociabilidade que se impõe.

A clínica, enquanto modelo tecnológico em saúde, é um dos instrumentos importantes que o homem tem para dar conta das incongruências de seu corpo. Essa constatação, muitas vezes, traz consigo o entendimento de

que esse conhecimento tecnológico possui, em si mesmo, uma importância exclusiva, que permite a apreensão do indivíduo para além do espaço imposto pelos seus limites. A clínica, enquanto conhecimento técnico, tem um significado epistemológico, a partir do qual o ser humano é caracterizado mais por suas manifestações fisiopatológicas do que mesmo por sua totalidade construtora de congruência, estrutura que evolui entre incongruência e congruência - e, assim, em movimento - até chegar ao máximo dessa evolução, em que transparece a adequação, agora como essência de uma congruência total, de um fato que tem lugar na ordem das coisas naturais, em relação específica com fatos da existência humana como a morte.

O controle da tuberculose é, então, constituído por momentos que se reproduzem permanentemente, em que os indivíduos estruturalmente sociais tornam-se capazes de controlar a incongruência através de movimentos no sentido da recompensa - a saúde. Este sentido faz-se presente nas falas, mesmo que quase sempre numa forma de autocritica à adequação das ações desenvolvidas, principalmente, àquelas de prevenção e promoção no controle coletivo da doença. O trecho a seguir é um exemplo.

"... o programa tem deficiências ainda. A primeira é a busca de casos novos, a segunda são os critérios de diagnóstico. Os critérios do diagnóstico que procedemos não são tão rigorosos quanto deveriam ser. O tratamento é feito com diagnóstico não muito apurado em torno de 20% dos casos. Muitas vezes, pessoas com história de tuberculose pulmonar e idade acima de 15 anos são inscritas no programa sem sequer terem feito o exame de BK; ainda temos isso (...) é uma situação de dificuldade, é uma questão até ética (...) é

necessário melhorar muito, melhorar na busca de casos novos, na observância dos critérios de diagnóstico e na realização de baciloscopia. Outra coisa que precisamos melhorar é com respeito à perda de pacientes, ou seja, o número de pacientes com baciloscopia positiva que se perdem por aí ainda é significativo (...) são essas questões principais em que podemos melhorar no programa, para que se consiga uma abrangência muito maior . . . "

(Comunicação pessoal de um agente médico)

O trabalho de controle da tuberculose tem uma finalidade de dimensão coletiva, cujo limite se transforma por mudanças lentas no tempo. Por isso, são constantes, nos diálogos a exemplo do trecho acima, comparações que envolvem experiências de tempos passados e que justificam expectativas de tempos que se aproximam. As manifestações são quase sempre no sentido de uma construção que acompanhe o espaço presente/passado, o qual se estrutura no dia-a-dia do serviço e é repleto de experiências e relativo sucesso que justificam e projetam os indicadores de qualidade diferenciados do PCT/RS, em relação às outras unidades da Federação. A inércia relativa ao presente transitório do Programa, frente ao transitório maior das relações político-sociais de nossa sociedade, é absorvida e traduzida por espaços que ainda não foram preenchidos pelas ações, ações que aparecem como não realizadas, por falhas atuais ou perenes no Programa, pelas quais, espaços e falhas têm resultado em causas de perdas no Programa.

O desaparecimento ou a não existência da doença tuberculose, ou seja, o controle desse flagelo no corpo do homem estruturalmente social é uma forma de objetivação da saúde, que se produz a partir da rede de relações

que busca a prevenção e a promoção de saúde em nosso tempo/espaço, onde se inclui o trabalho dos agentes de saúde no controle específico desta patologia. Evidencia-se na forma dessa objetivação uma quebra, uma ruptura na totalidade absoluta do indivíduo estruturalmente social. Enquanto o controle da tuberculose, como finalidade do trabalho na dimensão social do indivíduo, ultrapassa o limite do instrumental da clínica, esta mesma finalidade tem se materializado, básica e quase que exclusivamente a partir da intervenção e cura do caso clínico e constitui-se em momento de congruência significativa no processo.

Mesmo que o caso clínico, mais especificamente, o caso clínico bacilífero, seja o propagador da doença, o diagnóstico e o tratamento individual em si não possuem força propulsora capaz de produzir o controle da tuberculose. Importa, acima de tudo, evitar que o *processo de produção de saúde* se constitua em *objeto específico* estranho no confronto com o indivíduo. Para Marx: “O indivíduo é o ser social. A manifestação da sua vida - mesmo quando não surge diretamente na forma de uma manifestação comunitária, realizada conjuntamente com outros homens - constitui, pois, uma expressão e uma confirmação da vida social. A vida individual e a vida genérica do homem não são diferentes, por muito que - e isto é necessário - o modo de existência da vida individual seja um modo mais específico ou mais geral da vida genérica, ou por mais que a vida genérica constitua uma vida individual mais específica ou mais geral” (Marx, 1993, p.195-6).

No controle da tuberculose, os limites do trabalho não se reduzem aos limites do corpo singular do indivíduo no interior deste processo, que se transformam em finalidade coletiva. Em se tornando incongruente, o corpo singular extravasa seus limites para alcançar, no ambiente natural-social, outro corpo singular e assim continuando e abrangendo um corpo social que

exige, para seu controle, a junção de um conjunto de ações, que não pode ser apontado especificamente para aquele ou esse campo de conhecimento, para esse ou aquele profissional. Não que o controle da tuberculose não exija um saber condutor, pelo contrário, o saber epidemiológico, em suas diferentes apresentações³⁶, é seu saber orientador para o fim a que se propõe - *a produção de saúde materializada por este controle*. Por ter como finalidade acomodar o incongruente, ou seja, a incongruência ambiental, social, na busca da congruência, o trabalho de controle da tuberculose tem seus limites, a que me proponho analisar na seqüência.

O tuberculoso como ser estruturalmente social e o limite do trabalho

O homem nada pode criar sem a natureza, sem o mundo externo sensível. Nos escritos de Marx (1993), a natureza “é o *corpo inorgânico* do homem, isto é, a natureza na medida em que não é o próprio corpo humano. O homem *vive* da natureza, quer dizer: a natureza é seu *corpo*, com o qual tem de manter-se em permanente intercâmbio para não morrer. Afirmar que a vida física e espiritual do homem e a natureza são interdependentes significa apenas

³⁶ A questão da identidade científica da epidemiologia está posicionada “no âmago do debate contemporâneo da saúde coletiva. Aliás, o aparecimento recente de diversos qualificativos para a epidemiologia, como epidemiologia “clássica”, “ecológica”, “social” ou “crítica”, não é outra coisa senão o indício da importância dos embates políticos da saúde na procura de um perfil epistemológico adequado às tarefas de que está socialmente investida esta ciência” (Ayres, 1995, p. 29-30).

que a natureza se interrelaciona consigo mesma, já que o homem é uma parte da natureza” (p. 164). Mas, ao se relacionar consigo mesmo, o homem produz a si mesmo e aos outros homens. E o caráter social dessa construção “é o caráter universal de todo o movimento; *assim como* a sociedade produz o *homem* enquanto *homem*, assim ela é por ele *produzida*. A atividade e o espírito são sociais tanto no conteúdo como na *origem*; são atividade *social* e espírito social. O significado *humano* da natureza só existe para o homem *social*, porque só neste caso é que a natureza surge como *laço* com o *homem*, como existência de si para os outros e dos outros para si, e ainda como elemento vital da realidade humana: só aqui se revela como *fundamento* da própria experiência *humana*. Só neste caso é que a existência *natural* do homem se torna a sua existência *humana* e a natureza se tornou, para ele, humana. Por conseguinte, a *sociedade* constitui a união perfeita do homem com a natureza, a verdadeira ressurreição da natureza, o naturalismo integral do homem e o humanismo integral da natureza” (Marx, 1993, p. 194-5).

E é nessa forma que o homem tem seu processo vital produtivo, que o homem se relaciona com as estruturas determinantes e que objetiva suas necessidades subjetivas, necessidades que determinam e são, em si e ao mesmo tempo, a finalidade e os limites de seu trabalho objetivante de transformação da natureza; necessidades que sua consciência racional transfigura na consciência em luta. O caráter criativo da evolução dos fins põe a consciência a atuar efetivamente no mundo. Isso se justifica porque uma organização social “nunca desaparece antes que se desenvolvam todas as forças produtivas que ela é capaz de conter; nunca relações de produção novas e superiores se lhe substituem antes que as condições materiais de existência destas relações se produzam no próprio seio da velha sociedade. É por isso que a humanidade só levanta os problemas que é capaz de resolver e assim, numa observação atenta,

descobrir-se-á que o próprio problema só surgiu quando as condições materiais para o resolver já existiam ou estavam, pelo menos, em vias de aparecer” (Marx, 1983, p.25).

A qualidade sensível de *consciência* coincide com um processo teleológico e finalístico de objetivação do homem. Esta coincidência determina a estrutura da ação consciente e por isso constitui o momento de inteligibilidade e sentido no processo objetivo. O momento finalístico coloca-se como modelo do modo de agir humano. O homem conclui, a partir da necessidade e no final do processo, a sua satisfação através da mediação dos resultados do seu modo de agir. O final, a antecipação das possibilidades da ação, surge da necessidade que constitui o mundo como material, para a satisfação da própria necessidade, organiza o campo material segundo uma hierarquia teleológica que responde à idéia do sujeito e o respeito às determinações do objeto, assim como determina e seleciona o instrumento do trabalho. As possibilidades estão no início como idéias e no fim como produto do processo. O trabalho realiza a intenção.

No trabalho em saúde, o indivíduo com suas necessidades - *necessidades de congruência* - apropria-se dos serviços como fins em si mesmos e não como meio para uma aproximação àquelas necessidades. Nessa forma, as necessidades de saúde adquirem o significado de um somatório de carências que, tanto por parte dos produtores, como parte dos consumidores dessas necessidades que objetivam o *universal concreto saúde*, se expressam pela posse³⁷ das disponibilidades de serviços. Os trabalhadores e os clientes de

³⁷ “O homem apropria-se do seu ser omnilateral de uma maneira omnicomprensiva, portanto, como homem total. Todas as suas relações humanas ao mundo - visão, audição, olfato, gosto, percepção, pensamento, observação, sensação, vontade, atividade, amor - em suma, todos os órgãos da sua individualidade, como também os órgãos que são diretamente comunais na forma, são no seu comportamento *objetivo* ou no seu *comportamento perante o objeto* a apropriação do sobredito objeto, a apropriação da realidade *humana*” (Marx, 1993, p.196-7).

saúde adquirem a forma dos interesses particulares ou gerais no sistema, reproduzindo, em seu fim, as contradições intrínsecas as relações indivíduo/*in*-congruente. Não se trata de uma mentalização contrária, é a própria inversão real no trabalho do homem. Ao se perguntar pelo essencial do trabalho, defronta-se com a relação do trabalhador e sua produção. O trabalho é, assim, exterior ao trabalhador, quer dizer, não pertence mais à sua natureza, na medida em que se materializa num produto³⁸.

