

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

*VÍNCULOS E ESTATIZAÇÕES NAS POLÍTICAS
DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CUBA E DO BRASIL*

Diogo Neves Pereira

Diogo Neves Pereira

*VÍNCULOS E ESTATIZAÇÕES NAS POLÍTICAS
DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CUBA E DO BRASIL*

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade de Brasília para a obtenção do título de Doutor em Antropologia.

Orientadora:

Profa. Dra. Carla Costa Teixeira

Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília

Brasília

2012

Aprovada em
08 de Outubro de 2012

Comissão examinadora:

- Profa. Dra. Carla Costa Teixeira – Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília (presidente)
- Profa. Dra. Amélia Cohn – Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo (titular)
- Profa. Dra. Ceres Gomes Víctora – Departamento de Antropologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (titular)
- Profa. Dra. Soraya Resende Fleischer – Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília (titular)
- Profa. Dra. Ximena Pamela Díaz Bermúdez – Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (titular)
- Prof. Dr. Carlos Emanuel Sautchuk – Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília (suplente)

*Para minhas irmãs,
Crislaine e Aline,
que sempre estiveram ao meu lado.*

Resumo

Esta tese enfrenta a verdade da constituição de vínculos nos âmbitos das políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil. Para fazê-lo, centra suas discussões em experiências advindas de trabalhos de campo realizados em Consultórios de Médico da Família da cidade de Havana e em Centros de Saúde da cidade de Belo Horizonte. Adota a abordagem comparativa como estratégia analítica privilegiada. Busca compreender aspectos relativos às histórias das saúdes públicas de Cuba e do Brasil que envolveram o desenvolvimento de suas respectivas políticas de saúde da família. Examina os modelos dessas políticas e suas relações com as formas como elas são executadas. Procura apreciar como seus alvos são construídos e como seus campos de intervenção são definidos. Esquadrinha as configurações de algumas das principais atividades efetuadas nas instituições pesquisadas. Argumenta que nas políticas de saúde da família estudadas ocorrem processos de estatização que conformam contextos nos quais sistemas de vínculos são constituídos. Sustenta também que, tanto destes processos de estatização, quanto destes sistemas de vínculos, participam elementos diversos estabelecidos sempre a partir de arranjos específicos.

Resumen

En esta tesis se enfrenta a la verdad de la constitución de vínculos en los ámbitos de las políticas de salud de la familia de Cuba y de Brasil. Para ello, centra sus discusiones en la experiencia adquirida a partir de trabajos de campo realizados en Centros de Salud de la ciudad de Belo Horizonte y en Consultorios del Médico de la Familia de la ciudad de La Habana. Se adopta un enfoque comparativo como estrategia privilegiada de análisis. Busca comprender cuestiones relacionadas con la historia de la salud pública de Cuba y de Brasil que implicaron el desarrollo de sus respectivas políticas de salud de la familia. Examina los modelos de estas políticas y sus relaciones con las formas por las cuales ellas son ejecutadas. Procura entender cómo sus objetivos se construyen y cómo sus ámbitos de intervención están definidos. Se analizan las configuraciones de algunas de las principales actividades llevadas a cabo en las instituciones investigadas. Argumenta que en las políticas de salud de la familia estudiadas ocurren procesos de estatización que establecen contextos donde sistemas de vínculos son compuestos. Sustenta también que, tanto en estos procesos de estatización, como en estos sistemas de vínculos, participan diversos elementos establecidos siempre a partir de arreglos específicos.

Abstract

This thesis confronts the truth of the establishment of bonds within the scope of family health policies of Cuba and Brazil. To do so, it focuses its discussions on experiences gained from field work in Health Centers located in the city of Belo Horizonte and in Family Medical Clinics located in the city of Havana. It adopts a comparative approach as a privileged analytical strategy. It seeks to understand issues related to the history of the public health systems of Cuba and Brazil involving the development of their respective family health policies. It examines the models of these policies and their relations to the ways in which they are performed. It seeks to understand how their targets are constructed and how its fields of intervention are defined. It analyzes the settings of some of the main activities carried out in the institutions studied. The thesis argues that, in the family health policies studied, statization processes occur which shape contexts where systems of bonds are composed. It also claims that these statization processes, as these systems of bonds, involve many elements which are always established from specific arrangements.

Agradecimentos

À minha família, pelo carinho que nem todas as palavras poderiam descrever.

A Patrícia Carlos, por compartilhar comigo as angústias e alegrias que esta tese contém e cujo amparo foi inestimável.

Aos amigos no Brasil, por me permitirem tomar parte em suas vidas, sem o quê eu nada teria conseguido.

Aos amigos em Cuba, especialmente a Gabriel Faria, Julio Ramos e Magaly Quijano, que me abriram suas casas e corações, tornando possível minha permanência no país.

À professora Carla Costa Teixeira, que orientou minha pós-graduação, sempre com atenção, sabedoria e argúcia, e cuja convivência fez-se para mim fonte constante de inspiração e desafio a superar-me.

Aos funcionários e professores do Departamento de Antropologia (DAN) da Universidade de Brasília (UnB), que proporcionaram campo fértil para minha formação durante os anos de mestrado e doutorado.

Às profissionais e pacientes das políticas de saúde da família de Belo Horizonte e de Havana que conheci ao longo do trabalho de campo, cujas colaborações viabilizaram a produção deste trabalho.

À Gerência de Assistência, ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, ambos da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte, e às gerentes dos Centros de Saúde nos quais foi feito o trabalho de campo, por aprovarem a realização da pesquisa.

Ao Núcleo de Estudos Cubanos (NESCUBA/CEAM/UnB), ao Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde da Família (NESP/CEAM/UnB), à Associação Cultural José Martí de Minas Gerais e especialmente à professora Maria Auxiliadora César, que ofereceram apoio fundamental para minha ida a Cuba.

À Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (FLACSO) – Programa Cuba, especialmente às professoras Elena Díaz e Marlies Trujillo, que possibilitaram minha estada em Cuba.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo suporte econômico concedido através das bolsas de estudo que recebi durante o doutoramento.

Aos professores Carlos Emanuel Sautchuk (DAN/UnB), Maria Fátima de Sousa (DSC/UnB) e Soraya Resende Fleischer (DAN/UnB), que participaram do Exame de Qualificação do Projeto de Tese que deu origem a este trabalho.

Sumário

Apresentação.....	1
Introdução: condições de produção deste trabalho	
1. Por que políticas de saúde da família.....	4
2. Por que Brasil, por que Cuba.....	6
3. Onde e por quanto tempo os trabalhos de campo foram realizados.....	9
4. Questões éticas e autorizações para as realizações dos trabalhos de campo.....	13
5. O antropólogo nos Centros de Saúde de Belo Horizonte.....	26
6. O antropólogo em Cuba.....	29
7. Os termos da comparação.....	33
I. Saúde e democracia, saúde e revolução	
8. Desde a década de 1970: a atenção primária à saúde como alternativa de organização da saúde pública.....	38
9. 1959-1983: triunfo da revolução, criação e desenvolvimento do Sistema Nacional de Saúde Único cubano.....	44
10. Até 1990: movimento da reforma sanitária, Constituição Federal de 1988 e criação do Sistema Único de Saúde brasileiro.....	47
11. 1984-2011: criação da política de saúde da família e seu desenvolvimento em Cuba.....	52
12. 1991-2011: criação da política de saúde da família e seu desenvolvimento no Brasil.....	56

13. As legislações e os modelos.....	64
Anexo ao item 13: excertos de alguns documentos.....	75
II. Onde acontecem as políticas de saúde da família	
14. Onde estão as instituições.....	86
15. Controles de proximidades.....	98
16. Em relação às comunidades.....	110
17. Reconhecendo os territórios.....	125
III. Coisas e pessoas são definidas	
18. Consenso acerca do saber.....	143
19. Criações dos alvos.....	150
20. Instrumentos de objetificação.....	166
21. Redirecionamentos dos meios e dos fins.....	186
22. Benéficas aos outros.....	203
IV. Sobre as instituições	
23. As instituições: suas profissionais, suas atividades e seus horários.....	207
24. Espaços das instituições.....	217
V. Algumas atividades	
25. Acolhimentos.....	237
26. Consultas.....	278
27. As médicas vão às casas.....	310
Arremates: estatizações e vínculos	
28. O "Estado" como prática e processo.....	324
29. Multiplicidade, simultaneidade e sistematicidade de vínculos.....	349

Referências bibliográficas.....	371
Lista de figuras.....	384
Lista de tabelas.....	387
Lista de siglas.....	388

*La política es el arte de inventar un recurso
a cada nuevo recurso de los contrarios*

José Martí

Apresentação

Esta tese, intitulada “Vínculos e estatizações nas políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil”, é o produto final do doutoramento de seu autor, realizado no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade de Brasília, entre os anos de 2008 e 2012. Foi orientada pela professora Carla Costa Teixeira, do Departamento de Antropologia desta universidade.

Seu principal objetivo é discutir como são constituídos vínculos entre “Estado” e população nos âmbitos das políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil. Adota a abordagem comparativa como eixo analítico privilegiado e o empreendimento etnográfico em conjunto com debates bibliográficos como ferramentas de trabalho. Sua principal inspiração teórica advém das reflexões de Michel Foucault, especialmente daquelas dedicadas às noções de *governamentalidade*, *biopolítica* e *disciplina*.

Foi produzida a partir de trabalhos de campo realizados nas cidades de Belo Horizonte (Minas Gerais, Brasil), entre os meses de setembro de 2010 e maio de 2011, e de Havana (Cuba), entre os meses de setembro de 2011 e fevereiro de 2012. Em Belo Horizonte foram visitados onze Centros de Saúde. Em Havana foram visitados cerca de dez Consultórios de Médico da Família. Em ambos os contextos buscou-se acompanhar os diversos processos que envolvem as execuções das políticas de saúde da família através do estabelecimento de relações entre profissionais, pacientes e instituições.

Seu principal argumento é que nas políticas de saúde da família ocorrem processos de estatização que conformam contextos nos quais sistemas de vínculos são constituídos. Afirma que estes processos de estatização são produzidos a partir da efetivação de dispositivos disciplinares concebidos em articulação com certas biopolíticas das populações. Demonstra que eles dependem, fundamentalmente, das composições das totalidades sociais nas quais estão imersos e das formas como são ideologicamente pensadas as relações entre “Estado” e população. Elucida que, por sua vez, tais sistemas de vínculos colocam em relação elementos estabelecidos conjuntamente em função de seus conteúdos específicos.

A parte inicial, intitulada “Introdução: notícias sobre as condições de produção deste trabalho”, explicita a relevância do tema abordado pela tese e apresenta informações sobre o processo de elaboração da pesquisa. Explica as razões das escolhas pelos locais de realização dos trabalhos de campo, bem como as condições nas quais eles foram produzidos. Discute a forma como os contextos cubano e brasileiro serão comparados ao longo do trabalho.

O capítulo I, intitulado “Saúde e democracia, saúde e revolução”, sintetiza os principais elementos relacionados às histórias das saúdes públicas de Cuba e do Brasil que envolveram a criação e o desenvolvimento de suas respectivas políticas de saúde da família. Apresenta as legislações específicas sobre saúde dos dois países e os modelos de suas políticas de saúde da família, destacando suas semelhanças e diferenças. Discute como as políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil historicamente se relacionaram de modo íntimo com os ideais de democracia e de revolução.

O capítulo II, intitulado “Onde acontecem as políticas de saúde da família”, explicita o caráter local, comunitário e territorial das políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil. Apresenta os princípios a partir dos quais as instituições que executam estas políticas são instaladas geograficamente e as relações que estabelecem com suas áreas de abrangência. Debate os mecanismos – utilizados por ambas as políticas – de transformação de conjuntos de realidades dadas em objetos de intervenção. Elucida as vinculações que cada um dos elementos envolvidos nas políticas mantém com as comunidades e com os territórios nos quais se situam as instituições. Apresenta como os espaços são classificados pelas duas políticas e as múltiplas formas pelas quais são apropriados.

O capítulo III, intitulado “Coisas e pessoas são definidas”, descreve os meios utilizados pelas políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil com o intuito de integrarem as instituições e seus serviços aos contextos nos quais atuam. Apresenta os processos por meio dos quais as políticas estabelecem seus mecanismos de ação e campos de atuação. Explicita como são produzidos os objetos a serem afetados pelas políticas. Discute como, nas esferas de suas execuções, seus alvos são alterados por profissionais e pacientes.

O capítulo IV, intitulado “Sobre as instituições”, discute os processos por meio dos quais as profissionais das políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil elaboram e regulam suas atividades no interior das instituições. Apresenta um panorama geral dos Centros de Saúde e dos Consultórios de Médico da Família, elucidando quais são as profissionais que neles atuam, as principais ações neles desenvolvidas e seus horários de funcionamento. Descreve como os espaços destas instituições são normalmente constituídos e utilizados.

O capítulo V, intitulado “Algumas atividades”, analisa três das mais importantes atividades executadas pelas profissionais das políticas de saúde da família do Brasil e de Cuba. Descreve as dinâmicas dos acolhimentos de pacientes nos Centros de Saúde. Apresenta e compara consultas realizadas por médicas dos Centros de Saúde e dos Consultórios de Médico da Família. Por fim, discute visitas domiciliares efetuadas por médicas dos dois contextos pesquisados. Elucida o arranjo entre objetos e problemáticas pertinente a cada uma destas atividades.

A parte final, intitulada “Arremates: estatizações e vínculos”, sintetiza ideias em torno de algumas das principais problemáticas exploradas ao longo do trabalho. Discute o rendimento analítico da abordagem do “Estado” enquanto prática e processo, dissertando em favor da noção de *processo de estatização*. Discorre sobre a necessidade de se pensar a ideia de vínculo, fundamental às políticas de saúde da família, levando em conta a multiplicidade, a simultaneidade e a sistematicidade dos tipos de vínculos surgidos nas esferas de suas execuções.

Introdução: condições de produção deste trabalho

1. Por que políticas de saúde da família

A escolha pelo tema das políticas de saúde da família possuiu duas motivações. Inicialmente, deveu-se à constatação de que no Brasil existe, atualmente, um relativo consenso entre estudiosos, gestores, profissionais e pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) acerca de suas importâncias e benefícios. Independentemente de haver ou não qualquer compartilhamento meu para com esta perspectiva comum, ela se apresentava como expressão de sua relevância etnográfica no campo das políticas públicas de saúde. Em segundo lugar, na medida em que avançava no estudo das políticas de saúde da família, pude vislumbrar a complexidade política e social que elas trazem consigo. Nesse sentido, possibilitam a exploração de questões interessantes desde um ponto de vista antropológico.

No interior deste panorama geral, a análise da produção de vínculos entre “Estado” e população nas políticas de saúde da família surgiu como questão profícua. Compondo uma dentre suas metas fundamentais, esta produção de vínculos se faz ao mesmo tempo elemento etnográfico e objeto antropológico destacados. No entanto, logo foi possível constatar que a compreensão das formas como estes vínculos são construídos não poderia ser alcançada sem o entendimento dos mecanismos pelos quais o “Estado” se constitui enquanto práticas e processos no âmbito das políticas de saúde da família.

Cada agenciamento estatal produz tipos particulares de interação entre “Estado” e população. Estas interações são eminentemente políticas e trazem consigo relações de saber-poder peculiares. Na esfera da saúde pública, as políticas de saúde da família são aquelas nas quais o “Estado” procura tornar suas ações mais profundas e minuciosas. Enquanto as demais tendem a ser mais setorializadas ou a terem objetivos mais restritos, as políticas de saúde da família são aquelas que apresentam de forma mais intensa uma dupla abordagem: ao mesmo tempo em que se atentam aos aspectos mais minuciosos relacionados à produção da vida, intentam também agrupá-los numa lógica populacional global. Utilizam a estratégia de esmiuçar seus instrumentos de intervenção, tornando-os tanto abrangentes, detalhados e constantes quanto seja possível. Possuem o objetivo manifesto de produzir a vida, fazendo com que seus alvos vivam mais e melhor.

Para alcançar níveis elevados de proximidade entre o “Estado” e as populações atendidas, as políticas de saúde da família buscam fazer com que existam vínculos duradouros e significativos entre instituições, profissionais e pacientes. Mais do que simplesmente colocá-las em contato, estes vínculos permitiriam uma organização particular

das interações erigidas entre elas¹. Para tanto são criadas tecnologias que sobrepõem a criação de afetividades pessoais com a produção de informações e saberes, o controle de processos e a moldagem de modos de percepção, apropriação e ação simbólicas no mundo. O estreitamento das relações entre “Estado” e população através destes vínculos se torna, assim, finalidade, razão e mecanismo de atuação das formas de governo instituídas pelas políticas de saúde da família.

As características das políticas de saúde da família não permitem afirmar que elas são, em essência, ferramentas de controle do “Estado” sobre as populações, tal como sugerem, por exemplo, Trinta Weber (2006) e Scott (2008:259; 267). Tampouco permitem afirmar que são, em essência, ferramentas de libertação das populações para com suas possíveis condições precárias de saúde, tal como aventam, por exemplo, Sousa & Hamann (2009) e Diaz (2009). Políticas de saúde da família são ambas as coisas, de uma só vez, mas não apenas. Seus aspectos distintivos são as formas por meio das quais exercem certo tipo de racionalidade. O que as caracteriza são os artifícios de governo – criados com base nesta racionalidade e situados em suas extremidades – por meio das quais elas são executadas. Se tais artifícios particulares definem as políticas de saúde da família, de modo mais abrangente, o exercício desta racionalidade define o “Estado”.

Neste prisma, o “Estado” não existe. Não é, nem *está*. Não possui uma essência universal. Não possui interior, exterior ou limites definidos. Não transcende nem imana. Não possui uma lógica interna coerente, estável e onipresente. Não é singular nem invariável. O estudo das políticas de saúde da família no patamar onde elas se realizam, no domínio onde seus princípios e objetivos se transformam em ações, possibilita vislumbrar que aquilo que chamamos de “Estado” existe, a rigor, tão somente enquanto práticas e processos de estatização. Exercendo certa racionalidade, tais práticas e processos de estatização estabelecem dinâmicas mais ou menos estatizadas. Não manifestam o “Estado”, mas instauram, de maneira fluida, variável e circunstancial, formas de regular condutas.

A observação destes processos de estatização no âmbito das políticas de saúde da família possibilita vislumbrar que os vínculos buscados por elas são múltiplos e sistêmicos. Cada tipo de vínculo apresenta características próprias. Cada um possui elementos, locais de realização, condições de surgimento e reprodução, durações, objetivos e conteúdos específicos. Cada um possui seus conflitos, incongruências e contradições internas. Todavia, não é possível conceber estes tipos de vínculos isoladamente, mas apenas nas

¹ Nas políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil há, tanto entre profissionais quanto entre pacientes, uma presença consideravelmente maior de mulheres do que de homens. Mais além, importantes valores e práticas existentes nestes contextos são configurados considerando fortemente aspectos relacionados a diferenças de gênero. Por exemplo, as qualidades pessoais associadas às características das profissões atuantes nas políticas e os comportamentos relacionados à busca por serviços de saúde em situações de doença. Embora não venha a discutir pormenorizadamente tais questões no decorrer do trabalho, é imperativo assinalar suas relevâncias para a composição destes contextos. Sendo assim, na intenção de ajustar minimamente a construção do texto às realidades estudadas, opto por privilegiar o uso do feminino nas referências a profissionais e pacientes.

relações que estabelecem entre si. A diversidade e complexidade destes sistemas de vínculos próprios às políticas de saúde da família derivam da transitoriedade e contextualidade das relações formadas, em cada um deles, entre sujeitos, instituições, valores, tecnologias etc.

Portanto, políticas de saúde da família abrem espaço para férteis discussões sobre como abordar o “Estado”, sobre como pensar relações socialmente construídas entre “Estado”, instituições e sujeitos, sobre como compreender formas contemporâneas de produção social da vida etc. Podem ser tomadas como pontos de partida para análises sobre os fundamentos de algumas políticas públicas contemporâneas. Possibilitam o estranhamento para com a suposta objetividade de certos agenciamentos estatais. São campos privilegiados para se desvelar a configuração política de artifícios comumente apresentados como simples instrumentos técnicos de intervenção. Além disso, permitem que sejam revisitados temas caros à antropologia, tais como: construção do “Estado”, estabelecimento de vínculos sociais, constituição de diferenças sociais, experiências de saúde/doença, fronteiras entre as ordens biológica e social etc. Permitem que diferentes abordagens teóricas sejam combinadas. Permitem o diálogo entre diferentes disciplinas acadêmicas. Permitem inserções etnográficas profícuas. Políticas de saúde da família geram boas perguntas. Oferecem, enfim, desafios interessantes à reflexão.

2. Por que Brasil, por que Cuba

Propositadamente, os argumentos apresentados acima são demasiadamente abrangentes. Cumprem as funções de apontar as perspectivas por meio das quais as políticas de saúde da família serão consideradas neste trabalho e de sintetizar as principais ideias aqui defendidas. Se explicam as motivações para a escolha do tema, não representam bem a forma como ele foi apreciado ao longo da pesquisa. Ao invés de tomar como princípio de estudo os feitos gerais por meio dos quais as políticas de saúde da família são institucionalmente apresentadas, optou-se por empreender para com elas uma análise ascendente. Ao invés de privilegiar o exame de seu âmago discursivo, de dar foco a seus modelos, propostas, princípios, objetivos etc., optou-se por privilegiar o exame de suas extremidades práticas, por dar foco aos locais onde suas intenções e conceitos se transformam em técnicas, métodos etc. Para tanto, a estratégia adotada foi a realização de empreendimento etnográfico, desenvolvido através de trabalho de campo antropológico.

Fazia-se necessário então selecionar o ambiente etnográfico onde o trabalho de campo se daria. Imediatamente, o Brasil se apresentou como forte opção. A pesquisa que originou este trabalho compõe parte fundamental das atividades de pós-graduação realizada por mim no país e, portanto, compartilha das possibilidades e demandas que derivam deste

fato. Postos os trâmites institucionais atualmente exigidos no Brasil e alhures para a obtenção de autorizações para a realização de investigações sobre políticas estatais de saúde, a maior facilidade de manejo destes procedimentos oferecida pelo pertencimento deste estudo a uma instituição pública brasileira de ensino se fez elemento extremamente relevante. Por outro lado, desde o princípio decidiu-se não desconsiderar o necessário engajamento entre a produção de conhecimento e a atenção para com as questões sociais e políticas que a permeiam.

Nesse sentido, a escolha pelo Brasil se justifica também pela relevância que a política de saúde da família possui no país no campo da saúde pública. Há cerca de vinte anos ela vem progressivamente ganhando importância relativa entre os serviços de saúde oferecidos pelo “Estado”. Concebida como eixo estruturador da atenção primária, pouco a pouco vem expandindo seus números, aperfeiçoando suas ações, complexificando sua organização e aumentando seus efeitos sociais. É anunciada como base a partir da qual se organizaria a totalidade do sistema público de saúde brasileiro. É também proclamada como ponto de partida da modificação dos fundamentos que davam sentido às políticas anteriores e que ainda persistem naquelas direcionadas aos demais níveis do sistema. Histórica, política e socialmente destacada, a política de saúde da família brasileira ainda apresenta ampla margem para sua crítica.

Para além desta relevância atual da política de saúde da família brasileira, seu estudo apresenta ainda razões que residem na ordem do rendimento analítico. O Brasil possui diferenças regionais marcantes, que se associam a múltiplas diferenças sociais: étnicas, de classe, culturais, raciais etc. Ancorada na divisão federativa do país, a atenção primária à saúde oferecida pelo “Estado” é municipalizada, ampliando a chance do surgimento de realidades específicas em cada cidade. Os serviços de saúde estatais públicos e gratuitos convivem intimamente com inúmeros serviços privados. No país foram criadas tecnologias inovadoras de manejo das populações. Estes e outros fatores implicam na composição de uma totalidade diversa e intrincada na qual a política de saúde da família está inserida. Ambiente fecundo para a exploração dos temas que a pesquisa buscou enfrentar.

Por isso a política de saúde da família brasileira bastaria como objeto. No entanto, avaliou-se que uma abordagem comparativa traria ganhos substanciais ao estudo. Uma vez que ela seria apreciada enquanto uma totalidade, a colocação desta em perspectiva por outra de mesmo feitio colaboraria no alcance de uma visão simultaneamente mais profunda e abrangente. A proposta não seria comparar aspectos isolados, mas conjuntos de relações, situando cada elemento destas totalidades nas relações que estabelecem entre si. Entendeu-se que a comparação com outra política de saúde da família – que trouxesse consigo outro contexto social, político e cultural, outra história, outros fatores, outros limites, outras possibilidades etc. – possibilitaria que a brasileira fosse mais bem compreendida.

Mais facilmente suas questões seriam desnaturalizadas, mais dificilmente suas compreensões seriam perniciosamente influenciadas pelas ideias sobre elas já assentadas no Brasil. Tal procedimento permitiria assim que as reflexões alcançassem um maior desprendimento para com suas condições sociais e epistemológicas de produção, tornando-as mais proveitosas.

Vários países – tais como, por exemplo, Bolívia, Canadá, Espanha, Inglaterra e Venezuela – possuem políticas ancoradas na lógica da atenção primária à saúde que apresentam similaridades para com a política de saúde da família brasileira. Haveria, por conseguinte, diversas opções para a execução da comparação desejada. Após serem considerados os ganhos que algumas delas trariam, a escolha recaiu sobre a política de saúde da família de Cuba. Num primeiro momento foi considerado o fato de que as políticas brasileira e cubana celebraram relevantes intercâmbios históricos. Não apenas porque compartilharam influências internacionais oriundas de debates acerca da organização das políticas públicas de saúde, mas em grande medida porque a experiência cubana serviu de inspiração e parâmetro para a criação e desenvolvimento da política brasileira.

Para além disso, considerou-se sobretudo que o contexto da política de saúde da família cubana mantém contrastes e afinidades interessantes para com o brasileiro. No que tange aos seus modelos, ambas as políticas são bastante próximas. Possuem fundamentos, objetivos, organizações etc. semelhantes. As duas têm a proposta de privilegiar a atenção primária integral à saúde, ancoradas nos princípios da igualdade, universalidade e participação popular. As duas são apresentadas como pilares centrais das políticas estatais de saúde. As duas são públicas, gratuitas e direcionadas pelo “Estado”. As duas se organizam em instituições análogas e com a participação de praticamente as mesmas profissionais. Ou seja, especificamente do ponto de vista de suas formatações, sugerem marcantes similitudes. Por outro lado, é evidente que Cuba e Brasil possuem acentuadas diferenças em suas configurações sociais. Dentre outras coisas, suas histórias no último século formaram capítulos divergentes. Seus “Estados” são ideológica e estruturalmente distintos. São amplas suas diferenças nas formas pelas quais apresentam distinções de classe, de gênero, étnicas etc. Os lugares sociais das profissionais de saúde em cada um dos países não são os mesmos. Ao contrário do que ocorre no Brasil, em Cuba não existe um sistema privado de saúde em operação. Evidência que se relaciona imediatamente com o lugar ocupado pelas políticas de saúde da família no conjunto dos serviços de saúde disponíveis em cada um dos dois países. Enquanto no Brasil somente mais recentemente a política de saúde da família alcançou 50% de cobertura populacional, em Cuba há quase vinte anos praticamente toda a população do país é por ela atendida.

Em Cuba e no Brasil encontramos, portanto, políticas formalmente semelhantes inseridas em realidades sociais distintas. Políticas com representações afins, mas com

significados contrastantes. Isso faz com que, apesar de serem projetadas de maneiras similares, elas encontrem condições de possibilidade, efeitos, limites etc. divergentes. A junção destas similitudes e divergências é o que torna proveitosa a comparação entre elas.

3. Onde e por quanto tempo os trabalhos de campo foram realizados

Na definição do local de realização do trabalho de campo no Brasil decidiu-se pelo direcionamento da pesquisa para apenas um município. Uma vez que cada cidade inevitavelmente apresentaria dinâmicas específicas, optou-se por primar pela possibilidade de aprofundamento em um mesmo contexto. A realização da pesquisa em mais de uma localidade permitiria uma mirada mais extensa, porém menos densa. Isto posto, num segundo movimento resolveu-se pela escolha de um grande centro urbano. Desejava-se o contato com um contexto que apresentasse elevada diferenciação social interna, além de tecnologias de manejo das populações aparentemente mais complexas e abundantes. Belo Horizonte foi o município selecionado.

Capital do estado de Minas Gerais, Belo Horizonte possui aproximadamente 2,4 milhões de habitantes, o que representa cerca de 50% da população de sua região metropolitana. Nos anos de 2010 e 2011, período em que foi realizada a investigação, a cidade continha pouco mais de 530 equipes de saúde da família (EqSF²). Em tese, estas cobririam perto de 76% do território da cidade. Atenderiam algo próximo de 1,7 milhão de pessoas, ou seja, cerca de 70% do total de habitantes. Tais números poderiam ser considerados elevados, comparativamente à realidade dos demais grandes centros urbanos brasileiros que, geralmente, não alcançam uma cobertura de 40% da população. Uma das problemáticas enfrentadas pela política de saúde da família no Brasil é a sua expansão e consolidação nestas localidades (NASCIMENTO & COSTA, 2009:78-88; SOUSA & HAMANN, 2009:1329-30). Belo Horizonte se destacava também como referência nacional em outros aspectos, tais como a gestão do território, o armazenamento eletrônico de informações médicas, a organização da participação social em seu sistema de saúde etc. Programaticamente, estabelece a política de saúde da família como prioridade. Para sua escolha, tais requisitos se somaram à sua patente complexidade social que, juntos, permitiam a observação de processos de estatização em contextos diferenciados, um dos objetivos do estudo.

Quando da realização do trabalho de campo, as EqSF da cidade estavam alocadas em 147 Centros de Saúde. Estes eram agrupados em nove Distritos Sanitários que, concebidos desde um ponto de vista administrativo, representavam também certa distribuição espacial

² Embora na literatura especializada não seja comum a abreviação da expressão “equipe de saúde da família”, devido à sua recorrência neste texto opto por utilizar a sigla “EqSF”. O uso da letra “q” tem o objetivo de não gerar confusões com a sigla “ESF”, comumente usada como abreviatura de “estratégia saúde da família”.

das diferenças sociais do município. A política de saúde da família estava sob a responsabilidade da Gerência de Assistência (GEAS), órgão da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH).

O trabalho de campo na cidade foi dividido em duas etapas. Na primeira delas, de caráter mais exploratório, foi realizada pesquisa em um Centro de Saúde de cada Distrito Sanitário. Os Centros de Saúde foram selecionados a partir de indicação da GEAS. Nesta etapa, a permanência em cada Centro de Saúde teve duração de cinco dias. A tabela abaixo explicita quais são estes nove Centros de Saúde, os Distritos Sanitários aos quais pertencem e o período no qual o trabalho de campo foi realizado em cada um deles:

Tabela 1: Centros de Saúde da primeira etapa do trabalho de campo em Belo Horizonte

Distrito Sanitário	Centro de Saúde	Período
Barreiro	Vila Pinho	23/11/2010 a 29/11/2010
Centro-Sul	São Miguel Arcanjo	01/12/2010 a 07/12/2010
Leste	Pompéia	16/09/2010 a 22/09/2010
Nordeste	Alcides Lins	05/10/2010 a 13/10/2010
Noroeste	Jardim Montanhês	28/09/2010 a 04/10/2010
Norte	Lajedo	03/11/2010 a 09/11/2010
Oeste	Prof. Amílcar Viana Martins	12/11/2010 a 19/11/2010
Pampulha	Confisco	18/10/2010 a 22/10/2010
Venda Nova	Mantiqueira	25/10/2010 a 29/10/2010

Em cada Centro de Saúde buscou-se a vinculação a uma EqSF, que era acompanhada em suas diversas atividades, a depender do que ocorria no período. Como a tabela acima evidencia, o trabalho de campo efetivamente realizado nos Centros de Saúde desta etapa não pôde ser contínuo. Finais de semana, feriados, esperas para obtenção de autorizações, visitas prévias aos Centros de Saúde para negociação etc. foram alguns dentre os inúmeros fatores que geraram pausas no desenvolvimento do trabalho. Toda a etapa durou aproximadamente três meses, com trabalho de campo efetivo nos Centros de Saúde por 45 dias.

Na segunda etapa decidiu-se pela concentração do trabalho de campo em um dentre os nove Distritos Sanitários. O trabalho de campo teria continuidade no Centro de Saúde já visitado, e pertencente ao Distrito Sanitário escolhido, e então expandido para outros dois Centros de Saúde. Nesta seleção foram consideradas especialmente as experiências vividas ao longo da primeira etapa. Para tanto, fez-se uso de três critérios. Primeiro, considerou-se a produtividade do estudo etnográfico empreendido até então em cada

Centro de Saúde. Foi ponderada a adequação da realidade institucional de cada Centro de Saúde aos objetivos da pesquisa. Com isso foram excluídos três Distritos Sanitários. O segundo critério procurou avaliar os Distritos Sanitários que possuíam populações com Índices de Vulnerabilidade à Saúde (IVS) mais diferenciados internamente³. O IVS de cada localidade era um indicativo da condição sócio-econômica da população nele residente. Com base neste critério dois Distritos Sanitários, que apresentavam maior homogeneidade de IVS, foram excluídos. Por fim, levou-se em conta a demanda por serviços recebida pelos Centros de Saúde de cada Distrito Sanitário e advinda de pacientes oriundas de municípios vizinhos. Ao final, o Distrito Sanitário de Venda Nova foi aquele que melhor se adequava aos três critérios citados. Internamente a ele, além do Centro de Saúde Mantiqueira, no qual a pesquisa havia sido realizada em sua primeira etapa, foram selecionados dois outros, cujas localizações faziam com que recebessem forte demanda de pacientes oriundas de dois municípios vizinhos a Belo Horizonte. A tabela abaixo explicita quais são estes três Centros de Saúde e o período no qual o trabalho de campo foi neles realizado:

Tabela 2: Centros de Saúde da segunda etapa do trabalho de campo no Brasil

Distrito Sanitário	Centro de Saúde	Período
Venda Nova	Lagoa	02/2011 a 05/2011
	Mantiqueira	
	Nova York	

Novamente utilizou-se a estratégia de vinculação a uma EqSF em cada Centro de Saúde, que era acompanhada em suas diversas atividades. Nesta etapa o trabalho de campo foi realizado simultaneamente nos três Centros de Saúde. A visita a cada um deles dependia da programação das atividades das EqSF acompanhadas e do interesse que despertavam. Procurou-se manter um equilíbrio na distribuição do tempo de permanência neles. A possibilidade de manejo das ocasiões de visita aos Centros de Saúde possibilitou, nesta etapa, uma maior continuidade ao trabalho de campo. No entanto, ocorreram breves pausas, motivadas por diversas razões, tais como: paralisações das profissionais⁴, participações em eventos relevantes que ocorreram fora dos Centros de Saúde, necessidade de despender tempo na sistematização de informações obtidas etc. Toda a etapa durou aproximadamente quatro meses, com trabalho de campo efetivo nos Centros de Saúde por cerca de 70 dias.

³ Para detalhes sobre o IVS, ver capítulo II, item 17, pág. 126.

⁴ Estas paralisações geralmente tinham como objetivo pressionar a PBH com vistas à obtenção de melhorias salariais. Suas recorrências em parte decorriam do fato de que ainda que apenas uma classe profissional estivesse paralisada, os Centros de Saúde como um todo praticamente deixavam de funcionar.

Pelas mesmas razões presentes na esfera do planejamento da pesquisa no Brasil, a decisão de realizar o trabalho de campo em apenas uma cidade foi estendida a Cuba. O país possui, comparativamente com o Brasil, maior homogeneidade entre as cidades no que tange aos arranjos institucionais e aos patamares de cobertura populacional pela política de saúde da família. Por isso esses quesitos foram desconsiderados. Destaque-se que, em todo o território cubano, a cobertura populacional da política de saúde da família alcança 100% dos habitantes. Buscou-se então uma localidade que apresentasse características que favorecessem a comparação com Belo Horizonte. Havana foi a cidade que melhor se adequou a este imperativo.

Assim como a capital mineira, Havana é um grande centro urbano. É socialmente diferenciada e complexa internamente. Tem quase a mesma população de Belo Horizonte, ou seja, 2,4 milhões de habitantes. Em 2011, ano em foi realizada a investigação, possuía cerca de 550 Consultórios de Médico da Família (CMF), cujas funções na política de saúde da família do país encontram forte paralelo com as desempenhadas pelas EqSF no Brasil. Havana também é referência no âmbito dos serviços de saúde em Cuba. Tal como ocorre em todo o país, tem a política de saúde da família como prioridade na estruturação de sua saúde pública. Ressalte-se, no entanto, que Cuba possui em relação ao Brasil uma divisão política interna semelhante do ponto de vista formal, mas diferente no que tange à escala. Dessa forma, o trabalho de campo não se direcionou para um município específico, mas ao conjunto daqueles que compõem o que é, na verdade, não a cidade, mas a província de Havana.

O trabalho de campo em Havana foi menos sistemático do que aquele produzido em Belo Horizonte. Dadas as condições impostas à realização do estudo, foram feitas apenas visitas esparsas e informais a cerca de dez CMF e a uma Policlínica. Estes foram selecionados aleatoriamente, em decorrência das oportunidades de contato surgidas. A permanência neles, assim como o caráter e a profundidade da inserção dependeram de condições específicas a cada circunstância. Estes CMF estão situados em distintas regiões da cidade, o que permitiu obter um panorama mínimo das especificidades locais possuídas por ela. O trabalho de campo em Cuba teve duração total de cinco meses, do dia 15/09/2011 ao dia 17/02/2012. Ao longo deste período, o trabalho de campo nos CMF consistiu num total de aproximadamente 25 dias.

O restante do tempo de estada no país foi utilizado no cumprimento de quatro tarefas complementares. Primeiro, fez-se necessário buscar oportunidades para realizar inserções nos CMF. Tendo em vista que elas foram eminentemente construídas por meio de relações pessoais, requereram o desenvolvimento de laços de confiança e de conhecimento mútuos. Segundo, foi ampliada a pesquisa bibliográfica iniciada no Brasil. Foram feitas visitas às principais bibliotecas, livrarias e sebos de Havana. Materiais diversos foram obtidos por

meio destas visitas, e enriqueceram as referências deste trabalho. Terceiro, através da assessoria acadêmica obtida junto à Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (FLACSO) – Programa Cuba, pude acompanhar palestras e defesas de dissertações, além de estabelecer diálogos com sociólogos cubanos. Estes eventos e interações permitiram tomar contato com reflexões especializadas sobre a realidade do país. Por fim, parte importante do tempo foi dedicado a conhecer e compreender minimamente como os cubanos vivem e pensam. Procurei, na medida do possível, compartilhar seus cotidianos e conhecer seus pontos de vista, expectativas, desejos, apreensões etc. Em diversos locais – tais como nas ruas, nas casas, nos comércios, nas praças, nos museus etc. – e circunstâncias – tais como a busca pela solução de um problema doméstico, a assistência de um espetáculo teatral sobre tema contemporâneo, a consecução de um documento, a compra de um objeto etc. – pude acompanhar vivências características da vida cubana. Estas experiências foram fundamentais para o entendimento do universo social no qual a política de saúde da família se constitui e adquire sentido.

4. Questões éticas e autorizações para as realizações dos trabalhos de campo

Esta tese de doutorado é resultado do projeto de pesquisa “Estudo comparativo das políticas de saúde da família em Cuba e no Brasil”, aprovado em Exame de Qualificação ocorrido em maio de 2010 no DAN/UnB. Para sua execução no Brasil fez-se necessário submetê-lo aos trâmites vigentes em Belo Horizonte para a realização de pesquisas no âmbito de suas instituições municipais de saúde. Inicialmente, o projeto foi apresentado à GEAS da SMSA/PBH, para sua avaliação político-institucional. Após alguma negociação, com subseqüentes adaptações de forma, foi obtida a aprovação por este setor. Em seguida o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP) da SMSA/PBH, para sua avaliação ética. Após o atendimento de algumas demandas apresentadas pelo órgão, foi obtida sua aprovação (Figura 1, pág. 15⁵). Além destas duas permissões, foi necessário também solicitar que as gerentes de todos os onze Centros de Saúde nos quais a pesquisa se deu concedessem autorizações por escrito. Estas foram obtidas imediatamente antes da realização do trabalho de campo em cada uma das instituições. Por fim, cumprindo exigências éticas estabelecidas no Brasil, todos os sujeitos que colaboraram com a pesquisa firmaram Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias. Uma destas vias ficava retida comigo, enquanto a outra era entregue

⁵ É de praxe em trabalhos acadêmicos como este que documentos citados sejam anexados em suas páginas finais. Com o intuito de integrar aqueles por mim referenciados às discussões propostas, e de facilitar suas consultas pelo leitor, opto por uma estratégia distinta. Considerando certa harmonia tanto para com a diagramação quanto para com a construção do texto, ao longo desta tese procuro situá-los o mais próximo possível dos trechos nos quais são mencionados.

ao colaborador. Foi utilizado um TCLE específico para as profissionais (Figura 2, pág. 16) e outro específico para as pacientes (Figura 3, pág. 17).

Por sua vez, o desenvolvimento do projeto de pesquisa em Cuba durante cinco meses foi viabilizado por meio de assessoria acadêmica oferecida pela FLACSO – Programa Cuba. Através desta assessoria foi possível permanecer no país ao longo deste período enquanto estudante, o que facilitou o estudo de sua política de saúde da família, sobretudo através de pesquisas bibliográficas e de discussões com especialistas do campo. Contudo, tal vinculação não representava uma autorização para realização de investigação sistemática nas instituições de saúde. Por isso, todas as inserções de campo nos CMF cubanos se deram de maneira informal, assistemática e pontual.

Diante destas distintas condições para a realização dos trabalhos de campo, do fato de que eles tiveram como ambientes principais instituições públicas de saúde, mas, principalmente, porque quaisquer investigações científicas devem ter seus procedimentos avaliados no que tange aos seus efeitos para com os sujeitos nelas envolvidos, faz-se imperativo considerar alguns aspectos éticos que envolveram a pesquisa que originou este trabalho. Minha reduzida experiência no que tange às discussões dedicadas ao tema da ética não permite que eu apresente análises profundas sobre o tema⁶. Por isso irei explorá-lo tão somente a partir do modo como com ele lidei no transcorrer da construção deste estudo.

Nas últimas duas décadas os debates sobre ética ganharam novo impulso e novos contornos no campo da antropologia brasileira. Provavelmente em função, sobretudo, da inserção formal da disciplina em processos jurídicos de demarcação de terras indígenas e de avaliação de impactos sociais e ambientais gerados por grandes projetos de engenharia, mas também como efeito das novas regulamentações dirigidas às pesquisas produzidas no âmbito da saúde. Conquanto as reflexões sobre as relações entre ética e antropologia sejam muito mais antigas e transcendam este cenário, em seus termos específicos ele tornou candentes tais reflexões ao longo dos últimos anos. Em Cuba, o recente artigo de Sariego (2006), que discute as falhas nos processos de avaliação de pesquisas em saúde por parte dos comitês de ética do país, sugere que este é um tema que também tem mobilizado os pesquisadores cubanos.

⁶ Para mais discussões sobre questões éticas desde a perspectiva da antropologia brasileira, ver Víctora et al. (2004) e Fleischer & Schuch (2010). Para uma discussão sobre questões éticas desde a perspectiva da medicina em Cuba, ver Sariego (2009). Para uma síntese da história das discussões sobre ética nas pesquisas produzidas no campo da saúde, ver Sariego (2006) e Zanchi & Zugno (2008:209-19).

Figura 1: Autorização do CEP/SMSA/PBH para a realização da pesquisa

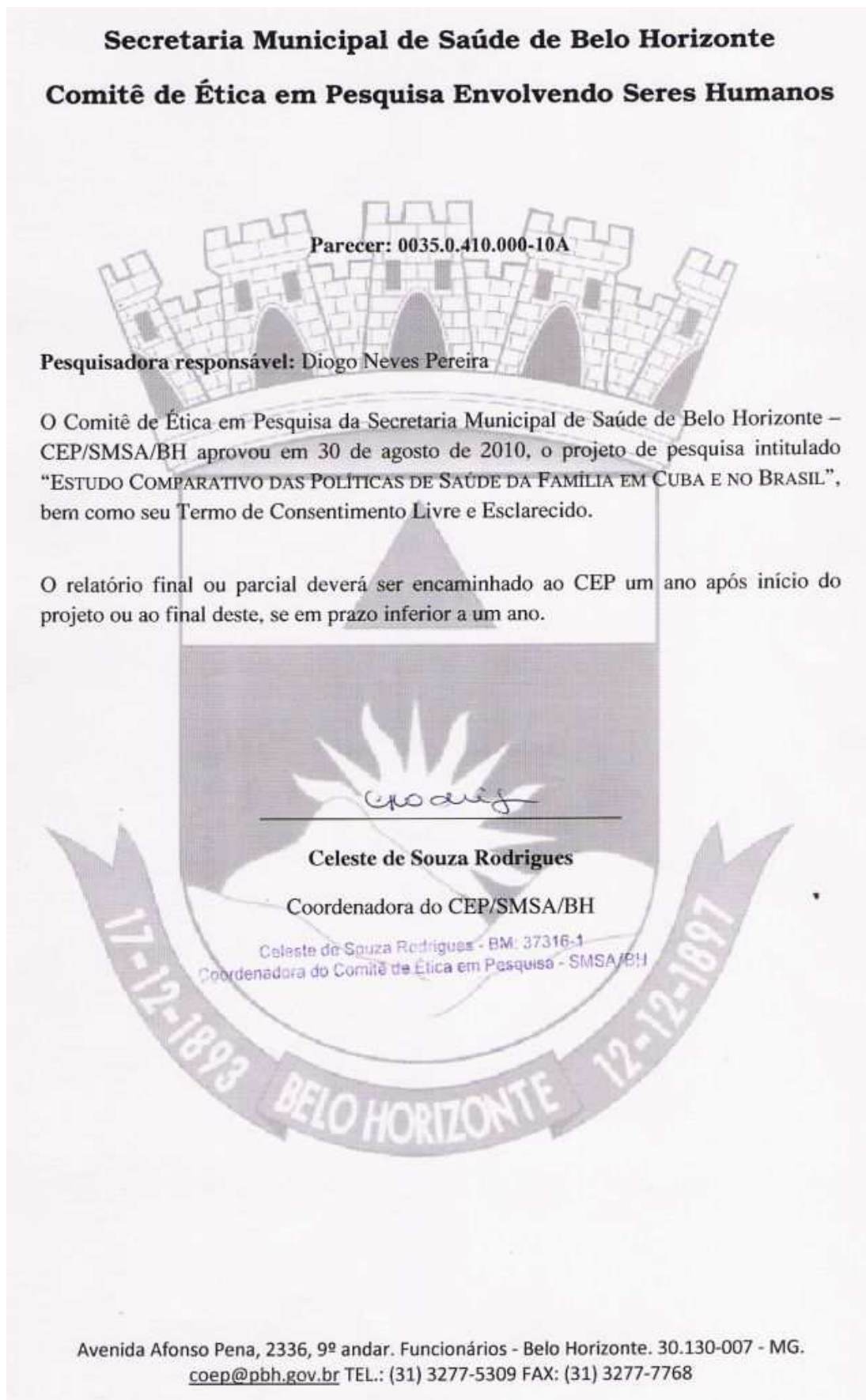


Figura 2: Modelo do TCLE/Profissional utilizado na pesquisa em Belo Horizonte

Belo Horizonte, _____ de _____ de 20__

1ª via – colaborador

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
PROFISSIONAL**

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **Estudo Comparativo das Políticas de Saúde da Família em Cuba e no Brasil**. Ela é conduzida pelo pesquisador **Diogo Neves Pereira**, doutorando do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade de Brasília (UnB). Seu objetivo é estudar como a política de saúde da família se concretiza na vida das pessoas. Mais especificamente, pretende saber de que maneira são estabelecidos vínculos entre o Estado e a população através da política de saúde da família.

Por isso, pede-se que você autorize que o pesquisador Diogo Neves Pereira acompanhe seu trabalho no âmbito da política de saúde da família. Ele procurará observar as situações nas quais vínculos forem criados entre os usuários e os profissionais da política de saúde da família.

A pesquisa **não** irá avaliar ou fiscalizar seu trabalho ou comportamento. Ela **não** lhe oferece nenhum risco físico ou biológico, pois envolve apenas a observação presencial. Também **não** lhe trará nenhum custo financeiro. **Não** será pedido que você exponha sua opinião sobre nenhum assunto. **Não** será pedido que realize qualquer atividade. O pesquisador garante ainda que **sua colaboração é sigilosa e anônima**. Você **não será associado diretamente aos resultados da pesquisa**. O acompanhamento do pesquisador **não está sendo gravado e nenhuma informação coletada será utilizada para identificar você**.

Mesmo que agora aceite participar, estará livre posteriormente para desistir. A desistência também **não lhe trará nenhum prejuízo**. Poderá também, em qualquer circunstância, pedir que o pesquisador se afaste enquanto estiver realizando algum trabalho.

O convite para você participar se deu a partir de indicação da chefia do Centro de Saúde. Porém, sua participação é **totalmente voluntária**. Se optar por se recusar em participar, **não** será punido de forma alguma. **Este é um direito seu e não lhe trará nenhum prejuízo**.

Por outro lado, os resultados desta pesquisa poderão colaborar na melhoria dos serviços públicos de saúde. Ao final da pesquisa seus resultados se tornarão públicos com a divulgação da tese produzida pelo pesquisador. Você poderá obtê-la por meio do Departamento de Antropologia da UnB. O pesquisador assume todas as responsabilidades decorrentes desta divulgação.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Você pode entrar em contato com ele pelo telefone (31) 3277-5309, ou no endereço Av. Afonso Pena nº2336, 9º andar, bairro Funcionários, Belo Horizonte – MG.

Qualquer dúvida, esclarecimento ou reclamação surgida agora ou posteriormente, você pode entrar em contato com o pesquisador pelo telefone (31) 9424-6666. Pode também procurar o Departamento de Antropologia da UnB pelo telefone (61) 3307-2368 ou no endereço Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro, ICC Centro, Brasília – DF.

Caso aceite participar da pesquisa, pede-se que assine este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador.

Nome do Colaborador: _____

Assinatura: _____

Pesquisador responsável: Diogo Neves Pereira

Assinatura: _____

Figura 3: Modelo do TCLE/Usuário utilizado na pesquisa em Belo Horizonte

Belo Horizonte, _____ de _____ de 20__

1ª via – colaborador

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USUÁRIO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **Estudo Comparativo das Políticas de Saúde da Família em Cuba e no Brasil**. Ela é conduzida pelo pesquisador **Diogo Neves Pereira**, doutorando do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade de Brasília (UnB). Seu objetivo é estudar como a política de saúde da família se concretiza na vida das pessoas. Mais especificamente, pretende saber de que maneira são estabelecidos vínculos entre o Estado e a população através da política de saúde da família.

Por isso, pede-se que autorize que o pesquisador Diogo Neves Pereira acompanhe o trabalho que a Equipe de Saúde da Família (ESF) irá realizar junto a você. Ele procurará observar as situações nas quais vínculos forem criados entre você e os profissionais da política de saúde da família.

A pesquisa **não** irá avaliar ou fiscalizar seu comportamento. Ela **não** lhe oferece nenhum risco físico ou biológico, pois envolve apenas a observação presencial. Também **não** lhe trará nenhum custo financeiro. **Não** será pedido que você exponha sua opinião sobre nenhum assunto. **Não** será pedido que realize qualquer atividade. O pesquisador garante ainda que **sua colaboração é sigilosa e anônima**. Você **não será associado diretamente aos resultados da pesquisa**. O acompanhamento do pesquisador **não está sendo gravado e nenhuma informação coletada será utilizada para identificar você**.

Mesmo que agora aceite participar, estará livre posteriormente para desistir. A desistência também **não lhe trará nenhum prejuízo**. Poderá também, em qualquer circunstância, pedir que o pesquisador se afaste enquanto a ESF estiver realizando algum trabalho.

O convite para você participar se deu de forma **aleatória**, a partir do trabalho da ESF. Sua participação é **totalmente voluntária**. Se optar por se recusar em participar, **não** será punido de forma alguma. **Este é um direito seu e não lhe trará nenhum prejuízo**. O trabalho da ESF junto a você **não** está vinculado à sua participação na pesquisa

Por outro lado, os resultados desta pesquisa poderão colaborar na melhoria dos serviços públicos de saúde. Os resultados da pesquisa se tornarão públicos com a divulgação da tese produzida pelo pesquisador. Você poderá obtê-la por meio do Departamento de Antropologia da UnB. O pesquisador assume todas as responsabilidades decorrentes desta divulgação.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Você pode entrar em contato com ele pelo telefone (31) 3277-5309, ou no endereço Av. Afonso Pena nº2336, 9º andar, bairro Funcionários, Belo Horizonte – MG.

Qualquer dúvida, esclarecimento ou reclamação surgida agora ou posteriormente, você pode entrar em contato com o pesquisador pelo telefone (31) 9424-6666. Pode também procurar o Departamento de Antropologia da UnB pelo telefone (61) 3307-2368 ou no endereço Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro, ICC Centro, Brasília – DF.

Caso aceite participar da pesquisa, pede-se que assine este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador.

Nome do Colaborador: _____

Assinatura: _____

Pesquisador responsável: Diogo Neves Pereira

Assinatura: _____

Não há atualmente – tampouco creio que chegará o dia em que haverá – consenso absoluto em torno da dimensão ética inerente às pesquisas científicas. Uma vez que envolve considerações para com questões morais e valorativas, entendo que dissonâncias para com seus limites são inescapáveis. Tais controvérsias se acentuam quando são estabelecidos critérios éticos únicos para o desenvolvimento de pesquisas com distintos matizes teórico-disciplinares. Em boa medida, derivam dessa prática as discussões sobre os critérios de avaliação de aspectos éticos produzidas desde a antropologia brasileira dedicada ao tema da saúde. A partir da publicação da Resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 1996 (BRASIL, 1996), que se fez referência para a elaboração destas avaliações, muitos antropólogos entenderam que seus próprios parâmetros éticos e suas condições específicas de investigação passaram a ser desconsiderados, quando não prejudicados. Como afirma Bermúdez (2010), as criações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e do CNS são, sem dúvida, conquistas importantes. No entanto, como também sugere a autora, é igualmente indubitável que os mecanismos de regulação ética não podem ser definidos de modo estático e singular, já que os modos de produção de saber, assim como os valores que os permeiam, são mutáveis e plurais.

As discussões sobre ética nas pesquisas desenvolvidas na esfera da saúde adquiriram maior relevância após a Segunda Guerra Mundial, quando práticas levadas a cabo pelos nazistas durante este período ganharam publicidade internacionalmente (HERNÁNDEZ, 2008). Com o passar dos anos, concomitantemente à complexificação tecnológica e à expansão quantitativa das pesquisas no campo da saúde, certos parâmetros éticos dedicados à gestão das condições de execução destas investigações foram se consolidando. Atualmente, é possível afirmar que alguns destes parâmetros ganharam solidez, podendo ser considerados referências internacionais para as pesquisas no campo da saúde, tendo sido incorporados inclusive pela Resolução nº 196 do CNS. Dentre eles, poderíamos citar: autonomia, não-maleficência, beneficência, justiça, anonimato e confidencialidade. Embora, como assinala Hernández (2008), não seja possível haver neutralidade em qualquer avaliação ética, há no presente certo consenso de que estes são princípios básicos que quaisquer pesquisas desenvolvidas no campo da saúde devem atender.

Porém, entendo que na elaboração do estudo por mim aqui apresentado – que epistemologicamente se constitui desde as ciências sociais, tendo como objetos fenômenos que em parte se situam no campo da saúde – a atenção para com questões éticas envolveu o enfrentamento de três classes distintas de problemas. Primeira, o atendimento aos critérios éticos já institucionalmente estabelecidos no Brasil para a execução de pesquisas no campo saúde, cujas referências principais foram citadas no parágrafo anterior. Esta dimensão se me surgiu mais fortemente quando da necessidade de adequar os termos da

pesquisa às exigências do CEP/SMSA/PBH. Embora o projeto que a originou já houvesse sido aprovado em Exame de Qualificação realizado no DAN/UnB, inclusive em seus aspectos metodológicos, foi necessário ampliá-lo e ajustá-lo com base nos instrumentos que o comitê entende serem indispensáveis para que princípios éticos sejam assegurados. Segunda, desde a concepção da pesquisa assumi como orientação parâmetros éticos criados no âmbito da antropologia, a partir de sua própria história e de suas próprias regras. Enquanto parte constitutiva de minha formação, esta dimensão participou de todas as etapas de meu estudo – da seleção de seu tema, do uso da bibliografia, do tratamento das informações, das relações que procurei estabelecer com meus interlocutores, da redação deste texto etc. Por fim, a terceira classe proveio do encontro entre as duas perspectivas que subjazem às duas classes anteriores, e que implica em problemas específicos. Uma vez que padrões éticos e formas de conceber a realidade são indissociáveis, neste caso estive em questão o relacionamento entre os saberes produzidos desde as ciências sociais e aqueles produzidos desde as ciências médicas. Nesse sentido, criar formas de intercâmbio entre os parâmetros éticos que têm origem no saber médico e aqueles se originam no saber antropológico significa, também, criar formas de intercâmbio entre estes saberes. Sob este prisma, as referências acima citadas e adotadas pela Resolução nº 196 do CNS, e que a princípio podem ser percebidas como dotadas de certa universalidade, ao menos no que se refere ao meu trabalho, não esgotaram todas as questões éticas por mim defrontadas.

Avalio que em circunstâncias como a em que se encontra meu estudo, não se trata de simplesmente atender, por um lado, as exigências postuladas por comitês de ética que têm parâmetros forjados majoritariamente pelos saberes médicos e, por outro, os princípios adotados pelas ciências sociais. Parece-me mais interessante buscar estratégias para colocá-los em diálogo. Entretanto, como assinalou Heilborn (2004), nestes casos a busca de uma conciliação entre diferentes perspectivas é de difícil consecução. Ao longo da produção deste trabalho procurei criar intercâmbios entre estas perspectivas, com sucessos relativos a depender de cada contexto, mas que nunca se fizeram plenos. Num primeiro momento, através do projeto de pesquisa apresentado ao DAN/UnB, no qual busquei dialogar com a literatura produzida no âmbito dos estudos sobre saúde pública. Busca que foi aprofundada no Protocolo de Pesquisa apresentado ao CEP/SMSA/PBH, no qual de forma mais explícita foi preciso enfrentar pré-requisitos éticos e metodológicos concebidos desde o âmbito dos saberes médicos. Num momento seguinte, durante a realização do trabalho de campo em Belo Horizonte, tentei não apenas atender aos compromissos assumidos por meio do Protocolo de Pesquisa aprovado pelo CEP/SMSA/PBH, mas incorporá-los como elementos constitutivos das relações que estabelecia com os sujeitos envolvidos. Posteriormente, ao longo de minha estada em Havana, busquei não apenas não abandonar tais questões, como a elas acrescentar considerações em torno das formas como o sistema de saúde de

Cuba é analisado e valorado pelos cubanos. Por fim, agora sob novos termos, a concepção deste texto continua a tentar criar tais intercâmbios, reunindo todas estas problemáticas e buscando dar a elas um formato que respeite as particularidades dos saberes, instituições e sujeitos que são nele discutidos. Trata-se, portanto, de um processo permanente, e não de um atendimento a certas formalidades. Por isso sua avaliação não pode ser maniqueísta. Conquanto aspectos procedimentais possuam grande relevância, o exercício da ética vai muito além deles.

Cardoso de Oliveira (2010) afirma que a ética é pouco debatida nos cursos de formação em antropologia. Acredito que isso seja verdade se levamos em conta apenas as discussões que se centram nos parâmetros prescritos por comitês de ética. Observando essa questão sob outro ângulo, é possível conceber que de um modo geral as reflexões sobre a história da antropologia e sobre seus dilemas (o colonialismo, o imperialismo, as comunidades periféricas, a etnicidade, a afetividade, o gênero etc.) são, ainda que assim não sejam anunciadas, reflexões sobre ética, porque reflexões sobre valores e sobre o respeito e a compressão de diferentes formas de conceber e de atuar no mundo. Mais além, a seu próprio modo, a antropologia está sempre a tratar tais questões como parte indissociável de seu exercício, na medida em que a confrontação não hierarquizada de moralidades é parte de seu ofício. Ou seja, em antropologia, a ética não é assumida como uma regulação externa, mas como uma constante prática interna à produção de seus saberes.

Com base nestas reflexões sobre si mesma, ao longo de sua trajetória a antropologia brasileira desenvolveu princípios éticos que, a rigor, não são incompatíveis com aqueles vigentes do campo das ciências médicas. A consolidação destes princípios se encontra no Código de Ética do Antropólogo, produzido no âmbito da Associação Brasileira de Antropologia (ABA) há aproximadamente 25 anos. Entre a perspectiva ética antropológica e aquela das ciências médicas, a diferença principal talvez resida no maior peso dado a certas noções de “indivíduo” e de “universalidade” por parte das ciências médicas, e a adoção de certa noção de “população” por parte da antropologia, e utilizada pelo Código de Ética do Antropólogo (ABA, 2007). A avaliação de aspectos éticos na antropologia tem como referencial os grupos sociais com os quais os pesquisadores trabalham, a partir de uma consideração para com seus “padrões culturais”, tal como assinala nosso código de ética.

Não obstante, a conjugação entre os parâmetros éticos destes dois campos a princípio não parece ser difícil de ocorrer. No entanto, tudo indica que as dissonâncias começam a surgir mais fortemente quando se coloca em questão as formas por meio das quais se pode garantir que tais parâmetros sejam atendidos. Nesse ínterim, a utilização de TCLE surge como problemática que congrega as maiores controvérsias. Heilborn (2004) discute como há uma dificuldade em convencer muitos antropólogos da importância do TCLE, sendo este

instrumento um foco recorrente de debates entre os antropólogos que se vêem obrigados a utilizá-los. Tal insatisfação certamente não deriva do fato de que falte ética às pesquisas antropológicas. O que se passa é que o TCLE parece ser uma forma de executar parâmetros éticos estranha ao nosso ofício, e com o qual estamos pouco a pouco aprendendo a lidar e a pensar.

Em comparação com o que se deu na produção desta tese, na pesquisa que desenvolvi para a produção de minha dissertação de mestrado, quando entrevistei pacientes do Hospital de Base de Brasília, um dispositivo como o TCLE parecia fazer mais sentido⁷. Naquela ocasião meu foco eram as experiências das pacientes, de modo que condições físicas, psicológicas, morais e espirituais eram mais relevantes. Além disso, suas situações eram consideravelmente mais frágeis, na medida em que muitas delas estavam com suas saúdes bastante debilitadas e evidentemente necessitavam de auxílios diversos, pois muitas eram provenientes de outros estados e contavam com recursos escassos para prosseguirem em seus tratamentos e para lidarem com a dinâmica própria ao Hospital de Base. Em contraposição, a maioria de minhas interlocutoras nos trabalhos de campo em Belo Horizonte e em Havana não se encontrava em situações tão vulneráveis. Grande parte delas eram profissionais, que manejavam com mais autonomia suas participações. Por seu turno, as pacientes não dependiam tão fortemente das instituições e, por isso, qualquer associação de minha figura com a prestação dos serviços perdia importância. Quase todas se encontravam cercadas por pessoas conhecidas e em ambientes com os quais estavam familiarizadas. Por isso, nesta segunda pesquisa, o uso do TCLE assumiu uma relevância menor. Não obstante, do ponto de vista das exigências éticas acionadas por ambos os comitês que julgaram os dois estudos, seus conteúdos, modos de utilização e funções no contexto geral das investigações foram praticamente os mesmos.

Além disso, avalio que o uso do TCLE não garantiu por si só o estabelecimento de relações éticas com minhas interlocutoras no trabalho de campo em Belo Horizonte. Fazer com que as pessoas soubessem do que se tratava a pesquisa, fazer com que soubessem quais seriam seus efeitos, criar formas delas controlarem suas participações etc. foram práticas que não se esgotaram na utilização do TCLE. Por vezes elas significavam não investir na participação de determinados sujeitos, ainda que eles tivessem concordado em fazê-lo através da assinatura do documento. Por exemplo, nos Centros de Saúde eu constantemente apreciava a disposição das profissionais em participar ponderando-a com a influência dada pelo fato de que minha presença nas instituições havia sido previamente autorizada por suas gerentes e pela PBH. Cogitava que a recusa em participar da pesquisa poderia ser concebida pelas profissionais como uma atitude que lhes prejudicaria, caso elas

⁷ Ver Pereira (2008).

imaginassem que esta rejeição pudesse ser avaliada por suas chefias como um temor de que algo de irregular em suas ações fosse por mim descoberto. Como os Centros de Saúde possuíam muitas profissionais, e sempre me deparei com profissionais francamente dispostas a colaborar com meu estudo, era bastante simples não pressionar aquelas que se mostravam pouco satisfeitas em me terem acompanhando a realização de suas tarefas.

Por outro lado, por vezes me parecia adequado sequer chegar a solicitar a participação de algumas pessoas. Por exemplo, percebia que algumas pacientes se encontravam em posições delicadas do ponto de vista de suas condições de saúde, ou mesmo de seus relacionamentos com as profissionais. Mais uma vez, como havia sempre uma grande quantidade de pacientes com as quais poderia desenvolver meu trabalho, não havia razão para insistir na participação das que se encontravam nestas condições, ainda que suas experiências aparentemente me fossem bastante interessantes. Certa vez tive contato com a situação de um casal que há pouco tempo havia iniciado um processo judicial contra um Centro de Saúde. No que tange à minha pesquisa, esta experiência era significativa e excepcional, constituindo, portanto, uma oportunidade sem igual. Todavia, uma vez que este casal havia iniciado a contenda judicial recentemente, apreciei que aquele não seria o momento adequado para abordá-lo, pois isso poderia expô-lo ainda mais diante da instituição. Cogitei que sua participação na pesquisa poderia ser percebida por algumas profissionais como uma forma de agredi-las. Noutra sentida, cogitei também que este casal pudesse julgar como positiva a possibilidade de colaborar com meu estudo, interpretando-a como mais um canal de explicitação de sua versão do conflito. Contudo, refletindo sobre os resultados positivos que minha pesquisa poderia oferecer às suas condições específicas, avalei que melhor seria não investir em suas participações.

Em outros momentos, conheci também pacientes que, pelo menos aparentemente, tinham uma compreensão reduzida da circunstância da pesquisa, podendo pouco diferenciar meu trabalho da prestação dos serviços dos Centros de Saúde. Num primeiro momento, elas poderiam ser consideradas capazes de avaliar se desejariam participar ou não da pesquisa. Entretanto, como notava que não compreendiam razoavelmente o contexto criado por minha presença, tomava o cuidado de compartilhar suas participações com outras pessoas próximas a elas, tais como um familiar ou um amigo. Entendia que estas pessoas poderiam me auxiliar na construção de um ambiente de maior entendimento e responsabilidade.

Ainda que estas dinâmicas não estivessem explicitamente contempladas pelo Protocolo de Pesquisa aprovado pelo CEP/SMSA/PBH, elas jamais deixaram de compor parte de minhas preocupações. Tentava dirigir minhas atenções para certo “respeito à pessoa”, entendendo que ele não se restringia a certa “autonomia do indivíduo” (GOLDIM, 2004). Nesse sentido, mais do que apenas utilizar o TCLE, acredito que é preciso considerar

em que condições os sujeitos são por ele interpelados, em que condições eles recusam ou aceitam colaborar com a pesquisa e em que condições eles compreendem o que está em jogo quando o fazem.

Em sintonia, no caso de minha pesquisa, é preciso considerar também a forma como o TCLE era interpretado por pacientes e profissionais. Como assinala Fleischer, “idealmente, termos, consentimentos, liberdades e esclarecimentos vão sempre pautar as relações em campo, mas de forma culturalmente localizada e mais complexa e continuada do que a assinatura datada de um papel burocrático” (2010:177). Por um lado, minhas interlocutoras expressaram suas concordâncias com a pesquisa por meio da assinatura deste documento. Mas vale ter em conta também qual a importância de seu conteúdo para que elas aceitassem participar do estudo. Às profissionais, mais do que o expressado pelo TCLE, pareceu-me preponderante a confiança em minhas ações advinda das aceitações prévias expressadas pelas autorizações das gerências das instituições. De forma similar, às pacientes pareceu-me mais preponderante a confiança advinda de minha presença ser autorizada pelas instituições e de minha evidente proximidade para com as profissionais. Essas e outras vinculações faziam com que, do ponto de vista da concordância em colaborar, o TCLE perdesse importância entre minhas interlocutoras.

Note-se que, em comparação com o TCLE, avalio que minhas anotações de campo foram mais impactantes no que tange ao estabelecimento de relações de confiança. No início da pesquisa, meditei se seria melhor realizá-las ou não diante de minhas interlocutoras. Como era de se supor, temia que empreender apontamentos diante delas pudesse comprometer o estabelecimento de laços de empatia. Porém, logo percebi que, entre algumas profissionais e pacientes, a opção por não fazer registros diante delas era interpretada como um descaso para com o que faziam ou me diziam. Para estas, minhas anotações significavam que prestigiava suas experiências, que estava nelas interessado, entendendo-as como sendo dignas de nota. Algumas chegaram a me questionar porque eu não as fazia, provocando-me a engajar-me mais profundamente e abertamente em suas experiências. Mas havia também aquelas interlocutoras, especialmente algumas profissionais, que se mostravam incomodadas com estes registros, interpretando-os como formas de fiscalização. A escolha entre uma ou outra estratégia era então adotada conforme me parecia mais afim às expectativas de cada interlocutora. Ao fim, em casos de dúvida, optei por sempre iniciar minhas relações fazendo estas anotações. Tal procedimento me pareceu mais ético, já que tornava mais evidentes meus objetivos ao com elas me relacionar.

É interessante ressaltar também que os Centros de Saúde são ambientes nos quais documentos estão constantemente a mediar relações. Desse modo, o TCLE geralmente não era percebido como um elemento excepcional, mas como tão somente mais um dentre os

vários instrumentos burocráticos cotidianamente manipulados por profissionais e pacientes. Ao servir-se de uma atividade num Centro de Saúde, uma paciente pode precisar ceder dados para o preenchimento de uma ficha de cadastro, apresentar documentos pessoais, apresentar comprovantes de residência, receber cartões, receber guias de referência, receber receitas de medicamentos, ter suas informações registradas em cadernos, prontuários, tabelas etc. Por sua vez, as profissionais estão constantemente produzindo estes e outros documentos, de modo que eles se fazem alguns dentre os principais instrumentos utilizados em suas ações. Para com esta apropriação do TCLE como apenas mais um documento, de forma significativa duas ou três médicas que participaram da pesquisa, ao explicitarem suas concordâncias por meio dos TCLE a elas apresentados, ao lado de suas assinaturas utilizaram os carimbos que contêm os números de suas inscrições no Conselho Regional de Medicina, tal como o fazem nas receitas, encaminhamentos, relatórios etc. que produzem.

Mas é imperativo não deixar de considerar que a necessidade do TCLE também gerou incômodos e desconfiças entre algumas colaboradoras. Certa vez uma auxiliar de enfermagem, que disse aceitar participar da pesquisa, consultou a gerente da instituição sobre se deveria ou não assiná-lo. Havia já explicitado sua concordância com as condições da pesquisa, e inclusive agendado comigo momentos nos quais eu acompanharia seu trabalho. Contudo, a necessidade de postar sua assinatura no documento a deixou insegura. Firmou o documento apenas após se sentir satisfeita com as orientações ofertadas pela gerente. Em outro Centro de Saúde, uma enfermeira, após havermos conversado sobre a pesquisa e eu tê-la apresentado o TCLE, pediu-me para levá-lo para sua casa, onde o analisaria melhor. No dia seguinte o entregou-me assinado e, a partir daí, pude passar a acompanhar seu trabalho. Curiosamente, ela posteriormente se tornou uma das interlocutoras mais próximas a mim, sendo muito importante para o desenvolvimento da investigação. Enfim, como também discutem Heilborn (2004) e Goldim (2004) com base em distintas experiências, o processo de obtenção do TCLE envolve múltiplos processos, aos quais o pesquisador se ajusta a partir das condições dadas a cada circunstância.

Em Cuba, a realização do trabalho de campo não envolveu tantos procedimentos éticos formalizados. Talvez justamente por isso, ao mesmo tempo envolveu questões éticas mais fundamentais. É imperativo reconhecer que o fato de minhas visitas aos CMF terem sido feitas sem autorizações formais seja, num certo sentido, controverso. Por outro lado, estas autorizações não deixaram de ser concedidas. Nos contatos que estabeleci com profissionais e pacientes elas estavam cientes de que eu realizava a pesquisa. E se a inexistência das autorizações formais enfraquecia a posição das instituições, simultaneamente fortalecia a dos sujeitos, uma vez que nada os impulsionava a concordar com minha presença, exceto seus desejos em cooperarem. Sob este ângulo, os princípios

éticos que nortearam nossos intercâmbios foram atualizados diretamente na construção de nossas relações, não sendo intermediados por órgãos avaliadores. Processo que se tornava mais complexo quando minhas experiências nos CMF se davam não a partir do acompanhamento de suas atividades, mas das amizades que construí ao longo do tempo. Tais amigos permitiram que eu acompanhasse suas vivências relativas à política de saúde da família, assim como permitiram que eu acompanhasse suas vivências relativas a diversas outras esferas de suas vidas. Adentrei em suas casas, conheci suas histórias, vislumbrei suas intimidades, reconheci seus sentimentos etc. No conjunto de toda a pesquisa esta se fez a dinâmica menos formalizada e, simultaneamente, a mais complexa e que exigiu maiores cuidados éticos. Na ausência de instrumentos formais que estabelecessem os termos de nossas relações, era preciso constantemente transformar os princípios éticos por mim adotados em modos concretos e diferenciados de me relacionar com estas pessoas.