Pelo desenvolvimento da essência humana na conexão com o trabalho na produção de saúde, os trabalhadores desse processo de trabalho idealizam a humanidade em relações objetivas. E esse trabalho coletivo já se constitui numa relação humana objetiva em si mesma e ao indivíduo coletivo, e vice-versa, pois o trabalhador só consegue se relacionar com o trabalho, quando este se encontra referido ao homem também de modo humano. A necessidade e o fim a que se destinam o trabalho em saúde apresentam, assim, potencialidades para o desenvolvimento de um trabalho de autoconsciência. O trabalho atenua-se em seu caráter de alienação e a natureza perde sua mera utilidade na medida em que sua utilização se torna utilização humana coletiva.

Coincidente com a essência *natural* do indivíduo, enquanto identidade de pensamento e realidade, que no trabalho em saúde se acresce à

³⁸ Para esse encaixe sobre a alienação do trabalho usei os escritos sobre *Trabalho Alienado* de Marx (1993). Respondendo ao que consiste a alienação do trabalho, Marx refere que “em primeiro lugar, o trabalho é *exterior* ao trabalhador, quer dizer, não pertence à sua natureza; portanto, ele não se afirma no trabalho, mas nega-se a si mesmo, não se sente bem, mas infeliz, não desenvolve livremente as energias físicas e mentais, mas esgota-se fisicamente e arruína o espírito. Por conseguinte, o trabalhador só se sente em si fora do trabalho, enquanto no trabalho se sente fora de si. Assim, o seu trabalho não é voluntário, mas imposto, é *trabalho forçado*. Não constitui a satisfação de uma necessidade, mas apenas um *meio* de satisfazer outras necessidades. O seu caráter estranho ressalta claramente do fato de se fugir do trabalho como da peste, logo que não existe nenhuma compulsão física ou de qualquer outro tipo. O trabalho externo, o trabalho em que o homem se aliena, é um trabalho de sacrifício de si mesmo, de mortificação. Finalmente, a exterioridade do trabalho para o trabalhador transparece no fato de que ele não é o seu trabalho, mas o de outro, no fato de que não lhe pertence, de que no trabalho ele não pertence a si mesmo, mas a outro” (p. 162).

essência humana dos agentes do trabalho, a cura da tuberculose, como manifestação patológica no corpo físico, somente ocorrerá se houver vontade subjetiva materializada³⁹ daqueles que têm a doença, como ilustro no diálogo a seguir. Isto significa que a proposta de assistência coletiva não prescinde nem da adesão individual do enfermo, nem da atenção direta da clínica e indireta da epidemiologia.

Agente - ... vou pedir uma radiografia para poder lhe dar alta. Já fechou os seis meses de seu tratamento aqui conosco...

Paciente - Eu acho que não necessito tomar mais esses remédios. Me diga uma coisa, quanto tempo fica o efeito desses remédios no corpo da gente?

Agente - Os remédios têm efeito enquanto são usados. No dia seguinte ao fim do tratamento, já não têm mais efeito. Porque o senhor quer saber? O senhor quer saber se, parando o tratamento, pode "beber" alguma coisa?

Paciente - Não! Não! Não sou mais adepto! O que me assustou foi o efeito dos remédios. Eu sentia muita dor nas pernas. Espero não ter que tomar mais estes remédios.

Agente - Posso lhe dar remédio para esta dor nas pernas, mas, se o senhor fez tudo como foi recomendado nestes últimos seis meses, não vai necessitar mais tomar nada.

³⁹ "... a grandeza e a força do homem medem-se pela grandeza e força da oposição que o espírito é capaz de vencer para reencontrar a unidade; e a profundidade e intensidade do subjetivo tanto mais se manifestam quanto mais contraditórias forem as circunstâncias que ele tem de vencer e mais acentuadas as oposições que tem de enfrentar, sem deixar de ser ele mesmo no meio de tais contradições e oposições" (Hegel, 1988-a, p. 150).

Paciente - *Fiz tudo religiosamente como me mandou fazer, não falhei nenhum dia.*

Agente - *Então, com certeza, o senhor está curado. Se fez a coisa bem feita, eu lhe garanto que a radiografia vai dar boa e o senhor está curado.*

Paciente - *Se eu estivesse dizendo o que não fiz realmente, eu estaria mentindo para mim mesmo ...*

(Observação do trabalho de um agente médico)

A vontade subjetiva que aparece aqui é singular, é a do enfermo enquanto uma representação da relação deste com sua congruência. É vontade subjetiva coletiva enquanto o enfermo é indivíduo estruturalmente social e é sua objetivação. A objetivação do indivíduo social é a materialização da vontade subjetiva coletiva, por assim dizer. A singularidade contida na objetivação é do enfermo, mas reflete em si mesma (na singularidade) a sociabilidade aí construída; portanto, o que é singular, quando em relação com outros singulares, concretiza o que se torna vontade coletiva.

Lembrando dos indivíduos tidos como indisciplinados, aqueles que inscritos no programa se insurgem contra o trabalho desenvolvido, que se rebelam às ações que lhes são dirigidas, aparecem os traços pertinentes à essência socializada e à tendência de atuar autonomamente do indivíduo, que os induz, em algum momento, a ajustes comportamentais dentro do trabalho na busca da cura. E as diretrizes para essas mudanças têm caráter social, mas na sua imediatidade devem ser encontradas no próprio cotidiano do trabalho na Unidade Sanitária, na medida em que é ali que os indivíduos podem buscar os meios para o *alívio* da enfermidade que emerge com toda sua impropriedade. Cada indivíduo, na sua subjetividade, busca alcançar os objetivos que vai construindo para si. Por ser social, ele faz isso por mediações sociais com

outros indivíduos que também são sociais. Os objetivos de cada indivíduo são, assim, em movimento, modificados e redimensionados através da mediação do social ou por meio de novos interesses próprios ou dos outros indivíduos presentes.

Da mesma forma que pressiona as ações para o tratamento do corpo físico, a lógica relativa à exigência imediata do indivíduo singular, portador concreto da doença, atinge a dimensão do coletivo. A ameaça que o indivíduo traz por sua necessidade individual transforma-se, em meio de existência coletiva, no sentido em que a vida individual e a vida genérica do homem não são diferentes, por muito que o modo de existência da vida individual seja um modo mais específico ou mais geral. Ainda que dialeticamente o indivíduo, num primeiro momento, exclua o coletivo, ele viabiliza formas de *libertar* seu corpo (que é estruturalmente social) dessa *terrível* incongruência (a tuberculose como limitante da vida), quando sua sociabilidade aparece, quando tudo parece constranger-se como se fosse próprio daquele corpo e somente de sua materialidade. E isso ocorre justamente por ser esse corpo estruturalmente social algo que não pode ser reduzido a seu funcionamento fisiológico, bioquímico, imunológico ou genético apenas⁴⁰. A complexidade posta na assistência como um todo, pela dupla ação, da clínica e do controle epidemiológico, aparece como se fosse simples composição de ações oferecidas no interior do trabalho, mediatizando o cuidado para a erradicação da tuberculose.

⁴⁰ Sobre a Multiplicidade e a Singularidade do Humano e seu Adoecer, Castiel (1994) expressa que “nos primórdios da disciplina fisiológica, procedeu-se à cisão, de inspiração cartesiana, entre *organismo* e *indivíduo*. Se, por um lado, foi possível ampliar o conhecimento do funcionamento dos organismos, dentro da racionalidade das ciências biológicas, a individualidade ficou à parte, principalmente por trazer instabilidade aos paradigmas dos programas de pesquisa hegemônicos” (p. 190).

No entanto, os próprios agentes do trabalho, no afã de cumprirem com sua finalidade mais imediata (a cura), se deixam *intimidar* e passam a ver somente a particularidade fisiopatológica do sujeito atendido. Direcionam o conteúdo tecnológico do serviço para essa apreensão aparente, afastando-se do possível alcance coletivo presente nesta singularidade. Essa aparência, contudo, expressa em sua imediatidade a essência absorvida ou superada por outras determinações, refletidas ou mediadas no movimento em que se constitui o dia-a-dia do trabalho, recaindo no mundo fenomênico das condições de vida daquela singularidade.

Neste sentido, lembro que não existe realidade tão recôndita que de algum modo não se manifeste. Por isso, o simples aparente da cura termina, em algum momento, por expor sua dimensão complexa. Aparece não com seus limites na representação singular, mas como um contorno circundando a representação complexa da tuberculose, que é estruturalmente social. Agora pergunto: quando isto se objetiva numa simples operacionalização? Ilustro por exemplos: (1) quando o grupo de familiares do paciente é solicitado a participar no programa, tanto para induzir o doente ao tratamento, como para permitir a externalização e o controle de possíveis casos novos; (2) quando os condicionantes sociais, mormente os materiais, são precários no espaço em que vive o paciente.

Como se viu antes, o paciente tuberculoso é ele mesmo o principal obstáculo ao alcance da finalidade do trabalho de controle da tuberculose, dados os limites sócio-epidemiológicos deste trabalho. Por seu corpo doente singular e numa manifestação que se reveste de condicionantes sociais, o indivíduo transborda essa incongruência para sua externalidade frente ao que é oferecido no trabalho que os agentes do controle desenvolvem. Nas falas das comunicações pessoais e observações aos serviços, os condicionantes

sociais aparecem como *vilões*, mostram-se como determinantes do abandono do tratamento. De forma sistemática, a responsabilidade sobre essa inconveniência é atribuída quase que exclusivamente ao próprio paciente. E aparece com um tom de imprevisto, como algo *novo* relativamente aos limites do trabalho, mas de fato representa o *velho*, de existência muito bem conhecida, em que o que muda são meramente os corpos reais que ali chegam enfermos.

O *medo* da tosse, o *medo* do escarro, o *medo* do corpo rejeitar o remédio, o *medo* da perda de vitalidade do corpo, o *alívio* com a negatividade do BK, a *angústia* pela presença da cicatriz pulmonar, um estigma permanente da doença ausente, são manifestações constantes nos diálogos, que exprimem o movimento da doença (estado de incongruência) e a reação diante da possibilidade do fim da existência individual (a morte), em razão dos limites do próprio trabalho. A conduta emotiva frente às representações da doença, ainda que não exclusivamente redutível às determinações racionais e subjetivas, expressa uma forma favorável de perseverança no tratamento, quase sempre proveitosa para a organização do trabalho em si. A fala a seguir ilustra a preocupação do paciente e seu familiar com a continuidade da externalização da doença e com a valoração que a situação específica tem para a sua vida.