Resta ainda um último ponto que creio ser fundamental considerar. Cardoso de Oliveira (2010) afirma que existiria uma diferença entre a “pesquisa com” seres humanos, da qual decorreria uma relação de “interlocução”, e a “pesquisa em” seres humanos, da qual decorreria uma relação de “intervenção”. No que tange aos sujeitos que delas participam esta distinção é verdadeira e, além disso, determinante para com os parâmetros éticos a serem assumidos em uma ou em outra situação. Nestes termos, sem dúvida os estudos antropológicos estariam entre aqueles nos quais a relação estabelecida é de interlocução. No entanto, entendo que, ainda do ponto de vista ético, quer seja enquanto interlocução, quer seja enquanto intervenção, nós também empreendemos relações que se dão em outro nível. A meu ver, na medida em que as reflexões antropológicas almejam compreender e confrontar valores, ao fim e ao cabo os estudos antropológicos explicitamente têm como horizonte atuar no plano da produção de verdades sobre estes valores. As condições nas quais os antropólogos se inserem nestes regimes de produção da verdade, bem como os efeitos de suas inserções são, inescapavelmente, também questões éticas.

Foucault certa vez afirmou que “o problema político essencial para o intelectual não é criticar os conteúdos ideológicos que estariam ligados à ciência ou fazer com que sua prática científica seja acompanhada por uma ideologia justa; mas saber se é possível constituir uma nova política da verdade” (1979a:14). Trata-se certamente de uma proposição ampla e complexa, mas que não deve ser perdida de vista, na medida em que não é possível escaparmos à participação neste problema. A responsabilidade ética do pesquisador não se encerra nos seus procedimentos de investigação, menos ainda numa suposta apresentação imparcial de seus resultados. Há um julgamento ético essencial que passa pela análise política das formas por meio das quais ele atua sobre as regras de produção da verdade e, conseqüentemente, regula seus efeitos. Uma vez que tinha como

objetos políticas que objetivam atuar sobre condições de saúde populacionais, ao me dispor a discutir sobre e, mais do que isto, a comparar as políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil, procurei submeter-me a este exame, numa tentativa de que minhas reflexões pudessem ser tanto éticas quanto críticas. Não importando quais sejam suas naturezas, as pesquisas científicas não são neutras, e esta imparcialidade é uma questão ético-política que não devemos olvidar.

5. O antropólogo nos Centros de Saúde de Belo Horizonte

É certamente impossível explorar todas as dimensões que envolvem a realização de um trabalho de campo de cunho antropológico. Assim como é impossível discutir, de uma só vez, todas as questões que atravessam a composição das relações sociais. Por conseguinte, é imperativo, tanto em um caso quanto no outro, selecionar aqueles processos que aparentam ser mais relevantes. Sob este prisma, na reflexão sobre as condições de produção da pesquisa que originou este trabalho, buscarei elucidar tão somente os aspectos relacionais que conformaram de modo mais intenso os trabalhos de campo.

Inicialmente, é preciso considerar que a inserção nos Centros de Saúde de Belo Horizonte ocorreu por meio da formatação e aprovação institucional de um projeto de pesquisa acadêmico. O primeiro movimento prático de aproximação para com a política de saúde da família do município se deu em contato com a SMSA/PBH, com a apresentação do projeto de pesquisa. O segundo movimento se deu em contato com as gerentes dos Centros de Saúde, para o alcance de autorizações para o desenvolvimento da pesquisa nestas instituições. Apenas num terceiro movimento houve contato com as profissionais dos Centros de Saúde. Por fim, num quarto movimento houve contato com as pacientes dos Centros de Saúde, geralmente apresentadas pelas profissionais, ou então conhecidas por meio da participação em atividades organizadas por estas⁸. Nesse sentido, a interação com os sujeitos da pesquisa, pelo menos em seu princípio, inevitavelmente vinha conformada pelos efeitos de certa formalidade.

Centros de Saúde são, fundamentalmente, ambientes de trabalho. Ambientes nos quais atuam regras institucionais, demandas e expectativas de ação já bem estabelecidas. Por isso o lugar ocupado por mim enquanto pesquisador no desenrolar das relações ali organizadas esteve sempre afetado por este feitio. Num certo sentido, minhas relações com

⁸ Há, no Brasil, dois vocábulos principais utilizados na designação dos indivíduos atendidos pelos serviços públicos de saúde, a saber: *paciente* e *usuário*. Com base na forma como são utilizadas nos Centros de Saúde, entendo que estas palavras indicam *posições* ocupadas pelos sujeitos em contextos específicos. O uso do termo *paciente* geralmente indica que o sujeito está participando de uma relação na qual o saber médico possui uma condição preponderante. Já o uso do termo *usuário* geralmente indica que o sujeito está participando de uma relação na qual a organização institucional da oferta de serviços possui uma condição preponderante. Espero discutir tal questão com mais profundidade em outro texto, no futuro. Uma vez que o uso do vocábulo *usuário* não encontra um correlato em Cuba, nesta tese opto por utilizar somente o termo *paciente*.

os sujeitos eram precedidas por autorizações, aceites institucionais, concordâncias de chefes, exigências legais, colaborações esperadas etc. Elementos que se faziam perceptíveis especialmente por meio das formas como era apresentado (a GEAS/SMSA/PBH me apresentou ao CEP/SMSA/PBH e às gerentes dos Centros de Saúde, as gerentes às profissionais, as profissionais às pacientes etc.) e pelos documentos que eram introduzidos nos primeiros momentos das relações (projeto de pesquisa, autorizações institucionais, TCLE etc.). Estes documentos, ao mesmo tempo em que davam certa formalidade às relações, incentivavam a criação de engajamentos previamente descritos, uma vez que requeriam assinaturas que representavam a concordância para com as regras por eles explicitadas. Para o bom desenvolvimento do trabalho de campo foi necessário, a depender do contexto, investir ora no aprofundamento desta formalidade, ora na sua desconstrução.

Meses de convivência com dezenas de pessoas e instituições inescapavelmente produzem interações das mais diversas. Positivas, negativas, ambíguas, duradouras, efêmeras etc. Não obstante, é interessante ressaltar que durante todo o trabalho de campo em Belo Horizonte não ocorreu nenhum incidente pernicioso que merecesse destaque. Todas as autorizações requeridas foram obtidas sem qualquer impedimento. Em todos os Centros de Saúde sempre houve EqSF dispostas a me receberem. A maioria das profissionais se mostrou solícita. Conquanto nenhuma profissional tenha se recusado explicitamente a participar, algumas se mostraram pouco dispostas a fazê-lo. Diziam estar sempre ocupadas e sem tempo para comigo interagir, desmarcavam ou não compareciam a atividades que previamente havíamos acordado que eu iria acompanhar etc. Tais circunstâncias eram facilmente contornadas, uma vez que sempre havia outras profissionais dispostas a colaborar.

Por sua vez, raríssimas foram as pacientes que se recusaram a permitir que eu acompanhasse seus atendimentos. Sem que eu possa identificar com precisão a razão para tanto, dentro dos Centros de Saúde isso ocorreu apenas duas vezes. Essa quantidade reduzida de recusas esteve relacionada à natureza dos atendimentos oferecidos nestas instituições, que na maior parte dos casos não envolve experiências críticas para os sujeitos. Mas certamente se deveu também ao contato constante que eu mantinha com as profissionais, podendo, a partir dele, evitar abordagens a pacientes cujos atendimentos sabidamente envolviam algum tipo de exposição corporal, engajamento emocional mais acentuado ou informação privada mais delicada. Quanto às visitas domiciliares, acredito que somente uma vez meu acompanhamento foi negado. Diversas foram as ocasiões em que pacientes recusaram visitas de agentes comunitárias de saúde (ACS) que comigo estavam. Mas avalio que em só uma oportunidade isso aconteceu em decorrência da minha presença. Uma jovem que se encontrava sozinha em casa recusou-se a nos receber apenas

quando minha presença foi anunciada. Ela não justificou a recusa nestes termos, mas sua reação no momento sugeriu que essa fora sua motivação.

No dia a dia das visitas aos Centros de Saúde colocava-me sempre à disposição das profissionais para acompanhar as atividades que efetuavam. Não solicitava qualquer alteração em suas rotinas. Procurava diversificar os tipos de eventos dos quais tomava parte e os tipos de profissionais com os quais me relacionava. Isso facilitou o acesso à dinâmica das instituições, pois minha presença não representava um impedimento à execução de suas obrigações ou um aumento delas. Além disso, possibilitou o acompanhamento de um amplo espectro de eventos. Por outro lado, tal estratégia implicou num privilégio do contato com as profissionais. Os intercâmbios com as pacientes, embora constantes, por estarem elas quase sempre presentes nas atividades das profissionais, acabaram por adquirir um peso relativo menor ao longo da pesquisa. Poucas foram as pacientes cuja interação comigo teve início fora dos momentos em que elas estavam sendo atendidas pelas profissionais. Como eu dava preferência ao acompanhamento das ações desenvolvidas pelas profissionais, acabava por abordá-las enquanto ainda estavam aguardando seus atendimentos somente quando as profissionais não me ofereciam oportunidades para observar seus trabalhos que me parecessem interessantes.

Sendo assim, a principal relação de alteridade surgida no trabalho de campo nos Centros de Saúde de Belo Horizonte derivou do fato de que estava em questão ambientes de trabalho nos quais se impunham prerrogativas para profissionais e leigos. Havia as profissionais que realizam serviços, as pacientes que os recebiam e eu que, não estando em nenhuma destas posições, acompanhava tal dinâmica. Daí o inescapável processo dos sujeitos inicialmente me associarem a lugares sociais já previamente existentes nos contextos dos Centros de Saúde ter feito com que, recorrentemente, eu tenha sido percebido sob os signos de determinadas condições profissionais.

Mais comumente era associado, por profissionais e pacientes, às figuras do estudante, do estagiário ou do fiscal. Ideias que geralmente eram amalgamadas, ganhando maior peso dependendo do contexto. Contribuíam para estas caracterizações minha idade (próxima a de graduandos ou recém-formados), a condição de doutorando (facilmente identificada com a de graduando universitário), o fato de que estava sempre a observar e tentar entender como as profissionais realizavam suas atividades (que apontava para a possibilidade temida de que, na verdade, eu estivesse a empreender algum tipo difuso de fiscalização), a maior proximidade com as profissionais (conversava mais com elas, estava em suas salas, não estava doente etc.) e a amplamente desconhecida especificidade do ofício antropológico (que dificultava o surgimento de melhor compreensão sobre em que consistia meu trabalho). Foram necessárias tentativas reiteradas para modificar tais percepções, posto que desfavoreciam a construção de intercâmbios mais produtivos. Elas geralmente

influenciavam as profissionais a agirem ou explicitarem opiniões que não as comprometessem diante de seus superiores, e as pacientes a agirem ou explicitarem opiniões que não prejudicassem seus atendimentos.

Talvez porque fosse apreendido como um personagem fora de contexto que estava sempre a lidar com informações, seguidas vezes era percebido como alguém que poderia trocá-las de lugar. Subjazia a esta perspectiva a percepção de que meu trabalho poderia possuir um caráter de desvelamento. Eu seria alguém com a possibilidade de delatar as profissionais às suas chefas, de relatar suas más condições de trabalho à PBH, de informar as necessidades das pacientes às profissionais, de denunciar publicamente os dramas vividos pelas pacientes etc. Daí meu esforço constante em fazer com que minhas interlocutoras compreendessem que minhas ações tinham sentido apenas para com a realização da pesquisa, não estando subordinadas a outros interesses, sujeitos ou instituições.

Na segunda etapa do trabalho de campo, quando passei um tempo mais largo em um número menor de instituições, pude melhor ajustar estas percepções. Houve mais oportunidades para fazer com que a situação da pesquisa fosse mais bem entendida e aceita. Isso colaborou para a criação de um lugar social mais específico para mim no cotidiano dos sujeitos. Além disso, houve mais tempo para que minhas características pessoais ganhassem importância, em prejuízo de noções preestabelecidas. Simultaneamente, pude conhecer melhor as pessoas com quem interagia, compreendendo com mais exatidão as motivações de suas ações. A partir daí, os imperativos contextuais anteriores às relações que estabelecia com os sujeitos puderam ser contrabalanceados por nossas idiosincrasias.

6. O antropólogo em Cuba

Como os itens 3 e 4 insinuaram, o trabalho de campo em Cuba foi, num certo sentido, menos sistemático do que o realizado no Brasil. Embora o investimento de pesquisa tenha sido empreendido com iguais seriedade e energia, a inserção nas instituições de saúde foi menos metódica. Tendo em vista que, neste caso, se colocava em questão o engajamento em um universo simbólico cuja composição me era mais estranha, é razoável afirmar que se tratava, a princípio, da realização do trabalho de campo em Cuba e, apenas posteriormente, de sua realização nos CMF. Por isso as questões que influenciaram suas condições de produção foram mais variadas. Fez-se necessário aprofundar os esforços, iniciados anteriormente no Brasil, na direção da compreensão das realidades social, cultural, política etc. cubanas. O conhecimento da realidade cubana, até então adquirido especialmente através de pesquisas bibliográficas, pôde ser qualificado pela oportunidade do contato direto

com inúmeros fenômenos. Evidentemente, dominava melhor o entendimento de muitos aspectos da realidade brasileira, quando não já os tinha naturalizado. Por sua vez, em Cuba era preciso buscar entender uma infinidade de fenômenos que, se não estavam diretamente relacionados à sua política de saúde da família, colaboravam na conformação de um contexto social no qual ela adquiria sentido. Entendimento este que, mais do que uma simples adaptação, compunha parte dos objetivos da pesquisa.

Não possuía autorização do governo cubano para desenvolver a pesquisa nos CMF. Sua obtenção provavelmente seria muito difícil, tendo inclusive recebido indicações de que ela não seria possível. A permissão para a realização de pesquisas em instituições de saúde é, mesmo no Brasil, altamente controlada. Não havia razões para supor que em Cuba seria diferente. Por outro lado, a política de saúde da família cubana, reconhecida mundialmente, é parte importante da imagem do país que o governo cubano procura preservar no exterior. Daí o cuidado em limitar o acesso de estrangeiros às suas instituições. Também é preciso considerar, mais amplamente, o histórico de violentas agressões sofridas por Cuba e originadas em território estadunidense. Agressões que geraram muitos mortos, feridos e prejuízos econômicos, além de difamações internacionais. Como muitas destas investidas foram levadas a cabo por meios escamoteados, através da infiltração em solo cubano de agressores aparentemente inofensivos, o governo mantém constante atenção para com as ações de estrangeiros no país (ESCOSTEGUY, 1978:63-78; ÁLVAREZ & OSA, 2002:45; GOTT, 2004:205-8, 218-24, 294-300, 351, 354; VÁZQUEZ & OCEGUERA, 2008; HERNÁNDEZ, 2010; MORAIS, 2011).

Não obstante, logrei importantes contatos com o contexto da política de saúde da família. Tanto no que diz respeito mais exatamente a esta política, quanto no que tange ao país de modo geral, a própria presença nele permitia que informações obtidas anteriormente por meio da literatura especializada fossem mais bem avaliadas. Pude ponderar aquelas que tinham maior ou menor sentido de acordo com os interesses da pesquisa, além de concedê-las um caráter menos programático e mais concreto. Por si só, a dinâmica da vida diária, através do envolvimento com as pessoas e seus cotidianos, trazia à tona ricas perspectivas para a compreensão. Tais experiências serviram para qualificar meu entendimento do contexto social no qual a política de saúde da família cubana está imersa.

Mais especificamente, pude, enquanto pesquisador, realizar visitas informais aos CMF. Nestas circunstâncias não deixava de explicitar minhas intenções de estudo. Durante estas visitas tive a oportunidade de conversar com profissionais e pacientes, bem como de acompanhar a execução de algumas atividades. Para conseguir realizá-las contei com o auxílio de alguns professores da FLACSO – Programa Cuba, assim como de amigos que conheciam profissionais que atuavam nos CMF. Estes amigos permitiram-me também acompanhá-los em visitas que realizaram a estas instituições em busca de algum tipo de

atendimento. Nestas circunstâncias geralmente não me apresentava como pesquisador, mas apenas como acompanhante da paciente. Conquanto oferecessem experiências mais limitadas, estas também foram importantes na composição do conjunto do trabalho de campo.

Nas ocasiões das visitas informais colocava-me à disposição das profissionais para tomar parte em suas atividades rotineiras. Já quando acompanhava algum amigo, limitava-me a observar o que se passava com ele. Como nos CMF trabalham quase que somente médicas e enfermeiras, mas também devido à natureza de suas funções, nestes locais acontecem, comparativamente com os Centros de Saúde de Belo Horizonte, atividades menos diversificadas. O que acabou por compensar minimamente o tempo mais reduzido em que neles estive. Por outro lado, ao contrário do que se passou no Brasil, em Cuba meus contatos foram, quantitativamente e qualitativamente, mais equilibrados entre profissionais e pacientes.

Ainda que diferenças culturais tenham vindo à tona de forma importante em todos os momentos do trabalho de campo, elas não foram determinantes na composição das relações. A distinção fundamental surgida entre mim e os sujeitos se deveu à minha condição de estrangeiro. Ao contrário do que ocorreu no Brasil, em Cuba normalmente não era associado a algum personagem interno ao campo da política de saúde da família. Há aproximadamente vinte anos o turismo ocupa um espaço de destaque na economia e na vida social do país. Milhões de turistas o visitam anualmente, sobretudo Havana, estando boa parte da população dedicada a serviços neste setor. Associado a isto, tradicionalmente os cubanos mantêm uma atenção considerável para com o contexto externo ao país – consomem informações jornalísticas, debatem eventos etc. De modo que é comum que, estando em Cuba, o estrangeiro não seja percebido como uma figura estranha, já existindo para com ele expectativas preformuladas. Expectativas que geralmente são diferenciadas, a depender do local de origem do estrangeiro. Inevitavelmente, este conjunto de percepções foi direcionado a mim na maioria de meus contatos. Ao menos nos primeiros momentos, diferenças linguísticas, de comportamento, de formação etc., e mesmo o fato de que realizava uma pesquisa, eram sobrepujadas pela constatação de que eu era oriundo de outro país.

Este tipo de classificação possuía efeitos contraditórios e simultâneos. Por um lado, positivamente fazia com os sujeitos supusessem certa ignorância inerente a alguém que não pertencia àquele universo. Isso por vezes fazia com que se dispusessem mais a explicar processos, esclarecer dúvidas, apresentar fatos etc. Por outro lado, entre as profissionais, conquanto suas colaborações fossem totalmente voluntárias, algumas mantinham um cuidado maior na explicitação de opiniões ou de informações. Assim como se deu em Belo Horizonte, provavelmente temiam pelos resultados de suas ações ou manifestações,

sobretudo no que tange à possibilidade de que pudessem ser identificadas quando da divulgação de meu trabalho. Nestes casos, o mais comum é que elas privilegiassem um discurso que reproduzia tão somente o modelo formal da política de saúde da família. Por exemplo, ao lhes perguntar sobre seus cotidianos, me apontavam quais eram os programas existentes na política de saúde da família cubana. Ao lhes perguntar sobre o relacionamento com as pacientes, me apontavam que todas elas eram classificadas de acordo com suas condições de saúde. Ao lhes perguntar sobre as visitas domiciliares, me apontavam que estas eram realizadas de forma sistemática a todas as pacientes. Para com tais tipos de atitudes é preciso também considerar a possibilidade de que elas derivassem de certa concepção segundo a qual eu, enquanto estrangeiro, pudesse desconhecer as linhas mais gerais da política de saúde da família do país.

Entretanto, tais posturas não eram assumidas por todas as profissionais, tampouco eram impossíveis de serem, ao menos em parte, superadas. O tempo escasso de contato direto com os CMF não me possibilitou lograr suas completas desconstruções. Não obstante, o acompanhamento de atividades, a ponderação entre diferentes opiniões e informações, o contato com diferentes profissionais e pacientes, mas, sobretudo, a comparação entre distintas experiências, possibilitaram-me construir uma perspectiva na qual estas posturas são consideradas, mas não determinantes.

Nesse ínterim, naturalmente aconteceram eventos das mais diversas espécies. Talvez um contato mais prolongado com a política de saúde da família do país desse ocasião ao surgimento de dificuldades ou conflitos com os sujeitos nela envolvidos. Foram necessários esforços diversos para que eu viesse a conhecer mais de perto os CMF. Entretanto, na medida em que pude fazê-lo, não me vi envolvido em nenhum problema destacado. Fui muito bem recebido em todos os CMF que visitei. Afortunadamente, nenhuma paciente se opôs à minha presença durante seus atendimentos. De forma mais ou menos intensa, a depender das circunstâncias que envolviam nossos contatos, praticamente todas as profissionais com as quais tive contato colaboraram com o desenvolvimento da pesquisa. Acredito que tal inclinação positiva adveio mesmo da informalidade que estruturava nossos convívios. Ao invés de uma cooperação para com um empreendimento institucionalmente formatado, como muitas vezes se deu em Belo Horizonte, sempre subjazia às minhas relações com as profissionais cubanas a indicação de um amigo, a prestação de um favor, o desenrolar de uma afinidade interpessoal etc.

Já nas interações com os amigos que fiz ao longo do período de estadia no país foi possível construir relações mais profundas e abertas. Pouco a pouco meus preconceitos, assim como os das pessoas com as quais me relacionava, foram sendo desconstruídos na medida em que adquiríamos percepções mais adequadas. Se estas interações em geral não estiveram relacionadas diretamente ao objeto de meu estudo, foram essenciais para que eu

alcançasse uma melhor compreensão do contexto social cubano e para que obtivesse acesso a muitos dos CMF que vim a conhecer.

7. Os termos da comparação

A comparação entre as políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil gera alternativas de análise que o exame delas em separado não traria. O contraste entre suas composições permite que as diferenças existentes entre elas iluminem questões que lhes são internas. Além disso, possibilita um maior desprendimento das derivações teóricas para com contextos específicos, ampliando suas proficuidades e margens para generalizações.

Não se almeja comparar unicamente os modelos das políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil. Seus modelos são apenas partes dos conjuntos de fenômenos que as compõem. Embora sejam considerados, a proposta deste trabalho não é privilegiar seus estudos. O objeto da comparação intencionada são os processos por meio dos quais estas políticas são executadas, e que não se esgotam nas definições formais através das quais elas são concebidas. Os modelos das políticas serão observados mais de perto somente quando adquirirem relevância na dinâmica dos processos analisados. Do mesmo modo, não se deseja calcular a distância entre o que é proposto por seus modelos e aquilo que de fato ocorre em suas execuções. Diferentemente, intenciona-se compreender como tais tipos de julgamentos são produzidos nos contextos em que estas políticas se concretizam.

Tampouco se pretende empreender uma comparação termo a termo dos elementos que as constituem. Tal tipo de abordagem perderia de vista que cada elemento somente possui sentido a partir das relações que estabelece com os demais que formam a totalidade da política na qual está inserido. As bases para a comparação tencionada são estas totalidades. A partir delas serão extraídos os aspectos a serem discutidos.

Este trabalho também não possui qualquer intenção de, num sentido estrito, avaliar as políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil. Não se pretende, por meio da comparação, determinar qual delas é mais eficiente, superior, exitosa etc. Quer em aspectos específicos, quer de um ponto de vista geral. Tal como abalizou Cohn (2009), não se almeja empreender aqui um estudo de “avaliação de impacto”, mas um esforço na direção de uma análise que possa ser caracterizada como de “natureza crítica”; ou seja, que não intente se contrapor ou dar suporte ao já instituído por ambas as políticas de saúde da família, mas refletir sobre suas constituições.

A rigor, este trabalho tampouco consiste numa comparação direta entre as políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil. Uma vez que não se restringe ao estudo dos modelos das políticas e que possui uma ancoragem etnográfica, mais adequado é considerar que a comparação empreendida se dará entre as formas como estas políticas são executadas em

Belo Horizonte e em Havana. Certamente muitas características relacionadas às políticas de saúde da família encontradas nestes contextos mantêm referências e afinidades com dinâmicas nacionais. Contudo, não é conveniente desconsiderar a elevada importância das particularidades apresentadas pelas duas cidades.

Especialmente no Brasil, onde há um processo de municipalização dos serviços de saúde dedicados à atenção primária, as especificidades locais são bastante destacadas. Conforme concluiu Goulart (2002), é possível identificar fios condutores que engendram certa transversalidade entre as experiências municipais. Não obstante, ainda que existam parâmetros nacionais, são notáveis as diferenças entre os sistemas de saúde das cidades brasileiras. De modo que aquilo que realmente corresponde ao “nacional” é, principalmente, o modelo da política de saúde da família. Suas regras, objetivos, princípios etc. são os mesmos para todas as partes do país. No entanto, este modelo é efetivado de modos diferentes, a depender das realidades locais.

Em Cuba a diferença entre os contextos locais não é tão acentuada quanto no Brasil. Certamente porque existe grande disparidade territorial e populacional entre os dois países. O Brasil possui um território aproximadamente 75 vezes maior que o cubano, e uma população aproximadamente 15 vezes maior. Isso aumenta as possibilidades do surgimento de especificidades regionais. Mas esta maior homogeneidade também se deve às ações do governo cubano que, desde 1959, procurou gerar maior igualdade entre os serviços oferecidos em todas as partes do país. Todavia, ainda assim são importantes as diferenças entre o contexto de Havana e os das demais cidades. Diferenças que se apresentam nos tipos de instituições existentes em cada local, nas organizações das ofertas de serviços, nas composições sociais, nas relações estabelecidas entre profissionais e pacientes etc. Tal como no Brasil, o que transcende estas especificidades é, sobretudo, o modelo da política.

Quaisquer transposições entre os contextos locais onde o trabalho de campo foi realizado e outros mais abrangentes precisarão passar, portanto, por uma série de ponderações. Imperativo este que, em verdade, não deriva propriamente das condições de realização deste estudo, mas das condições de existência das políticas de saúde da família. Haverá sempre, em qualquer situação, correlações entre processos locais e formulações gerais destas políticas. Correlações que não eliminam as especificidades de cada ambiente em que estas políticas são executadas. Impõe-se assim a necessidade de se decidir entre duas estratégias básicas. Dar maior foco a estas representações programáticas, diminuindo a ênfase nos modos como elas se efetivam localmente, ou privilegiar a compreensão destes processos locais em prejuízo da discussão sobre os modelos aos quais estão relacionados. Como explicitado anteriormente, optou-se aqui pela segunda destas alternativas.

A natureza do trabalho de campo realizado impôs ainda outra ordem de desafios. Se ampliou as possibilidades de adensamento na compreensão dos processos de

concretização das políticas de saúde da família, implicou também na produção de informações a partir de experiências diferenciadas. Para além das especificidades municipais citadas acima, há que serem consideradas, do mesmo modo, as características próprias dos locais onde a pesquisa foi desenvolvida. Em Havana e em Belo Horizonte múltiplas instituições serviram de cenário para a investigação. Nelas foram feitas inserções algumas vezes separadas temporalmente. Foram estabelecidos contatos com um grande número de sujeitos. Ocasionalmente as dinâmicas dos contextos de pesquisa eram alteradas por inúmeros tipos de circunstâncias. Anteriormente a estas variações eventuais, cada ambiente apresentava distintas situações sociais e condições de pesquisa. Consequentemente, o material para análise acabou por ser composto por elementos muito diversos. Reunir esta diversidade com base nas lógicas que as conformam será uma das etapas da comparação a ser empreendida.

Uma vez que o volume e a densidade dos materiais de análise possuídos não é o mesmo para com as políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil, este trabalho não pretende empreender uma comparação plenamente equilibrada entre elas. A pesquisa bibliográfica sobre o Brasil resultou no encontro de uma quantidade maior de informações do que aquela feita sobre Cuba. Isso porque a literatura brasileira sobre o tema é certamente mais numerosa do que a cubana. Há no Brasil uma quantidade enorme de estudos publicados e facilmente acessíveis sobre a política de saúde da família do país – o que, por sinal, torna praticamente inviável qualquer tentativa de sistematizá-los completamente⁹. Já em torno da política de saúde da família cubana, mesmo tendo buscado fontes virtuais e visitado as mais importantes livrarias e bibliotecas de Havana, encontrei dificuldades para obter uma maior quantidade de referências. Por outro lado, como já explicitado anteriormente, o trabalho de campo realizado no Brasil foi mais prolongado do que aquele realizado em Cuba. Além disso, há que se considerar a maior compreensão da realidade brasileira possuída previamente ao início da pesquisa, dada inevitavelmente em função de minha origem. Por estas razões, embora o projeto comparativo persista ao longo de todo este trabalho, por vezes a *comparação* se configurará como uma descrição de reflexões sobre a política de saúde da família brasileira, com um *contraponto* construído a partir da política cubana.

A comparação efetuada neste trabalho assume como estratégia principal a descrição de processos centrais às efetivações das políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil. Eles serão aproximados e comparados em função dos sentidos que possuem nas totalidades das políticas de ambos os países. Procurar-se-á demonstrar como eles operam

⁹ Para um levantamento dos estudos realizados no Brasil acerca da política de saúde da família, ver Lentsck et al. (2010). Note-se que mesmo tal trabalho, que objetiva empreender uma sistematização ampla destes estudos, analisa apenas uma pequena parte das publicações existentes.

forjando cadeias de práticas que pragmaticamente levam a efeito as duas políticas. A partir de análises verticais – que ora partirão de questões mais abrangentes para que se possa compreender aspectos mais específicos, e ora partirão de fenômenos particulares para que se possa compreender como são conformadas dinâmicas globais – buscar-se-á alcançar os mecanismos que articulam estes diferentes processos. Sendo assim, é imperativo explicitar que, em decorrência desta escolha, a discussão em torno da produção e/ou transformação de subjetividades acabou por assumir uma condição secundária nesta tese. Não porque considero que tal problemática seja pouco relevante, mas porque sua observação nos contextos pesquisados foi restringida pela prioridade concedida ao entendimento dos artifícios que permitem a efetivação das políticas de saúde da família.

Na construção de todo o trabalho adoto enquanto inspiração basilar as reflexões de Foucault em torno da noção de *governamentalidade*. Esta noção foi explorada com mais densidade pelo autor na última aula de seu curso intitulado *Em defesa da sociedade* (1975-1976), na parte final de sua obra *História da sexualidade 1: a vontade de saber* (1976), e ao longo de seu curso intitulado *Segurança, Território, População* (1977-1978). De forma simplificada, a governamentalidade estaria relacionada a certo dispositivo que Foucault denomina de *biopolítica da população*, e cujo campo de atuação seriam os processos vitais da população tomada enquanto espécie. Sua preocupação seriam os efeitos agregados da população, seu alvo os aspectos biológicos do corpo social coletivo e seu objetivo a melhoria da população naquilo que diz respeito à vida. No entanto, para Foucault, esta dinâmica da biopolítica do corpo social estaria intimamente ligada a certa *anátomo-política do corpo humano*. Neste segundo nível de relações operariam instrumentos de manejo das populações em seus menores detalhes, ou seja, nos corpos individuais. O melhoramento da vida persistiria como meta, porém sendo buscado por meio de outra estratégia. Nesse sentido, a melhoria da população e a melhoria do corpo individual seriam dois objetivos indissociáveis da biopolítica, embora atuem em níveis distintos como diagramas de poder diferentes e articulados (RABINOW, 1999; INDA, 2005:5-6; FONSECA, 2009:49-50). Desse modo, no plano da anátomo-política do corpo humano torna-se necessário considerar também a noção de *disciplina*, tal como cunhada por Foucault. Por sua vez, tal noção foi explorada com mais densidade pelo autor em sua obra *Vigiar e punir: nascimento da prisão* (1975).

Vale ressaltar que, ao fazer uso desta perspectiva foucaultiana, não perco de vista que suas discussões têm um caráter eminentemente histórico e, por isso, não podem ser diretamente universalizadas ou transpostas para outros contextos sem que se incorra no erro de um reducionismo maléfico (MACHADO, 1998:194). Não tenciono *aplicar* suas formulações teóricas, mas *exercitá-las* enquanto orientações para o estudo das políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil. Sopesando seus limites, elas são utilizadas como

esquemas que indicam direções analíticas a serem seguidas, fenômenos a serem examinados e mecanismos globais a serem simultaneamente investigados e postos à prova.

I. Saúde e democracia, saúde e revolução

8. Desde a década de 1970: a atenção primária à saúde como alternativa de organização da saúde pública

Como o item final deste capítulo tentará demonstrar, as políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil são, no que tange aos seus modelos, bastante semelhantes. Além disso, como os demais itens explicitarão, suas trajetórias históricas encontram diversos pontos de convergência, sobretudo com relação às discussões internacionais em torno da noção de atenção primária à saúde. No entanto, dadas as características de ambos os países, elas são efetivadas em contextos bastante distintos. Isto posto, este capítulo tem como objetivo discutir como políticas conceitualmente análogas puderam, em larga medida, se desenvolverem e se afirmarem em ambientes sociais marcadamente diferentes. Não se almeja apresentar uma resposta definitiva a esta questão, mas explorar a potencialidade de uma linha explicativa que não se restrinja a uma apreciação da suposta eficiência destas políticas em alcançarem suas metas.

As histórias das políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil podem, hoje, serem narradas como histórias de triunfos relativos. Triunfo de determinadas concepções de políticas governamentais. De modelos, paradigmas e planos para a organização de políticas de saúde pública. De princípios e fundamentos destas políticas. De algumas especialidades profissionais e de profissionais específicas. De formas de organizar as relações entre “Estado” e população. De certos modos de produção da vida. De sistemas de políticas que constroem e consolidam projetos políticos e de “Estado”. Enfim, histórias da ascensão da perspectiva de que as políticas de saúde da família são positivas e de que colaboram com os projetos de democracia, no Brasil, e de revolução, em Cuba. Os ideais de democracia e revolução se consolidaram com a contribuição das políticas de saúde da família cubana e brasileira, assim como ajudaram a impulsionar suas implantações e expansões.

Tais triunfos não são absolutos, nem consensuais. Tampouco foram alcançados por progressões lineares. Nas últimas décadas as políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil foram diversas vezes reformuladas em suas expressões conceituais, institucionais e práticas. Por vezes retrocederam em importância diante de outras políticas. Foram associadas a múltiplos debates, dependendo de contextos políticos e ideológicos transitórios. Foram utilizadas na derrota a outros projetos de organização da saúde pública. Contudo, atualmente ainda convivem com eles e, sob diversas formas, lhes são comparativamente menos relevantes. Não obstante, em ambos os países as políticas de

saúde da família são apresentadas, pela maioria de seus executores e estudiosos, como expressões de ideais que devem ser defendidos e desenvolvidos.

A compreensão de como tais noções foram forjadas através destas trajetórias de embates, vitórias e derrotas, é importante para a análise de como as políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil estão constituídas na atualidade. Uma análise exaustiva de suas histórias implicaria num amplo empreendimento que foge aos objetivos deste trabalho. Por isso as páginas seguintes se limitarão a apontar seus principais aspectos, dando ênfase aos períodos que antecederam imediatamente suas criações e aos eventos e processos de maior destaque que marcaram suas trajetórias até o momento atual.

Os fundamentos, objetivos e resultados das políticas de saúde da família comumente são anunciados por meio de uma contraposição, implícita ou explícita, com os equivalentes de um modelo de organização de sistemas de saúde geralmente denominado de *médico-hospitalocêntrico*. Este, de maneira geral, privilegiaria a cura de doenças através da atuação médica especializada, enquanto aquele que subjaz às políticas de saúde da família privilegiaria a prevenção e a promoção da saúde por meio de uma atuação médica mais generalista. As comparações entre estes dois modelos transcende os contextos brasileiro e cubano, tendo sido realizadas em debates internacionais que atravessaram todo o século passado. No bojo dessas discussões surgiu e adquiriu diferentes expressões a ideia de *atenção primária à saúde*. As políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil são concebidas dentro de suas fronteiras e, sendo assim, faz-se necessário considerá-las.

O modelo médico-hospitalocêntrico por vezes é também definido como modelo *flexneriano*, por encontrar forte referência em relatório publicado por Abraham Flexner, em 1910, nos Estados Unidos (PAGLIOSA & DA ROS, 2008). Direcionado à formação dos médicos, o documento se faz um marco histórico importante no que tange ao padrão de organização de saúde pública que se desenvolveria nas décadas seguintes. Associando concepções sobre o exercício médico profissional com outras sobre formas de organização política da vida e sobre funções do “Estado”, este modelo se desenvolveu tendo como características principais o foco na cura de doenças, a utilização de conhecimentos médicos complexos e a organização da execução destes conhecimentos em grandes instituições que reuniam diferentes especialidades, as quais deveriam ser buscadas por aqueles que se julgassem doentes. Do ponto de vista epistemológico, este modelo tem suas origens em certa centralidade da doença e do doente na ação médica. A centralidade da doença no trato da saúde, aliada a certa noção de corpo, viria acompanhada de uma desconsideração para com a relevância de aspectos sociais e culturais na composição do problema de saúde-doença. De acordo com essa perspectiva, as condições corporais diriam respeito apenas às relações mecânicas ocorridas nos organismos individuais (FOUCAULT, 1972; LAGO & CRUZ, 2008:55-6). Note-se que não há, sob estes parâmetros, uma preocupação

para com o estabelecimento de relações mais profundas entre profissionais e pacientes, assim como não há uma consideração destacada para com as condições sociais e políticas de produção da saúde.