Agente - Tudo bem? Tudo tranquilo? Deixa eu ver essa radiografia, quero ver como estás após o tratamento ...

Paciente - Tudo tranquilo! Só tenho um "pouquinho" de tosse. A tosse me dá medo ...

Agente - É, a radiografia persiste com alteração, está igual a anterior. Melhoraste clinicamente, mas o RX ainda mostra alteração. Tens tosse? Como é que está o peso? Como está a alimentação?

Mãe do paciente - *Ele não se pesou depois da última vez que esteve aqui. Ele come bem e tem bom apetite.*

Agente - *Vamos observar. Quero que a senhora avise, venha aqui avisar, se seu filho, por exemplo, voltar a ter febre, aumentar a expectoração, voltar a ter dor ...*

Mãe do paciente - *O senhor está todos os dias aqui? Olha doutor, ele fica furioso porque todos tomam água gelada e só ele não pode, fico preocupada!*

Agente - *Estou aqui todos os dias. Fique tranqüila, vamos repetir a radiografia daqui a três semanas se ele não sentir mais nada ...*

(Observação do trabalho de um agente médico)

Pode parecer comum e esperado para alguns, entretanto, inesperado e incomum para outros, a interferência do paciente que chega ao serviço de controle da tuberculose no andamento do trabalhos, seja em sua relação com os agentes do trabalho ou com a própria instituição. O proposto pelos agentes nestas fases é o estabelecido no Programa, é o repetitivo, é a réplica de possibilidades passadas em torno da doença, de sua comprovação e eliminação no corpo do indivíduo, ou seja, é o conhecido, dentro dos limites do trabalho. Mas provocar a diferenciação, o personalizar as ações de acordo com suas necessidades individuais é ato do cliente. Por exemplo, se uma comunicação no processo não se efetiva plenamente e o paciente insiste em obter uma explicação, a comunicação pode, dentro dos limites do trabalho, ser novamente solicitada até que tudo se esclareça. Caso contrário, o agente parece não se interessar em oferecer novas explicações. Assim, novamente, parece que o enfermo pode imprimir um ritmo às ações executadas de acordo com suas necessidades. A questão é em que grau os indivíduos vão assumir sua condição de cidadãos.

Essa interferência, assim, pode mostrar e, muitas vezes, alargar os limites do trabalho, principalmente, quando estes são limites institucionais. A não ser assim, o homem passa, neste momento, a quase não ter importância frente à própria limitação imposta por outros homens. Mas, por insistir, persistir em uma resposta adequada à sua singularidade, pode adquirir novamente importância, inclusive, abrindo espaço ao coletivo do processo. Ilustro com um exemplo: se um paciente inscrito no Programa não reage ao tratamento dentro dos procedimentos normais da primeira fase e, em sua excepcionalidade, necessita de internação (o que é previsto e possível acontecer) e ocorre a *falta de leito*, a tendência é este paciente simplesmente não receber atendimento, a não ser que por sua mobilização encontre formas alternativas para tal.

A entrevista como instrumento utilizado pelo assistente social e/ou auxiliar para aprofundar a relação do indivíduo com o serviço, ou seja, para ultrapassar a ordem pessoal do controle e chegar ao interior da família deste indivíduo, desponta como outro momento importante⁴¹ do trabalho de controle da tuberculose. A proposta é mesmo, através da entrevista, ver como estão as coisas *dentro* da família, no micro mundo do paciente. Além disso, a entrevista constitui-se em espaço privilegiado para a socialização do paciente no programa. A perspicácia do agente pode levar o doente a se sentir muito melhor e cativado no espaço da assistência por ter contado seus problemas, suas particularidades a quem, no momento, representa a possibilidade de congruência. Enquanto fragmentos significativos nas falas, os trechos a seguir ilustram a relação em foco.

⁴¹ Como antes referido no texto, nas falas dos trabalhadores, o atendimento médico mostra-se como o momento de maior expectativa na relação do paciente com o serviço de controle da tuberculose.

"... quando o paciente vai iniciar o tratamento, nós realizamos a entrevista. Nosso objetivo é não só passar as orientações ao paciente mas, principalmente, atingir seu convívio com os familiares. Buscamos o controle da tuberculose dentro da família, pois se o paciente tem tuberculose ele é comunicante (...) o agente tenta cercar a família para ver se existe mais alguém doente e evitar que outros peguem a doença (...) procuramos não autoconstranger o paciente, pois ele pode se afastar de sua família. Ao contrário, procuramos enfatizar a importância de sua convivência com a família para o sucesso do tratamento, mas que ele e seus familiares devem observar certos cuidados, evitando que novas pessoas sejam contaminadas. O uso de certos utensílios deve ser individual, como toalha de rosto, talheres, copo e xícara (...) fazemos um trabalho de conscientização no sentido de valorizar o tratamento como prevenção à contaminação de outras pessoas..."

(Comunicação pessoal com uma agente auxiliar)

Agente - Vamos iniciar hoje. Vais tomar o remédio todos os dias. Não podes esquecer de tomar o remédio nenhum dia ...

Paciente - Isso aqui é para vocês, é a imagem de Deus ...

Agente - É! Vou te explicar direitinho como é para tomar o remédio.

Paciente - Eu trabalho no esgoto, alguma coisa lá tem mau cheiro. A minha mulher sempre pergunta se eu não vou almoçar. Eu digo que estou cheio já. O que se produz embaixo da terra já me intoxicou. Tudo isto

para ganhar uma miséria. Tenho até vergonha de mostrar a minha carteira profissional, ganho muito pouco. Não é suficiente nem para se comer todo o mês!

Agente - Quem convive contigo? Eles têm tosse? Têm tosse com catarro? Sentem alguma dor? Andam fracos?

Paciente - A minha mulher e o filho dela.

Paciente - Só minha mulher, ela anda se queixando, tem tosse com catarro ...

Agente - Ela tem que vir fazer o exame BK. Quem convive contigo têm que vir aqui para fazer o exame.

Paciente - Eles estão contaminados?

Agente - Pode ser que estejam. Tu podes contaminar outras pessoas. Tu não podes fumar, não podes pegar muito sol, não podes beber e nem levantar peso. Tens que separar o material que levas à boca, garfo, talher, xícara, copo, o que é teu ...

(Observação do trabalho de uma agente auxiliar)

A entrevista que a agente desenvolve com o paciente e seus familiares é entendida como uma ação de reforço e consolidação de tudo o que já foi dito e deverá ainda ser dito ao paciente. É um processo de conscientização. É como se o conhecimento comunicado fosse assimilado só aos poucos, até conseguir atingir o indivíduo. Deve-se, então, acompanhar a reunião desses bocados e, da resultante, proceder com um processo de avaliação. É como se no momento da entrevista fosse possível alcançar a singularidade daquele indivíduo, que inicia no serviço como igual, geral e comum, ou seja, indiferenciado e homogeneizado pela padronização e normatização do serviço oferecido. Em sua simplicidade de igual enquanto tuberculoso em si, o indivíduo paciente traz também o novo, o não simples, o complexo. O comum,

então, contém em si a diferença. Sua conscientização tem, no entanto, de ser pensada na forma que o indivíduo paciente em desenvolvimento cria novas formas de conduta com base no contexto dado, que é dominado por sugestões sociais diretas (como no momento do atendimento) ou indiretas, de outras pessoas em outros momentos de sua existência. O universo complexo dessas influências sociais vai sendo organizado, internalizado, pelo indivíduo-sujeito em desenvolvimento.

"... procuramos colocar para o paciente, na entrevista, o que vem a ser a tuberculose, porque, muitas vezes, ao conversamos com o médico, este refere que o paciente não entende a doença. A gente aqui reforça bem, deixa bem claro (...) tem coisas que não fazem parte da entrevista normal, mas que nós procuramos abrange, como o hábito de alimentar as crianças no mesmo prato do adulto contaminado, o próprio chimarrão (...) enfatizamos bem quando mostramos o álbum ..."

(Comunicação pessoal de uma agente auxiliar)

Ao expressar que o momento da entrevista com o paciente contém aspectos que estão além do roteiro padrão, o agente estabelece uma tentativa de alcance do sujeito cultural, ultrapassando o limite formal do seu trabalho. O esforço para o aprimoramento vem pelas coisas associadas ao cotidiano da pessoa com tuberculose, como crenças, valores, costumes, que possam, de uma forma ou de outra, influir no controle desta enfermidade. São teorias/narrativas de atribuição causal nas quais os doentes *explicam* seus adoecimentos. E o controle se estabelece pela aproximação à interioridade do indivíduo doente, na direção e sentido de uma comunicação produzida a partir

de um ponto comum de interesse, ou seja, a incongruência tuberculose no espaço interior/exterior individual e no espaço exterior/interior familiar.

A ação de controle dos comunicantes do paciente que está sendo acompanhado, ou seja, a chamada para o interior do serviço das pessoas que convivem, que co-habitam com este indivíduo, para uma avaliação a partir de exames pré-requisitados e realizados, evidencia a abrangência do serviço de controle da tuberculose para fora do corpo singular/particular do doente. Neste processo, o paciente inserido no programa é quem, normalmente, se responsabiliza por motivar seus familiares e amigos a virem ao serviço, ou pelo menos, em trazer os exames deles para o diagnóstico.

Esta responsabilidade, embora seja sempre de caráter opcional, varia entre extremos nas falas observadas, indo desde a impunidade até o desligamento do programa pelo seu não cumprimento. Significativo, no entanto, é o fato de não haver leis que possam exercer algum controle civil sobre esta responsabilidade, de modo que o sistema sanitário, no seu papel coercitivo, não dá conta do controle; de fato, epidemiologicamente ocorre um prejuízo ao controle da doença por uma de suas diretrizes mais significativa - o controle dos comunicantes. Com efeito, essa ação no trabalho observado, em sua prática efetiva, não tem a intenção de ser um acompanhamento da família do doente tuberculoso. Não se evidencia que este momento de entrada no serviço por um motivo específico *deva/ser* uma conexão possível ao conhecimento do grupo familiar, ou seja, para um acompanhamento que o identificasse, mudando as ações desenvolvidas no seu interior e no interior do próprio serviço. Mas o conteúdo é o que é, não propõe esse acompanhamento com esse significado, então é lógico que não apareça a relação.

Se o que se quer, através do conjunto de ações que comportam o momento particular da entrevista com os pacientes no controle da

tuberculose, é a formação de *habitus*⁴², necessita-se investir num processo educativo em saúde diferente do que se tem atualmente como hegemônico.

O *habitus* na promoção do controle da tuberculose só pode se estabelecer pela decodificação no nível do acompanhamento interativo do processo de controle, abrangendo a situação específica dessa incongruência dentro e fora do corpo singular. Se, de um lado, o corpo individual pode ultrapassar o nível fisiopatológico, chegando à própria estrutura psíquica da pessoa, fora dele, ou outro, pode chegar ao nível da indução que produz as transformações/mudanças de sua cultura (num sentido amplo).

* * *

Retomo o trabalho de controle da tuberculose em seu conceito mais amplo para frisar o que é importante: o *indivíduo* que o serviço atinge é um sujeito, que em sua individualização, construída via processos sucessivos de internalização, diferenciação e externalização, se apresenta como *pessoa social*. As mediações desta individualização adquirida e mantida são resultantes de sua vida de relações. Quero dizer que o seu mundo micro, o seu espaço de relações imediatas é o espaço (no sentido vivente) que deve ser atingido, ou melhor, que deve ser objeto de intervenção. É evidente que essa intervenção se dará em algumas facetas desse objeto. A pergunta que faço é em que faceta(s)? O que de imediato me sobrevem é que somente no processo de conhecimento deste objeto é que se materializará o processo de identificação dessa(s) faceta(s) e as ações subseqüentes de intervenção. Essa intervenção não é um

⁴² Etges (1994), analisando o *habitus* como constituído pelo trabalho do indivíduo, refere que o “trabalho é o termo médio entre o indivíduo e a sociedade. O *habitus* consiste precisamente naquela interioridade exterior ou exterioridade interna” (p. 55). O *habitus* constitui-se em estruturas ou sistemas de operações coordenadas e reversíveis capazes de gerar outras tantas coordenações de ações em campos afins. “Não é algo que o indivíduo *tem*, mas algo que *ele é*. Na verdade, o *habitus* é a própria inteligência acionada, potencializada em campos específicos, constituindo-se em conjunto de operações específicas, capazes de ativamente gerar n novos esquemas de ações” (p. 56).

processo em linha reta (nesta abstração concreta), ou seja, não é algo que saia, por exemplo, do serviço de controle da tuberculose de uma maneira e seja dessa mesma maneira produzida pelos indivíduos envolvidos. Há neste processo mudanças que são provocadas por todos e, conseqüentemente, absorvidas diferentemente e externalizadas também diferentemente.

A *conscientização* deste indivíduo, como relação que lhe permite se *conhecer* em sua incongruência, de modo imediato e privilegiado e, por isso, *julgar-se* potencialmente congruente de forma segura e infalível, possui uma forma que anuncia a concepção que existe no serviço. O indivíduo tuberculoso é receptor das orientações acerca do que é ter tuberculose (estar incongruente) e como se adquire um estado saudável (estar congruente pela não presença da tuberculose). Parece que ele tem uma função de simples aceite ou recusa das orientações apresentadas pelos agentes do trabalho, não conseguindo ultrapassá-las, não sendo capaz de reorganizar ou transformar essas orientações. Não estou negando a importância das orientações na forma como estão, pois incorporam, em seu conjunto, a finalidade transformada em produto esperado, a cura imediata do indivíduo e, em seu produto coletivo, a cura coletiva. Estou é apontando para a forma de perceber o indivíduo e sua família neste contexto, para a qual, este objeto do trabalho, em seu micro mundo, aparece como externo ao processo de troca, parecendo não atuar para a consciência (é uma troca no sentido *eu dou e tu recebes*).

É evidente que todo o participante desse processo é um modificador ativo das informações apresentadas, o que significa dizer que o indivíduo com tuberculose e o agente do trabalho são, incondicionalmente, envolvidos por mudanças. O *agente*, na própria orientação oferecida ao enfermo, ou seja, a *mensagem* educativa possui traços característicos da auxiliar, enfermeira, assistente social ou outro profissional que a transmite; o

indivíduo que a recebe, o faz dentro de suas características. Ele a receberá, também, de forma ativa, como o agente que passou, isto é, transformando-a no momento da recepção.

Posso referir que o indivíduo com tuberculose, nesse processo de aditamento cultural, transforma o igual das orientações dadas em construto novo, bem como, também, nesse processo, o agente do trabalho traz o comum, ao mesmo tempo em que traz o novo em sua particularidade. Essas particularidades do indivíduo com tuberculose e do agente do trabalho igualmente fazem parte deste processo de construção de cultura, como potencializadores a internalizações e externalizações construtivas de ambos os sujeitos. O que foi internalizado é sucessivamente externalizado através da linguagem (em sentido amplo) e assim, em ação, até o controle da tuberculose, na forma de ações potenciais, não só individuais mas coletivas. Esses potenciais de controle, ao serem internalizados (em suas formas modificadas), passam ou não a serem significativos aos indivíduos desse processo (agentes e paciente/família) e voltam a ser externalizados. Assim, a dimensão individual não se refere apenas aos fenômenos internos, mas, também, às externalizações imediatas, centralizadas nos sujeitos desses processos. É nesse movimento que a dimensão torna-se pública, pois cada movimento de reconstrução do individual, se reflete nestas externalizações através dos fenômenos postos - objetos - no mundo de relações.

Como instrumento, então, o processo do controle da doença para a congruência ser alcançada parte da dimensão individual, que pode ser estendida conforme acima, mas é em si mesma um processo coletivo. A existência objetiva dessa dimensão coletiva se refere ao fato fenomênico e com ele se mostra em plenitude, magnitude e clareza para todos os indivíduos que fazem parte desse fato - *a tuberculose*. O que é relativamente mais estável

nesta forma coletiva de se manifestar é resultante da fusão do fenômeno nas individualidades de cada um, ou seja, a resultante é mais estável no tempo e é também dinâmica. Contém a possibilidade do novo, uma vez que é constantemente construída e reconstruída por um conjunto de relações em dado momento e espaço.

Fazer o indivíduo pensar saúde, pensar saudável, não se reduz ao momento da assistência à saúde em si (congruência individual/coletiva), mas abrange um espaço no todo do processo de vida do indivíduo estrutural. Estrutural no sentido de um indivíduo em construção, em criação, não isolado no tempo e no espaço, mas em sua sociabilidade, em sua externalização no mundo, que é o momento da negação ao *eu* para encontrar o *outro*, e da volta ao *eu diferente*, não mais igual como antes. Esse processo não é social no sentido somente de seu momento positivo, considerado como real e não quimérico através dos fenômenos, mas, além disso, por necessitar de um outro movimento que o complementa e deixa de ser positivo para ser o retorno em si, a negação da negação, na aceção de transformação. É um momento de objetivação, de duração real do indivíduo consciente em sua imediatidade, quando assume e compreende sua *condição* de ser estruturalmente social. Condição, não como enfermo de tuberculose, mas de sujeito ativo, sujeito que, com suas estruturas e relações, se torna capaz de reativar sua congruência. Como fenômeno multiplicador, mas de caráter diverso, não homogêneo, essa condição faz com que o indivíduo ultrapasse sua singularidade, capacitando-o para produzir barreiras à produção de incongruências. O indivíduo estruturalmente social exige uma situação dialógica de igualdade para fazer sentido sua posição singular de ir além dessa singularidade.

CAPÍTULO V

PROLEGÔMENOS DE UM NOVO CONCEITO E NOVAS PRÁTICAS DE SAÚDE

Antes de proceder à explicitação propriamente dita deste capítulo, faz-se necessária uma reflexão sobre alguns aspectos do movimento tendencial relativo ao processo de organização do serviço de atendimento à saúde. Trata-se, porém, de um exercício de abstração sobre o concreto, cujo desenvolvimento depende dos inúmeros fatores ligados à organização social. Desenvolvimento que, em suas estratégias operacionais, não se constitui em objeto desta pesquisa.

Neste sentido, tem uma dupla orientação: se constitui abstrato enquanto não realizado em suas formas, mas concreto enquanto um conjunto de relações formando uma totalidade, de modo que permite, a partir da discussão do próprio conceito de saúde, num pensamento especulativo, ampliar

os conceitos sobre as estruturas e relações do trabalho em saúde, no que se inclui o SUS como proposta *concreta*, seus saberes, entre eles a epidemiologia e a clínica, seu modelo de assistência, até então sempre individual curativista, e seu conjunto de práticas. Especular sobre isto não significa que seja possível a sua operacionalização, dado que as condições essenciais para tal são sempre antagônicas, ou seja, se opõem aos interesses postos como coletivos, comuns.

Pensar, então, sobre possibilidades de exteriorizações do real é projetar um *vir-a-ser* para o trabalho em saúde, uma unidade inquietante em si mesma, que somente se caracterizará a partir de relações concretas no interior da sociedade civil, por pressão ou por negociações com o Estado, uma vez que se trata de uma questão social. Quando em seu movimento, o trabalho em saúde tiver um estado não-organizado, enquanto estado de *desordem organizadora*¹ em suas relações espaciais/temporais transitórias, muito haverá que se dizer, que se analisar, que se fazer neste curso fenomênico sempre em construção. E esse movimento se efetuará não uma só vez, mas muitas vezes até o infinito, dado que se inclui no cenário de transformações histórico-sociais.

¹ Dentro de uma analogia com os sistemas abertos de que fala o biólogo Henri Atlan (1992), indago quais devem ser as leis que regem as trocas e a estrutura interna do sistema de produção e reprodução de saúde, de modo que, a partir de um estado homogêneo, não-organizado, ele possa evoluir, de maneira automática e necessária, para maior diversidade e complexidade? Uso as palavras desse biólogo para expressar que a possibilidade está em que a série de acontecimentos que atuam sobre esse sistema não é organizada; são perturbações aleatórias, sem nenhuma relação causal com o tipo de organização que aparecerá no sistema. Quando, sob efeito dessas perturbações aleatórias, “o sistema, em vez de ser destruído ou desorganizado, reage por um aumento de complexidade e continua a funcionar”, ele é auto-organizador. “Naturalmente, é verdade que não se trata, estritamente, de auto-organização, já que o sistema recebe impulsos do exterior; mas, sendo esses impulsos aleatórios, sem relação causal com a organização passada ou futura do sistema”, ele se auto-organiza, “porque reage a isso, não obstante, sem ser desorganizado, mas, ao contrário, aumenta sua complexidade e sua eficácia” (p. 139).