Embora este modelo tenha alcançado certa hegemonia, desde sempre conviveu com críticas e disputou espaço com propostas alternativas. O nascimento de seu principal contraponto geralmente é datado de 1920. Neste ano Bertrand Dawson publica na Inglaterra um documento, atualmente conhecido como *Relatório Dawson*, que oferecia uma proposta de reorganização do sistema de serviços de saúde do país. O documento apresentava um esquema de organização dos serviços de saúde com caráter territorial, sistemicamente hierarquizado e que destacava a relevância das ações preventivas e domiciliares (KUSCHNIR & CHORNY, 2010). A intervenção médica, nesta perspectiva, não deveria se dar apenas nas instituições hospitalares, mas também nas comunidades, a partir de abordagens generalistas. Porém, tal proposta viria ganhar força internacionalmente apenas na década de 1970, quando as críticas ao modelo médico-hospitalocêntrico crescem e se refinam. Estas afirmavam que ele seria demasiadamente dispendioso, excludente e pouco eficiente no melhoramento global dos níveis de saúde populacionais (ILLICH, 1975). Apesar deste modelo nunca ter deixado de estar presente na maioria dos países, inclusive no Brasil e em Cuba, chegou-se até mesmo a afirmar que ele estaria sofrendo uma “crise de paradigma” (QUEIROZ, 1986).

Neste contexto de questionamentos ao modelo médico-hospitalocêntrico, em 1978 ocorre, na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância, da qual participaram mais de 130 países. Tradicionalmente, o evento é apontado como o marco fundamental da origem global das discussões em torno da ideia de atenção primária à saúde. Sua declaração final passou a servir de referência para os debates posteriores a respeito deste tema. O documento explicita uma concepção de saúde ampliada, como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”. Solicita que os países invistam no melhoramento das condições de saúde de suas populações, visando a diminuição das desigualdades neste âmbito. Além disso, define os cuidados primários à saúde como:

cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os

cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OPAS, 2012a).

Na década seguinte, em 1986, ocorreria outro evento no âmbito da OMS, a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, desta vez na cidade de Ottawa, no Canadá. Sua ocorrência foi influenciada pela repercussão que o documento “Novas perspectivas para a saúde dos canadenses” – publicado ainda em 1974 no Canadá e que propunha certa concepção de “promoção da saúde” – ganhara internacionalmente (ZANCHI & ZUGNO, 2008:31-2; IANNI & QUITÉRIO, 2009:116). De forma similar à Conferência de Alma-Ata, ele também viria se constituir como importante referência nos debates internacionais em torno do desenvolvimento de políticas de saúde associadas à ideia de atenção primária à saúde¹⁰. A Carta de Ottawa, documento resultante do encontro, define a noção de “promoção da saúde” como:

nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (2012b).

Como se pode notar pelo reposicionamento dos conceitos assentados na Carta de Ottawa, a partir de múltiplos fatores a ideia de atenção primária à saúde ganhou contornos distintos após Alma-Ata. A proposta que então surgiu viria passar, ao longo dos anos, por trânsitos entre noções tais como atenção básica, atenção primária, atenção primária seletiva, atenção primária abrangente, promoção da saúde, cuidados primários, medicina comunitária, medicina familiar, medicina preventiva etc. Proposições que não encontram apenas uma definição, nem tampouco são consensuais. Cada autor, política ou contexto

¹⁰ No campo do direito internacional existem diversos termos utilizados para a caracterização dos acordos firmados entre "Estados", tais como: declaração, convenção, carta, tratado, pacto, protocolo etc. Porém, embora existam algumas linhas de entendimento mais consolidadas, não há uma regra única a regular o uso destes vocábulos. Além disso, constata-se que existem diferenças entre as formas pelas quais os acordos internacionais se relacionam com o direito interno de cada país. Isto posto, nesta esfera as "Conferências" geralmente têm o objetivo de constituir um espaço de discussões sobre temas específicos de interesse internacional. Seus resultados podem ser documentos com distintos efeitos na ordem dos direitos internacional e nacionais. Uma Conferência pode resultar, portanto, numa convenção, numa declaração, numa carta, num tratado etc. Porém, o que mais propriamente irá diferenciar os efeitos destes documentos não serão seus nomes, mas seus conteúdos. Não obstante, convencionalmente os tratados e convenções são aqueles que criam direitos e obrigações mútuos entre os países. Assinados por seus poderes executivos, eles geralmente necessitam de uma ratificação interna por parte de seus poderes legislativos – tal como é o caso do Brasil, por exemplo, dado o artigo 49 da Constituição Federal (BRASIL, 1998). Por outro lado, as cartas e declarações normalmente não implicam no nível de compromisso próprio aos tratados e convenções. Convencionalmente elas expressam somente vontades ou princípios assumidos pelos seus proponentes, ou seja, compromissos que eles não necessariamente virão a cumprir. Nesse sentido, tendo em vista seus conteúdos, este foi o caso da Declaração de Alma-Ata e da Carta de Ottawa, que apenas expressaram intenções e parâmetros para as ações e os debates vindouros. Por isso significaram impulsos para a afirmação do ideal de atenção primária à saúde, mas não a sua imediata realização nas políticas de saúde dos países que as firmaram.

produzirá variações dentro de referências gerais¹¹. Ainda hoje se discute suas características principais, assim como suas diferenças para com o modelo médico-hospitalocêntrico. Conquanto cada teoria ou política possa apresentar uma concepção específica de atenção primária, é interessante apontar aqui alguns de seus parâmetros mais aceitos.

No Brasil, Barbara Starfield talvez seja a autora mais consagrada como referência para a definição de atenção primária à saúde. A autora a caracteriza como:

aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. [...]. A atenção primária também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe. [...] a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (1998:28).

Starfield afirma ainda que a atenção primária possuiria quatro elementos estruturais, a saber: acessibilidade, variedade de serviços, população eletiva e continuidade. Existiriam também dois elementos processuais que possibilitariam a medição do desempenho dos sistemas baseados na atenção primária: utilização de serviços pela população e reconhecimento de problemas ou necessidades pelas profissionais de serviços de saúde. Com base na combinação destes elementos estruturais e processuais seria possível avaliar o potencial e o alcance dos quatro atributos da atenção primária: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Estes quatro atributos envolveriam, basicamente, a proximidade entre serviços e pacientes, o estabelecimento de laços interpessoais entre pacientes e profissionais, a atenção para com quaisquer tipos de problemas, ainda que através do encaminhamento para outros níveis do sistema, e a criação de alguma forma de continuidade entre os atendimentos recebidos pelas pacientes no decorrer do tempo (1998:60-4).

Em boa medida constituída enquanto uma crítica ao modelo médico-hospitalocêntrico, a proposta de atenção primária à saúde também foi alvo de contestações. Uma dentre as

¹¹ Para diferentes interpretações e/ou usos da noção de atenção primária à saúde, ver, por exemplo, Chávez (1997); Aguiar (1998: 42-60); Dominguez (2000); Goulart (2002:49-52); Mendes (2002:10, 13); Bernal (2005); García (2005); CONASS (2007:17, 33-4, 36-51); Sousa (2007:46, 78); Lago & Cruz (2008) e WHO (2008:43). Para uma história do surgimento e desenvolvimento dos sistemas nacionais de saúde na América Latina, do século XVI ao XX, com ênfase nos processos que envolveram ações de atenção primária à saúde, ver Torre Montejo (2005:1-34).

mais contundentes consiste na acusação de que ela seria, na verdade, um tipo escamoteado de prestação de serviços de saúde de baixa qualidade dirigidos a populações pobres e executados por meio de ações médicas rudimentares. Crítica esta dirigida aos seus fundamentos, mas que certamente se assenta nas condições de sua execução. Em diversas circunstâncias sua implantação foi feita – e ainda o é – privilegiando o atendimento a populações rurais ou urbanas pobres, o enfrentamento de apenas algumas doenças, além de ter utilizado profissionais sem qualificação específica, baixa tecnologia e poucos recursos econômicos. Tal espécie de caracterização obtinha maior repercussão no passado, e sua relativa superação indica um dos triunfos alcançados pela proposta. Não porque seus fundamentos e condições de execução se modificaram radicalmente, e sim porque ganharam maior aceitação.

Especialmente em função da necessidade de lidar com tais questionamentos para que a política de saúde da família ganhasse maior aprovação, o governo brasileiro adotou o conceito de *atenção básica*, em substituição ao conceito mais utilizado de *atenção primária*. A intenção foi desassociar a noção de *atenção primária* da de *atenção primitiva*, além de afastá-la da ideia de *focalização* (TURCI, 2008:45; CONASS, 2007:18). Em uma de suas definições basilares, a noção de *atenção básica* foi assim descrita¹²:

conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território [¹³]. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006b).

Em Cuba pode-se encontrar, em diversos textos acadêmicos, referências sobre a associação entre a política de saúde da família do país e o ideal de *atenção primária à saúde* (p. ex.: EISEN, 1996; GARCÍA, 1996; OCHOA, 2003, 2005; LABRADOR, 2006; HERNÁNDEZ, 2010). No entanto, não identifiquei uma definição precisa desta noção em nenhum documento oficial do “Estado” cubano. Ainda assim, sua inspiração para com a

¹² Esta era a principal referência quanto à definição da noção de *atenção básica* quando da realização de meu trabalho de campo em Belo Horizonte. Ela recebeu um novo formato no ano de 2011. Para mais detalhes, ver o item 13 deste trabalho.

¹³ É importante destacar que o qualificativo “de elevada complexidade e baixa densidade” procura associar ao termo “tecnologia” noções que remetem tanto a formas de relacionamento interpessoal quanto a aparatos materiais. Nesse sentido, é também interessante notar que a recente versão da Política Nacional de *Atenção Básica* (ver item 13), ao descrever a ideia de *atenção básica* afirma que ela “utiliza tecnologias *de cuidado* complexas e variadas que devem *auxiliar no manejo* das demandas e necessidades de saúde” (BRASIL, 2011, grifo meu).

política de saúde da família é explícita, como evidencia seu documento orientador, que define desta forma seu objetivo geral:

Contribuir al mejoramiento del estado de salud de la población mediante acciones integrales dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y el ambiente, teniendo en cuenta los componentes, instrumentos y ejes conductores de la Atención Primaria de Salud, así como los principios de la Salud Pública y de la Medicina Familiar Cubana (CUBA, 2011b).

Constatadas tais variações, é imperativo observar, sobretudo, que as políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil estiveram sempre intimamente associadas a propostas de atenção primária à saúde. Por isso têm como algumas de suas principais proposições suas implantações serem acompanhadas do estabelecimento do nível primário como a base organizadora dos sistemas de saúde públicos de seus países, o deslocamento de foco do indivíduo doente para a família e a comunidade, o privilegiamento das ações de prevenção e promoção da saúde em detrimento da exclusiva busca pela cura de doenças, além do investimento na atividade médica generalista. De forma mais ampla, no que tange a tais associações entre as políticas de saúde da família e a proposta de atenção primária à saúde, é interessante destacar também o uso de uma noção ampliada de saúde, não restrita aos processos corporais individuais, a adoção da assertiva de que os fenômenos que envolvem a saúde das populações são parte das responsabilidades dos “Estados”, devendo eles intervir neste campo de questões, e a apropriação do conceito de que a intervenção profissional, para alcançar maior sucesso, deve se dar através do estabelecimento de vínculos entre os sujeitos envolvidos. Tais parâmetros foram sendo delineados e executados de modos diversos desde as criações destas políticas. Entretanto, é possível perceber que atualmente estão mais consolidados e aceitos, além de terem encontrado mecanismos de efetuação mais aperfeiçoados.

9. 1959-1983: triunfo da revolução, criação e desenvolvimento do Sistema Nacional de Saúde Único cubano

A presença do ideário relacionado à atenção primária à saúde em Cuba é tão marcante que Labrador chega a afirmar que “la historia de la salud pública cubana ha sido, sobre todo, la historia del desarrollo de la estrategia de la APS [atenção primária à saúde]” (2006). A história da saúde pública cubana acompanha as formações sociais e políticas mais amplas pelas quais o país passou nos últimos séculos. Nesse sentido, García (1998) argumenta que ela poderia ser dividida em três períodos: colonial, republicano burguês e revolucionário socialista.

O período colonial teve na criação dos “médicos da semana”, em 1825, seu episódio mais importante (CALVO, 1997). Estes consistiam na prestação gratuita de serviços

diversos (cura de doentes, auxílio a acidentados, atenção domiciliar, encaminhamento para hospitais de caridade etc.) por médicos que atendiam, semanalmente, parte da população de Havana. Estes “médicos da semana” perduraram até 1871, quando foram parcialmente substituídos pelas “casas de socorro”. Tendo sido extintas apenas no início da década de 1950, estas casas de socorros possuíam funções diversas, mas se centravam na oferta de serviços às pessoas pobres que careciam de atendimentos imediatos (GARCÍA, 2005). Como principais alternativas a elas existiam somente os serviços médicos privados e as instituições de caridade da igreja católica (CHAPLE, 2010). A atenção à saúde disponibilizada pelo “Estado” durante o período colonial poderia ser, por conseguinte, caracterizada como uma “medicina para pobres” (OCHOA, 2003).

No começo do século XX, a partir da instauração da República, tem início um novo período. Durante as seis primeiras décadas, a saúde pública cubana se caracterizará pela presença de três sistemas. Um privado, ao qual tinha acesso a elite econômica do país; um “mutualista”, ao qual tinham acesso as classes médias; e um estatal, que era oferecido principalmente aos trabalhadores urbanos. Estes estavam concentrados em Havana, enquanto nas áreas rurais geralmente não havia qualquer tipo de serviço de saúde institucionalizado (TORRE MONTEJO, 2005:40; MASON, 2010). De acordo com García (1998), havia uma evidente diferença de qualidade entre os três sistemas, sendo o privado o melhor dentre eles, e o estatal o pior. O panorama geral deste período se caracterizaria por uma situação deficitária com relação à resolução dos principais problemas de saúde da maior parte da população (CALVO, 1997; MARIÑO & GUZMÁN, 2007)¹⁴.

De acordo com a maioria absoluta da historiografia contemporânea dedicada à saúde pública cubana, tal situação viria a ser modificada radicalmente com o advento da revolução em primeiro de janeiro de 1959. Ela produziu transformações em praticamente todas as esferas sociais e políticas do país¹⁵. Desde seus primeiros momentos, a saúde pública foi um dos campos de mudança privilegiados pelo novo governo. Durante as décadas seguintes até o presente, os percursos das políticas de saúde acompanharam os contextos atravessados pela revolução cubana.

Se, desde um ponto de vista internacional, a década de 1970 pode ser apontada como o período no qual a proposta de atenção primária à saúde se afirma como alternativa para a organização da saúde pública, em Cuba é possível encontrar indícios da construção desta proposta ainda na década de 1960. Os movimentos iniciais da revolução se destacaram pela nacionalização das empresas estrangeiras instaladas no país, em conjunto com a assunção pelo Estado dos serviços básicos oferecidos à população. Em sintonia com esse

¹⁴ Para mais detalhes sobre a situação econômica de Cuba nas décadas de 1940 e 1950, e sua relação com o campo da saúde, ver Mariño (2000a; 2000b).

¹⁵ Para um balanço geral destas transformações, com foco nas políticas criadas pelo governo revolucionário até o início da década de 1990, ver César (2004).

processo, em agosto de 1959 todos os hospitais pertencentes a organizações não-governamentais e autônomas são incorporados ao “Estado”, avançando a integração do sistema. Em janeiro de 1960 é criado o Serviço Médico Social-Rural, que abriu a possibilidade, amplamente acionada, de médicos recém-graduados prestarem serviços em zonas rurais durante aproximadamente um ano (OCHOA, 2003). Esta ação se tornaria paradigmática do modelo cubano de atenção primária, e marcaria seu nascimento no interior do contexto revolucionário. O redirecionamento de investimentos, com a conseqüente criação de serviços estatais no interior do país, foi uma das principais preocupações do governo revolucionário, e uma das razões pelas quais a maioria da população apoiou o novo regime político. Nesse âmbito destacaram-se as ações nos setores da educação, da infraestrutura e da saúde. Note-se que, até 1959, Cuba possuía apenas um hospital situado em área rural, enquanto em 1965 já existiam 43 hospitais rurais, além de 40 postos médicos (MARIÑO, 2000c:145).

Em maio de 1960 todos os serviços médicos se tornam, obrigatoriamente, gratuitos. Em julho do mesmo ano são nacionalizados os laboratórios farmacêuticos estadunidenses, e em outubro ocorre o mesmo com as grandes farmácias. Finalizando este conjunto de medidas, em agosto de 1961 a lei nº 959 declarou o caráter socialista da saúde pública cubana, e tornou prerrogativa exclusiva do Ministério da Saúde Pública (MINSAP) todas as ações em saúde, dando início ao desenvolvimento de um Sistema Nacional de Saúde Único (SNSU) (MARIÑO & GUZMÁN, 2007). Ressalte-se que, desde então, em Cuba não é permitida a operação de nenhum sistema de saúde financiado de forma privada.

No ano de 1964 foi criado o modelo de Policlínica Integral, executado por instituições de mesmo nome, que organizava o sistema de forma mais consistente com uma incipiente proposta de atenção primária à saúde ainda em elaboração. O modelo apontava para uma ancoragem territorial (cada policlínica deveria ser responsável por uma área de 9 km²), para uma distribuição populacional dos serviços (cada policlínica deveria ser responsável por 45.000 habitantes) e para uma abordagem familiar (ensaiada com a adoção de uma “pasta familiar”). Em 1968 são nacionalizadas as últimas instituições que ainda não estavam englobadas pelo MINSAP. Ao longo desta década surgiram outras instituições, tais como as Unidades Sanitárias, os Postos Sanitários Rurais e os Lares Maternos, que reforçaram a estratégia vigente. Além destas, foram criadas também instituições que integraram as ações de saúde pública com organizações sociais que tiveram papel destacado durante toda a história da revolução cubana, tais como os Responsáveis de Saúde, dos Comitês de Defesa da Revolução (CDR), e as Brigadas Sanitárias, da Federação de Mulheres Cubanas (OCHOA, 2005; DÍAZ, 2009:101).

Acompanhando a tendência de planificação estatal estabelecida pelo governo revolucionário, em 1969 foi criado um primeiro planejamento de longo prazo, o “Plano de

Saúde 1970 a 1980” (GARCÍA, 1996). Este consolidou os processos de descentralização executiva e de centralização normativa da saúde. Processos que transcendiam o campo da saúde pública e estavam relacionados aos rumos mais gerais da política nacional do país. De modo que a “institucionalização e a reorganização da sociedade sobre a base de uma economia planificada e centralizada determinaram o curso das políticas sociais [na década de 1970]” (CÉSAR, 2004:58).

Especificamente no âmbito da atenção primária à saúde, o modelo de Policlínica Integral foi substituído pelo de Policlínica Comunitária, em 1974. Dentre suas inovações, ressalta-se a adoção dos conceitos de trabalho em equipe e de medicina comunitária. Tais modificações de modelos não significavam uma transformação radical e imediata dos serviços em operação. Note-se que na maioria das vezes permaneceram em funcionamento as mesmas instituições, nas quais continuavam trabalhando as mesmas profissionais. A mudança se dava, a princípio, tão somente no âmbito da proposta conceitual adotada pelo governo nacional. Por exemplo, em 1977 apenas 60% das Policlínicas do país já haviam adotado o modelo comunitário, e em 1979 esta cifra alcançou 73% (HERNÁNDEZ, 2010). Outro aspecto a ser observado é que estas alterações programáticas não objetivavam implantar um ideal de atenção primária à saúde já plenamente formulado. Embora tivessem como horizonte alguns parâmetros afins aos deste ideal, os modelos criados visavam, sobretudo, a resolução de problemas diversos que dificultavam a melhoria das condições de saúde da população.

É igualmente digno de nota que neste período tem início a saída de trabalhadores da saúde cubanos em missões internacionalistas. A primeira destas missões ocorreu ainda em 1960, quando as profissionais cubanas prestaram auxílio ao Chile após a ocorrência de um terremoto (MARIÑO, 2000:144). Em 1980 mais de 2.500 prestavam serviços em 27 países da Ásia, África e América Latina (HERNÁNDEZ, 2010). Tal “internacionalismo” é um dos objetivos anunciados da revolução cubana desde seus primórdios até os dias atuais. Ele se realizou de diversas formas, tendo Cuba enviado soldados, artistas, professores etc. para distintas partes do planeta. Portanto, as profissionais de saúde também participaram de modo importante desta linha de ação que caracterizou desde cedo a política revolucionária do país.

10. Até 1990: movimento da reforma sanitária, Constituição Federal de 1988 e criação do Sistema Único de Saúde brasileiro

Tal como em Cuba, no Brasil a história das políticas de saúde está intimamente relacionada com as formações sociais e políticas pelas quais o país atravessou ao longo do

tempo. As primeiras experiências brasileiras que remetem a um ideário de atenção primária à saúde datam da década de 1920, com a criação de Centros de Saúde – em 1924, segundo Sousa (2007:79), ou em 1925, segundo Campos (2007:891). Acompanhando as transformações demográficas e econômicas pelas quais o país passava, à época surgiam novas discussões em torno das ações sanitárias em áreas urbanas, com um embate entre, “de um lado, os defensores da constituição de uma rede local permanente, baseada na implantação de Centros de Saúde em seus respectivos Distritos Sanitários, em oposição a um modelo de molde vertical, baseado em ações sanitárias especializadas” (CAMPOS, 2007:884). A formação destes primeiros Centros de Saúde teve como inspirações a higiene privada estadunidense e os sistemas dawsonianos ingleses. Eles foram organizados a partir da adscrição populacional e tinham foco na promoção da saúde e na prevenção de doenças (MENDES, 2002:24).

No entanto, embora este possa ser apontado como o início da trajetória da atenção primária no Brasil, a rigor apenas na década de 1970 são desenvolvidas ações mais consistentes e formatadas de acordo com uma proposta de atenção primária à saúde concebida enquanto tal. E somente na década de 1990 os serviços concebidos com base na ideia de atenção primária à saúde ganham abrangência nacional e peso relativo importante diante das demais políticas de saúde.

De modo geral, no início do século passado o Brasil se caracterizava, no âmbito da saúde pública, por um modelo comumente denominado como *sanitarismo campanhista*. Este se caracterizava por certo higienismo e pelo espírito repressivo, tendo como personagens figuras tais como guardas, inspetores e delegados. Era executado, sobretudo, através de intervenções sanitárias pontuais com o objetivo de combater doenças transmissíveis. Estava em correlação com a organização econômica do país que, neste momento, tinha como principal atividade a monocultura do café direcionada para a exportação. Nesse contexto, as ações de saúde estatais cumpriam a função de garantir espaços saneados que possibilitassem a circulação dos bens vinculados à exportação do café. Surge neste período, em decorrência desta problemática relacionada à saúde, novas formas de consciência acerca da relação entre os poderes estatais institucionalizados, além de novas formas de gestão do território nacional (HOCHMAN, 1998). O sanitário campanhista jamais deixou de existir no país, ainda hoje encontrando formas de expressão. Contudo, no decorrer dos anos passou a conviver e disputar espaço com outras estratégias.

Nos anos de 1920 surgem os primeiros eventos que nas duas décadas seguintes resultariam no desenvolvimento do modelo *assistencial privatista* na saúde. Com ele o acesso às ações em saúde oferecidas pelo Estado ficavam restritas especialmente a algumas classes profissionais que contribuía ao sistema com parte de seus salários. Este modelo se relacionava ao aparecimento de novos conjuntos populacionais ligados de formas

distintas às atividades econômicas do país. Em 1923 é aprovada a lei Eloi Chaves, que marcou o início da previdência social e que instituiu as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs). Posteriormente elas seriam substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), tendo o primeiro sido criado em 1933. Todavia, a assistência médica prestada por estes Institutos passa a ter maior relevância e a ser mais reivindicada somente na década de 1950.

Nas décadas de 1930 e 1940 ocorria no Brasil um processo de modernização, burocratização e centralização normativa do “Estado”, que representou um importante aspecto de sua construção, até então ainda incipiente (LIMA et al., 2005:38-46). As políticas de saúde participavam deste processo. Em decorrência do aumento de demanda por parte dos previdenciários, neste período percebe-se um crescimento no número de hospitais que os atendiam. Além disso, começam a acentuarem-se as diferenças entre, por um lado, os serviços organizados a partir de programas verticais e de saberes médicos especializados e, por outro, aqueles serviços organizados a partir de saberes médicos generalistas e voltados predominantemente para a prevenção. Mas o que nesta fase se pode apontar como desenvolvimento de ações relacionadas à atenção primária à saúde possuía bases conceituais e políticas distintas das estabelecidas atualmente. Nesta época o desenvolvimento da atenção primária à saúde estava estreitamente relacionado com o sanitarismo campanhista, tendo sido impulsionado pelas criações do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em 1942 e do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), em 1956. Note-se, por exemplo, que a origem do SESP esteve relacionada ao contexto da Segunda Guerra Mundial, como parte dos acordos firmados entre o Brasil e os Estados Unidos. Embora posteriormente suas funções tenham se modificado, num primeiro momento ele esteve voltado à preservação da saúde dos trabalhadores envolvidos na produção de certas matérias-primas e das tropas estadunidenses instaladas em solo brasileiro (TEIXEIRA, 2008:966).

Enquanto isso, o modelo assistencial privatista se aprofundava, especialmente a partir da configuração política e social advinda com a ditadura militar iniciada em 1964. Em 1960 é promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social, que a unificou e passou a abranger todos os trabalhadores vinculados ao regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), com exceção dos trabalhadores rurais (que viriam a ser incorporados em 1963), empregados domésticos e servidores públicos. Esta unificação se realiza de fato em 1967, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O sistema cresce nos anos seguintes, com o aumento do número de contribuintes e consequente elevação da demanda por serviços, gerando a criação, em 1978, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Diante desta demanda crescente, observou-se, por parte do

governo, o direcionamento de recursos para o setor privado, em sintonia com o arranjo entre as elites políticas e econômicas do país que caracterizou o período de ditadura militar.

Esta decisão implicou na impulsão de certo modelo de saúde pública e de certo padrão de exercício da medicina. Na medida em que os pagamentos eram feitos a instituições e profissionais por serviço produzido, gerou-se um aumento no consumo de medicamentos e de equipamentos dirigidos à solução de problemas de saúde específicos. Ademais, desprivilegiou o desenvolvimento de intervenções com vistas à prevenção e à promoção da saúde. Acrescenta-se a isto o direcionamento das ações para apenas determinados grupos populacionais, o que não contribuía para o estabelecimento de patamares de saúde mais homogêneos no conjunto da população. Por sua vez, os projetos relacionados à atenção primária à saúde, ademais de enfrentarem críticas diversas, não encontravam um consenso ideológico, tampouco conceitual. Não havia um mote único que reunisse o conjunto das experiências até então surgidas.

Chegando à década de 1970 percebe-se um maior acirramento das distinções entre as ações públicas de saúde dirigidas à prevenção e aquelas de caráter predominantemente curativo. Esta distinção entre tipos de serviços se sobrepunha a uma distribuição desigual, tanto territorialmente quanto socialmente, da disponibilidade destes mesmos serviços (AGUIAR, 1998:29). A atenção médico-hospitalar se concentrava nos centros urbanos e era utilizada pelas populações com melhores níveis de renda, enquanto as ações mais básicas se encontravam nas periferias das grandes cidades e no interior do país, sendo utilizadas pelas populações mais pobres. Expressando sob outra forma tais contradições, nesta década ocorreu a criação de instituições e projetos com diferentes matizes ideológicos e operacionais, tais como a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), em 1970, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976, e o já citado INAMPS, em 1978. Também evidenciando tais dissonâncias, em 1975 é instituído o Sistema Nacional de Saúde, que definiu que a medicina curativa estaria vinculada ao Ministério da Previdência, enquanto a medicina preventiva estaria vinculada ao Ministério da Saúde.

Como nos períodos anteriores, não deixavam de haver tentativas de transformação do contexto instituído. São concebidos projetos com vistas à produção de condições populacionais de saúde mais equitativas e à integração dos diferentes tipos de serviços. Internacionalmente era ampliado o debate em torno da proposta de atenção primária à saúde, e o Brasil sofria influência das propostas forjadas alhures a partir de sua posição de país periférico no sistema global (AGUIAR, 1998:31-3; GOULART, 2002:92-6). Internamente se fortaleciam movimentos sociais que lutavam pela democratização da organização política do país, dentre os quais muitos possuíam na saúde pública uma temática de reivindicação.

A determinação social das condições de saúde é assimilada pela agenda política destes movimentos, incrementando sua politização.

No bojo deste horizonte de busca por maior democratização e de alcance de direitos sociais se configura o movimento da Reforma Sanitária. Ainda hoje existente, este movimento esteve direcionado para a conquista de múltiplas reivindicações, a depender de contextos políticos e circunstâncias históricas específicos. Entretanto, sua característica principal sempre esteve relacionada à tentativa de instauração de uma saúde pública de qualidade e universal no país. Reuniu integrantes oriundos de diferentes campos sociais: acadêmicos, políticos, profissionais de saúde, moradores de periferias etc. Interessante observar que muitos dos intelectuais integrantes do movimento sanitário brasileiro possuíam formação comunista, o que sem dúvida influenciou na composição de suas demandas (ESCOREL et al., 2005:68).

No início da década de 1980 o sistema de previdência social passa por uma crise, que propiciou a criação das Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983, que buscavam integrar ações curativas, preventivas e educativas. De acordo com Mendes, elas teriam representado um novo “ciclo de expansão da rede de atenção primária à saúde, vez que suas ações passaram de 112 municípios em 1984 para 2.500 em 1987” (2002:25). Ainda segundo o autor, neste período foram implantados Distritos Sanitários em diversos municípios, o que significou o fortalecimento do princípio territorial, associado a uma base populacional (2002:26). Concomitantemente ao desenvolvimento, em várias cidades espalhadas pelo país, de experiências estatais e públicas centradas na noção de atenção primária, novos arranjos eram produzidos no campo da iniciativa privada assentados na estratégia da resolução de problemas individuais pela prestação de serviços específicos. Desenvolve-se um modelo de atenção supletiva através de mecanismos tais como cooperativas médicas e seguros-saúde.

Entre os anos de 1984 e 1985, com o sucesso relativo da campanha pelas “Diretas Já” e a eleição indireta para a presidência da República, a ditadura militar tem fim. No ano seguinte, em 1986, o movimento da Reforma Sanitária provavelmente tenha tido seu ápice histórico na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Neste evento ele conseguiu demonstrar sua maior força através de intensa mobilização social, reunindo representantes de diversos grupos sociais oriundos de diferentes partes do país. Nela, ainda diante do quadro de repressão dos últimos anos de ditadura, são reafirmados os ideais de universalidade e igualdade no acesso aos serviços públicos de saúde, e de participação da sociedade na condução destes serviços.

Em 1988 os processos de democratização e de transformação da saúde pública convergem para um ponto limite com a proclamação da nova Constituição. Ao mesmo tempo em que estabeleceu novos parâmetros para vida política no Brasil, iniciando um

período de democracia, criou o Sistema Único de Saúde (SUS), que significou a instituição de novas bases para a saúde pública. Para tanto, assimilou amplamente as propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde, sobretudo por meio dos artigos 196, 197 e 198 (BRASIL, 1988)¹⁶. São estabelecidos os princípios da universalidade, igualdade, integralidade e participação popular como fundamentos do novo sistema. A produção da saúde passa a ser responsabilidade do “Estado”, a ser cumprida mediante políticas que intervenham nas condições de vida de toda a população. Vale ressaltar, porém, que isso não significou o desaparecimento completo dos modelos sanitário campanhista e assistencial privatista. Dá-se uma progressiva perda de importância relativa por parte deles frente às políticas que resultariam do SUS, simultaneamente a novas combinações entre eles e as ações criadas na esfera do novo sistema.

A regulamentação do SUS viria ocorrer dois anos depois, com as leis 8.080 e 8.142 que, em boa medida, foram efeito da continuidade das mobilizações no âmbito da Reforma Sanitária. Os serviços públicos de saúde passam a ter como referência ideológica o ideal de democracia instituído. A partir dele, ao mesmo tempo em que a saúde se torna direito universal, abre-se espaço para a oferta de serviços privados. O embate entre o sistema público e o privado, com suas consequências do ponto de vista das distintas possibilidades de acesso entre os grupos sociais, representará fator importante na definição dos rumos que o SUS viria trilhar ao longo de sua existência. Destaca-se também o estabelecimento da descentralização como princípio organizacional, que levou à municipalização da atenção primária à saúde. É neste contexto que, no começo da década de 1990, tem início a criação da política de saúde da família no Brasil.

11. 1984-2011: criação da política de saúde da família e seu desenvolvimento em

Cuba

Após 25 anos do triunfo da revolução em Cuba, surge no país sua política de saúde da família. A proposta de atenção primária à saúde havia percorrido uma trajetória de consolidação no decorrer deste período, sobretudo através dos modelos de Policlínica Integral e Policlínica Comunitária. Além disso, o campo da saúde pública se afirmou como instrumento das transformações sociais pretendidas pelo governo revolucionário, servindo de parâmetro importante para a justificação de sua razão de existir. O SNSU apresentava ampla integração e consolidação. Contudo, os diversos problemas e ineficiências do setor, identificados no começo da década de 1980, motivaram a criação de um novo modelo, o de

¹⁶ O Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde pode ser obtido na página virtual do Conselho Nacional de Saúde, por meio do endereço eletrônico http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf (acessado em 28/07/2012).

medicina familiar, ou de *médico e enfermeira da família* (OCHOA, 2003, 2009:237). Em 1984 é instituído, na Policlínica Lawton, situada em Havana, o projeto “médico das 120 famílias”, que contava com a atuação de 10 médicas e 10 enfermeiras (ÁLVAREZ & OSA, 2002:54; MORALES, 2010). Concebido inicialmente como um experimento, ele foi bem avaliado e, a partir de 1985, começa a ser expandido para todo o país, vindo a receber o nome de Programa do Médico e Enfermeira da Família. Em certo sentido, pode-se afirmar que seu surgimento não representou uma ruptura radical com os modelos anteriores, mas um desdobramento deles, com adequação da política de atenção primária à saúde a um novo contexto.

O programa foi organizado para que equipes formadas por uma médica e uma enfermeira oferecessem cuidados integrais a uma população adscrita. Estas profissionais trabalhavam em consultórios situados nos territórios pelos quais eram responsáveis, objetivando alavancar o convívio entre elas e suas pacientes. Além disso, conceitualmente assumiu a família como unidade principal de atenção, com participação da comunidade na execução dos serviços. Contudo, apesar disso, desde o princípio o programa teve o objetivo de melhorar as condições de saúde populacionais, tendo como alvos tanto indivíduos quanto famílias, comunidades e ambientes. Isso se daria através de estratégias diversas, dentre as quais se poderia citar a transformação de hábitos, costumes e condições sanitárias, a investigação dos fatores que participariam da definição dos patamares de saúde dos indivíduos residentes em cada território e a classificação deles em grupos de acordo com suas condições de saúde (LABRADOR, 2006). As noções de prevenção e de promoção da saúde continuaram consistindo parâmetros orientadores, todavia, pretendia-se alcançar a execução plena destes ideais por meio de outras bases organizacionais e conceituais.

Simultaneamente à criação da política de saúde da família surge no país uma nova profissional, a *médica de família*, e uma nova especialidade, a *medicina geral integral*. A política se expandiu ao longo da década de 1980 na medida em que se graduavam profissionais nesta linha de formação. Em 1987, na tentativa de desenvolver uma ferramenta metodológica que garantisse o aperfeiçoamento do modelo de atenção integral então existente e a aplicação de seus princípios, é implantado o Programa de Atenção Integral à Família (LABRADOR, 2006). Ao final desta década quase a metade da população cubana era atendida pela política. A criação e expansão da política de saúde da família se somariam ao desenvolvimento de tecnologias médicas especializadas, tais como vacinas e técnicas cirúrgicas, como marcas principais do campo da saúde pública em Cuba neste período (GARCÍA, 1996).

Durante a década de 1980 Cuba havia logrado níveis elevados de sucesso não apenas no campo da saúde pública, mas também em áreas como esporte, educação,

habitação e artes. Destacavam-se as baixas taxas de mortalidade infantil e a eliminação do analfabetismo. As diferenças entre a capital Havana e o restante do país haviam diminuído. Praticamente não havia desemprego, e os cubanos possuíam bons níveis de qualidade de vida. Não havia fome nem pobreza extrema no país. O governo revolucionário encontrava patamares consideráveis de estabilidade, especialmente em função do fato de haver produzido uma sociedade altamente igualitária, algo que não se percebia mesmo nos demais países socialistas da época. No entanto, embora a economia cubana não se encontrasse em crise, já eram perceptíveis seus problemas estruturais e a dependência que mantinha para com a Rússia – parceira que a subsidiava através, principalmente, da compra da produção de açúcar e da venda de petróleo.