Tendo a saúde como um universal concreto que se expressa nas formas biológicas do indivíduo e nas estruturas das ações coletivas do trabalho em saúde e identificando este trabalho como domínio fenomenal, como um sistema de produção e reprodução de saúde que se organiza, em seus componentes, por um conjunto de relações, movendo-se na dimensão epidemiológica, privilegiei, neste estudo, como um recorte, o trabalho de controle da tuberculose.

Várias são as estruturas que se criam e se relacionam na totalidade dinâmica do sistema de produção e reprodução de saúde. São estruturas coletivas, específicas, próprias do campo particular a que dizem respeito, na medida em que se referem a âmbitos históricos e territoriais particulares. É o conjunto de ações que os indivíduos criam e pelo qual se expõem como agentes de estrutura, como trabalhador ou cliente socialmente postos. Como campos de ação, agrupei essas estruturas (cf. esquema da página 104) como componentes do trabalho em saúde, que são: a ciência e o saber produzido sobre a saúde, incluindo-se aí os saberes da clínica e os da epidemiologia; os serviços de saúde, como instituições de decodificação do saber, entre elas o SUS; os saberes outros que se contrapõem à doutrina oficial determinante; o cliente como resultado de relações sociais. O trabalho em saúde e o trabalho de controle da tuberculose são identificados como domínios fenomenais que se recortam, que engendram, nesta forma, componentes que lhes são comuns e interagem.

O trabalho de controle da tuberculose possui como núcleo a própria *saúde*, que se apresenta como necessidade de todos. Relativamente ao conjunto de relações que organizam este trabalho, identifiquei o sentido de uma força formadora ou determinante da ação tecnológica em saúde, que se

transmite aos componentes do sistema, engendrando o comportamento dos indivíduos envolvidos com a doença, como agentes de estruturas. A saúde, enquanto um universal concreto que determina e põe o trabalho, assume o papel de finalidade do trabalho, com seus possíveis desdobramentos em um específico produto - o controle da tuberculose.

Como domínio fenomenal, este trabalho tem se objetivado, no Rio Grande do Sul, basicamente pelas ações do programa de controle da tuberculose, PCT/RS, seguindo, em sua auto-gerência, o modelo tecnológico da programação. A esse programa, enquanto parte explícita dessa auto-gerência, como proposta verticalizada, hierarquizada e centrada em nível estadual, aponto para uma adequação por etapas à finalidade que se propõe, que o tem justificado em sua forma, mas que está a exigir uma nova forma estrutural para o trabalho, incluída ou não na organização atual do SUS. Entendo que o conjunto de relações que organizará essa nova prática, enquanto um novo campo de ação, diferente, será exposto pelo próprio objeto do trabalho, o enfermo socialmente posto, como agente/cliente de estruturas. E a materialização desse campo fenomênico diferente, especificado pelas propriedades dos novos componentes e não pela fenomenologia que o engendrou, se dará no momento em que esse enfermo for apreendido e manipulado para adequar-se à finalidade proposta - uma necessidade definida socialmente como controle da tuberculose.

Muito pouco se avançou, se é que não se regrediu, no serviço de assistência ao tuberculoso desde a implantação da Reforma Sanitária. E do modo como está, as questões organizativas burocráticas são determinantes e toda a estrutura burocrática do serviço, todo o conjunto de relações estruturais é clínico. Não que se perceba a clínica por um juízo negativo, mas por uma

estrutura com relações definidas e postas no serviço. A epidemiologia apenas abrange uma geografia aparentemente maior, através de ações elementares, por exemplo, a busca de casos novos e o controle do caso e seus comunicantes, mas mantém uma burocracia bem próxima do esquema clínico-individualista, na dimensão fisiopatológica. As relações presentes no PCT/RS permitiram expor esse controle por oposição, ou seja, de um lado, é um serviço que, idealizado, pretende ultrapassar o próprio modelo de organização da saúde vigente, avocando para si a completa resolutividade sobre as ações; de outro lado, esbarra em simples dificuldades operacionais, negando o próprio conteúdo possível.

A construção de novas estruturas e relações para o trabalho em saúde obrigatoriamente passa pela autonomização do conjunto de relações que o organiza, no sentido de campos fenomenais específicos diferentes, claramente definidos, onde os saberes, num modo alegórico, são de “uma mesma linhagem e governam reinos vizinhos, com intenso intercâmbio, porém separados por fronteiras bastante precisas e razoavelmente bem guardadas. Portanto, a cada um o seu objeto” (Almeida Filho, 1992, p. 77). É necessário romper com a organização da forma clínica perene em que interagem as ações, tanto em termos de linguagem, como de serviços. Não no sentido de duplicação de ações clínicas ou *epidemiologicamente clínicas*, porque seria repetir o modelo, mas no sentido da construção de campos de ação do tipo fenomênico expresso acima.

A clínica é estruturalmente social, tem seus limites determinados pelo saber positivo, analítico, dos componentes do corpo e do tratamento individualizado. E a epidemiologia também é estruturalmente social, seus limites abrangem uma totalidade que inclui os componentes do

corpo e sua dimensão social, sua dimensão ecológica, geograficamente construída, estruturada em cidade, vila ou bairro, que, numa referência ao homem como produto de relações sociais e à parte das discussões acerca de redundâncias nas suas formas de análise mais significativas, entendo ser, na sua essência e potencialidade, a própria *Epidemiologia*. Epidemiologia não apenas como fornecedora de descrições acerca da magnitude e da distribuição das doenças, mas como viabilizadora de um processo de organização de componentes outros do sistema de produção e reprodução de saúde, coerente com a explicitação da gênese do processo saúde-doença em populações.

Na esfera epidemiológica é preciso clarificar as diferentes variantes de seu campo de conhecimentos, que é demasiado amplo, controverso e escapa aos limites deste estudo. A epidemiologia como um campo de conhecimentos pode incluir diferenças importantes, no momento em que esses conhecimentos se determinarem como instrumentos de práticas. Assim sendo, é necessário esclarecer de qual epidemiologia se trata, para além daquilo que é comum a todas as suas variantes, isto é, para além da natureza coletiva do objeto (Mendes Gonçalves, 1986). Devo enfatizar ainda o pensamento de autores que, em seus desenvolvimentos e propostas, são mais adequados à abordagem da epidemiologia neste estudo.

Conceituando a epidemiologia e a clínica como saberes tecnológicos operantes dos processos de trabalho respectivos, Mendes Gonçalves (1986) refere que a mais expressiva característica da epidemiologia por contraste à clínica, no que diz respeito à racionalidade tecnológica do trabalho, reside na capacidade da primeira de gerenciar a segunda, enquanto o inverso não é verdadeiro. Segundo ele “pode-se submeter atos clínicos individuais a controles do tipo avaliação de eficácia e de eficiência que dão

parâmetros lógicos, no plano coletivo, para decidir como, quantos, onde, com quais características técnicas os atos clínicos serão cabíveis ou não. A esta possibilidade aplica-se aqui a noção de integração sanitária, e não à mera coexistência dos dois tipos de prática em instituições únicas” (p. 135-6).

Especificando o objeto da epidemiologia *como doentes em populações*, Almeida Filho (1989) se reporta à teoria das doenças dizendo que esta “será sempre propriedade do discurso da Clínica, por mais que a Epidemiologia colabore para a sua construção. As teorias relativas aos processos sociais pensados como determinantes e cenário das doenças têm várias origens, porém sempre serão referidas ao campo das Ciências Sociais. A proposição de teorias de produção (social, como aliás todas as produções) de doentes em populações concretamente definidas deve caracterizar a próxima etapa de evolução da ciência epidemiológica. Teorias, e não uma teoria geral, doentes, e não doença, populações, e não a comunidade, são plurais que marcam a originalidade da Epidemiologia” (p.17).

Procedendo a uma cuidadosa análise histórica dos principais modelos epidemiológicos, que permite demonstrar a estreita relação existente entre o poder econômico-político e as práticas epidemiológicas instrumentalizadas pelos grupos sociais dominantes, Breilh (1991) apresenta uma proposta de reformulação das bases teóricas metodológicas para o estudo das causas e da distribuição das enfermidades na sociedade. Definindo como objeto de estudo da epidemiologia a saúde-doença enquanto processo coletivo particular de uma sociedade, que por sua vez tem elementos gerais, particulares e individuais, postula que “a epidemiologia científica estabelece que a realidade social não é a soma do que se observa nos indivíduos e se relaciona estatisticamente, mas que, na realidade, os processos individuais

entrecruzam-se e surgem como resultantes das forças econômicas, políticas e culturais que operam como um todo, acima das circunstâncias e vontades individuais. Quer dizer, as condições e possibilidades individuais fundem-se num todo social, numa média geral ou resultante comum, que não anula a participação do individual, já que os contingentes dos indivíduos contribuem para esse resultante” (p. 202).

Questionando sobre a possibilidade de a epidemiologia incluir a singularidade da natureza humana e preocupado com a identidade conceitual/metodológica deste saber, Castiel (1994) reporta-se ao quadro epistêmico da complexidade e ao problema da subjetividade humana para discutir os problemas teóricos do processo saúde-doença. Aponta para uma proposta transdisciplinar para a epidemiologia, dizendo que caso esta venha “a ser viabilizada, mediante a integração de conteúdos de outros campos de conhecimento, pode se constituir em recurso importante para compreender as intrincações do processo saúde-doença. Porém, é a alteração do quadro epistêmico que caracteriza uma revolução científica e ultrapassa a mera substituição de paradigmas. Ou seja: haveria que buscar um *novo espírito epidemiológico* dentro de uma outra visão de mundo. Tal circunstância exige o surgimento de uma relação diferente entre *objeto* e *sujeito* na epidemiologia, de modo a tornar o primeiro menos *fugidio* e o segundo menos *obsessivo* no seu infrutífero afã de controlar o primeiro. Desse modo, seria possível construir conceitos e operadores mais satisfatórios para perceber a multiplicidade que subjaz à aparente e artificiosa uniformidade dos fenômenos tais como são lidos pelo dispositivo epidemiológico” (p. 169).

Referindo-se à transformação da epidemiologia, à construção de uma hermenêutica e uma semiologia propriamente epidemiológicas e dando

ênfase à higiene sócio-naturalista com o significado de servir como fundamento histórico da consciência de alteridade entre projetos possíveis para a epidemiologia, Ayres (1995) diz que a construção “na atualidade de um saber sobre saúde apoiando a identidade de seus objetos numa totalidade sócio-natural é a formulação abstrata de uma postura epistemológica que, neste grau de abstração, nos aproxima não só da higiene, mas da medicina social oitocentista como um todo. Contudo, sendo coerentes com essa mesma atitude teórico-filosófica, a experiência pretérita com base na qual essa postura se configura como valor deve ser entendida não como um ideal a ser alcançado, mas como um devir, uma contínua e fecunda dialética entre liberdade e necessidade que não deixa nunca do mesmo modo o passado, o presente e o futuro”(p. 203).

Desses excertos acima citados e das análises anteriores, posso dizer que os saberes da clínica e da epidemiologia, a exemplo de outros que possam se legitimar no sistema, são campos de ação históricos, definem-se por seus componentes específicos, mas se recortam, interagem, entram na composição do sistema de produção e reprodução da saúde, pelo controle da tuberculose. Não são, entretanto, um em relação ao outro, suscetíveis a encolhimentos ou a excelências em suas relações, isto é, o modo particular de produção de conhecimento da epidemiologia não pode ser subsumido pelo discurso clínico, nem vice-versa: a epidemiologia não é a *clínica das populações*, tanto quanto a clínica nunca se tornará a *epidemiologia dos indivíduos*. Em outras palavras, não obstante as complexas relações dialéticas entre esses campos de conhecimento, as suas formas de aproximação aos objetos da saúde-doença, não podem ser reduzidas uma à outra (Almeida Filho, 1992). É bom esclarecer, ainda, que ao apontar o saber da epidemiologia

como um campo híbrido, estimulado por seu objeto coletivo, não estou provocando a necessidade de adesão a um conhecimento tido como verdadeiro ou universal. O universal, neste caso, é a *saúde*, que comporta e exige diversas formas de conhecimentos em sua unidade.

Organizar o sistema de produção de saúde, mais especificamente o controle da tuberculose, tem o significado de produção de adequação e, portanto, de produção de novos componentes que entrem nessas relações estruturais, transformando-as, no sentido de que os indivíduos envolvidos, agente/trabalhador ou agente/cliente, possam aceitar sua vida, sua unidade e sua identidade nesta finitude. Pensando em adequação, não posso deixar de dizer que aponto para o cuidado com a pessoa, com alguém que possui uma identidade. Não em nível de relações pessoais, pois isso é consequência, mas de um conjunto de relações em uma estrutura ou entre estruturas do sistema mais amplo. É claro que essa adequação passa por decisões técnicas, éticas e políticas, que podem ser idealizadas, corporativizadas ou simplesmente adequadas, mas o que importa é pensar a globalidade das relações com referência às diferentes dimensões e carecimentos em que a unidade *saúde* se mostra. E isso, só com novos componentes: engenharia sanitária, habitacional/urbana, medicina do trabalho, do trânsito, etc.

Este princípio de ação, a saúde, que se materializa em seus componentes, tem que ter em suas relações estruturais o sentido que vai de dentro para fora dessas estruturas, privilegiando, ao nível operacional do sistema, as condições que se põem como adequadas ao acompanhamento do social, do coletivo. E o indivíduo tuberculoso, enfermo socialmente posto, é o estímulo a esse acompanhamento. Para tanto, o conjunto das ações em que a

adequação se objetiva não tem a dimensão de um programa, este faz parte do conjunto, é estímulo/ação à adequação, ou seja, ao controle da doença. Esse conjunto de ações tem que ter por preceito a interdisciplinaridade² na saúde coletiva, tem que constituir-se em componentes interligados que atendam as necessidades biológicas, psicológicas, religiosas, enfim, essa *gama* de características que dá identidade aos agentes de estruturas, tanto o agente/trabalhador em sua formação, preparo e ação no ambiente de trabalho, como o agente/cliente em seu convívio institucionalizado.

Como pensar, contudo, em interdisciplinaridade na saúde coletiva quando existe subordinação a um saber dominante, a clínica, mas que poderia ser, nesse sentido, a epidemiologia ou outro saber qualquer? Essa racionalidade instrumental, essa ação técnica como meio adequado para fins preestabelecidos, não é suficiente enquanto forma de organização para a saúde. Ela se reduz “à relação de meios e fins, importando fundamentalmente a questão do meio, se é ou não adequado ao fim subjetivamente posto. Já não consegue dar importância ou explicar teoricamente, racionalmente aos próprios

² “Produções independentes dos homens, as ciências não levam nem podem levar a um conhecimento global, unitário. Elas não são reflexos do dito real que um dia pudesse ser explicado por um único princípio, por uma ciência. A finitude das produções humanas não permite tal assim como a finitude do mundo exterior só admite limitações. Mas a interdisciplinaridade é uma exigência imanente das ciências postas: ela são formas de organização do mundo feitas pelos homens, que se põe na linguagem. Pela linguagem os homens conseguem comunicar aos outros as formas novas de organização de certo universo de objetos que eles criaram. O objeto criado exige adequação da linguagem a seu conteúdo, daí a forma esotérica e codificada, exata, e a necessidade do sistema de ensino para decodificá-la para todos os homens. A exigência desta decodificação impele ao cientista a transpor, a traduzir, constante mas assistematicamente, seu sistema para o campo de suas representações e experiências familiares. A transposição é uma ação interdisciplinar, pois o que aí acontece é o deslocamento de um sistema construído para outro (...) a interdisciplinaridade é um elemento mediador de comunicação, primeiro, do cientista consigo mesmo quando “traduz” para si mesmo o construto que ele criou ou utiliza, e segundo, das diferentes disciplinas ou construtos entre si, bem como entre estes e a linguagem do cotidiano, do senso comum” (Etges, s/data, p.17-8, p. 31-2)

fins, se eles são como tais racionais ou não. Quando vê que os meios se relacionam com os fins, julga que estes também sejam racionais, ao menos no sentido subjetivo, que é seu ponto central de referência para fora do qual não consegue ver” (Etges, s/data, p. 23).

No interior do trabalho de controle da tuberculose, essa racionalidade de fins e meios tem como efeito a depreciação do trabalho do agente como o *eu*, singular, que se reduz em importância frente ao trabalho *nosso*, coletivo, dos agentes do serviço. Com o pressuposto imediato de controlar a saúde do tuberculoso, essa ação técnica se mostra, neste espaço, por um arranjo burocrático para a divisão de tarefas cumulativas entre os agentes que, na realidade, não valoriza a precariedade ou competência da ação de cada trabalhador, mas somente a aparência do conjunto das ações, dissimulando uma manipulação das categorias menos valorizadas no serviço, para o privilégio do atendimento clínico individual. No interior das estruturas, os indivíduos não deixam de agir como sujeitos mediante sua monitoração reflexiva, pela qual conseguem *fazer a diferença*, por mais imersos que estejam nas instituições como agentes de estruturas. Destarte, é necessário uma nova ordem de conhecimento/organização e criatividade para as ações do trabalho em saúde, inteligente e adequada ao sujeito, que, mesmo por discontinuidades, possa se construir e objetivar como adequada dentro do espaço de transição, no qual se inclui a proposta do SUS, mesmo à margem de suas limitações, indefinições e incertezas. Penso em uma interdisciplinaridade, em uma forma de organização do trabalho para que este retorne aos indivíduos que o produziram, para fazer unidade com eles, transformando-se em construtos multiplicadores.

A enfermagem, como um desses construtos, tem a lógica das estruturas e relações do trabalho em saúde e busca elevar a contingência do mundo exterior à necessidade de saúde do homem. “mas esta necessidade não é um limite exterior, uma limitação imposta de fora para dentro, senão pelo contrário, é uma *expressão* do sujeito idêntico consigo mesmo *posta* por ele, com ele *fazendo unidade do diverso ou totalidade realizada*” (Etges, s/data, p. 13-4).

Portanto, a exemplo dos demais campos de ação em saúde, a enfermagem tem seus saberes como expressão e exteriorização do homem e inclui-se na interdisciplinaridade necessária à produção/construção das ciências de saúde adequadas ao sujeito. Por isso, o conhecimento por ela produzido não se restringe a um saber único, são construtos que, neste tempo/espaço, se potencializam para a saúde e por si se mostram como coerentes ou não ao retorno aos sujeitos que os produziram. Construtos estes que se põem tendo por núcleo a própria saúde e por suporte o campo de saberes da epidemiologia, também construído, dado que estes não são saberes completos, já feitos por inteiro, são externalizações do que se pressupõe como saúde.

Dentro da visão clínica que predomina no controle da tuberculose, o estímulo produzido na relação com o enfermo e sua cura tende a esgotar-se em si, levando consigo o entusiasmo pela resolutividade e integralidade das ações. Nos momentos que se evidenciaram no cotidiano do trabalho, identifiquei as ações de cunho burocrático, mais formais, na gerência de carências de toda a ordem, em que o controle da doença por ações coletivizadas pulveriza-se num somatório de ações individuais mecanizadas. A identidade do trabalho se perde enquanto processo em si e, mais ainda, enquanto processo coletivo. Dessa forma, é compreensível e mesmo esperado

que, dentro dos limites do PCT/RS, os agentes do trabalho assumam como tecnologicamente simples lidar com essa incongruência entre a simplicidade do diagnóstico e tratamento e a complexidade do controle epidemiológico. Como já apresentado, o complexo se configura pelo não previsto, é a *falha*, a *dificuldade*, a *falta* no Programa. Aproxima-se do que se considera o núcleo epidemiológico, onde o limite do patológico é absorvido pelo limite do corpo individual (particular e genérico ao mesmo tempo), de modo que só em sua hibridez coletiva/individual provoca o aparecimento dos limites no interior do trabalho.

Enquanto estímulo/ação no trabalho de controle da tuberculose, o Programa (como conjunto de relações explícitas) é complexo em suas ações. Por sua vez, se objetiva nas formas estruturais complexas que compõem este trabalho. Portanto, o Programa não pode se constituir no complexo sistema de produção e reprodução de saúde; é o complexo desse sistema que está no Programa e que, então, pode apontar para limitações no cotidiano do trabalho que devem ser observadas e, se contornadas, vão contribuir para o conjunto de condições necessárias à objetivação do controle pretendido. Do meio dessas limitações, por ser importante, aponto para o próprio indivíduo no PCT/RS como agente de estrutura (agente/trabalhador e agente/cliente) e, ao mesmo tempo, reflexo desta estrutura que é o trabalho.

Tratado dentro do conteúdo tecnológico do serviço como ser igual a todos, o agente/cliente salienta sua característica de autonomia por seu comportamento de resistência ou adesão às ações propostas. A internalidade organizativa do serviço, no entanto, responde adequadamente aos procedimentos contidos em suas rotinas internas preestabelecidas, carecendo de alternativas para atender necessidades outras dos indivíduos como

manifestações determinadas pelos condicionantes sociais presentes, o que define a trajetória do indivíduo no serviço: se disciplinado, pouco lhe falta e se indisciplinado, falta-lhe muito mais do que atualmente o serviço oferece. Assim, o indivíduo com tuberculose informa com seu comportamento o grau de controle possível no Programa. Por sua simplicidade complexa, esse indivíduo deixou de ser um estímulo à busca de novos conhecimentos, ou da adequação das ações no interior da organização do trabalho. A não existência da renovação se constitui na padronização do indivíduo, enquadrando-o às normas e, ao mesmo tempo, supõe este indivíduo reduzido como limite do trabalho.