Esta situação viria mudar radicalmente no começo da década de 1990, como efeito do processo de dissolução da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), iniciado em 1989, e a consequente perda do suporte econômico que Cuba obtinha com os países integrantes do bloco. Até 1989 Cuba mantinha com eles 85% de suas relações econômicas (JIMÉNEZ, 1997). Tem início o que se convencionou denominar de “período especial”. O país entra em um estado de profunda crise econômica. Situação agravada pela tentativa estadunidense de desestabilizar ainda mais o governo revolucionário por meio da criação de insatisfações entre a população cubana. Foram aprovadas nos Estados Unidos as leis Torricelli, em 1992, e Helms-Burton, em 1996, que acirraram seu bloqueio econômico, comercial e financeiro imposto a Cuba¹⁷.

Conquanto não haja consenso acerca dos limites temporais do período especial, geralmente se aponta que ele durou de 1991 a 1994 ou, pelo menos, teriam sido estes os anos em que existiu de forma mais aguda. Até 1993 o produto interno bruto cubano havia descendido em 35%, enquanto as exportações caíram em 75% (JIMÉNEZ, 1997). As dificuldades econômicas da década de 1990 geraram uma desaceleração dos projetos no campo da saúde pública. O embargo estadunidense elevou a limitação de recursos para a construção de novas instituições e para a manutenção das já existentes, além de complicações para a obtenção de medicamentos, equipamentos e tecnologias no exterior (GARCÍA, 1996; LABRADOR, 2006; DÍAZ, 2009:102). A trajetória das políticas de saúde

¹⁷ Em 1960 os Estados Unidos iniciaram um embargo a Cuba, e que ainda hoje é vigente. Este é um fato cercado de tantas controvérsias quanto consequências políticas, econômicas, culturais etc. Ao longo das últimas cinco décadas ele envolveu episódios diversos. As publicações das leis Torricelli e Helms-Burton foram importantes instrumentos de seu avanço. As interpretações quanto às motivações e aos objetivos do embargo são múltiplas e por vezes parecem depender, sobretudo, dos lineamentos ideológicos que as subjazem. Note-se que, de 1992 a 2010, a comunidade internacional, através da Organização das Nações Unidas (ONU), vem condenando-o ininterruptamente. A cada ano um número maior de países vem pedindo a sua suspensão. Em 2010, 187 países votaram pelo fim do embargo, e apenas 2 pela sua manutenção, com 3 abstenções (CUBA, 2012). A principal justificativa apresentada pelos Estados Unidos para a sua manutenção é a inexistência de um sistema político democrático em Cuba. Por sua vez, Cuba denuncia que ele consiste numa ação intervencionista, que desconsidera seu direito à autodeterminação e que gera graves prejuízos econômicos e sociais ao país. Para mais informações sobre as leis Torricelli e Helms-Burton, ver Gott (2004: 337-43). Para uma análise do processo político-eleitoral cubano, ver August (1999).

assume então o sentido de preservação dos ganhos alcançados nos períodos anteriores, ainda que os recursos para o setor tenham diminuído (GONZÁLEZ, 2003). Mesmo diante destas contrariedades, o país conseguiu melhorar seus níveis de saúde populacionais, mantendo-os comparáveis aos de países desenvolvidos economicamente.

Neste período nenhuma unidade do sistema de saúde do país deixou de funcionar, enquanto houve um reforço das ações em medicina familiar, que continuavam ocupando a posição de pilar fundamental da atenção primária à saúde (GARCÍA, 1996; JIMÉNEZ, 1997). Em 1993, 90% da população era atendida pela política de saúde da família (EISEN, 1996). Num certo sentido, ela contribuiu para minorar as dificuldades enfrentadas pela população neste momento (CÉSAR, 2004:80). De um ponto de vista mais amplo, o investimento na política de saúde da família durante o período especial explicita a afinidade que ela mantinha com os ideais da revolução cubana, e a importância que exercia diante da produção de certo tipo de sociedade e de certa relação entre a população e o “Estado”.

Em 1994 se deteve o decréscimo econômico e, em 1995, o Produto Interno Bruto cubano começou a se recuperar (GÓNZALEZ, 2003; CÉSAR, 2004:68). Desde então, Cuba vem tentando se adaptar ao novo contexto político global e encontrar soluções internas de crescimento econômico sem perda dos ganhos sociais e políticos conseguidos com a revolução. Foram iniciadas transformações no campo econômico, com a abertura para investimentos estrangeiros sob novas bases, especialmente no campo do turismo. No final da década de 1990 a cobertura populacional da política de saúde da família já havia alcançado quase 100%, sugerindo certa continuidade de sua lógica.

No começo do século XXI o país apresentava uma recuperação econômica produzida pelas novas condições do setor, mas que trazia consigo o desenvolvimento de algum nível de desigualdade social, algo novo desde 1959. Nesse processo destacou-se a criação de uma moeda paralela ao peso cubano, o peso cubano conversível (CUC), a ser usado para a compra e venda de divisas estrangeiras, e que era consideravelmente mais valorizado. As pessoas com acesso a ele adquiriram então um poder aquisitivo maior do que aquele da maioria da população¹⁸.

Enquanto isso, os princípios das políticas de saúde mantinham-se praticamente os mesmos. Em 2002 foi criado o projeto “Revolução”, que visava o melhoramento das instituições de saúde, a ampliação e modernização dos serviços, bem como a capacitação profissional. Alguns serviços, tais como os de optometria e odontologia, foram expandidos para um número maior de policlínicas, enquanto outros anteriormente presentes apenas nos hospitais, tais como ultrassonografia e endoscopia, passaram a ser por elas ofertados (LABRADOR, 2006). A atenção primária à saúde continuava sendo executada por meio da

¹⁸ Para uma reflexão sobre as desigualdades sociais surgidas em Cuba na década de 1990 e seus desdobramentos na atualidade, ver Espina (2008).

política de saúde da família, ainda concebida como eixo estruturador de todo o sistema de saúde. Contudo, começa a ser afetada pela saída de profissionais em missões internacionalistas, sobretudo para a Venezuela, que passou a constituir importante parceiro econômico e político de Cuba. Tal fato, acrescido de uma revisão conceitual das condições de execução desta política em contextos urbanos com uso de novas tecnologias, produz, em meados da década passada, uma relativa concentração das ações nas policlínicas, com alguma perda de importância relativa dos Consultórios de Médico da Família (CMF), que representam a instância desta política mais próxima das comunidades (DÍAZ, 2009:103-4; OCHOA, 2009:237). Apesar disso, a cobertura populacional da política de saúde da família não diminuiu. Ao longo da década ela já era superior a 99% e, em 2008, pela primeira vez alcançou os 100% (CUBA, 2010).

Mais recentemente, persiste o debate acerca das relações entre policlínicas e CMF, com a política de saúde da família continuando a ter lugar de destaque no âmbito da saúde pública cubana. Durante minha estada em Havana ouvi de alguns estudiosos e profissionais que os CMF estariam progressivamente recuperando a importância relativa que haviam perdido há alguns anos. Contudo, não encontrei qualquer referência na literatura especializada que explorasse esse novo fenômeno.

Já no campo econômico percebe-se a continuidade das reformas, expressadas nos “Lineamentos da Política Econômica e Social do Partido e a Revolução”, aprovados no VI Congresso do Partido Comunista de Cuba, ocorrido em 2011 (CUBA, 2011a). O sentido principal das propostas anunciadas continua a ser o de alcançar no país uma situação econômica que preserve as conquistas sociais obtidas pelo socialismo nas décadas anteriores. A eficiência e a produtividade são anunciadas como os objetivos principais a serem atingidos. Ainda que não indiquem mudanças na organização política mais ampla do país, os Lineamentos apontam para transformações nas relações entre os indivíduos e o “Estado”.

12. 1991-2011: criação da política de saúde da família e seu desenvolvimento no Brasil

O campo da saúde pública brasileira no começo da década de 1990 ficou marcado por disputas em torno do aprofundamento ou retrocesso dos ideais absorvidos pela Constituição de 1988 e reunidos no recém-criado SUS. Confrontaram-se forças internas e externas ao país que, por um lado, buscavam acentuar a privatização dos serviços de saúde, deixando ao Estado apenas ações de caráter focal e, por outro, procuravam sustentar e avançar os princípios doutrinários do SUS, especialmente os de universalidade e integralidade. As

vitórias alcançadas pelo movimento da Reforma Sanitária na década anterior, especialmente com a Constituição de 1988, não garantiram a consolidação de seus objetivos mais amplos. O contexto das lutas políticas havia sido modificado a partir da instauração da nova democracia, inclinando-se favoravelmente ao alcance de suas demandas a partir dos novos marcos constitucionais. No entanto, para que a saúde pública brasileira de fato se tornasse universal, igualitária e de qualidade ainda se faziam necessários muitos embates.

O primeiro governo eleito por voto direto após a ditadura militar trabalhou no sentido de produzir uma diminuição das esferas de atuação do “Estado”, com ampliação do espaço ocupado pela iniciativa privada, em contraposição ao sentido estatizante do SUS. A necessidade da aprovação da lei 8.142, em dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b), explicita os confrontos iniciais quanto à definição dos limites e das características fundamentais da regulamentação do SUS. Aspectos relacionados à participação popular, à descentralização e ao financiamento haviam sido vetados na lei 8.080, de setembro de 1990 (BRASIL, 1990a), pelo então presidente da República, Fernando Collor de Mello. Foi necessária alguma pressão para que tais vetos fossem recuperados com a lei 8.142.

O INAMPS havia sido transferido para o Ministério da Saúde (MS), e sua lógica, ainda vigorosa, influenciou a definição dos primeiros movimentos do SUS. Em 1991 foi publicada a Norma Operacional Básica (NOB) 91, que estabeleceu o financiamento das ações em saúde através do pagamento de procedimentos. Os entes federativos receberiam repasses de recursos de acordo com os serviços executados, na mesma medida daqueles recebidos pelas instituições privadas. Tal mecanismo de uma só vez limitava a margem de decisão de estados e municípios e dificultava o estabelecimento de propostas inspiradas no ideal de atenção primária à saúde.

Neste ambiente de disputas em torno da formatação institucional do SUS, dos limites de sua atuação e da gestão de seus recursos, ainda em 1991 o MS cria o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ele teve como inspiração principal um projeto em desenvolvimento no Ceará desde 1988, e que vinha encontrando sucesso, especialmente no que tange à redução da mortalidade infantil (MENDES, 2002:28; SOUSA, 2007:80). À época as propostas ancoradas no ideal de atenção primária à saúde ainda não gozavam da força que posteriormente viriam atingir. Não obstante, ainda que o PACS não tenha, num primeiro momento, alcançado grande importância no cenário nacional, apontava uma mudança para com a lógica dominante no âmbito das políticas de saúde. Alterava o foco do indivíduo doente para a família e sua condição social, além de adotar uma abordagem que privilegiava a prevenção e a atenção constante, ao invés de se restringir à cura de enfermidades.

Em 1992 ocorre a IX Conferência Nacional de Saúde, que defendeu uma maior municipalização do sistema de saúde. Ela incentivaria de maneira importante o impulso

fortalecedor que o SUS receberia no ano seguinte¹⁹. Em 1993 o INAMPS é extinto, representando a eliminação de algumas estruturas burocráticas e institucionais das décadas anteriores que ainda persistiam em operação. Além disso, é publicada a NOB 93, que regulamentou o processo de descentralização da gestão do sistema de saúde e aproximou o processo de financiamento do sistema daquilo que estabelecia a Constituição. A multiplicidade de níveis de gestão municipal definida por ela, além da própria municipalização em si mesma, expressavam a dificuldade em se estabelecer uma uniformidade nacional no âmbito das políticas de saúde.

Num plano mais amplo, ocorria neste momento a transição para um novo governo, que viria gozar de maior estabilidade do que o anterior. Embora não caminhasse na direção de modificações radicais na organização econômica do país, cumpriu papel relevante do ponto de vista da estabilização do regime democrático. Internacionalmente, em 1994 a Organização das Nações Unidas (ONU) definiu o período como Ano Internacional da Família, o que impulsionou a colocação do tema “família” na agenda das políticas estatais do Brasil e de outros países.

Existindo o PACS desde 1991, entre os anos de 1993 e 1994 o MS inicia mais diretamente o processo de criação da política brasileira de saúde da família. Nesse momento ela recebeu o nome de Programa de Saúde da Família (PSF). Isso fez com que a atenção primária à saúde alcançasse no país patamares qualitativos e quantitativos diferentes daqueles que havia apresentado até então. Todavia, o projeto criado pelo MS significava menos uma inovação do que uma nacionalização de determinadas propostas já ensejadas em múltiplas partes do país. As iniciativas de Niterói, Porto Alegre e Curitiba, por exemplo, já representavam experiências relevantes no que tange à execução dos princípios da atenção primária à saúde (GOULART, 2002; SOUSA, 2007:80). No caso específico da cidade de Niterói, que foi uma das referências mais importantes para a criação da política nacional, é interessante ressaltar a influência cubana para a formulação de sua experiência (AGUIAR, 1998:84-5; MENDES, 2002:27). A política cubana influenciou tanto o surgimento das experiências municipais no Brasil quanto a formatação da política de saúde da família em âmbito nacional, podendo ser considerada, ao lado da canadense e da inglesa, como uma das mais importantes inspirações da proposta brasileira (AGUIAR, 1998:57-8).

Desde seu surgimento até o presente, a política de saúde da família seguirá duas linhas ascendentes que significaram sua progressiva consolidação. Por um lado, percebe-se

¹⁹ A primeira Conferência Nacional de Saúde data de 1941. A IX Conferência foi a primeira ocorrida no contexto da Constituição de 1988 e, por conseguinte, também do SUS. A lei 8.142 (BRASIL, 1990b) concedeu às Conferências de Saúde - municipais, estaduais e nacionais - um lugar de relevância para com a definição das trajetórias a serem assumidas pelo sistema de saúde. Em associação com o caráter deliberativo dos Conselhos de Saúde, as Conferências ganham uma posição institucionalizada de avaliação e proposição. Em grande medida advém daí o impacto gerado pelas propostas nelas aprovadas. Para mais detalhes sobre a história das doze primeiras Conferências Nacionais de Saúde, ver Escorel & Bloch (2005).

sua expansão quantitativa e territorial. Com o passar dos anos o número de profissionais e as áreas cobertas por ela irão crescer de forma quase ininterrupta. Por outro lado, percebe-se a sua gradual consolidação enquanto modelo de política estatal de saúde. Concebida como mecanismo de transformação do modelo anteriormente dominante de prestação de serviços públicos de saúde, a política de saúde da família vem pouco a pouco afirmando seus princípios e se aproximando do alcance deste objetivo.

O PSF foi inicialmente criado dentro da estrutura da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), junto à Coordenação de Saúde da Comunidade (VIANA & DAL POZ, 1998:19). Tal tipo de institucionalização talvez estivesse relacionada à noção de programa vertical e focalizado, executado por meio de convênios (assim como era próprio à FUNASA), que provavelmente era então mais próxima à concepção do PSF. Nesse momento contava com menos de 500 equipes em atuação, mas já apontava para um sentido de crescimento.

Nos primeiros anos de sua existência o PSF enfrentou fortes críticas que questionavam se, diante da crise orçamentária do SUS, que ainda não apresentava o nível de consolidação que possui atualmente, ao invés de uma perspectiva inovadora de transformação das bases da saúde pública no país, ele não seria uma alternativa escamoteada de ação focalizada de baixo custo que se afastaria de ideais universalizantes (AGUIAR, 1998:24-5). Para lidar com tal questão o MS incentivou sua implantação em municípios do sul e sudeste do país, uma vez que até então vinha sendo instaurado sobretudo em cidades mais pobres ou, pelo menos, nas áreas mais pobres das cidades. Tentava-se dar maior visibilidade a esta política e desassociá-la das noções de focalização e baixo custo. Não obstante tal perspectiva crítica seja ainda hoje existente, já não possui o vigor que apresentava na década de 1990 (p. ex., TRINTA WEBER, 2006). Seu declínio é um dos indicadores da afirmação que a política adquiriu ao longo do tempo. Contudo, é possível asseverar que o privilégio de seu direcionamento, ao menos inicialmente, para as cidades mais pobres e, no interior dos municípios, para as comunidades mais pobres, nunca deixou de ser uma constante em sua trajetória (ver, p. ex., BRASIL, 2002:70; TURCI, 2008:32-3; ZANCHI & ZUGNO, 2008:148; VIANA et al., 2009:26; MARTINS et al., 2011:1939).

Em 1995 o PSF é transferido da FUNASA para a Secretaria de Assistência à Saúde, do MS, o que para com sua formatação institucional representou tanto uma inflexão quanto um ganho de importância. No ano seguinte ocorre outro evento significativo na trajetória desta política. É publicada a NOB 96, que deu continuidade às modificações nos planos do financiamento e da gestão descentralizada do SUS. Ela criou o Piso da Atenção Básica (PAB), que “previa remuneração *per capita* para que os municípios desenvolvessem ações básicas de saúde (parte fixa do PAB), além de recursos adicionais para aqueles que estivessem implementando o PSF (programa que constitui a parte variável do PAB, entre

outros)” (VIANA & DAL POZ, 1998:236)²⁰. A mudança na forma de financiamento produzia uma mudança na lógica da prestação de serviços (VIANA et al. 2009:34). O pagamento *per capita* e não por procedimento facilitava a implantação de ações mais afins ao ideal de atenção primária à saúde.

Além disso, a NOB 96 constituiu um dos instrumentos de alocação de incentivos financeiros aos municípios que aderiam às propostas definidas como preferenciais pelo MS. Estes instrumentos tiveram grande importância para que cada vez mais municípios implantassem o PSF, alavancando sua expansão (GERSCHMAN & SANTOS, 2006:184; NASCIMENTO & COSTA, 2009:74). Note-se que imediatamente após a publicação da NOB 96 houve um aumento significativo no número de equipes do PSF em funcionamento no país (GOULART, 2002:119). Nesse sentido, a trajetória histórica da política de saúde da família em cada município dependeu de se ele possuía ou não experiências na área de saúde familiar anteriores ao PSF, se implantou esta política buscando uma alternativa de organização da saúde pública, ou então se optou por ela visando tão somente a possibilidade de angariar mais recursos financeiros (RIBEIRO et al., 2004).

Nos anos seguintes a política de saúde da família seguiu uma trajetória sem grandes alterações de rumo. Modificações de seu lugar institucional (foi, por exemplo, transferida para o Departamento de Atenção Básica, do MS), associações com entidades diversas para o seu aprimoramento (tal como a criação dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família, em 1997), buscas por novas formas de financiamento (tal como o projeto Reforço à Reorganização do SUS – REFORSUS) e por espaços de intercâmbio e visibilidade (tal como a I Mostra Nacional de Experiências em Saúde da Família, em 1999) representaram a continuidade de seu itinerário de consolidação política e conceitual. É preciso considerar também, todavia, o contexto político-eleitoral da época. Inicialmente por meio do “Avança Brasil” e, posteriormente, através do “Plano de Pronta Ação”, o PSF passou a integrar o plano de governo do segundo mandato do então presidente Fernando Henrique Cardoso, que iniciara em 1999, ganhando maior relevância nacional (GOULART, 2002:118). Nesse ínterim José Serra assumiu a direção do MS e, ao que tudo indica, o PSF serviu de ferramenta de projeção do MS e, conseqüentemente, dele próprio, articulando um contexto favorável para sua candidatura nas próximas eleições presidenciais, que ocorreriam em 2002.

No ano 2000 é aprovada a Emenda Constitucional 29 (BRASIL, 2000), que visava, dentre outras coisas, conceder maior estabilidade financeira ao SUS, definindo a vinculação de recursos para o setor pelas três instâncias federativas. Nos anos que se seguiram à sua regulamentação ela foi tema de constantes debates e mobilizações por parte de seus

²⁰ Originalmente, o PAB recebeu o nome de Piso de Assistência Básica. Em 1998 passou a ser denominado Piso de Atenção Básica, como é convencionalmente conhecido até hoje.

defensores e opositores. Conquanto não estejam ligadas diretamente, o fato da Emenda Constitucional 29 não haver sido regulamentada imediatamente após a sua aprovação impediu uma maior progressão da política de saúde família, na medida em que sua execução poderia lhe garantir maior financiamento. Apenas no começo do presente ano, por meio da lei complementar nº 141 (BRASIL, 2012a), procedeu-se tal regulamentação. Dentre outras coisas, esta lei estabeleceu critérios para a definição dos gastos com ações e serviços públicos de saúde. Estabeleceu também os valores mínimos a serem aplicados anualmente pelos três entes federativos com estas ações e serviços. A União deverá aplicar o valor gasto no ano anterior acrescido da variação do produto interno bruto do país (PIB), sendo que este não poderá ser diminuído, ainda que o PIB tenha uma variação negativa. Os estados deverão aplicar 12% de suas receitas, enquanto os municípios deverão aplicar 15%. Ela estabelece ainda os critérios para a transferência dos recursos destinados à saúde entre os três entes federativos. Ainda é cedo para que os efeitos da lei complementar nº 141 possam ser avaliados com precisão. Certamente existirão divergências quanto aos patamares e às regras de investimento assentadas. Entretanto, ainda que seu conteúdo possa ser discutível, ela seguramente representa mais um movimento no sentido da consolidação do SUS.

Em seguida à aprovação da Emenda Constitucional 29, os eventos de maior destaque na história da política de saúde da família brasileira ocorreriam em 2006. Em fevereiro foi publicado o Pacto pela Saúde 2006 (BRASIL, 2006a). O documento intencionava dar prosseguimento ao processo de fortalecimento e de organização do SUS. É composto pelo conjunto de três “pactos”: pela vida, em defesa do SUS e de gestão do SUS. De acordo com a linha ordinária seguida pelo MS, ele não objetivava uma ruptura ou reformulação para com o que já estava estabelecido pela Constituição e pelas leis 8.080 e 8.142, mas um reforço de seus princípios através de novos meios. Procurava ao mesmo tempo organizar e fortalecer questões que persistiram controversas nos anos anteriores à sua publicação, tais como a descentralização, o financiamento compartilhado pelas três esferas de gestão e a participação popular. É sobremaneira interessante perceber a tentativa de conceder maior solidez ao SUS ao caracterizá-lo como uma “política de Estado mais do que [como uma] política de governos” (BRASIL, 2006a). Acerca da política de saúde da família, o documento apontou-a como mecanismo de efetuação da atenção básica (ou primária) à saúde, e como eixo estruturador do SUS. Além disso, procurou diminuir a percepção de que ela seria transitória, mudando sua caracterização de “programa” para “estratégia”. Ademais, o documento aponta também que se nos pequenos e médios municípios estaria em questão a “consolidação” da política de saúde da família, nos grandes tratava-se de “ampliá-la”. Nesse período a política de saúde da família brasileira encontrava-se numa posição de maior afirmação em comparação àquela que possuía na década de 1990. Nesse sentido, no que

tange ao seu desenvolvimento tratava-se especialmente, como o Pacto pela Saúde permite comprovar, de reforçar seus mecanismos operacionais, e menos de gerar consenso acerca de seus princípios conceituais.

Em março do mesmo ano o MS, através da publicação da portaria nº 648 (BRASIL, 2006b), institui a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que reafirmou o caráter prioritário da política de saúde da família no âmbito da saúde pública brasileira. Nos meses finais de 2010 e iniciais de 2011, quando realizei o trabalho de campo nos Centros de Saúde de Belo Horizonte, era este o principal documento regulador da política de saúde da família. Em outubro de 2011 foi publicada uma nova portaria pelo MS, que substituiu o lugar até então ocupado pela nº 648 (BRASIL, 2011). Tal fato é mais uma demonstração do dinamismo e das constantes transformações que permeiam o SUS e a política de saúde da família brasileira. Sendo assim, apesar de no presente ela não mais se fazer o instrumento regulador da política de saúde da família brasileira, uma vez que estava vigente à época da pesquisa em Belo Horizonte, faz-se necessário observar com mais detalhes alguns de seus aspectos centrais.

Em sua versão de 2006, a PNAB, assim como as publicações anteriores do MS dedicadas ao tema da atenção básica, continuava adotando o ideal de atenção primária à saúde como sua orientação principal, e a política de saúde da família como sua principal ferramenta de realização. Os princípios doutrinários e organizacionais do SUS eram assumidos como parâmetros gerais a partir dos quais os objetivos específicos da atenção básica seriam buscados. A política de saúde da família viria substituir as demais ações já existentes no âmbito da atenção primária à saúde, e esta, de um ponto de vista mais geral, reorganizaria o sistema de serviços públicos de saúde. O documento também dá continuidade às discussões acerca da descentralização e da relação entre as instâncias federativas do país, reforçando a proposta de que a execução das ações constituiria uma responsabilidade, sobretudo, dos municípios.

Do ponto de vista de sua operacionalidade, a política de saúde da família teria como alguns de seus princípios mais relevantes a territorialização, as abordagens familiar e comunitária, o planejamento de ações com base nas necessidades da população e a participação popular. Sua execução se daria por meio da atuação de equipes multiprofissionais, cada uma delas composta por, no mínimo, uma médica, uma enfermeira, uma auxiliar ou técnica de enfermagem e a quantidade de agentes comunitárias de saúde (ACS) necessárias para o atendimento de toda a população sob sua responsabilidade, sendo que cada ACS trabalharia com o número máximo de 750 pessoas. Cada equipe de saúde da família (EqSF) atenderia um máximo de 4.000 pessoas e poderia contar com até 12 ACS.

Acerca das atribuições das integrantes das EqSF, destacava-se a articulação proposta pelo documento entre a territorialização das intervenções, a abordagem populacional e a responsabilização das profissionais para com os territórios e as populações com os quais trabalhariam. Havia assim certa sobreposição entre território de atuação, população atendida e oferta constante de serviços num período de tempo de longa duração. As pacientes atendidas por uma EqSF seriam residentes de uma mesma área geográfica definida que, por conseguinte, circunscreveria o território de atuação desta EqSF.

Por fim, vale enfatizar que, do ponto de vista dos interesses deste trabalho, destacava-se a explicitação da criação de vínculos entre profissionais e pacientes como uma das bases a partir das quais a atenção básica seria concebida. O terceiro dentre os fundamentos da atenção básica é assim apresentado: “desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado” (BRASIL, 2006b).

Neste momento a política de saúde da família já não mais encontrava como principais contraposições certa condição de novidade do emprego dos princípios da atenção primária à saúde num plano nacional, tampouco certa perspectiva segunda a qual ela representaria uma possibilidade de retrocesso para com os ideais de universalidade e integralidade contidos no SUS. Seu maior desafio consistia em buscar condições de viabilidade para o alcance de seu objetivo de transformar a lógica do sistema de saúde como um todo. Em cada município ela vem encontrando contextos específicos de execução e passando por processos contínuos de reajustamento. Em cada local tais questões mais gerais se traduzem em controvérsias mais práticas em torno de, por exemplo, quais são as atribuições de cada profissional, como será dividido o território, como as equipes serão compostas, quais serão suas prioridades, quais relações as instituições manterão entre si etc.

Até o momento não há consenso entre gestores, profissionais e estudiosos acerca dos limites e possibilidades da política de saúde da família em modificar o sistema assistencial em saúde existente no Brasil. Estritamente do ponto de vista programático, não há dúvidas de que ela implica nessa modificação (VIANA & DAL POZ, 1998; MERCADANTE, 2002; CONASS, 2007:19; SOUSA, 2007:52). Entretanto, do ponto de vista pragmático, sabe-se que, até o presente, tal meta não foi atingida, mesmo que esforços diversos tenham sido feitos no sentido de alcançá-la. Se ela não trouxe uma inovação conceitual radical, estando inserida no horizonte das propostas de atenção primária à saúde, talvez a alteração promovida por ela para com a correlação de forças entre os modelos de saúde pública existentes no país tenha sido sua principal inovação histórica.

A história da saúde pública no Brasil é deveras mais intrincada, envolvendo embates entre inúmeros atores situados em momentos distintos do tempo, com múltiplas situações relativas do “Estado” e da sociedade, além de envolver a presença ora mais ou menos

importante de instituições públicas, organizações privadas e agências internacionais (GERSCHMAN & SANTOS, 2006). Estes atores competiram com base em seus diferentes interesses, projetos e perspectivas, mas também a partir dos contextos institucionais conformados pelos embates anteriores (COELHO, 1998). Neste campo de lutas, o SUS representa um marco histórico de uma vitória relativa dos pleitos do movimento da Reforma Sanitária. Esta vitória foi possível no interior do contexto de redemocratização do país. Ao mesmo tempo em que contribuiu para esta redemocratização, se valeu dela para ser lograda. Associadamente, a política de saúde da família se fez um dos principais mecanismos de concretização dos princípios contidos no movimento da Reforma Sanitária e no SUS. Na medida em que a democracia se consolidava no país, trazendo consigo seus fundamentos e consequências ideológicos e políticos, a política de saúde da família se afirmava como instrumento de estruturação das relações entre “Estado” e população advindos destes mesmos fundamentos e consequências.

13. As legislações e os modelos

As políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil ocupam posições centrais nos campos das saúdes públicas dos dois países. Se em Cuba está atrelada aos ideais da revolução, no Brasil se conecta com os ideais da democracia. Em ambos os países constituem as ferramentas principais para a execução de princípios associados à concepção de atenção primária à saúde. Em ambos os países se relacionaram historicamente com processos políticos que transcendiam o âmbito estrito da saúde pública. Porém, embora possuam fios condutores que indiquem certa continuidade em suas construções ao longo do tempo, passaram por transformações durante suas existências. Documentos reguladores se substituíram com o passar dos anos, redefinindo, por exemplo, suas formas de financiamento, suas definições acerca das funções de cada profissional, as organizações de suas instituições etc. Acrescente-se a isso as especificidades locais, que produzem variações dentro dos parâmetros nacionais. E nada sugere que novas alterações não surgirão num futuro próximo. Nesse sentido, quaisquer tentativas de caracterizá-las do ponto de vista de seus modelos inevitavelmente são, em alguma medida, circunstanciais. Além disso, descrições completas destes modelos são praticamente inviáveis, dadas as vastidões dos mesmos e a quantidade de minúcias que acarretam. Em decorrência disso, para apresentá-los faz-se necessário, portanto, algum nível de síntese.

Reconhecendo estes limites, serão expostas a seguir, de forma resumida, as legislações fundamentais de Cuba e do Brasil referentes ao tema da saúde e, a partir de seus documentos organizadores principais, os aspectos mais importantes que caracterizam os modelos de suas políticas de saúde da família. Para tanto, tais textos foram dispostos em

três níveis, de acordo com os patamares que ocupam nos sistemas reguladores das duas políticas, conforme explicita a Tabela 3, abaixo. A escolha dos textos discutidos, bem como suas recopilações, foram guiadas pela tentativa arbitrária de tornar esta apresentação tanto abrangente quanto sintética. Como cada um destes documentos foi produzido num contexto específico e possui seus próprios objetivos, a forma como estão aqui organizados não mantém uma correspondência exata com seus conteúdos. Por isso a divisão deles em três níveis faz-se tão somente um esquema inicial. Seus conteúdos, seus temas abordados, as consequências de suas formulações etc. não se adequam perfeitamente ao modo como aqui estão dispostos.

No primeiro nível estão os artigos das Constituições dos dois países que tratam mais diretamente do tema da saúde. No segundo nível estão as legislações e documentos mais importantes que regulam as políticas de saúde dos dois países. Ressalte-se que o documento “Lineamentos da Política Econômica e Social do Partido e a Revolução”, aprovado no VI Congresso do Partido Comunista de Cuba, foi inserido devido à sua atualidade e relevância do ponto de vista da definição das trajetórias a serem assumidas pelas políticas de saúde no país. Por fim, no terceiro nível encontram-se os textos que mais exatamente definem os modelos das políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil.

Tabela 3: Principais legislações e documentos reguladores das políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil

Nível	Brasil	Cuba
1	- Artigos 196 a 200 da Constituição da República Federativa do Brasil	- Artigos 9, 43 e 50 da Constituição da República de Cuba
2	- Lei federal nº 8.080/1990 (Regulamenta o SUS no Brasil) - Lei federal nº 8.142/1990 (Participação da comunidade e transferências intergovernamentais de recursos)	- Lei nº 41/1983 (Lei de Saúde Pública) - Decreto nº 139/1988 do Conselho de Ministros (Regulamenta a Lei de Saúde Pública) - Lineamentos da Política Econômica e Social do Partido e a Revolução / 2011
3	- Portaria GM/MS nº 2.488/2011 (Política Nacional de Atenção Básica)	- Programa do Médico e Enfermeira da Família (documento regulador de 2011)

Para que se possa consultar o conteúdo original destes textos, ao final deste item disponibilizo, enquanto anexos, excertos deles extraídos. Uma vez que a maioria destas legislações e documentos é bastante extensa, não seria possível transcrevê-los ou discuti-los por completo. Por outro lado, entendo que a reprodução de seus conteúdos pode ser bastante útil enquanto referências ao leitor – especialmente no que tange aos textos

cubanos, que são de mais difícil acesso. Por isso opto tanto por analisar quanto por transcrever apenas aqueles trechos que avalio como mais relevantes e/ou que se relacionam mais intimamente com o tema deste trabalho.

Com relação ao primeiro nível apontado pela Tabela 3, acima, tem-se que a Constituição brasileira de 1988 dedica – em seu Título VIII (Da ordem social), capítulo II (Da seguridade social), Seção II (Da saúde) – os artigos 196 a 200 para um tratamento mais específico do tema da saúde²¹. Por seu turno, a Constituição cubana de 2002 não dedica um segmento específico ao tema da saúde, estando ele referido em trechos dispersos pelo texto²². Sendo assim, os artigos que o abordam mais de perto são os de número 9 (Capítulo I – Fundamentos políticos, sociais e econômicos do Estado), 43 (Capítulo VI – Igualdade) e 50 (Capítulo VII – Direitos, deveres e garantias fundamentais)²³.

Ao compararmos estes fragmentos das duas Constituições podemos perceber algumas similaridades e uma diferença importante. Em ambas encontramos a saúde sendo definida como um direito dos cidadãos e uma responsabilidade do “Estado”. Além disso, as noções de igualdade e de universalidade são assumidas pelas duas Constituições – conquanto de forma nominalmente direta na brasileira, e indireta na cubana. Ademais, ambas apontam para o caráter sistemático e integrado dos serviços que tratarão de satisfazer o direito à saúde. Por fim, tanto em uma quanto na outra encontramos referência à participação popular como instrumento para a organização e execução das ações decorrentes de seus textos. Contudo, a principal diferença entre seus textos é a abertura para a iniciativa privada dada pela Constituição brasileira, algo não apresentado pela Constituição cubana.

A Constituição de Cuba também explicita como o direito à saúde está diretamente ligado à forma como o “Estado” cubano é ideologicamente concebido, a partir do fato da revolução. O “Estado” revolucionário não deixaria ninguém desamparado, e cumpriria a função de atender todas as necessidades básicas da população. Embora não esteja apresentado de maneira tão clara, algo semelhante ocorre com a Constituição do Brasil. O direito à saúde se relaciona à forma como o “Estado” brasileiro é ideologicamente concebido, a partir do fato da democracia. O “Estado” democrático ampliaria a cidadania, tratando a todos como iguais e organizando os meios para que obtenham condições de suprir suas necessidades básicas.

Com relação ao segundo nível apontado pela Tabela 3, acima, tem-se que, no Brasil, o SUS foi regulamentado pelas leis nº 8.080 e nº 8.142 que, em conjunto, formam a Lei

²¹ Ver excerto A, pág. 75.

²² A Constituição de 2002 não é exatamente inédita, mas apenas uma dentre as reformas pelas quais passou a Constituição promulgada em 1976. Aquela não alterou o sentido do que estava estabelecido com relação ao tema da saúde no texto da década de 1970.

²³ Ver excerto B, pág. 75.

Orgânica da Saúde. A lei nº 8.080 é bastante vasta, abrangendo diversos aspectos relacionados ao SUS²⁴. Ela reafirma o que a Constituição já havia estabelecido no que tange à saúde como direito dos cidadãos e dever do Estado, além da possibilidade da iniciativa privada participar do sistema de forma “suplementar”. A partir dela convencionou-se afirmar que o SUS possuiria quatro “princípios doutrinários”, a saber: universalidade, integralidade, equidade e participação popular. É interessante observar que, embora a lei se refira à “igualdade”, documentos posteriores do MS e textos acadêmicos passaram a privilegiar o uso do termo “equidade”, demonstrando a contextualidade histórica das noções que orientam de forma mais ampla o sistema de saúde brasileiro. No começo da década de 1990 estava em questão a consolidação da noção de igualdade trazida pela Constituição recém-promulgada. Posteriormente, quando o enfrentamento das diferenças sociais existentes no país se transforma em desafio para a ampliação das ações do SUS, a noção de equidade passa a possuir maior sentido diante deste novo contexto. Além destes “princípios doutrinários”, convencionou-se afirmar que o SUS possuiria os seguintes “princípios organizacionais”: descentralização, regionalização e hierarquização.

Já a lei nº 8.142, também de 1990, muito mais sintética, viria complementar a lei nº 8.080²⁵. Ela trata especificamente dos temas da participação popular no SUS e de seu financiamento. Instituiu as conferências e os conselhos de saúde nas três esferas de governo, concedendo-lhes posição de relevância no funcionamento do sistema. Ambos se tornaram estáveis, e os conselhos de saúde se fizeram instâncias deliberativas. Além disso, esta lei iniciou um processo, ainda hoje em desenvolvimento, de regulação das transferências de recursos entre os fundos nacional, estaduais e municipais de saúde.

Por seu turno, em Cuba, o documento que regula o que a Constituição estabelece com relação ao tema da saúde é a lei nº 41, de 1983²⁶. Sua leitura permite perceber claramente como a questão da saúde é reportada a espaços outros, numa tentativa de estabelecer o caráter social do sistema e de suas problemáticas. Isso não é feito sem que a primazia das responsabilidades do “Estado” seja reiterada, com base na ideologia socialista que o fundamenta. Nesse sentido, ao contrário do que acontece com a lei nº 8.080 no Brasil, não há qualquer referência à participação da iniciativa privada. Além disso, através da lei nº 41 o sistema de saúde cubano é apresentado como possuindo um caráter integrado e sistemático. Ademais, nela a atenção primária à saúde é apontada como estratégia privilegiada, por meio da definição das Policlínicas como unidades fundamentais da prestação dos serviços de saúde.

²⁴ Ver excerto C, pág. 76.

²⁵ Ver excerto D, pág. 77.

²⁶ Ver excerto E, pág. 77.

Cinco anos depois foi publicado pelo Conselho de Ministros de Cuba o Decreto nº 139, que regulamentaria a lei nº 41²⁷. O documento é bastante amplo, tratando de temas muito diversos. Quando de sua publicação, a política de saúde da família já se encontrava bem estabelecida no país. De modo que a observação de seus artigos dedicados mais especificamente a este tema permite perceber que, com relação à política de saúde da família, tratava-se de dar maior atenção aos seus aspectos organizacionais e de discutir seus mecanismos de intervenção. Além disso, o documento estabelece a vinculação do sistema de saúde com as organizações sociais do país. Tal como ocorre com o sistema brasileiro, ele define a organização regionalizada, por níveis de complexidade crescente, do sistema de saúde cubano. Merece observação também que o decreto destaca que as atividades das médicas de família devem ser realizadas diretamente nos locais onde vivem as populações por elas atendidas.

Mais recentemente, em 2011, o VI Congresso do Partido Comunista de Cuba definiu os “Lineamentos da Política Econômica e Social do Partido e a Revolução”²⁸. Dada a função que o Partido desempenha na política nacional de Cuba, o documento tem alta relevância do ponto de vista da definição dos rumos a serem assumidos pelo “Estado” nos próximos anos. Seu sentido principal é o de definir novos parâmetros econômicos para o país, com o objetivo final de preservar as conquistas sociais alcançadas com o socialismo desde 1959. Para isso, busca especialmente estabelecer mecanismos que possibilitem uma elevação da eficiência do sistema econômico cubano. De uma forma geral os Lineamentos indicam a manutenção das políticas sociais já em funcionamento em Cuba. Nesse sentido, não sugere transformações nas políticas de saúde, mas apenas seus aperfeiçoamentos. Parte deste processo consistiria na redução dos gastos desnecessários e na otimização do uso daqueles implementados, algo que tem impactado de forma importante a vida dos cubanos atualmente. Sendo assim, estaria em questão a preservação da lógica das políticas de saúde, com seus melhoramentos por outros meios.

Por fim, com relação ao terceiro nível apontado pela Tabela 3, acima, a política de saúde da família brasileira tem sua atual formatação dada principalmente pela portaria do MS nº 2.488 (BRASIL, 2011)²⁹. Ela consiste numa atualização da PNAB, anteriormente estabelecida no ano de 2006. Tendo em vista o grau de consolidação política e conceitual que o ideal de atenção primária à saúde alcançou no país, esta nova versão da PNAB vem reafirmar sua centralidade na saúde pública do país e sua condição de principal estratégia para a organização do sistema público de saúde como um todo³⁰. Avalio que seu sentido

²⁷ Ver excerto F, pág. 78.

²⁸ Ver excerto G, pág. 79.

²⁹ Ver excerto H, pág. 79.

³⁰ Este item é dedicado a uma comparação entre as principais e mais atuais legislações e documentos relativos às políticas de saúde da família do Brasil e de Cuba. Como pano de fundo, busco aqui explorar a relação que

fundamental não consiste numa transformação dos princípios da política de saúde da família brasileira definidos até então, mas numa busca de novas condições que permitam sua consolidação e expansão no país.

No que tange aos embates conceituais que atravessam a história da política de saúde da família no Brasil, é interessante observar que se no passado o MS optou por adotar a expressão “atenção básica” em substituição à de “atenção primária”³¹, com as mudanças de contexto advindas mais recentemente, a portaria nº 2.488 vem reconhecer explicitamente a equivalência entre estas expressões. Tal fato indica a consolidação conceitual que o ideal de atenção primária à saúde vem adquirindo ao longo do tempo. Parece agora não ser tão importante explicitar sua especificidade no país e dissociá-la de outras noções que poderiam enfraquecer sua afirmação. Por outro lado, a observação do conteúdo deste documento sugere que a viabilização da ampla execução da política de saúde da família continua a constituir um campo de disputas que, portanto, carece de ajustes.

O texto reitera a necessidade das três esferas de governo atuarem na direção da reorientação do modelo de atenção à saúde existente no país, demonstrando que este é um processo ainda em operação. Neste âmbito, a “saúde da família” é mais uma vez afirmada como “estratégia prioritária” da PNAB, cabendo à União, aos estados e aos municípios apoiarem a implantação da política de saúde da família. O financiamento das ações caberia a estas três instâncias. Já os planos federal e estadual compartilhariam tarefas mais relacionadas à orientação, normatização e fiscalização, enquanto aos municípios competiria a organização e a execução dos serviços³². Tais aspectos não constituem inovações ou aperfeiçoamentos apresentados pela portaria nº 2.488, mas reafirmações de disposições já definidas pelas regulações que a precederam. Noutra sentida, em comparação com a versão de 2006 da PNAB, percebe-se uma flexibilização maior quanto aos instrumentos de implantação da política de saúde da família, com uma maior atenção quanto às especificidades locais. Isso pode ser percebido através do estabelecimento de maiores variações quanto aos formatos das equipes que executam a política. O documento, por exemplo, regula a existência de “equipes do consultório na rua”, de “equipes de saúde da família ribeirinhas”, de “equipes de saúde da família fluviais”, estabelece múltiplas organizações para com as cargas horárias de trabalho das médicas e diversifica mais a composição das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Ou seja, nota-se

estes textos mantêm para com a associação entre as políticas de saúde da família de ambos os países e os ideias de democracia e de revolução. Além disso, há que se considerar que, como anunciado anteriormente, ao longo deste trabalho não almejo empreender uma análise direta das distâncias entre as definições contidas nos modelos das políticas de saúde da família e o que pude observar nos trabalhos de campo. Por isso discuto neste item a portaria nº 2.488 do MS, ainda que ela não estivesse vigente quando da realização do trabalho de campo em Belo Horizonte. Nos próximos capítulos, quando a relação entre as observações de campo e o modelo da política de saúde da família brasileira for considerada, ponderarei a vigência, à época, da portaria nº 648 do MS.

³¹ Ver item 8, pág. 43.

³² Para uma reflexão sobre esta divisão de tarefas, ver Goulart (2004:136).

assim uma progressiva perda de importância da necessidade de afirmá-la conceitualmente, e uma progressiva tentativa de ajuste dos mecanismos que possibilitam sua execução, dados os distintos contextos nos quais ela é efetivada.

Quanto a alguns dos parâmetros mais gerais que a ideia de atenção primária à saúde assumiu no Brasil, o documento ratifica a noção de que as EqSF devem se responsabilizar pelas condições de saúde das populações residentes em seus territórios de atuação. Suas ações seriam organizadas de acordo com as necessidades destas populações. Nesse âmbito, nota-se o destaque dado ao objetivo de que as ações levadas a cabo pela política de saúde da família sejam, tanto quanto possível, descentralizadas e capilarizadas. Para tanto, a noção de vínculo persiste como um dos princípios da proposta de atenção básica. À noção de vínculo continuam a ser associadas as de responsabilização, acolhimento, continuidade e longitudinalidade. Além disso, é importante observar também que, através deste contato próximo com as pacientes, o documento indica que devem ser desenvolvidas “ações educativas” que possam “interferir no processo de saúde-doença da população”.

Um dos principais instrumentos para que as ações das EqSF sejam capilarizadas, mas também para que elas identifiquem as condições de saúde específicas das populações com as quais trabalham, são as visitas domiciliares realizadas pelas profissionais. Sendo assim, é interessante notar que, em torno de suas motivações e condições de realização, a portaria nº 2.488 é mais específica do que a versão anterior da PNAB. Ela define que as visitas domiciliares deverão ser dirigidas basicamente às pacientes que possuam dificuldades para se dirigirem até as instituições, ou que estejam impossibilitadas de fazê-lo.

Com relação à composição das EqSF prossegue a adoção do preceito de trabalho conjunto entre profissionais de diferentes formações. É definido que cada EqSF será composta por, no mínimo, uma médica, uma enfermeira, uma auxiliar ou técnica de enfermagem e pela quantidade de ACS necessária à cobertura da totalidade da população atendida por ela. Cada ACS deve ser responsável por um máximo de 750 pessoas, sendo que não pode haver mais do que 12 ACS por EqSF. Nota-se ainda uma proposta de maior integração das profissionais de saúde bucal às EqSF, que passam a ser delas integrantes.

Nos grandes centros urbanos – como é o caso, por exemplo, de Belo Horizonte – a portaria nº 2.488 recomenda que as instituições atendam um máximo de 12 mil habitantes. Por sua vez, o número de pacientes sob responsabilidade das EqSF deve considerar as condições de saúde das populações residentes nos seus territórios de atuação. Mas este número não poderá ultrapassar o de 4.000 pessoas, sendo sugerido uma média de 3.000 pacientes por EqSF.

Por seu turno, o mais recente documento regulador da política de saúde da família cubana foi divulgado em 2011 pelo MINSAP³³. Inicialmente, é interessante observar que se no Brasil o MS procurou caracterizar a política de saúde da família enquanto uma *estratégia*, em substituição à ideia de *programa*, entendendo que esta lhe concederia certo caráter transitório, em Cuba seu documento orientador procurou justamente reforçar a caracterização da política de saúde da família do país enquanto um *programa*, destacando com isso seu aspecto organizador e integrador. Daí a política de saúde da família cubana ter recebido o nome de “Programa do Médico e Enfermeira da Família”. Isso demonstra que tais conceitos não possuem significados transcendentais, sendo eles dados em função dos contextos nos quais são utilizados.

Com relação aos seus objetivos, limites geográficos e universo populacional de atuação, a política de saúde da família de Cuba é, comparativamente ao que ocorre no Brasil, diferentemente anunciada. Seu documento regulador define explicitamente que ela é concebida para atuar em todo o país e para atender toda a sua população. Enquanto no Brasil estas são metas a serem alcançadas, em Cuba elas já se fazem características de sua política, compondo parte de seu modelo.

No que tange aos seus aspectos organizacionais, constata-se que, assim como no Brasil, a política de saúde da família de Cuba está formatada para ser executada através de equipes multidisciplinares. No entanto, em Cuba elas seriam compostas apenas por médicas e enfermeiras. Cada dupla formada por uma médica e uma enfermeira comporia uma Equipe Básica de Saúde (EBS), vinculada a um consultório. Um conjunto de consultórios, em número que não poderia exceder 20, estaria vinculado a uma Policlínica. As médicas e enfermeiras receberiam apoio de outras profissionais ligadas à Policlínica. Em conjunto, todas estas comporiam Grupos Básicos de Trabalho (GBT). Ademais, enquanto as EqSF brasileiras atenderiam um máximo de 4.000 pessoas, cada consultório cubano atenderia um máximo de 1.500 pessoas. De forma similar ao que ocorre no Brasil, as integrantes das EBS seriam responsáveis pelas condições de saúde das populações residentes em seus territórios de atuação.

É curioso notar que embora as políticas cubana e brasileira tenham a abordagem familiar como instrumentos centrais em suas definições conceituais, os limites para a atuação das EqSF e das EBS são definidos por meio de certas quantidades de indivíduos e não de famílias. Ressalte-se que, comparativamente com o Brasil, o número mais reduzido de pacientes por cada médica atuante na política de saúde da família de Cuba provavelmente seja possível por três razões: o lugar social ocupado por esta profissional no conjunto da sociedade é diferente, não existe um sistema privado que compita com o

³³ Ver excerto I, pág. 82.

público, aumentando a disponibilidade delas para a execução da política, mas também porque a relação entre a quantidade de médicas existentes no país por habitante é menor³⁴.

Por outro lado, na definição dos aspectos organizacionais da política de saúde da família cubana, o documento aponta dois elementos inexistentes na portaria nº 2.488 do MS. Primeiro, afirma-se que o consultório deve ser o local mais limpo e organizado da comunidade, em associação com a ideia de que as profissionais devem constituir exemplos para suas pacientes. Isso indica a maior relevância social alcançada pela política de saúde da família em Cuba, comparativamente com o que ocorre no Brasil. Além disso, aponta mais fortemente sua função de intervenção em aspectos que transcendem o campo específico da saúde. Segundo, há a indicação de que, sempre que possível, as integrantes das EBS devem viver nas mesmas edificações onde estão situados os consultórios nos quais trabalham. Isso indica tanto uma tentativa de vinculá-las mais às populações atendidas, quanto o fato de que os lugares sociais ocupados pelas profissionais na sociedade cubana não são distintos daqueles ocupados por suas pacientes, algo que não acontece no Brasil.

Com relação às ações efetuadas nos consultórios nota-se que a atenção integral e a promoção da saúde são objetivos definidos para com o trabalho das EBS, em sintonia com o ideal de atenção primária à saúde. Além disso, enquanto parte importante das atividades realizadas, as visitas domiciliares são hierarquizadas de acordo com os patamares de prioridade a elas atribuídos, algo que, como assinalado anteriormente, recebeu uma regulação similar apenas na recente versão da PNAB. Outro aspecto sobre o qual o documento regulador cubano é mais detalhado do que o brasileiro diz respeito à avaliação que as EBS empreenderiam acerca das famílias. Elas seriam avaliadas não apenas no que tange às condições de saúde de seus membros, mas também com relação às suas “condições materiais de vida” e aos seus “funcionamentos familiares”. Esse escopo de intervenção mais ampliado está relacionado à intenção da política de saúde da família cubana em atuar não somente na eliminação de enfermidades, mas também na transformação das condições sociais das populações atendidas. De uma forma geral, este é um objetivo compartilhado pelas políticas de Cuba e do Brasil. Entretanto, no caso da cubana parece ser mais explícito e possuir maior peso diante de suas outras metas. É imperativo ter em vista que, num certo sentido, a forte correlação entre, por um lado, os serviços de saúde e, por outro, as ações que visam transformar as condições sociais e econômicas da população, comunga de uma perspectiva que atravessa todo o ideário da revolução cubana (FEINSILVER, 2010:25).

³⁴ Apenas para que se tenha uma ideia desta diferença, note-se que, em 1996, Eisen afirmou que em Cuba esta relação seria de 1 médico para cada 214 habitantes, enquanto, por sua vez, atualmente no Brasil há aproximadamente 1 médico para cada 1.400 habitantes.

Vale destacar ainda que, para o alcance de seus objetivos, de forma similar ao que ocorre no Brasil, a política de saúde da família cubana tem como uma de suas ferramentas o desenvolvimento de conhecimentos acerca das populações atendidas. Em Cuba estes conhecimentos seriam obtidos, sobretudo, por meio das “Análises da Situação de Saúde” (ASS). Estas teriam por finalidade caracterizar as populações não apenas no que tange às questões de saúde em sentido estrito, mas também com relação a aspectos psicológicos, econômicos, culturais etc. Em tese, as ASS seriam realizadas ao menos uma vez por ano, com a participação da comunidade.

A leitura destes documentos que definem os modelos das políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil permite observar, por conseguinte, que desde o ponto de vista formal elas são bastante similares. Enquanto executoras do ideal de atenção primária à saúde e principais organizadoras dos sistemas públicos de saúde nos quais estão inseridos, elas desempenham funções semelhantes nos dois países. No entanto, estes modelos encontram formas bastante diferentes de efetivação em Cuba e no Brasil. A análise dos processos por meio dos quais isso se dá será a preocupação principal dos próximos capítulos deste trabalho.

Por outro lado, ao longo deste capítulo tentei demonstrar que, ao analisarmos as constituições históricas das políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil, podemos perceber que elas foram construídas através de associações importantes com os modos como os “Estados” cubano e brasileiro foram ideologicamente erigidos a partir, respectivamente, da revolução iniciada em 1959 e da democracia iniciada em 1988. Em cada um dos dois países os sentidos sociais da política de saúde da família e do “Estado” se fizeram afins e se reforçaram mutuamente. Por isso políticas programaticamente tão semelhantes puderam ser implantadas com relativo sucesso em realidades sociais tão distintas. Por diferentes vias em cada um dos dois contextos, seus parâmetros conceituais mais amplos foram integrados a esquemas ideológicos nos quais a produção da vida se fez característica e razão de ser do “Estado”.

Desde seus primórdios a revolução cubana esteve relacionada à noção de atenção à saúde. Torre Montejo (2005:43) assinala que, mesmo durante os anos de luta armada que culminaram na revolução de 1959, a prestação de serviços de saúde de caráter primário às populações camponesas pelo exército rebelde já era encarada como uma ação revolucionária. E nos anos que se seguiram ao triunfo da revolução as preocupações e ações do novo governo para com as condições de saúde populacionais se relacionaram intimamente à sua manutenção e à concretização dos ideais que o fundamentavam (FEINSILVER, 2010:25; OCHOA, 2010). Como assinala Salabarría (2010), citando um ex-ministro da saúde de Cuba, “la Salud Pública en Cuba [...] no es un simple servicio administrativo del gobierno, sino la esencia de la ideología de la Revolución”. O autor

acrescenta ainda que, “por tanto, podemos afirmar que la salud pública no forma parte de la obra de la Revolución, sino que es parte de la Revolución misma”. Seguindo esta mesma linha de pensamento, Morales (2010) afirma que “el modelo El Médico y la Enfermera de la Familia surgió como continuidad histórica y por voluntad política. Por lo que defenderlo y perfeccionarlo es defender la Revolución Cubana que no es teoría, sino hechos y realidades”.

De forma semelhante, no Brasil há, desde antes de 1988, uma associação entre a oferta de serviços de saúde por parte do “Estado” e o ideal de democracia. Associação que fez parte dos instrumentos de luta do movimento da Reforma Sanitária, que se explicitou no texto da Constituição de 1988 e que acompanhou a trajetória histórica do SUS desde então. Ao longo dos anos a defesa dos princípios do SUS se misturou com a defesa dos princípios da democracia brasileira. Apenas como exemplo dessa amalgamação, poderíamos citar o conteúdo da “Carta da 14ª Conferência Nacional de Saúde à Sociedade Brasileira”, aprovada na XIV Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no final de 2011. Nela podemos encontrar tal associação claramente explicitada:

O SUS, como previsto na Constituição e na legislação vigente é um modelo de reforma democrática do Estado brasileiro. É necessário transformarmos o SUS previsto na Constituição em um SUS real.

[...]

A valorização do trabalho, a redistribuição da renda e a consolidação da democracia caminham em consonância com este projeto de desenvolvimento, garantindo os direitos constitucionais à alimentação adequada, ao emprego, à moradia, à educação, ao acesso à terra, ao saneamento, ao esporte e lazer, à cultura, à segurança pública, à segurança alimentar e nutricional integradas às políticas de saúde (BRASIL, 2012b:84-5).

Todavia, para com o argumento proposto neste capítulo são necessárias algumas considerações. Primeiro, é imperativo assinalar que não advogo aqui a ideia de que as políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil foram criadas e desenvolvidas com o objetivo direto de preservar e/ou consolidar a revolução e a democracia. Embora elas tenham resultado em tais efeitos, isso não se deu a partir de um interesse prévio, instrumentalista e exterior aos sujeitos, instituições e ideais que delas participam. Segundo, faz-se importante elucidar que não almejo oferecer alguma espécie de avaliação moral para com as relações que estas políticas estabeleceram com os percursos históricos trilhados pelos “Estados” de ambos os países.

Finalmente, ressalvo também que tampouco desejo sugerir qualquer transcendência para com essa afinidade. Se as políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil estão fortemente relacionadas à revolução cubana e à democracia brasileira, isso não significa necessariamente que algo similar aconteça nos demais países que possuem políticas semelhantes. Tal tipo de associação decorre de processos sócio-históricos específicos dos dois países, e não de algum tipo transcendente de vinculação entre modelos de “Estado” e

de política de saúde da família. Da mesma forma, tal associação não advém de aspectos transcendentais definidores de ideais de democracia e de revolução. Embora seja possível apontar elementos fundamentais que definiriam o significado de tais termos, a rigor eles se apresentam com formatos diferentes em cada circunstância social, política e histórica. Sendo assim, a democracia brasileira possui características próprias, tal como ocorre com a revolução cubana. Apenas no interior destes limites as políticas de saúde da família participaram do processo de construção ideológica que definiu as relações entre os “Estados” e as populações de Cuba e do Brasil.

Anexo ao item 13: excertos de alguns documentos

Para fins de consulta, transcrevo abaixo excertos dos principais documentos e legislações referentes às políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil.

Excerto A: Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (BRASIL, 1988)

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

[...]

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

[...]

Excerto B: Constituição da República de Cuba de 2002 (CUBA, 2002)

Art 9. El Estado:

[...]

b) como poder del pueblo, en servicio del propio pueblo, garantiza

[...]

- que no haya enfermo que no tenga atención médica;

[...]

Art. 43. El Estado consagra el derecho conquistado por la Revolución de que los ciudadanos, sin distinción de raza, color de la piel, sexo, creencias religiosas, origen nacional y cualquier otra lesiva a dignidad humana:

[...]

- reciben asistencia en todas las instituciones de salud;

[...]

Art. 50. Todos tienen derecho a que se atienda y proteja su salud. El Estado garantiza este derecho:

- con la prestación de la asistencia médica y hospitalaria gratuita, mediante la red de instalaciones de servicio médico rural, de los policlínicos, hospitales, centros profilácticos y de tratamiento especializado;

- con la prestación de asistencia estomatológica gratuita;

- con el desarrollo de los planes de divulgación sanitaria y de educación para la salud, exámenes médicos periódicos, vacunación general y otras medidas preventivas de las enfermedades. En estos planes y actividades coopera toda la población a través de las organizaciones de masas y sociales.

[...]

Excerto C: Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL 1990a)

Art. 2. A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1 - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

[...]

Art. 7. As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no Art.198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

[...]

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

[...]

Art. 18. À direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

[...]

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

[...]

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde - SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

[...]

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

[...]

§ 1 - Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

[...]

Excerto D: Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL 1990b)

Art. 1º. O Sistema Único de Saúde - SUS, de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º - A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada 4 (quatro) anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º - O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

[...]

§ 4º - A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

[...]

Art. 2º. Os recursos do Fundo Nacional de Saúde - FNS serão alocados como:

[...]

IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Art. 3º - Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta Lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º - Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo.

[...]

Excerto E: Lei nº 41, de 15 de agosto de 1983 (CUBA, 1983)

POR CUANTO: La protección de la salud como tarea fundamental priorizada por nuestro Estado, llevada a cabo en exclusivo beneficio del pueblo, ha logrado un nivel de desarrollo jamás alcanzado, no sólo en nuestro país, sino en país alguno de América Latina y comparable con algunos indicadores logrados en países desarrollados.

[...]

POR CUANTO: Mejorar el estado de salud de la población es tarea permanente en nuestro país y por ello es necesario ampliar y perfeccionar el Sistema Nacional de Salud.

[...]

Art. 1. La presente Ley establece los principios básicos para la regulación de las relaciones sociales en el campo de la salud pública, con el fin de contribuir a garantizar la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el restablecimiento de la salud, la rehabilitación social de los pacientes y la asistencia social.

Art. 4. La organización de la salud pública y la prestación de los servicios que a ella corresponde en nuestra sociedad socialista se basan en:

[...]

c) el carácter social del ejercicio de la medicina, de acuerdo con los principios de la moral socialista y de la ética médica establecida;

[...]

d) la planificación socialista;

[...]

f) la participación activa y organizada de la población en los planes y actividades de salud pública;

[...]

Art. 13. La atención médica preventivo-curativa a la población se garantiza y se ofrece a través de las instituciones del Sistema Nacional de Salud organizada por niveles de atención, de forma ambulatorio u hospitalaria y de acuerdo con el lugar de residencia, trabajo o estudio y necesidades de la población, según lo establece el Ministerio de Salud Pública. La atención médica de urgencia se realiza por los centros asistenciales en la forma y condiciones que se establece por el Ministerio de Salud Pública.

Art. 31. La atención ambulatoria se brinda en las unidades del Sistema Nacional de Salud creadas para tal fin. El policlínico constituye la unidad fundamental de prestación de servicios de salud, desarrolla actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación para una población determinada, mediante servicios que alcanzan a sanos y enfermos, en el ámbito familiar, laboral, escolar o social en general, al igual que sobre el ambiente dentro del territorio a él asignado en coordinación con la unidad o el Centro Municipal de Higiene y Epidemiología.

Excerto F: Decreto nº 139, de 22 de fevereiro de 1988 (CUBA, 1988)

Art. 17. La atención médica ambulatoria se brindará en consultorios de médicos de la familia, policlínicos, hospitales [...].

Sección Tercera. Del Médico de la familia

Art. 19. El consultorio del médico de la familia será la unidad básica de atención ambulatoria, dependiente de un policlínico u hospital rural, siendo el médico responsable de la atención médica de las familias a él asignadas debiendo realizar un trabajo transformador del estado de salud de la población a través de la dispensarización.

Art. 20. Las actividades del médico de la familia se realizarán directamente en la comunidad donde viva la población por él atendida, ya sea en el consultorio, en los hogares de las familias, zonas rurales, cooperativas agropecuarias, centros de trabajo, escuelas y hogares de ancianos, pudiendo utilizar, además, el policlínico, el hospital o el centro municipal correspondiente de Higiene y Epidemiología y otras unidades del Sistema Nacional de Salud para la realización de procedimientos médicos que requieran sus pacientes.

Art. 21. Con el objetivo de dar continuidad a la atención que brinde a sus pacientes, el médico de la familia los acompaña cuando requieran la atención de un especialista, a fin de decidir junto con éste la conducta a seguir, y cuando sean hospitalizados, los visitará y mantendrá contactos periódicos con los médicos de asistencia, con el objetivo de conocer su evolución, pronóstico y atención que deberá tener después del alta.

Art. 22. El médico de la familia se subordinará y estará bajo el control del policlínico u hospital del territorio donde se encuentre ubicado, del cual recibirá apoyo para el desempeño de sus funciones.

Art. 113. Los miembros de los equipos de salud que presten atención médica preventivo-curativas estarán el la obligación, durante el desarrollo de sus funciones, de realizar actividades de educación para la salud en forma individual o colectiva, según la metodología aprobada por el Ministerio de Salud Pública, en cada uno de sus planes y programas de salud, con el fin de contribuir al proceso de formación de la conciencia sanitaria de la población.

Excerto G: Lineamentos da Política Econômica e Social do Partido e a Revolução, de 2011 (CUBA, 2011a)

VI Política Social – Lineamientos Generales.

140. Continuar preservando las conquistas de la Revolución, tales como el acceso a la atención médica, la educación, la cultura, el deporte, la recreación, la tranquilidad ciudadana, la seguridad social y la protección mediante la asistencia social a las personas que lo necesiten.

143. Dar continuidad al perfeccionamiento de la educación, la salud, la cultura y el deporte, para lo cual resulta imprescindible reducir o eliminar gastos excesivos en la esfera social, así como generar nuevas fuentes de ingreso y evaluar todas las actividades que puedan pasar del sector presupuestado al sistema empresarial.

VI Política Social – Salud.

154. Elevar la calidad del servicio que se brinda, lograr la satisfacción de la población, así como el mejoramiento de las condiciones de trabajo y la atención al personal de la salud. Garantizar la utilización eficiente de los recursos, el ahorro y la eliminación de gastos innecesarios.

155. Reorganizar, compactar y regionalizar, a partir de las necesidades de cada provincia y municipio, los servicios de salud, incluyendo la atención de urgencias y el transporte sanitario. Garantizar que el propio Sistema de Salud facilite que cada paciente reciba la atención correspondiente con la calidad necesaria.

156. Consolidar la enseñanza y el empleo del método clínico y epidemiológico y el estudio del entorno social en el abordaje de los problemas de salud de la población, de manera que contribuyan al uso racional de los medios tecnológicos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.

157. Continuar propiciando los espacios de educación para evitar la automedicación de la población e implementar otras medidas que coadyuven al uso racional de los medicamentos.

158. Prestar la máxima atención al desarrollo de la medicina natural y tradicional.

159. Fortalecer las acciones de salud en la promoción y prevención para el mejoramiento del estilo de vida, que contribuyan a incrementar los niveles de salud de la población con la participación intersectorial y comunitaria.

160. Garantizar que la formación de especialistas médicos brinde respuesta a las necesidades del país y a las que se generan por los compromisos internacionales.

Excerto H: Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011)

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral.

A Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes:

I - ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território sempre em consonância com o princípio da equidade;

II - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde; o estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção;

III - adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado;

IV - Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais assim como um alto grau de articulação entre os profissionais é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências ampliando assim a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica; e

V - estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.

Da infraestrutura e funcionamento da Atenção Básica

Com o intuito de facilitar os princípios do acesso, do vínculo, da continuidade do cuidado e da responsabilidade sanitária e reconhecendo que existem diversas realidades sócio epidemiológicas, diferentes necessidades de saúde e distintas maneiras de organização das UBS, recomenda-se:

[...]

II - para UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para no máximo 12 mil habitantes, localizada dentro do território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica.

Do Processo de trabalho das equipes de Atenção Básica

São características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica:

I - definição do território de atuação e de população sob responsabilidade das UBS e das equipes;

II - programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias dificultando o acesso dos usuários;

III - desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis;

IV - realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências;

V - prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita;

VI - realizar atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças, etc.) e outros espaços que comportem a ação planejada;

VII - desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários;

VIII - implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão tais como a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento a autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras;

IX - participar do planejamento local de saúde assim como do monitoramento e a avaliação das ações na sua equipe, unidade e município; visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento frente às necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas;

X - desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;

XI - apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social; e

XII - realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde,

que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos.

Das Atribuições dos membros das equipes de Atenção Básica

As atribuições de cada um dos profissionais das equipes de atenção básica devem seguir as referidas disposições legais que regulamentam o exercício de cada uma das profissões.

São atribuições comuns a todos os profissionais:

I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;

II - manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

III - realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

IV - realizar ações de atenção a saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

V - garantir da atenção a saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;

VI - participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo a primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VIII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

IX - praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade;

X - realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

XI - acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;

XII - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica;

XIII - realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

XIV - realizar ações de educação em saúde a população adscrita, conforme planejamento da equipe;

XV - participar das atividades de educação permanente;

XVI - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

XVII - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; e

XVIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

Especificidades da equipe de saúde da família

São itens necessários à estratégia Saúde da Família:

I - existência de equipe multiprofissional (equipe saúde da família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal;

II - o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;

III - cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe;

IV - cadastramento de cada profissional de saúde em apenas 01 (uma) ESF, exceção feita somente ao profissional médico que poderá atuar em no máximo 02 (duas) ESF e com carga horária total de 40 (quarenta) horas semanais; e

V - carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de saúde da família, à exceção dos profissionais médicos, cuja jornada é descrita no próximo inciso. A jornada de 40 (quarenta) horas deve observar a necessidade de dedicação mínima de 32 (trinta e duas) horas da carga horária para atividades na equipe de saúde da família podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até 08 (oito) horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em saúde da família, residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial.

Excerto I: Programa del Médico y Enfermera de la Familia (CUBA, 2011b)

II. Antecedentes y Justificación

Desde el propio surgimiento del Policlínico en el año 1963, las actividades que se han realizado en nuestro país en la atención ambulatoria se han organizado en forma de programas.

Los programas de salud constituyen la vía ideal para agrupar integralmente las acciones de salud dirigidas a alcanzar los propósitos y objetivos preestablecidos, ahorrando esfuerzos, aumentando la eficiencia e integrando a todos los factores.

La existencia de programas ha garantizado una sistematicidad, uniformidad, planificación y control de las acciones de salud. Los logros alcanzados en la Salud Pública han estado ligados a la ejecución de los mismos y estos se han desarrollado en concordancia con el momento histórico-concreto y han respondido al modelo organizativo utilizado en cada etapa.

[...]

III. Objetivos

General:

Contribuir al mejoramiento del estado de salud de la población mediante acciones integrales dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y el ambiente, teniendo en cuenta los componentes, instrumentos y ejes conductores de la Atención Primaria de Salud, así como los principios de la Salud Pública y de la Medicina Familiar Cubana.

Específicos:

1. Promover acciones de salud que contribuyan a mejorar conocimientos, actitudes y prácticas saludables en la población, haciendo énfasis en la participación activa de la comunidad organizada y la intersectorial.
2. Desarrollar acciones que permitan alcanzar cambios positivos en la Integración Social del individuo, la familia y la comunidad.

[...]

IV. Límites

Geográfico: Programa Nacional

De tiempo: 5 años

Universo: Toda la población residente en el país.

V. De la organización.

1. Premisas generales:

[...]

1.3. Cada área de salud debe tener definido el número de consultorios, con el propósito de garantizar la atención integral a una población que no exceda los 1500 habitantes.

1.4. El Equipo Básico de Salud (EBS) estará conformado por un médico y una enfermera/o de la familia, los que constituyen la célula básica para el desarrollo del trabajo planificado del consultorio. Ambos están responsabilizados con la labor que realizan, siendo el médico el jefe del equipo.

1.5. El Equipo Básico de Salud es el máximo responsable de la salud de su población.

1.6. La misión del EBS es brindar atención médica integral y dispensarizada al individuo, familia, comunidad y ambiente.

1.7. El Grupo Básico de Trabajo (GBT) es la unidad organizativa del policlínico, conformado por un número de equipos básicos de salud que no deben exceder de 20, con funciones asistenciales, docentes investigativas y administrativas. El mismo podrá ser ajustado según las características socio demográficas de la comunidad.

1.8. El GBT estará integrado por los EBS, y por un especialista en Medicina Interna, uno de Ginecología y Obstetricia, un Pediatra, un Estomatólogo, un licenciado en Psicología y un licenciado en enfermería. Además lo integran, técnico (s) en estadística (uno por cada 20 técnicos y profesionales que generen hojas de consulta), un técnico en higiene y epidemiología, un licenciado o técnico en farmacia y un trabajador social. Este grupo estará coordinado por un médico especialista en MGI con categoría docente.

[...]

1.10. Las actividades programadas por el EBS deben tener en cuenta a la familia como célula fundamental de la sociedad; además de realizar acciones específicas en grupos poblacionales priorizados (recién nacidos, gestantes, niños, adolescentes, adultos y adultos mayores), con la participación de otros especialistas según lo establecido y siempre que lo considere necesario.

1.11. El consultorio permanecerá abierto las 8 horas de trabajo (de 8.00 am a 5:00 pm). En los casos excepcionales que tenga que cerrar, se dejará la hoja de localización donde se informe el lugar en que se encuentran.

1.12. El consultorio contará con una pancarta informativa dirigida a la población, en un lugar visible y protegido con el nombre y apellidos del médico y de la enfermera, el número del consultorio, direcciones de los CDR que atiende, horario de consulta y terreno, incluyendo el día del deslizante (de 5:00 pm a 9:00 pm), día de la guardia médica, de la docencia y otra información que necesite la población.

[...]

1.14. Se priorizan las actividades de consulta y se definen dos frecuencias de terreno semanales para el médico, aunque podrán satisfacer otras demandas no planificadas en el terreno, que su urgencia lo justifique, con una adecuada información a la misma sobre sus actividades y su localización.

[...]

1.18. El consultorio tiene que ser el local más limpio y ordenado de toda la comunidad, con cultura del detalle.

[...]

1.20. El EBS vivirá en la vivienda del consultorio, siempre que disponga de ella.

[...]

2. Del Consultorio:

2.1 Garantizar que cada equipo de salud realice las actividades relacionadas con:

2.1.1 Atención médica integral con enfoque bio-psico-social utilizando como modo de actuación la integración y aplicación de los métodos clínico y epidemiológico, con adherencia a los protocolos y guías prácticas vigentes.

[...]

2.1.8 El Análisis de la Situación de Salud como elemento básico en el mejoramiento del estado de salud de su comunidad, el que realizará anualmente.

[...]