Para lidar com o *imprevisto* dos condicionantes sociais, enquanto negatividade relativa ao produto do trabalho, o profissional idealizado é a assistente social, que detém os instrumentos indispensáveis para apreender e manipular o objeto do trabalho nesta dimensão. Também a enfermeira e o psicólogo são lembrados, este último, sempre associado à conduta indisciplinada do indivíduo. Mas o comportamento do indivíduo é uma resposta socialmente posta que, mesmo observável, não se reduz à dimensão clínico-fisiopatológica, colocando-se na dimensão sócio-ético-tecnológica, exigindo uma ação interdisciplinar para sua adequação, que domine todas as características deste agente/cliente. Como já exposto, o que acontece no cotidiano do trabalho, no entanto, é que o agente/trabalhador, no cuidado de cumprir com sua finalidade mais imediata (o controle da doença pela cura do caso clínico), se deixa intimidar e passa a ver somente a particularidade fisiopatológica do sujeito atendido. Direciona o conteúdo tecnológico do serviço para essa apreensão aparente, afastando-se do possível alcance coletivo.

* * *

Posso dizer, por fim, que este pensamento referente a um novo conceito e novas práticas em saúde, isto é, a ampliação dos conceitos sobre as estruturas e relações do trabalho em saúde, passando pela discussão do próprio conceito de saúde, não é algo fora da realidade, aliás é a substância da realidade imediata, não posta em relação ao todo, não resolvida no devir da idéia. É produto de uma perspectiva finita que, sem dúvida, exige para a etapa que há de vir, de sua operacionalização, a discussão do que é real concreto, isto é, das próprias relações e estruturas sociais em que se inclui o sistema de saúde. E essa é a limitação neste exercício de abstração, a própria cultura social, a própria cultura dos indivíduos, agentes de estruturas que, socialmente postos, refletem as estruturas sociais sem perceberem outras possibilidades de atenção à saúde, senão a que privilegie ações individuais curativistas.

É necessário, pois, reagir à ideologia dominante na sociedade acerca da assistência à saúde pela *queixa* individual das pessoas, essa anamnese que reduz tanto o próprio trabalho clínico como qualquer ação epidemiológica, coletiva, comum. E isso só é possível e se dará no próprio processo de construção de *novos* indivíduos, agentes de estruturas com o conceito de coletivo, comum, que, ao se construírem, construirão uma nova ordem social, da qual surgirá, mesmo que por aproximações, uma nova forma para o trabalho em saúde, organizado tecnologicamente para a saúde coletiva e, por conseqüência, para o controle da *inadequação* tuberculose. E este será um momento, um impulso no movimento de construção deste trabalho, o *starter* para iniciar-se tudo novamente.

Neste final de século, a *velha* tuberculose, conhecida da humanidade há muito anos, mormente por sua *recente* associação com a AIDS, passou a ser uma doença em torno da qual estão sendo mobilizados recursos

internacionais de diferentes ordens. No Brasil não é conhecida a prevalência da tuberculose por infecção pelo HIV, embora se possa pensar que o aumento de notificações de casos de tuberculose verificado nas principais cidades do país deva-se, em parte, à influência deste tipo de infecção. Esse campo de ação específico e efervescente, que inclui a AIDS e suas manifestações, como a tuberculose, é, talvez de forma incomparável, um exemplo à contradição de se buscar o controle da doença por ações clínicas, dirigidas ao corpo individual imuno-deficiente, ora sem perspectivas de cura. Mais do que nunca, é necessário tratar o ambiente, construir um campo de estruturas e relações diferente, voltado para o *indivíduo social*, para a prevenção à doença, para a educação dos indivíduos, desde as ações mais simples, como o uso de preservativo, até a convivência com a própria doença. E será necessário *vontade* pública e civil de agir, de compreender, de mudar e mudar-se para controlar essas manifestações incongruentes da sociedade.

Venho, a propósito e além de tudo, questionar quanto tempo ainda será necessário no movimento de construção da saúde para a verificação de construtos como os contidos neste estudo? Até quando as necessidades dos indivíduos serão simplificadas aos aspectos considerados relevantes para uma organização social em que a razão instrumental prevalece, com seu conjunto de ações, apreendendo o individual e o coletivo em separados e onde a singularidade é reduzida a individualismos? É incerta e precipitada qualquer tentativa para se chegar a esta precisão, mas posso dizer que este valor temporal terá significação proporcionalmente inversa ao número de teorias que mostrem esses individualismos. E neste engajamento coloco a continuação desta pesquisa, buscando continuar perseverando na construção do próprio conceito de saúde, de saberes e práticas a ela relacionadas.

Mais especificamente, entre as inúmeras possibilidades, pretendo trabalhar para a explicitação de redes de serviços complexas, horizontais e democráticas, que se coordenem autonomamente com ações em saúde, redes adequadas em sua comunicação à resolutividade do conjunto de ações, na atenção aos diferentes grupos sociais, na produção e reprodução da saúde. Trabalhar explorando as potencialidades da epidemiologia em direção às práticas de saúde em geral e, em específico, às práticas da enfermagem. Trabalhar para a adequação dos indivíduos, agentes de estruturas, trazendo suas especificidades ao sistema, tanto na formação de agentes/trabalhadores para os serviços, quanto na integração de agentes/clientes aos serviços.

* * *

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAGNANO, N. **Discionário de filosofia**. 2. ed. São Paulo: Mestre Jou, 1982.

ALBUQUERQUE, A. F. e VILLAS BÔAS, A. Informações epidemiológicas sobre a tuberculose nas capitais brasileiras. **Revista da Divisão Nacional de Tuberculose**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 37, p. 31-60, 1966.

ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia sem números** - Uma introdução crítica à ciência epidemiológica. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

_____. **A clínica e a epidemiologia**. Salvador-Rio de Janeiro: APCE-ABRASCO, 1992.

ALMEIDA, M. C. et al. **Contribuição ao estudo da prática de enfermagem** - Brasil. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1981. 58 p. (mim.).

ALMEIDA, M. C. P. **Estudo do saber de enfermagem e sua dimensão prática**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 1984. 179 p. Tese de Doutorado.

_____. **O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva** - Rede básica de saúde em Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, 1991. 297 p. Tese (Livre Docência).

- ARENDDT, H. **A condição humana**. Tradução de Roberto Raposo. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1993.
- AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1975. Tese de Doutorado.
- _____. A reforma sanitária brasileira. **Revista Tema**, Rio Janeiro, Projeto Radis, v. 1, n. 11, p. 2-4, nov. 1988.
- ATLAN, H. **Entre o cristal e a fumaça** - Ensaio sobre a organização do ser vivo. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.
- _____. A desordem organizadora. In: PESSIS-PASTERNAK, G. **Do caos à inteligência artificial**. (Entrevistas). São Paulo: Ed. da Universidade Estadual Paulista, 1993. p. 51-82.
- AYRES, J. R. C. M. **Epidemiologia e emancipação**. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1995.
- BACHELARD, G. **A epistemologia**. Lisboa: Edições 70, s/data.
- _____. **O novo espírito científico**. Lisboa: Edições 70, 1986.
- BARATA, R. B. **O conhecimento epidemiológico da organização tecnológica do controle da malária, São Paulo, 1930 -1990**. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1993. 201 p. Tese de Doutorado.
- BARREIRA, I. A. **A Enfermeira -Ananéri no "País do Futuro"**. a aventura da luta contra a tuberculose. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1993. 335 p. Tese de Doutorado.
- BECKER, R. Contribuição da Enfermagem na luta contra a tuberculose. **Revista do Serviço Nacional de Tuberculose**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 43, p. 377- 90, 1967.
- BERLINGER, G. et al. **Reforma sanitária - Itália e Brasil**. São Paulo: HUCITEC/CEBES, 1988.

- BRAGA, J. C. S. e PAULA, S. G. **Saúde e Previdência: estudos de política social**. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1981.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária. Campanha Nacional contra a Tuberculose. Avaliação das atividades de controle da tuberculose realizados no Brasil em 1987: relatório. **Boletim da Campanha Nacional contra a Tuberculose**. Rio de Janeiro, 1988, v. 2, n. 2, p. 54-102.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Coord. Nacional de Pneumologia Sanitária. Centro de Referência Prof. Hélio Fraga. **Boletim de Pneumologia Sanitária**. Rio de Janeiro, 1993, 90 p. (número especial).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação de Pneumologia Sanitária. **Manual de normas para o controle da tuberculose**. Brasília, 1995.
- BREILH, J. **Epidemiologia: economia, política e saúde**. Tradução de Luiz Roberto de Oliveira. São Paulo: Ed. Universidade Estadual Paulista-Fundação para o Desenvolvimento da UNESP-HUCITEC, 1991.
- BRUYNE, P.; HERMAN, J. e SCHOUTHEETE, M. **Dinâmica da pesquisa em Ciências Sociais: os pólos da prática metodológica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.
- CAMPOS, W. S. C.; MERHY, E. E. e NUNES, E. D. **Planejamento sem normas**. São Paulo: HUCITEC, 1989.
- CARNEIRO, J. F. A luta antituberculosa no Brasil. **Revista do Serviço Nacional de Tuberculose**, Rio de Janeiro, n. 4, p. 451-478, 1960.
- CARVALHO, A. C. **Orientação e ensino de estudantes de Enfermagem no campo clínico**. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1972. 150 p. Tese de Doutorado.
- CASTIEL, L. D. **O buraco e o avestruz - a singularidade do adoecer humano**. Campinas: Papyrus, 1994.
- CECILIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

- COHN, A. **Previdência Social e processo político no Brasil**. São Paulo: Moderna, 1981.
- COSTA, D. C. (Org.). **Epidemiologia- teoria e objeto**. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1990.
- COSTA, N. R. **Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil**. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1985.
- DONNANGELO, M. C. F. e PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. 2. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979.
- ETGES, N. J. **Ciência, interdisciplinaridade e educação**. Florianópolis: Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, s/data. 45 p. (mim.).
-
- . **O conceito de trabalho e a ação do conceito**. Florianópolis: Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, s/data-a. 17 p. (mim.).
-
- . **O conteúdo e as formas da administração escolar moderna**. Florianópolis: Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, s/data-b. 17 p. (mim.).
-
- . **Sociedade do trabalho sem trabalho: desempenho estrutural e emergência do novo**. Florianópolis: Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, s/data-c. 22 p. (mim.).
-
- . Trabalho e conhecimento. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, v. 18, n. 1, p. 5-24, jan./jun. 1993.
-
- . Estruturas versus subjetividade nas relações sociais: uma oposição da exterioridade? **Educação e Realidade**, Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, v. 19, n. 1, p. 47-60, jan./jun. 1994.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Traduzido de Roberto Machado. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980.