2.1.16 Programación de actividades de terreno por el equipo de salud, priorizando:

- Solicitud de visita al hogar.
- Ingreso en el Hogar.
- Pacientes postrados crónicos, con cuidados paliativos y terminales.
- Gestantes, RN, lactantes, enfermos crónicos que resulten inasistentes a consultas.
- Visitas al hospital cuando lo considere necesario.
- Visitas a la familia, priorizando las familias disfuncionales.

[...]

VI. Actividades

[...]

3. De la atención médica. Para alcanzar los objetivos:

[...]

Dispensarización:

Es un proceso organizado, continuo y dinámico, que permite la evaluación e intervención planificada y programada, liderado y coordinado por el equipo básico de salud, sobre la situación de salud de personas y familias [...].

[...]

La evaluación de la salud familiar debe basarse siempre en:

- Estructura y composición de la familia: Lo que permitirá identificar si se trata de una familia nuclear, extensa o ampliada.
- Condiciones materiales de vida: Evaluar la satisfacción familiar con los ingresos económicos, las condiciones de la vivienda, la existencia de equipos domésticos y el nivel de hacinamiento.
- Salud de los integrantes de la familia: Se tendrá en cuenta la situación de salud de los individuos a partir del análisis de los elementos sanógenos, los riesgos, daños o discapacidades, presentes.
- Funcionamiento Familiar. Se evaluará el cumplimiento de las funciones básicas de la familia y la dinámica de las relaciones internas.

La evaluación ratificará o modificará la clasificación de las familias en:

- Familia sin problema de salud familiar.
- Familia con problema de salud familiar en la (s) esfera (s) de:

Condiciones materiales de vida

Salud de los integrantes de la familia.

Funcionamiento Familiar.

[...]

Premisas para garantizar calidad en la atención médica integral y familiar:

Trabajar en equipo.

Considerar la promoción de salud como la actividad rectora de la medicina familiar.

Aplicar enfoque biopsicosocial, sanológico y familiar al atender a las personas.

Explicar a la familia las acciones para mantener el estado de salud actual.

Estimular la autoresponsabilidad.

Considerar los aspectos éticos.

Ver la dispensarización como un proceso de atención, no como un registro, informando al paciente la importancia del control sistemático para mantener la calidad de vida.

No trabajar por programas sino por problemas.

Priorización de la atención médica.

[...]

Ser un proceso de aproximaciones sucesivas, donde cada contacto individual es una oportunidad para intervenir en la familia y viceversa.

[...]

5. De lo higiénico-sanitario. Para alcanzar los objetivos

- Promover acciones de salud que contribuyan a mejorar conocimientos, actitudes y prácticas saludables en la población, haciendo énfasis en la participación activa de la comunidad organizada y la intersectorial.

[...]

5.4. Garantizar que el consultorio-vivienda sea el lugar de mejores condiciones higiénicas sanitarias del territorio.

6. De lo social. Para alcanzar los objetivos:

- Desarrollar acciones que permitan alcanzar cambios positivos en la Integración Social del individuo, la familia y la comunidad.
- Promover acciones de salud que contribuyan a mejorar conocimientos, actitudes y prácticas saludables en la población, haciendo énfasis en la participación activa de la comunidad organizada y la intersectorial.

[...]

6.2. Establecer relaciones con dirigentes de las organizaciones de masas, políticas, el delegado y la población, para participar en la identificación y solución de sus problemas de salud, así como la evaluación de los resultados del programa.

6.3. Capacitar a las brigadistas sanitarias y a los responsables de salud de los Comités de Defensa de la Revolución (CDR) y la Asociación Nacional de Agricultores Pequeños (ANAP), otros, para elevar sus conocimientos en relación con la salud.

[...]

6.5. Realizar el ASS de la comunidad, al menos una vez al año y analizarlo con los factores de la comunidad, para lograr cumplimentar acciones en función de la salud de la población.

6.6. Realizar y discutir anualmente el ASS con la comunidad y sus factores, para accionar y lograr modificaciones en el estado de salud de su población.

[...]

VII. Del Control

[...]

Análisis de la Situación de Salud (ASS) es una práctica necesaria en la Atención Primaria de Salud, que persigue identificar las características socio psicológicas, económicas, históricas, geográficas, culturales y ambientales que inciden en la salud de la población, así como los problemas de salud que presentan los individuos, las familias y la comunidad en su conjunto, para desarrollar acciones que contribuyan a su solución.

El análisis de la situación de salud tiene como propósito básico entender las causas y consecuencias de los diferentes problemas de salud en la comunidad, y se concibe como un tratamiento interdisciplinario y flexible en su aplicación. Para su realización se requiere de un análisis integral relacionado con el contexto, los riesgos, los servicios de salud, los daños a la salud en las personas y las familias, así como la participación de la población y otros sectores en la solución de los problemas presentes en la comunidad.

[...]

En resumen, para la realización del ASS, se debe describir y realizar un análisis crítico de los componentes sociohistóricos, culturales y sociodemográficos de la población, de los riesgos personales, familiares y comunitarios para identificar sus interrelaciones y explicar los daños de la salud como resultado de este proceso mediante la utilización del método clínico, epidemiológico y social en el cual la participación de la población y la intersectorialidad constituyen pilares fundamentales de este proceso. Se debe tener en cuenta el componente bucal del ASS que ejecuta el estomatólogo a él vinculado.

Metodología para el control del trabajo del médico y la enfermera de la familia:

[...]

Visitas periódicas al consultorio de los médicos y enfermeras de la familia:

[...]

[...]. Especial atención debe otorgársele al ejemplo personal del médico y el enfermero, con una correcta apariencia física y mediante el cumplimiento sistemático de las reglas de higiene que debe transmitir a la población. El consultorio y la casa del médico y la enfermera deben ser los locales más limpios y ordenados del territorio.

II. Onde acontecem as políticas de saúde da família

14. Onde estão as instituições

As políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil têm na territorialização uma de suas principais características. Quase todos os aspectos da operacionalização destas políticas são estabelecidos em função de critérios territoriais: a motivação para a criação de instituições, a localização delas, a distribuição de profissionais entre elas, os limites de acesso das pacientes aos serviços, o planejamento das atividades das profissionais, a definição de onde as pacientes serão atendidas etc. Conquanto o alvo último destas políticas sejam as condições de saúde de indivíduos, estes são sempre referenciados a espaços demarcados por formas determinadas. Nesse sentido, suas coberturas populacionais são ancoradas a territórios que delimitam estas populações e as ações a elas dirigidas. Fundamentalmente, cada instituição e/ou grupo de profissionais é responsável pela oferta de serviços de atenção primária à saúde para certa quantidade de indivíduos que residem em um território contínuo.

Sendo assim, para se compreender de que modo elas geram processos de estatização através dos quais são conformados contextos nos quais sistemas de vínculos são constituídos, é importante inicialmente vislumbrar como a questão da territorialização se apresenta nas políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil. Para tanto, para começar faz-se necessário levar em conta as diferenças de escala e de organização político-administrativa existentes entre Cuba e Brasil. A organização político-administrativa do Brasil é composta por: união, estados, distrito federal e municípios. Por sua vez, Cuba está dividida em quinze províncias e um município especial, o Isla de la Juventud, conforme explicita a Figura 4, abaixo:

Figura 4: Províncias de Cuba



Fonte: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:CubaSubdivisions.png> (Endereço eletrônico acessado em 08/05/2012)

1. Pinar del Río	5. Matanzas	9. Ciego de Ávila	13. Holguín
2. Artemisa	6. Cienfuegos	10. Camagüey	14. Santiago de Cuba
3. Ciudad de la Habana	7. Villa Clara	11. Las Tunas	15. Guantánamo
4. Mayabeque	8. Sancti Spíritus	12. Granma	16. Isla de la Juventud

Do ponto de vista populacional, a província de Havana é semelhante à cidade de Belo Horizonte. No ano de 2010 Havana possuía 2.135.498 habitantes (CUBA, 2011c), enquanto Belo Horizonte possuía 2.375.151 habitantes (IBGE, 2010).

As 15 províncias de Cuba são compostas por um total de 168 municípios. A província de Havana é formada por 15 municípios, conforme explicita a Figura 5, abaixo:

Figura 5: Municípios da província de Havana



Fonte: <http://www.one.cu/sitioone2006.asp> (Endereço eletrônico acessado em 08/05/2012)

01. Playa	05. Regla	09. Diez de Octubre	13. Boyeros
02. Plaza de la Revolución	06. La Habana del Este	10. Cerro	14. Arroyo Naranjo
03. Centro Habana	07. Guanabacoa	11. Marianao	15. Cotorro
04. La Habana Vieja	08. San Miguel del Padrón	12. La Lisa	

Por sua vez, a cidade de Belo Horizonte está dividida em 9 Regionais Administrativas, conforme explicita a figura 6, abaixo:

Figura 6: Regionais Administrativas de Belo Horizonte



Fonte: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?app=estatisticaseindicadores>
(Endereço eletrônico acessado em 08/05/2012)

Se, do ponto de vista populacional, a província de Havana é semelhante à cidade de Belo Horizonte, nota-se que do mesmo modo os municípios de Havana encontram alguma proximidade com as Regionais Administrativas de Belo Horizonte. Por exemplo, no ano de 2010 o município Playa possuía 176.614 habitantes (CUBA, 2011d), enquanto a Regional Administrativa Venda Nova possuía 262.183 habitantes (IBGE, 2010).

Tal semelhança é reproduzida no que tange à cobertura populacional das instituições relacionadas às políticas de saúde da família instaladas nestes dois territórios. Por exemplo, no ano de 2010 Playa possuía 9 Policlínicas e 81 Consultórios de Médico da Família (CMF) (CUBA, 2011d), enquanto Venda Nova possuía 16 Centros de Saúde. Isso significa que Playa possuía, aproximadamente, 1 Policlínica para cada 19.620 habitantes, enquanto Venda Nova possuía, aproximadamente, 1 Centro de Saúde para cada 16.380 habitantes.

Como apontado no item 13 deste trabalho, em Cuba os CMF estão sempre vinculados a Policlínicas. Contudo, cada CMF tem sob sua responsabilidade um território específico e exclusivo. Nesse sentido, no âmbito da política de saúde da família cubana, a instituição

com menor área de abrangência é o CMF. Por seu turno, no âmbito da política de saúde da família de Belo Horizonte, a instituição com menor área de abrangência é o Centro de Saúde. Entretanto, todos os Centros de Saúde possuem mais de uma equipe de saúde da família (EqSF). Conquanto elas não constituam instituições independentes, cada uma delas tem sob sua responsabilidade um território específico e exclusivo. Sendo assim, levando em consideração o tamanho da população com que cada um destes elementos trabalha, assim como a função que cada um ocupa na política de saúde da família de seu país, pode-se afirmar que as Policlínicas são comparáveis aos Centros de Saúde, enquanto os CMF são comparáveis às EqSF.

Quando da realização desta pesquisa, no final do ano 2010 e começo do ano 2011, os territórios sob responsabilidade dos Centros de Saúde de Venda Nova eram os seguintes:

Figura 7: Territórios dos Centros de Saúde de Venda Nova



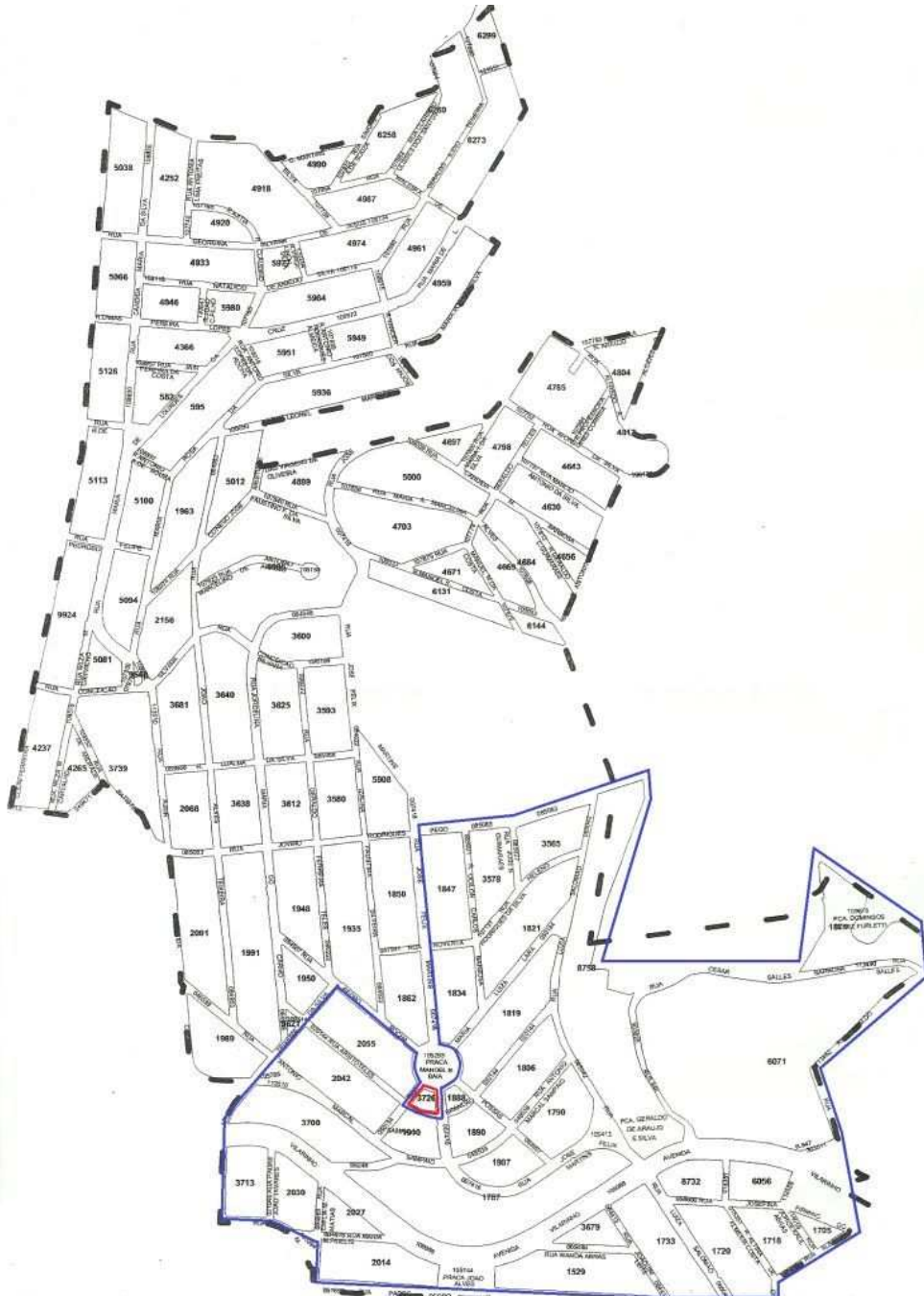
Fonte: Gerência Distrital de Regulação, Informação e Epidemiologia da Regional Venda Nova (GEREPI-VN)

Ressalte-se que na região à esquerda Venda Nova faz fronteira com o município de Ribeirão das Neves. Na região mais acima e à direita Venda Nova faz fronteira com o município de Vespasiano. À direita e abaixo Venda Nova possui fronteira com duas outras Regionais Administrativas de Belo Horizonte.

Internamente ao território de cada um destes Centros de Saúde existem novas divisões, que correspondem aos territórios sob responsabilidade de cada EqSF. Por exemplo, a Figura 7, abaixo, apresenta o território sob responsabilidade do Centro de Saúde Mantiqueira. Ressalte-se que à esquerda e acima o Centro de Saúde Mantiqueira possui fronteira com o município de Ribeirão das Neves. À direita possui fronteira com os Centros

de Saúde Jardim dos Comercíarios, Nova York e Jardim Europa. Abaixo possui fronteira com o Centro de Saúde Venda Nova. A área demarcada em vermelho indica o quarteirão ocupado pelo Centro de Saúde Mantiqueira. A área demarcada em azul indica o conjunto de quarteirões sob responsabilidade de uma das cinco EqSF que nele funcionam.

Figura 8: Território do Centro de Saúde Mantiqueira

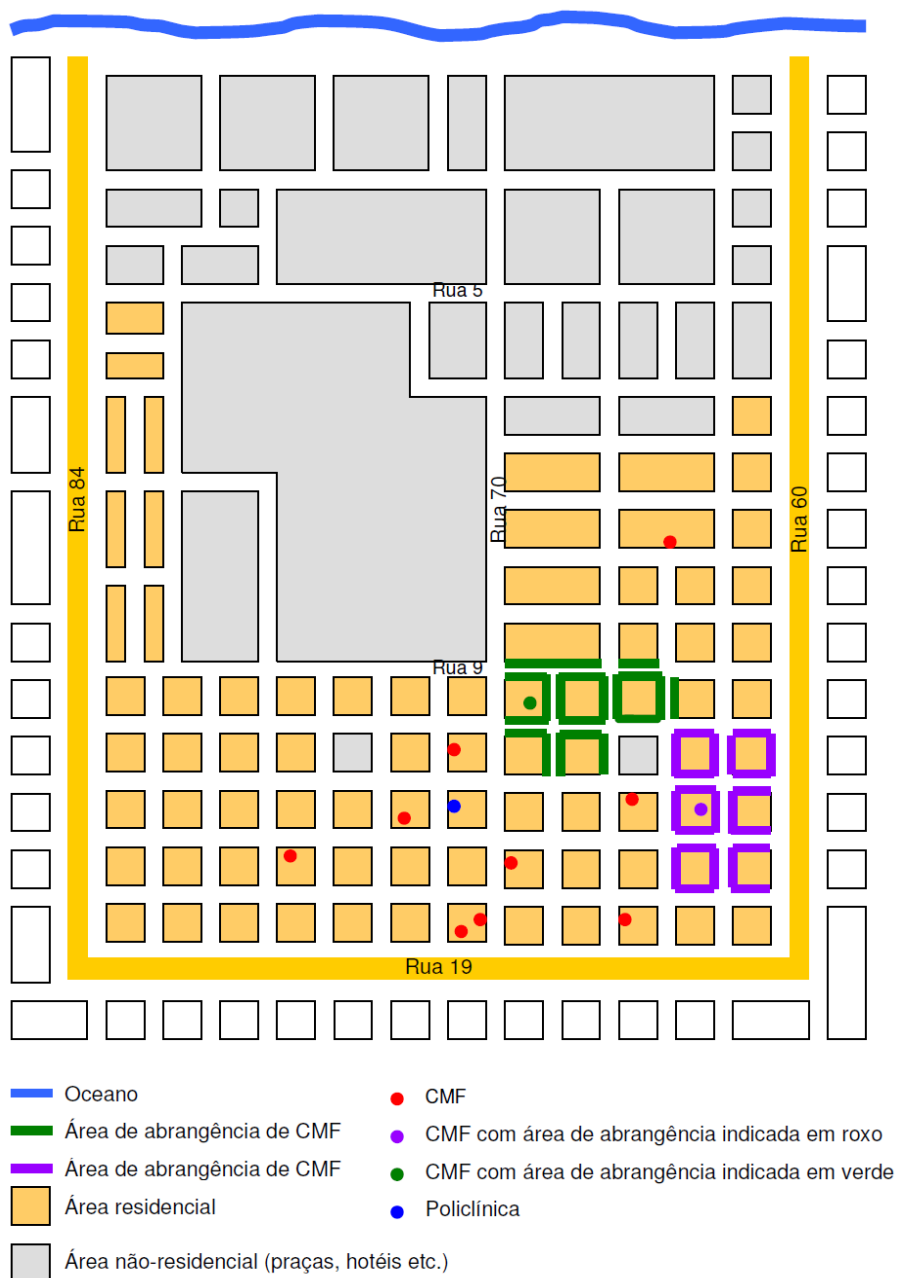


Fonte: Mapa obtido junto às profissionais do Centro de Saúde Mantiqueira. Os destaques em vermelho e azul foram por mim inseridos posteriormente.

A EqSF cuja área adscrita está demarcada pelas linhas em azul estava formada por uma médica, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem e cinco agentes comunitárias de saúde (ACS). A médica, a enfermeira e as auxiliares de enfermagem trabalhavam com a população de toda a área da EqSF. Por outro lado, cada ACS trabalhava com a população residente em uma área específica e contínua no interior do território da EqSF. Vale dizer que os territórios sob responsabilidade de cada ACS geralmente é denominado como “microárea”. Não obtive uma informação precisa acerca de quantos seriam os habitantes da área sob responsabilidade desta EqSF. Durante a realização do trabalho de campo suas profissionais me diziam que os números oficiais utilizados pela Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) nesta época ainda seriam aqueles apresentados pelo censo populacional do IBGE do ano 2000 e, por isso, estariam desatualizados. Elas trabalhavam com informações recolhidas pelas ACS e, de acordo com elas, a população residente neste território seria de cerca de 4.500 indivíduos. Também de acordo com as profissionais, a população residente em toda a área de abrangência do Centro de Saúde seria de quase 19.000 habitantes. Note-se que, de acordo com informações obtidas junto à Gerência de Epidemiologia e Informação (GEREPI) de Venda Nova, o censo populacional do IBGE do ano 2000 teria indicado que em todo o território adscrito ao Centro de Saúde Mantiqueira residiriam 15.229 indivíduos.

Por seu turno, os municípios das províncias de Cuba estão divididos em Conselhos Populares. A população residente e o território de cada um destes Conselhos Populares são similares aos de um bairro de Belo Horizonte. Durante a maior parte do tempo em que estive em Cuba residi no Conselho Popular 4 de Playa. A Figura 9, abaixo, apresenta um croqui deste Conselho Popular, destacando a localização da Policlínica e dos CMF nele situados. É importante ressaltar que ele representa uma imagem aproximada da realidade, tendo sido produzido com base em minhas experiências ao transitar pela região e ao conversar com seus moradores.

Figura 9: Conselho Popular 4 de Playa



Percebe-se que a Policlínica indicada pelo ponto em azul tem, neste Conselho Popular, 11 CMF a ela vinculados. Cada CMF de Cuba possui em sua entrada um cartaz (“*pancarta informativa*”³⁵) com algumas informações sobre a instituição. Foi nestes cartazes que obtive os dados sobre as áreas de abrangência de dois destes CMF, que estão destacadas pelas linhas em verde e roxo. De acordo com o cartaz disposto no CMF cuja área de abrangência está apontada pela linha em verde ele é responsável pelo atendimento a 1.057 indivíduos. Já o cartaz do CMF cuja área de abrangência está apontada pela linha

³⁵ Ver Figura 60, pág. 215.

em roxo informa que ele é responsável pelo atendimento a 1.285 indivíduos. Em cada um destes CMF trabalhava uma dupla formada por uma médica e uma enfermeira.

Ao compararmos a área de abrangência da EqSF do Centro de Saúde Mantiqueira apresentada na Figura 8 com qualquer uma das duas áreas de abrangência dos CMF destacadas na Figura 9 percebemos que ela é consideravelmente maior. Por outro lado, enquanto a EqSF é composta por nove profissionais, as Equipes Básicas de Saúde (EBS) destes CMF são compostas, cada uma, por duas profissionais. Considerando apenas os pontos de vista populacional e territorial parece haver, portanto, similaridade entre as responsabilidades das EBS, em Cuba, e as das ACS, no Brasil.

Nesse sentido, além dos aspectos do local de moradia e do pertencimento social das profissionais, que serão discutidos mais pormenorizadamente na sequência do texto, a questão da dimensão das áreas sob responsabilidade de cada profissional também impacta diretamente os limites e as possibilidades delas estabelecerem relações mais ou menos fortes com os territórios nos quais atuam. Médicas, enfermeiras e auxiliares de enfermagem das EqSF são responsáveis por áreas mais amplas, o que dificulta que conheçam mais detalhadamente porções territoriais específicas e nelas intervenham com mais profundidade. Já as ACS das EqSF e as médicas e enfermeiras das EBS são responsáveis por áreas menores, o que permite que conheçam mais detalhadamente porções territoriais específicas e nelas intervenham com mais profundidade.

Em Belo Horizonte, o critério para a demarcação das áreas de abrangência dos Centros de Saúde, das EqSF e das ACS se ancora nos *setores censitários* do IBGE. Cada Centro de Saúde, EqSF e ACS é responsável por uma área que corresponde a uma quantidade determinada de setores censitários contíguos, acompanhando suas fronteiras geográficas. Os setores censitários são unidades territoriais contínuas que visam operacionalizar as pesquisas realizadas pelo IBGE. Em áreas urbanas, cada setor censitário geralmente delimita um conjunto de cerca de 300 famílias. A opção da PBH pela utilização dos setores censitários teve como objetivo a possibilidade de indicar, com base em informações oriundas das pesquisas do IBGE, as características socioeconômicas das áreas adscritas a cada elemento que compõe a política de saúde da família da cidade.

Em Cuba, o critério para a demarcação das áreas de abrangência dos CMF é a proximidade dos Comitês de Defesa da Revolução (CDR) que os circundam. Sendo assim, cada CMF é responsável pela área composta por certa quantidade de CDR. Os CDR foram criados em 1960, como instrumento de vigilância coletiva diante das ações em desfavor da revolução e como catalisador de mobilizações populares direcionadas a campanhas diversas (ECURED, 2012). Existem atualmente em Cuba mais de 120.000 CDR. Em Havana, cada um deles geralmente é formado pelas residências que ocupam um dos lados de um quarteirão, ou então pelo conjunto daquelas de um mesmo edifício de maior porte.

Eles são financiados por seus membros, que deles participam voluntariamente. Historicamente, os CDR participaram de forma relevante em atividades e eventos ligados a diversos âmbitos, tais como a educação, o processo eleitoral, a limpeza urbana, a segurança pública etc. Nesse sentido, a opção pela associação das áreas de abrangência dos CMF aos espaços delimitados pelos CDR indica uma tentativa de agregar a política de saúde da família à ferramenta mais ampla de organização social do país. Isso facilitaria que os CDR e, conseqüentemente, a população de um modo geral, colaborassem com as ações desenvolvidas pelas profissionais dos CMF.

Tanto em Cuba quanto no Brasil existem edifícios construídos com a finalidade de servirem como Centros de Saúde ou como CMF. Mas também em ambos os países muitas vezes estas instituições são instaladas em edificações originalmente erigidas com vista a outros fins. Nessa esfera, uma diferença importante entre os dois países é que, no Brasil, quando a edificação é feita para servir à política de saúde da família, ela comumente abriga apenas o Centro de Saúde. Já em Cuba, quando a edificação é feita para servir à política de saúde da família, ela comumente apresenta dois andares: no primeiro é instalado o CMF, enquanto no segundo é erguida uma residência para uma das profissionais (geralmente a médica) que trabalha naquele CMF. Outra questão a ser notada é que as edificações dos Centros de Saúde de Belo Horizonte não possuem um padrão definido. Em geral elas se adaptam às áreas disponíveis e às condições do terreno. Já em Cuba é possível perceber um padrão nas edificações que comportam simultaneamente os CMF e as residências para as profissionais. Num certo sentido, este padrão define certo modelo clássico de construção dos CMF no país.

Em Belo Horizonte, a qualidade e o estado de conservação das edificações dos Centros de Saúde variam consideravelmente. Todavia, tais variações não apresentam uma correspondência para com as condições econômicas das populações neles atendidas. Em regiões mais pobres da cidade pode-se encontrar Centros de Saúde mais novos, mais amplos, melhor conservados etc. Da mesma forma, em regiões mais ricas pode-se encontrar Centros de Saúde mais velhos, menores, mais degradados etc. O que parece ser determinante quanto à qualidade e ao estado de conservação de suas edificações são suas datas de construção e o fato de estarem ou não instalados em edifícios criados para tal fim.

Em Havana, por sua vez, as diferenças entre os CMF são de outra ordem. As condições internas dos CMF que visitei não me pareceram muito distintas. A qualidade e o estado de conservação de suas edificações eram similares. Sendo assim, a diferença principal entre eles advinha de se estavam instalados em edificações erguidas de acordo com o modelo clássico, ou seja, que foram construídas para tal fim, ou se foram instalados em locais erguidos para outras finalidades. Em Havana, quando os CMF se situavam em locais erguidos para outras finalidades, o mais comum é que isso se fizesse em espaços

nos primeiros andares de grandes edifícios residenciais. Nestes casos era comum que a médica e/ou a enfermeira que trabalhavam nestes CMF residissem nestes edifícios.

As Figuras 10 a 13, abaixo, ilustram edificações comuns das instituições nas quais as políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil são realizadas:

Figura 10: Centro de Saúde de Belo Horizonte de construção recente



Figura 11: Centro de Saúde de Belo Horizonte de construção antiga



Fonte das Figuras 10 e 11: *Google Street View* (Acessado em 09/05/2012)

Figura 12: Consultório de Médico da Família de Havana em edificação clássica



Figura 13: Consultório de Médico da Família de Havana em edifício residencial



Fonte das Figuras 12 e 13: acervo pessoal.

Todos os Centros de Saúde de Belo Horizonte abrigam mais de uma EqSF. Em Cuba comumente ocorre algo semelhante. Em uma mesma edificação pode haver dois ou mais CMF. Contudo, durante o trabalho de campo no país não conheci nenhum local onde funcionassem mais de três CMF. Nesse sentido, embora a princípio o termo “consultório” em língua portuguesa nos remeta a uma referência espacial, em Cuba o que define a existência

de um CMF não é uma edificação, mas a presença de uma EBS trabalhando em um local. Por exemplo, em algumas oportunidades conheci situações em que duas EBS trabalhavam em uma única sala no interior de uma mesma instituição. Isso significava que em cada um destes locais havia dois CMF. É interessante ressaltar que tais circunstâncias são previstas pelo documento orientador da política de saúde da família de Cuba. Quando ocorrem, cada EBS recebe suas pacientes em um período do dia.

Embora tal questão venha a ser posteriormente explorada de forma mais detalhada na sequência deste trabalho, é interessante desde já destacar que a vinculação das pacientes atendidas pelas políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil a determinados territórios é empreendida por meio da observação de seus locais de residência. Desse modo, tal opção desprivilegia, por exemplo, a consideração para com os espaços onde estas pacientes passam a maior parte de seus tempos, ou mesmo a relação entre pertencimento identitário e espaço geográfico. Nesse sentido, as noções de território utilizadas por ambas as políticas se relacionam intimamente com parâmetros que derivam do critério de local de residência das pacientes. Tal critério acaba por servir de referência para uma ampla gama de questões, percepções e ações tanto por parte de profissionais, quanto por parte de pacientes.

Outra questão que também vale a pena logo destacar é que o princípio da territorialização – que originalmente se faz tão somente um instrumento organizacional para viabilização dos objetivos das políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil – muitas vezes assume condições outras nas concepções e nas práticas de gestores, profissionais e pacientes das políticas. Em contextos limites, é possível perceber que a territorialização deixa de ser percebida como um mecanismo operativo arbitrário e passa a ser concebida como um dado da realidade. Haveria, sob este prisma, certa *naturalização* deste princípio. Quando naturalizada, a territorialização deixa de ser compreendida como uma ferramenta a ser *utilizada* e passa a ser vista como um imperativo a ser *satisfeito*. Conforme discutirei mais profundamente no decorrer deste trabalho, isso inevitavelmente produz conflitos diversos, especialmente no que tange às possibilidades das pacientes acessarem serviços.

Assim como as políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil envolvem grandes quantidades de profissionais, grandes objetivos, grandes arranjos institucionais, grandes problemáticas de saúde etc., elas também envolvem grandes configurações territoriais. Ambas são organizadas e efetivadas a partir de divisões e classificações territoriais que atravessam as diferentes escalas político-administrativas dos dois países. Todas as dimensões do espaço (nacionais, provinciais, estaduais, regionais, municipais etc.) são referenciadas entre si, e a cada uma delas são atribuídos níveis de responsabilidade e funções específicos. No âmbito das políticas de saúde da família tanto de Cuba quanto do Brasil são produzidas descrições, percepções, quantificações etc. de processos relativos ao

campo da saúde específicos para cada uma das esferas territoriais. De acordo com tal perspectiva existiriam fenômenos próprios, por exemplo, às esferas nacionais, tal como existiriam outros próprios às esferas provinciais ou municipais. Todavia, é nos patamares territoriais mais microscópicos que as políticas de saúde da família de fato se concretizam. É nas áreas de abrangência das EqSF, das ACS, das EBS etc. que elas se transformam em técnicas e em ações. Apenas a partir do que ocorre nestes territórios mais reduzidos elas são reagrupadas em lógicas globais.

Na medida em que estes territórios mais ou menos amplos são esquadrinhados, compartimentados, classificados, organizados, relacionados entre si; na medida em que a eles são associados objetivos, práticas, instituições; na medida em que a partir de e sobre eles são produzidos saberes; na medida em que eles se tornam alvos de certos tipos de controle; na medida em que eles são medidos, quantificados, avaliados; enfim, na medida em que eles se transformam em objetos de conhecimento e de intervenção, estes territórios estão sendo apropriados por certa racionalidade³⁶. Uma vez que o sentido último das políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil é a produção da vida das populações às quais se direcionam, a regulação destes territórios se faz uma plataforma por meio da qual esta meta é buscada. Sob este prisma, trata-se de fazer com que os territórios sirvam como uma das engrenagens do governo destas populações. Dessa forma, o que se passa é que estes territórios estão sendo *estatizados*. A rigor, eles não existem enquanto tais anteriormente e para além das políticas de saúde da família, mas surgem em processos que exercem certa racionalidade. Ademais, observa-se que com base nesta racionalidade busca-se fazer com que os territórios mais abrangentes sejam conhecidos e controlados em suas generalidades ao mesmo tempo em que os territórios mais reduzidos sejam conhecidos e controlados em suas minúcias. Há assim certa articulação entre uma lógica mais global, direcionada ao ordenamento dos territórios mais abrangentes dos dois países, e outra mais local, direcionada ao ordenamento dos territórios mais reduzidos. Uma série de mecanismos permite tal articulação, bem como as traduções, nos dois sentidos, dos saberes produzidos por ambas estas lógicas.

15. Controles de proximidades

As políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil têm como uma de suas características a intenção de aproximar instituições, profissionais, serviços, populações e

³⁶ O esquadrinhamento de territórios não é uma exclusividade, tampouco uma invenção das políticas de saúde da família. Por exemplo, processos semelhantes foram apontados por Teixeira (2008), acerca das atuações de guardas e visitadoras sanitárias no Brasil; por Chaple (2010:58-61), acerca dos médicos da semana e das casas de socorro em Cuba; e por Foucault (1979b:85-93), acerca da formação da medicina urbana na França. O que está em questão aqui são o nível deste tipo de apropriação e as formas por meio das quais ela se dá nas políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil.

pacientes. Como demonstrado anteriormente, um dos mecanismos de concretização desta intenção é a criação de grande quantidade de instituições que ofertem serviços a populações residentes em porções territoriais reduzidas. Observa-se que de fato tal estratégia contribui de modo importante para que tal proximidade seja alcançada. As profissionais se tornam responsáveis por determinadas áreas, o que proporciona certa vinculação delas com estes territórios e com as comunidades que neles residem. Concomitantemente, as pacientes reconhecem a associação entre o local onde vivem e a instituição e suas profissionais, o que também proporciona certa vinculação entre elas.

Contudo, nota-se que, na realização prática destas políticas, as profissionais constantemente tentam estabelecer limites para com tais proximidades, controlando assim suas consequências. Ainda que admitam que a proximidade é algo a ser buscado no âmbito das políticas de saúde da família, por vezes as profissionais, por exemplo, limitam o acesso de pacientes aos serviços com base em seus locais de residência, limitam a associação das pacientes às áreas de abrangência para com as quais são responsáveis com base no questionamento do pertencimento delas a estes locais, definem os procedimentos a serem assumidos para com as pacientes com base na relação entre a instituição e o território e não com base nas condições de saúde que apresentam etc. Tais ações implicam em um duplo processo, aparentemente paradoxal, mas que é essencial às formas como as políticas de saúde da família são efetivadas por suas profissionais. Por um lado, reforçam o princípio da territorialização, na medida em que para controlar as proximidades as profissionais se valem dos mecanismos que regulam os territórios. Por outro lado, desconstruem o princípio da territorialização, na medida em que compõem artifícios desenvolvidos pelas profissionais para transformarem os mecanismos de regulação dos territórios em ferramentas de resolução de problemas circunstanciais³⁷.

Sob este prisma, enquanto a organização territorial das políticas de saúde da família impulsiona suas possibilidades de lograr sucesso na produção da vida das populações que constituem seus alvos, ao mesmo tempo pode também se converter em razão de conflitos. Ela fortalece o acesso das pacientes aos serviços de saúde por meio da responsabilização e consequente vinculação das instituições a determinados territórios. No entanto, ao fazê-lo, simultaneamente constrói barreiras para estes acessos, uma vez que as pacientes são restringidas a acessar apenas os serviços disponibilizados aos territórios nos quais residem. Essa ambivalência produz conflitos especialmente naquelas circunstâncias nas quais existem serviços diferenciados direcionados a territórios distintos.

³⁷ Quanto à coexistência desse duplo processo é interessante apreciarmos o argumento de Scott (1998), para quem certos esquemas formais rígidos erigidos desde o “Estado” para o ordenamento da vida social se mostram insustentáveis pois desconsideram práticas informais existentes nos contextos para os quais são direcionados, práticas que não seriam propriamente externas a estes esquemas, mas necessárias às suas conservações.