- FRAENKEL, E. A Enfermagem no Brasil. **Anais de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 8-11, maio 1932.
- FROMM, E. **Conceito marxista do homem**. Tradução de Octavio Alves Velho. 8. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.
- IBGE. **Anuário Estatístico do Brasil**: 1991. Rio de Janeiro: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1991.
- GALLO, E. (Org.). **Planejamento criativo**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.
- GIDDENS, A. **As conseqüências da modernidade**. 2. ed. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1991.
- GUIMARÃES, M. Vacina BCG intradérmica. **Informe Epidemiológico**, Divisão de Controle Epidemiológico da Secretaria da Saúde e Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, ano XV, n. 2, fev. 1989.
- GUIMARÃES, R. Determinação social e doença endêmica: o caso da tuberculose. In: **Textos de apoio: epidemiologia 1**. Rio de Janeiro: SDE/ENSP-ABRASCO, 1985. p. 211-33.
- GOODE, W. J. e HATT, P. K. **Métodos em pesquisa social**. 7. ed. São Paulo: Nacional, 1979.
- GUTIERREZ, R. S. e OTT, W. P. **Programa de controle de tuberculose - Rio Grande do Sul - Resenha de 1971 a 1985**. Porto Alegre: Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul (SSMA/RS), Serviço de Tuberculose, s/data. 38 p. (mim.).
- HEGEL, G. W. F. **Enciclopédia das ciências filosóficas em epítome**. V. I. Lisboa: Edições 70, 1988.
- _____. **Estética: a idéia e o ideal; Estética: o belo artístico ou o ideal**. V. I. Tradução de Orlando Vitorino. (Os pensadores). 4. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1988-a.
- _____. **Princípios da filosofia do direito**. Tradução de Orlando Vitorino. Lisboa: Guimarães, 1990.

- _____. **Introdução à história da filosofia.** Lisboa: Edições 70, 1991.
- _____. **Enciclopédia das ciências filosóficas em epítome.** V. III. Lisboa: Edições 70, 1992.
- _____. **Fenomenologia do espírito.** Parte I. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1992-a.
- LEAVELL, H. R. e CLARK, E. G. **Medicina Preventiva.** São Paulo: MacGraw-Hill do Brasil, 1978.
- LIMA, L. L. e NASCIMENTO, E. A. Algumas informações sobre a tuberculose no Brasil de 1960 a 1969. **Revista da Divisão Nacional de Tuberculose,** Rio de Janeiro, v. 15, n. 57, p. 5-50, 1971.
- LOPES, J. B. **Objeto e especificidade do serviço social: pensamento latino-americano.** São Paulo: Cortez e Moraes, 1979.
- LUZ, M. T. **Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930).** Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- _____. **As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia.** 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- MACHADO, L. S. Leitos hospitalares para tuberculose, no Rio Grande do Sul. Luta contra a tuberculose pelo incremento da vacinação pelo BCG. **Boletim Bioestatístico do Departamento de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul,** Porto Alegre, n. 8/9, p. 1-8, 1949.
- MARX, K. **Miséria da filosofia** - Resposta à filosofia da miséria do senhor Proudhon (1847). Tradução de J. Silva Dias e Maria Carvalho Torres. Porto: Escorpião, 1976.
- _____. **Contribuição à crítica da economia política.** Tradução de Maria Helena Barreiro Alves. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1983.
- _____. **O capital.** Crítica da economia política. 10. ed. São Paulo: Difel. Liv. I, v.1, 1985.

- _____. **Elementos fundamentales para la crítica de la economía política.** Borrador 1857-1858 (Grundrisse) I. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Argentina Editores, 1989.
- _____. **Manuscritos económico-filosóficos.** Lisboa: Edições 70, 1993.
- MARX, K. e ENGELS, F. **A ideologia alemã.** (I - Feuerbach). 5. ed. São Paulo: HUCITEC, Fewerbach, 1986.
- MATTOS, A. et al. Participação da Enfermagem na implantação da BCG intradérmica no Brasil. **Revista da Divisão Nacional de Tuberculose**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 78, p. 169-76, 1976.
- MATURANA, H. e VARELA, F. **El árbol del conocimiento.** Santiago de Chile, Universitaria, 1984.
- MEDINA, A. M. L. D. et al. **Resgate histórico da vigilância epidemiológica no Rio Grande do Sul - 1938 - 1968.** Porto Alegre: Escola de Saúde Pública da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul, 1988. 75 p. Monografia (Especialização).
- MELO FILHO, D. A. **Contribuição à compreensão e crítica da epidemiologia social.** Salvador: Universidade Federal da Bahia, Departamento de medicina Preventiva, 1994. 183 p. Dissertação de Mestrado.
- MENDES GONÇALVES, R. B. **Medicina e História: raízes sociais de trabalho médico.** São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1979. 209 p. Dissertação de Mestrado.
- _____. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo.** São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva, 1986. 435 p. Tese de Doutorado.
- _____. **O processo de trabalho em saúde.** São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1988. 31 p. (mim.).

- _____. Reflexão sobre a articulação entre a investigação epidemiológica e a prática médica a propósito das doenças crônicas degenerativas. In: Costa, D. C. (Org.). **Epidemiologia - teoria e objeto**. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1990. p. 39-86.
- MENDONÇA, E. F. et al. Repensando a vigilância epidemiológica. In: Qualidade de vida: Compromisso histórico da epidemiologia. **Anais do II Congresso Brasileiro de Epidemiologia**. Relatório final da oficina de trabalho repensando a vigilância epidemiológica. Belo Horizonte: COOPMED/ABRASCO, 1994. p. 277-280.
- MERHY, E. E. **Capitalismo e a Saúde Pública- A emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo**. São Paulo: Papyrus, 1985.
- _____. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: Gallo, E. **Razão e planejamento - reflexões sobre a política, estratégia e liberdade**. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1995. p. 117-154.
- MÉSZÁROS, I. **Marx: A teoria da alienação**. Tradução de Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
- MINAYO, C. **O desafio do conhecimento - Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1992.
- NEMES, M. I. B. **A hanseníase e as práticas sanitárias em São Paulo: 10 anos de sub-programa de controle da Hanseníase na Secretaria de Estado da Saúde (1977-1987)**. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1989. 250 p. Dissertação de Mestrado.
- _____. Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de programação. IN: SCHAIBER, L. B. (org.). **Programação em saúde hoje**. São Paulo, HUCITEC, 1990. p. 65-116.
- NOGUEIRA, O. **Pesquisa social : introdução às técnicas**. São Paulo: Nacional, 1964.
- OLIVEIRA, J. A. A. e TEIXEIRA, S. M. F. **(IM)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes, 1986.

- OMS. Comitê de Expertos de la Organización Mundial de la Salud en Tuberculosis. Octavo Informe. **Série de Informes Técnicos**, Genebra, n. 290, 1964. 27 p.
- OMS. Comitê de Expertos de la Organización Mundial de la Salud en Tuberculosis. Noveno Informe. **Série de Informes Técnicos**, Genebra, n. 552, 1974. p. 5-43.
- OTT, W. P. Bases essenciais para o controle da doença. In: PICON, P. D.; RIZZON, C. F. C. e OTT, W. P. **Tuberculose - epidemiologia, diagnóstico e tratamento em clínica e saúde pública**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993. p. 3-19.
- PICON, P. D.; RIZZON, C. F. e OTT, W. P. **Tuberculose - epidemiologia, diagnóstico e tratamento em clínica e saúde pública**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993.
- PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem - Brasil: 1500 a 1930**. São Paulo: Cortez, 1989.
- POSSAS, C. **Saúde e trabalho: a crise da Previdência Social**. Rio de Janeiro: Graal, 1981.
- _____. **Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 1989.
- RIBEIRO, L. **A luta contra a tuberculose no Brasil; apontamentos para sua história**. Rio de Janeiro: Sul Americana, 1956.
- RIVERA, F. J. U. (Org.). **Planejamento e programação em saúde - Um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, 1989.
- ROCHA, E. P. et al. A introdução da vacina pelo BCG Intradérmico e a luta contra a tuberculose na Guanabara. **Revista da Divisão Nacional de Tuberculose**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 72, p. 378-93, 1974.
- RUFFINO NETTO, A. e PEREIRA, J. C. Mortalidade por tuberculose e condições de vida. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 12, p. 27-34, 1981.

SABROSA, P. C. et al. Análise dos programas de controle das doenças - avaliação de suas estratégias de integração ao SUS. (Oficina de Trabalho). In: **Anais do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1990. p. 37-43.

SCHRAIBER, L. B. Programação hoje: a força do debate. In: SCHRAIBER, L. B. (Org.). **Programação em saúde hoje**. São Paulo: HUCITEC, 1990. p. 11-35.

O médico e seu trabalho - limites da liberdade. São Paulo: HUCITEC, 1993.

SILVA, G. B. **A enfermagem profissional brasileira: análise crítica**. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e ciências Humanas da Universidade de São Paulo, 1984. 187 p. Tese de Doutorado.

SINGER, P. et al. **Prevenir e curar: o controle social dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978.

SONTAG, S. **A doença como metáfora**. Tradução de Márcio Ramalho. Rio de Janeiro: Grall, 1984.

SSMA/RS. Programa de Controle da Tuberculose. **Dados estatísticos principais / 1976 - 1992**. Secretaria da Saúde e Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1992.

SSMA/RS. **Relatório do 10º Encontro Anual dos Supervisores do Programa de Controle da Tuberculose**. Secretaria da Saúde e Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1993.

STENGERS, I. **Quem tem medo da ciência?** Ciências e poderes. Tradução de Eloisa de Araújo Ribeiro. São Paulo: Siciliano, 1990.

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

Pensamento estratégico e a lógica de programação - o caso da saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1995.

TEIXEIRA, S. F. et al. **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1989.

THIOLLENT, M. J. M. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. 5. ed. São Paulo: Polis, 1987.

VARELA, F. **Autonomie et connaissance** - Essai sur le vivant. Paris: Éditions du Seuil, 1989.

VAZ, Marta R. C. **O trabalho da enfermeira na Rede Básica de Serviços de Saúde** - análise de depoimentos. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1989. 211 p. Dissertação de Mestrado.