Durante o trabalho de campo em Belo Horizonte pude perceber que não raramente os Centros de Saúde da cidade oferecem serviços diferentes entre si. Mais do que isto, dentro de um mesmo Centro de Saúde pode-se identificar diferenças entre os serviços realizados pelas EqSF que nele atuam. Obviamente, gestores e profissionais se preocupam em equalizar as ações. Não obstante, tais diferenças persistem. Por exemplo, a composição das EqSF pode variar temporariamente, especialmente devido à ausência de alguma profissional. Quando uma EqSF fica desfalcada de alguma profissional a realização ordinária das atividades é comprometida. A ocorrência de consultas, a realização de visitas domiciliares, o cadastramento de famílias etc. são dificultados. Além disso, as EqSF possuem uma liberdade relativa para organizarem suas atividades. Por isso o tempo dedicado a cada uma delas e as formas como são organizadas podem variar. Mais além, algumas atividades podem ser realizadas por uma EqSF e não o serem por outra. Tais diferenças são percebidas pelas pacientes que, embora não estejam vinculadas a eles desde o ponto de vista territorial, não raramente tentam acessar os serviços de EqSF ou de Centros de Saúde cujos funcionamentos lhes pareçam melhores. Nesses casos, os Centros de Saúde ou as EqSF podem tentar limitar o acesso destas pacientes às suas atividades através do recurso ao princípio da territorialização. Ou seja, se estas pacientes porventura não residem nas áreas de abrangência destas EqSF ou destes Centros de Saúde, podem ter seus acessos restringidos.

Em Belo Horizonte, as diferenças entre os Centros de Saúde e as EqSF faz com que essa busca das pacientes por serviços aos quais não estão vinculadas territorialmente apresente um caráter sistemático e constante. Tal sistematicidade e constância é aumentada de maneira considerável nas regiões de fronteira da cidade, em função das diferenças existentes entre as políticas de saúde da família de Belo Horizonte e aquelas dos municípios vizinhos. Já em Havana também acompanhei diversas situações nas quais pacientes buscavam CMF aos quais não estavam vinculadas territorialmente. Contudo, nestas circunstâncias estes eventos não me pareceram apresentar uma sistematicidade. Quando ocorriam, apresentavam um caráter mais esporádico e pessoal. Tratava-se de pacientes que por razões individuais e temporárias buscavam CMF aos quais não estavam vinculadas para a solução de questões específicas. Sem embargo, nestas circunstâncias, conquanto as profissionais não deixassem de atender estas pacientes, tampouco renunciavam à tentativa de direcioná-las às instituições responsáveis pelos territórios nos quais residiam.

A tentativa das profissionais em restringir o acesso de pacientes aos seus serviços possui duas razões principais. Primeiro, deriva de uma tentativa em regular a demanda por seus trabalhos. Tanto as profissionais brasileiras quanto as cubanas constantemente me relataram que os volumes das demandas por seus trabalhos estariam próximos aos limites

de suas capacidades em satisfazê-los, quando não os excediam. Dessa forma, a quantidade de pacientes que precisariam atender não permitiria que executassem todas as ações que deveriam ou gostariam. Sendo assim, o atendimento a pacientes que não pertencem às áreas sob suas responsabilidades representaria um esforço extra indesejável. Uma vez que a realização de tais atendimentos não está entre suas obrigações fundamentais, as profissionais dificultam a ocorrência dos mesmos. A segunda razão pela qual as profissionais tentam restringir o acesso de pacientes aos seus serviços é que esta constitui uma forma de controlar a assunção de responsabilidades. De acordo com elas, associadamente à elevada demanda com a qual precisam lidar, seus trabalhos inevitavelmente lhes imputariam uma grande quantidade de responsabilidades. Atender uma paciente significa assumir certa responsabilidade para com sua condição de saúde. Ademais, em se tratando de um contexto de prestação de atenção primária à saúde, o atendimento a uma paciente pode significar a adoção desta responsabilidade durante um período de tempo mais ou menos prolongado. Portanto, controlar o acesso de uma paciente a um serviço representa, ao mesmo tempo, um controle sobre o volume total de trabalho e um controle sobre o volume total de responsabilidades assumidas.

Tal como ocorre em Cuba, de acordo com o modelo da política de saúde da família de Belo Horizonte suas profissionais não devem regular a quantidade de trabalho cotidiano em função de um número predeterminado de atendimentos diários. Tal tipo de organização é comumente utilizado por instituições situadas em outros níveis do sistema de saúde da cidade e, no passado, também foi usado pelos Centros de Saúde. Esse esquema de oferta de serviços é usualmente denominado como “atendimento por fichas”. Normalmente vem associado à ocorrência de filas noturnas nas portas das instituições, pois as “fichas” são “distribuídas” de acordo com a ordem de chegada das pacientes. Este procedimento não é mais permitido nos Centros de Saúde de Belo Horizonte. Todas as pacientes devem ser, de uma forma ou de outra, atendidas pelas EqSF. Elas não necessariamente precisam receber consultas médicas, mas suas demandas devem ser ao menos ouvidas e terem planejadas suas soluções. Assim deve ser feito mesmo diante de pacientes que não pertençam às áreas de abrangências vinculadas à EqSF ou ao Centro de Saúde em questão. Sendo assim, como as profissionais não podem se recusar explicitamente a atender as pacientes que as procuram, por vezes tentam fazê-lo por outros meios.

Nestas circunstâncias, o recurso à verificação do pertencimento da paciente à área de abrangência se faz um dos mecanismos principais de limitação do acesso. Para tanto, o cadastro da paciente serve como recurso principal no empreendimento desta verificação. A ausência de cadastro da paciente como moradora da área de abrangência pode então servir de justificativa para a limitação de seu acesso ao serviço. Sabendo disso, para terem seus interesses atendidos, muitas vezes as pacientes procuram subverter tal mecanismo. O fato

a ser observado é que o processo de cadastramento não funciona perfeitamente. Os cadastros não são feitos imediatamente após a chegada ou a saída de um residente a determinado território, em boa medida a composição de uma família residente em um domicílio passa pela declaração de algum de seus membros, nem sempre um indivíduo reside de maneira fixa em um domicílio determinado etc. Por isso, um indivíduo pode residir num território e não estar assim cadastrado, ou então não residir num território e ainda assim estar cadastrado como a ele pertencente. Isto posto, de forma recorrente pacientes declaram residir em domicílios nos quais verdadeiramente não moram, apresentam documentações que as associam a domicílios nos quais verdadeiramente não residem, solicitam que amigos ou familiares declarem que residem em seus domicílios etc. Quando o pertencimento ou não de uma paciente a determinada área se torna incerto, geralmente as ACS são acionadas para dirimir a dúvida. A elas é atribuída a responsabilidade em produzir uma apreciação legitimada acerca do pertencimento ou não de pacientes às áreas de abrangência das EqSF ou dos Centros de Saúde.

É empobrecedor considerar, porém, que tais circunstâncias consistem tão somente em fraudações do sistema pelo qual a política de saúde da família de Belo Horizonte está organizada. É imperativo assentir que a territorialização pode se tornar um obstáculo a ser enfrentado pela paciente. Desde um ponto de vista mais amplo, todos os cidadãos possuem direitos iguais no que tange ao acesso aos serviços públicos de saúde. Contudo, o fato de que existem serviços diferenciados, disponibilizados por instituições diferenciadas, que por sua vez são responsáveis por territórios excludentes entre si, faz com que os indivíduos acabem por ter estes direitos iguais atendidos de modos distintos. Sendo assim, ao manipular sua associação a um território para obter certo serviço o indivíduo está tentando superar um obstáculo que lhe foi imposto por um princípio organizativo que limitou seu direito igualitário.

No Brasil, a questão da territorialização da política de saúde da família precisa ser, por conseguinte, analisada com desvelo no que se refere à municipalização dos serviços de atenção primária à saúde. Embora a política de saúde da família do país articule as três instâncias federativas, sua execução está a cargo dos municípios. Todavia, como se sabe, o país possui profundas diferenças econômicas locais. Acrescente-se a isso as diferentes capacidades organizacionais e prioridades políticas existentes em cada município. Como decorrência destas variações, as políticas de saúde da família existentes em cada município são consideravelmente distintas. Como o local de residência é o aspecto determinante na vinculação das pacientes às instituições que executam estas políticas, o fato delas morarem em tal ou qual município é decisivo no que tange ao acesso que terão aos serviços de atenção primária à saúde.

O atendimento para com o princípio da universalidade estabelecido pelo SUS inicialmente sugere que uma paciente deve ser atendida em qualquer instituição pública de saúde, independentemente do local onde reside. Entretanto, qualquer atendimento envolve, para além da questão da regulação dos volumes das demandas por serviços e das responsabilidades assumidas pelas profissionais, certo controle sobre recursos. Ao atender uma paciente residente em outro município uma instituição estaria dirigindo a ela recursos que, num certo sentido, deveriam ser gastos com os habitantes do município ao qual pertence. Idealmente, pacientes advindas de outros municípios receberiam atendimento em quaisquer instituições e, apenas num segundo momento, seriam encaminhadas àquelas responsáveis pelos territórios nos quais residem. Contudo, no caso de Belo Horizonte, por exemplo, o caráter sistemático da chegada de pacientes oriundas de outras localidades aos Centros de Saúde da cidade gera uma constante tensão. Por vezes uma paciente reside mais próximo a um Centro de Saúde de Belo Horizonte do que de um Centro de Saúde de seu município. Por vezes ela avalia que o serviço do Centro de Saúde de Belo Horizonte é melhor do que o daquele ao qual está vinculada de acordo com o princípio da territorialização. Essas e outras motivações fazem com que os Centros de Saúde de Belo Horizonte constantemente recebam pacientes que residem nos municípios vizinhos. Por isso cotidianamente as profissionais precisam lidar com a tensão entre, por um lado, dirigir esforços para com o atendimento das pacientes residentes nas áreas de abrangências das instituições e, por outro, satisfazer o princípio da universalidade.

Diante da impossibilidade de negarem atendimento a estas pacientes oriundas de outros municípios e da necessidade de regularem o acesso delas aos serviços, o recurso mais comumente utilizado pelas profissionais é a verificação de se suas necessidades de saúde constituem ou não “casos agudos” (TURCI, 2008:57)³⁸. Não é raro encontrar nas paredes dos Centros de Saúde de Belo Horizonte avisos tais como o reproduzido abaixo:

ATENDIMENTO DE PACIENTES "FORA DE ÁREA"

Ficou pactuado que "fora de área" são pacientes com necessidades agudas e que não pertencem à nossa área de abrangência. Ex: Moradores de outros bairros ou municípios, pessoas que trabalham no bairro [onde o Centro de Saúde está localizado] e moram em outro bairro, moradores de rua.

Nestes termos, o atendimento a pacientes que não pertencem à área de abrangência do Centro de Saúde ficaria restrito àquelas que constituiriam “casos agudos”. Como a noção de “caso agudo” é extremamente controversa e manipulável, o acesso destas pacientes se torna razoavelmente controlável. Obviamente, alguns fatores inescapavelmente fazem com que um “caso agudo” seja reconhecido enquanto tal. Por exemplo, a ocorrência de febre

³⁸ A questão dos “casos agudos” será explorada com mais profundidade no capítulo IV, item 25, pág. 256.

alta, de batimentos cardíacos muito elevados etc. Contudo, no cotidiano dos serviços de atenção primária à saúde as condições das pacientes normalmente não são tão evidentes. Sendo assim, a possibilidade da situação de uma paciente ser classificada como “aguda” também depende, por exemplo, do volume de trabalho que uma EqSF possui em determinado dia, ou da maior ou menor facilidade das profissionais em encaminharem esta paciente à instituição responsável pelo território onde reside. Além disso, a opção por atender estas pacientes somente quando se encontram em condições “agudas” vem impedir que elas recebam atendimentos contínuos, limitando assim a vinculação delas ao Centro de Saúde ou à EqSF.

Ao longo do trabalho de campo em Belo Horizonte pude conhecer outra manifestação interessante dos conflitos inerentes à sobreposição entre o princípio da territorialização e a divisão de responsabilidades entre municípios. Estava em funcionamento na cidade o Programa Saúde da Escola, um projeto conjunto do MS e do Ministério da Educação. Através dele as EqSF realizavam avaliações das condições gerais de saúde dos estudantes de escolas localizadas nas áreas de abrangência dos Centros de Saúde. No entanto, acontecia de alguns jovens, apesar de estudarem na área de abrangência de um Centro de Saúde, não residirem nela. Se estes estudantes eram saudáveis, tal fato não gerava dificuldades. Contudo, quando eles possuíam algum tipo de problema de saúde, surgiam dúvidas entre muitas profissionais sobre o que fazer diante destas situações. Em tese a responsabilidade principal para com eles seria dos Centros de Saúde que atendem os locais onde residem. Mas, ao mesmo tempo, ainda que eles pertencessem a outras áreas de abrangência, ao tomarem contato com suas necessidades de tratamento as EqSF não podiam simplesmente não fazer nada. As profissionais mais facilmente encontravam soluções para esta questão quando estes estudantes residiam nos territórios adscritos a outros Centros de Saúde de Belo Horizonte. Mais facilmente as EqSF os encaminhavam para estes outros Centros de Saúde, mais facilmente deixavam de ser responsáveis por eles. Já quando eles residiam em áreas de abrangência de Centros de Saúde de outros municípios a questão se tornava mais delicada. As profissionais tinham maiores dificuldades em contatar estas outras instituições e em transferir a elas as responsabilidades para com os problemas de saúde destes estudantes. Como à época da realização do trabalho de campo o Programa Saúde na Escola havia sido implantando em Belo Horizonte há relativamente pouco tempo e, além disso, como as EqSF não realizavam a atividade do projeto cotidianamente, mas apenas uma vez a cada um ou dois meses, eram recorrentes as incertezas das profissionais para com estas situações.

Durante a segunda etapa do trabalho de campo em Belo Horizonte, na qual estive por um período mais prolongado em Centros de Saúde da regional Venda Nova, pude tomar contato com a questão da relação entre a territorialização e a divisão política entre

municípios também no que tange ao trabalho das ACS fora das instituições. Certa vez acompanhei durante todo um dia uma série de visitas domiciliares realizadas por uma ACS do Centro de Saúde Nova York. Estávamos visitando de forma sequenciada todas as residências localizadas em um dos lados de uma rua. Ao que em determinado momento ela me informou que aquela rua estava situada por sobre a divisa dos municípios de Belo Horizonte e Vespasiano. Precisei ser avisado deste fato porque nada na paisagem do local indicava ser aquela uma região de fronteira. Quem quer que circulasse pelas proximidades não perceberia diferenças marcantes entre os bairros situados em um ou no outro município. Ao caminhar pela área a arbitrariedade desta divisão política se tornava mais evidente. Coincidentemente, esta ACS residia justamente nesta mesma rua. Era curioso então perceber que ao cruzar poucos metros estar-se-ia diante de dinâmicas distintas no âmbito da política de saúde da família. Se eu acompanhasse o trabalho de uma ACS que residisse do outro lado da rua poderia vir a conhecer práticas consideravelmente distintas. De forma similar, os moradores deste outro território participavam de uma política de saúde da família com características diferentes daquelas que eu vinha conhecendo em Belo Horizonte.

Não obstante, do ponto de vista da organização dos serviços das instituições, são menos complexas as situações como a descrita acima, nas quais as linhas que demarcam as fronteiras entre municípios estão situadas em locais de fácil identificação, em comparação com aquelas nas quais tais linhas passam por locais menos manifestos. No Centro de Saúde Mantiqueira pude acompanhar parte do processo de cadastramento de pacientes que residiam em sua área de abrangência, mas cujas residências se localizavam em bairros atravessados pela divisa entre os municípios de Belo Horizonte e Ribeirão das Neves. Tal situação de maior indistinção é mais comum em áreas nas quais a ocupação urbana se deu de forma desregulada. No caso destes bairros que faziam parte da área de abrangência do Centro de Saúde Mantiqueira, como as fronteiras municipais geralmente não eram geograficamente evidentes e tampouco seguiam linhas retas, no passado as pessoas construíram suas casas a despeito da localização destas divisões. Entretanto, atualmente, do ponto de vista da política de saúde da família, tais divisões territoriais são fundamentais. Ainda que estivessem em um mesmo bairro, as residências poderiam não estar vinculadas à política de saúde da família de um mesmo município.

Como estas fronteiras não eram evidentes, para o cadastramento destas residências era necessário o uso de mapas detalhados da área, que indicavam com precisão a localização dos limites entre os municípios. Em certa oportunidade fui com um conjunto de profissionais conhecer estes bairros. Caminhamos por toda a região, tentando acompanhar a linha que dividia os municípios e identificar as residências que deveriam ser cadastradas. A precariedade das condições de urbanização de vários locais (ruas sem

calçamento, presença de terrenos baldios etc.) explicitava que a região havia sido originalmente ocupada num período em que ainda não recebia diversos serviços públicos. Mais recentemente, na medida em que passa a ser alvo de mais políticas – dentre elas a de saúde da família –, o controle minucioso sobre o território se torna questão de maior relevância.

Num dos pontos desta caminhada chegamos a um local no qual uma casa havia sido construída exatamente na divisa entre os municípios. Claramente percebia-se que a obra de construção de uma rua que deveria passar por aquele espaço não havia sido concluída. Ao que tudo indicava, esta residência teria sido erguida, portanto, num terreno público invadido. Inevitavelmente, surgia então a dúvida sobre se seus moradores deveriam ser atendidos pela política de saúde da família de Belo Horizonte ou de Ribeirão das Neves. A Figura 14, abaixo, apresenta uma fotografia deste local. No barranco sem vegetação em primeiro plano supostamente passaria a rua que dividiria os municípios. Ao fundo pode-se ver a residência construída por sobre a fronteira.

Figura 14: Residência construída na fronteira entre Belo Horizonte e Ribeirão das Neves



Fonte: acervo pessoal

Já a Figura 15, abaixo, apresenta uma fotografia de um dos quarteirões atravessados pela divisa entre os municípios. As profissionais acreditavam que o território de Belo Horizonte se encerrava no limite entre os muros branco e verde à esquerda da imagem. A diferença no recuo do passeio era uma pista do pertencimento das casas a tal ou qual cidade. No entanto, apenas o mapa detalhado poderia eliminar esta dúvida. De qualquer

forma, em algum ponto deste quarteirão dois vizinhos acabariam por ter acesso a distintas políticas de saúde da família.

Figura 15: Quarteirão atravessado pela fronteira entre Belo Horizonte e Ribeirão das Neves



Fonte: acervo pessoal

É interessante contrastar essa situação dos indivíduos que residem em diferentes municípios com a dos estrangeiros que residem em Belo Horizonte. Certa vez tive notícias sobre a presença de um pequeno grupo de estrangeiros que residiam na área de abrangência de um Centro de Saúde. As profissionais desta instituição me disseram que alguns residiam no local de forma permanente, enquanto também era comum que por ele passassem outros que ali moravam quando chegavam ao Brasil, mas que pouco tempo depois se mudavam para outros locais. Tanto os que residiam de forma permanente quanto os que o faziam temporariamente podiam utilizar os serviços da instituição³⁹. No entanto, este Centro de Saúde estava localizado numa região de fronteira de Belo Horizonte. Próximos a este grupo viviam brasileiros que eram obrigados a utilizar as instituições de outro município. Sendo assim, parece-me interessante considerar que, do ponto de vista do acesso à política de saúde da família, o local de residência dos indivíduos se apresentava como elemento mais relevante do que suas nacionalidades.

Algo semelhante acontecia em outro Centro de Saúde também situado numa região de fronteira da cidade. Na área de abrangência de uma de suas EqSF se encontrava uma

³⁹ Não pude averiguar com precisão a condição legal destes estrangeiros. Portanto, não posso avaliar em que medida esta prática das profissionais estava ou não de acordo com as leis brasileiras. Vale registrar que, até onde eu sei, de acordo com artigo 95 da lei nº 6.815 (BRASIL, 1980), os estrangeiros com residência permanente no país podem se servir dos serviços públicos de saúde. Por outro lado, a situação de estrangeiros que vêm ao Brasil para realizarem tratamentos médicos parece-me não ser uma questão pacificada. Nestes casos, a regulação que tem servido como referência principal é a recomendação nº 02, do Conselho Nacional de Imigração (CNIg, 2000).

comunidade de ciganos. Alguns de seus membros residiam de forma permanente no local, enquanto outros por lá permaneciam apenas temporariamente. A EqSF havia optado por atender a todos, mas por cadastrar apenas aqueles que residiam permanentemente na área. Mesmo estando em trânsito, a alguns destes ciganos era dada a possibilidade de acessarem uma política de saúde da família bastante distinta daquela à qual tinham acesso as pessoas que residiam próximas a eles, mas já no território de outro município.

Em Cuba, de acordo com algumas profissionais de CMF com as quais tive contato, os estrangeiros podem ter acesso à política de saúde da família apenas quando obtêm residência no país, quer seja temporária ou permanente. Já quando os estrangeiros que não possuem residência no país necessitam de atenção à saúde devem então utilizar hospitais específicos que prestam serviços direcionados a indivíduos nesta situação. Minha permanência no país se deu por meio da condição de residente temporário, o que, em sendo assim, me permitiria utilizar os CMF. Em certa oportunidade vivi a experiência de fazê-lo. Durante o terceiro mês de minha estada comecei a apresentar sintomas do que me parecia consistir num resfriado: coriza, cansaço e dores musculares. Procurei o CMF que atendia o local onde estava residindo, e fui prontamente atendido pela médica que nele trabalhava. Não me foi exigido nenhum tipo de cadastramento, não foi necessário que eu comprovasse ser residente da área de abrangência da instituição e sequer precisei apresentar qualquer documentação. Minha casa se localizava a cerca de trinta metros do CMF. A médica que me atendeu conhecia a proprietária desta residência, e sabia que ela recebia estrangeiros. Disse-me que já havia me visto entrando e saindo do local, e deduzido que eu estava a residir ali. Além disso, um amigo cubano anteriormente havia me apresentado à enfermeira deste CMF, com quem nos encontramos enquanto caminhávamos por uma rua próxima. Sendo assim, quando procurei os serviços da instituição, eu não era uma pessoa totalmente estranha às suas profissionais. A facilidade com que fui atendido talvez esteve relacionada a este conhecimento prévio, mas também à simplicidade de minha demanda. Acredito que algo distinto ocorreria se eu possuísse um problema de saúde mais grave e/ou se fosse totalmente desconhecido pelas profissionais. Minha consulta não resultou em nenhum encaminhamento para outra instituição, nem foi avaliado que minha saúde corria algum sério risco.

Em Belo Horizonte, o problema da relação entre locais de residência, proximidade de residências para com instituições e áreas de abrangência das instituições, conquanto de modo menos acentuado comparativamente ao que ocorre nas regiões de fronteiras entre municípios, se reproduz nas regiões de fronteiras entre os territórios sob responsabilidade de diferentes Centros de Saúde da cidade. Na medida em que a definição das áreas de abrangência dos Centros de Saúde se vale dos setores censitários do IBGE, acontece de pacientes não poderem acessar os serviços de alguns Centros de Saúde, ainda que eles

estejam mais próximos de suas residências do que aqueles aos quais estão vinculadas. Por exemplo, pode ocorrer de uma paciente precisar de um transporte qualquer para se dirigir até o Centro de Saúde que atende o local onde mora, enquanto poderia ir a pé até outro Centro de Saúde que se encontra mais próximo à sua casa. Inevitavelmente, essas situações fazem com que muitas pacientes tentem acessar os serviços daqueles Centros de Saúde que lhes são espacialmente mais acessíveis. Em contrapartida, as profissionais se esforçam em evitar que estas pacientes sejam sistematicamente atendidas. Consequentemente, contendas diversas surgem em torno da responsabilidade das profissionais em atendê-las.

As profissionais dos Centros de Saúde de Belo Horizonte geralmente acreditam que a maior ou menor proximidade das residências das pacientes também impacta a busca pelos trabalhos das EqSF. Mais uma vez, como o critério de definição das áreas de abrangência não se vale apenas da cercania para com a instituição, dentro de um mesmo Centro de Saúde existem territórios sob a responsabilidade de umas EqSF que são mais próximos do que aqueles sob a responsabilidade de outras. De acordo com as profissionais, isso faria com que as EqSF cujas áreas de abrangência estão mais próximas dos Centros de Saúde tendam a receber uma demanda maior por serviços. Tal percepção por vezes faz com que as demandas das pacientes que residem a curta distância da instituição tendam a ser mais desqualificadas pelas profissionais. Inúmeras vezes ouvi de profissionais que trabalham em EqSF cujas áreas de abrangência estavam próximas aos Centros de Saúde que suas pacientes seguidamente buscariam seus serviços sem realmente necessitarem deles, mas apenas porque o deslocamento até a instituição não lhes seria custoso.

Enquanto princípio fundamental das políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil, a territorialização traz consigo, portanto, alguns conflitos. Não somente pelas formas como é concretizada, mas também em função de suas próprias condições de possibilidade. Ela é percebida de forma positiva pelas pacientes quando permite que acessem os serviços mais facilmente, quando aumenta a responsabilidade das profissionais e das instituições para com elas, ou então quando permite que as profissionais e as instituições conheçam melhor suas necessidades e, conseqüentemente, tenham mais facilidade em solucioná-las. Por outro lado, é percebida de forma negativa pelas pacientes quando faz com que sejam impedidas de acessarem serviços que desejam, quando implica em maiores deslocamentos geográficos para chegarem até as instituições, ou então quando as obriga a acessarem serviços de pior qualidade em comparação com aqueles acessados por outras pacientes que, em tese, possuiriam os mesmos direitos que elas. Já por parte das profissionais, a territorialização é percebida de forma positiva quando lhes auxilia na organização de suas atividades, e percebida de forma negativa quando implica num aumento da demanda por seus trabalhos. A comparação entre Cuba e Brasil permite vislumbrar que a inexistência de

conflitos gerados em função da territorialização supõe que todos os territórios sejam atendidos por serviços similares.

Ademais, pode-se concluir que, dependendo do contexto e da posição do sujeito no campo da política de saúde da família, sua perspectiva para com a territorialização será distinta. Isso significa que os processos por meio dos quais o princípio da territorialização se transforma em ações, práticas, técnicas etc. não são estáticos. Ao contrário, eles são dinâmicos e assumem diferentes significados em função de aspectos específicos e circunstanciais. Nestes termos, cada esforço em territorializar produzido por um sujeito ou instituição geralmente vem acompanhado de outro contrário que busca produzir alguma desterritorialização. Cada esforço em controlar ações e processos produzido a partir do princípio da territorialização geralmente vem acompanhado de outro contrário que busca flexibilizar e/ou transformar estas ações e processos.

16. Em relação às comunidades

O princípio da territorialização nas políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil vem acompanhado da presunção de que os territórios adscritos às suas instituições corresponderão a comunidades neles residentes, e de que os sujeitos que participam destas políticas estabelecem relações com estas comunidades. Não obstante, mesmo os modelos destas políticas preveem que estas relações serão diferenciadas, a depender de quais sejam os sujeitos envolvidos. No Brasil, há a suposição de que as pacientes, apenas por residirem nos territórios, pertencerão às comunidades. De forma similar, as ACS, que obrigatoriamente devem residir nas áreas de abrangência das instituições, compartilhariam um duplo vínculo: com as comunidades residentes nos territórios e com os grupos de profissionais. Já as demais profissionais – médicas, enfermeiras e auxiliares de enfermagem – não seriam necessariamente oriundas das comunidades com as quais trabalham, mas, ao se tornarem responsáveis pelos territórios nos quais atuam, estabeleceriam vínculos com elas. Por sua vez, assim como no Brasil, em Cuba supõe-se que as pacientes pertenceriam às comunidades, uma vez que residem nos territórios adscritos aos CMF. Ademais, o modelo da política cubana define que, sempre que possível, médicas e enfermeiras também devem residir nas áreas de abrangência das instituições, incrementando seus vínculos com as comunidades pelas quais são responsáveis. Quando não é viável que estas profissionais residam nos territórios, entende-se que seus vínculos para com as comunidades surgirão em decorrência do fato de que se tornam responsáveis por elas.

Sendo assim, mesmo do ponto de vista de seus modelos, as políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil reconhecem que os sujeitos nelas envolvidos possuem relações diferentes com as comunidades atendidas. Contudo, uma vez que estas políticas constituem

contextos complexos de execução, há que se admitir que quaisquer apontamentos em torno desta questão são, inevitavelmente, simplificações. Apenas o local de moradia não encerra todos os fatores que envolvem o pertencimento dos sujeitos às comunidades. Sem pretender escapar a algum grau de simplificação, este item objetiva qualificar um pouco mais a compreensão das relações entre os sujeitos que participam destas políticas e as comunidades por elas atendidas. Para tanto, como no restante desse trabalho, será dado foco, no Brasil, às figuras da médica, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem, da ACS e da paciente. Por seu turno, em Cuba será dado foco às figuras da médica, da enfermeira e da paciente.

Esta reflexão em torno das relações entre os sujeitos e as comunidades atendidas pelas políticas de saúde da família passa, portanto, por um questionamento da própria noção de comunidade. A ideia de que todos os residentes num determinado território irão compor uma “comunidade” (ainda que se integrem a ela de forma mais ou menos intensa) é uma suposição demasiadamente ampla que carece de ponderações. Para com a política de saúde da família cubana, Chao et al. apontaram que “el término comunidad se ha venido aplicando a un conjunto de personas, organizaciones sociales, servicios, instituciones y agrupaciones. Todos estos actores viven en una zona geográfica y comparten la misma organización, así como valores e intereses básicos en un momento determinado” (2008:521). Ainda que tal tipo de definição possa ser utilizado na caracterização de alguns contextos, ele não necessariamente corresponde à realidade de todos aqueles nos quais as políticas de saúde da família intervêm. Conquanto da demarcação de seus territórios de atuação derive a suposição de que eles trazem consigo comunidades igualmente demarcadas, nem sempre os elementos ligados a estes espaços compartilham da mesma organização, dos mesmos valores e dos mesmos interesses.

Analisando um contexto brasileiro, Scott (2008) ponderou que, no âmbito da política de saúde da família, o pertencimento comunitário combinaria três diferentes ordens. O autor afirma:

Há uma superposição de pelo menos três níveis de identificação comunitária que ressaltam as fronteiras precárias entre as realidades históricas e as realidades administrativas das comunidades. O primeiro tem como referência a história de ocupação da comunidade que confere nome e experiência vivida aos comunitários e contribui para a qualidade da sua ação coletiva. O segundo nível se forma pelas fronteiras definidas pelos institutos de registro e planejamento formal que aparecem com mais clareza em dados censitários. Agora existe um terceiro nível de fronteiras comunitárias relacionadas com a definição de áreas de atuação de equipes de PSF. [...] As comunidades históricas têm dimensões extraordinariamente variadas, as comunidades censitárias, só têm existência no papel, e as comunidades sanitárias são unidades administrativas reforçadas através da atuação cotidiana da equipe (2008:265).

A noção de comunidade apontada por Chao et al. estaria mais próxima apenas do primeiro nível de identificação descrito por Scott. Sob este prima, Scott chama atenção para

o fato de que os parâmetros de pertencimento comunitário dados por características intrínsecas às comunidades nem sempre correspondem aos parâmetros assumidos na organização territorial das políticas de saúde da família⁴⁰. Ao longo deste item procurarei seguir explorando tal dissociação. Para fazê-lo darei foco às múltiplas formas de engajamento existentes para com as políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil. Nesse sentido, procurarei discutir em que medida, na esfera destas políticas, as comunidades que constituem seus alvos surgem como efeitos das relações que os sujeitos estabelecem com elas.

Para empreender tal qualificação, entendo ser analiticamente proveitoso vislumbrar a situação de cada sujeito diante de alguns aspectos. Primeiro, se ele reside no território. Isso será relevante para se avaliar se ele mantém com o território algum tipo de vínculo supostamente anterior à política, ou se este foi buscado após a associação deste sujeito à política. Em seguida é interessante ponderar em que condições apenas o local de residência é suficiente para a vinculação do sujeito à política. Nesse quesito, o indicador principal a ser utilizado será a observação de se este sujeito possui ou não acesso a algum tipo de serviço privado de saúde. Tal aspecto será decisivo para se avaliar se o sujeito se coloca ou não na posição de paciente da política de saúde da família. Obviamente, não há uma correlação inescapável entre essas duas questões. O sujeito pode possuir acesso a algum serviço privado de saúde e ainda assim ser paciente da política de saúde da família, pode possuir e também ser paciente da política, pode não possuir e ser paciente da política e, por fim, pode não possuir e também não ser paciente da política. Mais além, pode assumir estas condições em circunstâncias determinadas, transitando entre elas. Contudo, o que se tentará perceber são as tendências mais gerais envolvidas nesta problemática.

As médicas são centrais para a realização da política de saúde da família brasileira. No entanto, o trabalho de campo permitiu perceber que, em Belo Horizonte, são elas os sujeitos que mantêm as mais frágeis relações com as comunidades atendidas por esta política. Não conheci nenhum caso em que a médica residisse na área de abrangência do Centro de Saúde no qual trabalhava. Suas vinculações com as comunidades surgem, portanto, a partir de suas inserções enquanto profissionais da política de saúde da família. Porém, embora tenha tido notícias de médicas que trabalhassem por períodos de alguns anos num mesmo Centro de Saúde, inclusive numa mesma EqSF, devido especialmente à posição ocupada pela função de médica da política de saúde da família no mercado de trabalho, as relações destas profissionais com as comunidades são quase sempre marcadas por elevada instabilidade. Nos ambientes dos Centros de Saúde é comumente explicitada a concepção de que as médicas que neles trabalham estariam em “*começo ou*

⁴⁰ Para a análise do sentido de “comunidade” utilizado em um contexto distinto ao da política de saúde da família, ver Teixeira (2005).

fim de carreira"⁴¹. Esta noção é compartilhada inclusive por muitas médicas, e sugere que o trabalho na política de saúde da família seria essencialmente temporário, uma ocupação até que surja uma melhor oportunidade. Médicas em começo de carreira aguardariam a aprovação num exame para realização de uma residência médica, ou a obtenção de uma vaga na rede privada de saúde. Médicas em fim de carreira, com menores ambições de crescimento profissional, aguardariam a aposentadoria com os benefícios de um cargo no serviço público⁴². Essa condição desprestigiada da função é explicitada pela dificuldade da PBH em fixar as profissionais nas áreas mais periféricas e/ou pobres da cidade. Esse seria, de acordo com certa perspectiva comum, um dos piores empregos que uma médica poderia alcançar. Daí os incentivos financeiros da PBH para as profissionais que aceitam trabalhar nestas áreas. Os Centros de Saúde da cidade são classificados de acordo com a dificuldade de lotação de profissionais que apresentam. Aqueles de mais difícil lotação fatalmente estão localizados nas regiões mais pobres e/ou periféricas da cidade. Os salários das médicas são então acrescidos de determinados valores de acordo com a classificação do Centro de Saúde. Mas esse incentivo econômico por si só não soluciona o problema. Conheci diversas EqSF que estavam desfalcadas de médicas, enquanto as gerentes de seus Centros de Saúde não encontravam profissionais dispostas a ocupar estas vagas.

A precariedade da vinculação das médicas à política de saúde da família também é explicitada claramente nas ocasiões em que nos Centros de Saúde ocorrem eventos que lhes incomodam, sobretudo aqueles que envolvem alguma forma de violência. Conflitos são fatos corriqueiros nos Centros de Saúde da cidade. Cotidianamente envolvem protestos, discussões, ameaças e, às vezes, agressões verbais. Mais raramente ocorrem agressões físicas. Entretanto, geralmente as profissionais enfrentam tais situações e procuram resolvê-las, mantendo-se em seus empregos. Apenas as médicas, quando afetadas diretamente por estes eventos, geralmente adotam a estratégia de imediatamente deixarem de retornar à instituição.

Por essas questões é comum deparar-se nos ambientes dos Centros de Saúde com a explicitação da concepção de que as médicas precisam ter "*perfil*" para trabalharem na política de saúde da família. A médica com "*perfil*" seria aquela capaz de se adaptar a um trabalho no qual é obrigada a se relacionar com uma população com características sociais diferentes das suas. Mais diretamente, a médica precisaria estar disposta a trabalhar com pessoas pobres, a vê-las sistematicamente, a com elas interagir, a ser responsável por elas. Não há dúvidas de que, na ampla maioria dos contextos, as médicas possuem condições sociais e econômicas distintas daquelas de suas pacientes. Diferença que se evidencia no

⁴¹ Para diferenciá-las das demais citações e palavras utilizadas em sentido especial, ao longo do texto grafarei as expressões utilizadas por minhas interlocutoras em itálico e entre aspas.

⁴² Algo bastante similar foi apontado por Scott (2008:262).

fato de que elas não são pacientes da política de saúde da família. Não frequentam os Centros de Saúde responsáveis pelos locais onde residem, tampouco são visitadas por suas profissionais. Quando necessitam de algum serviço de saúde fazem uso do sistema privado. Portanto, em Belo Horizonte as médicas da política de saúde da família estabelecem vínculos com as comunidades situadas nos territórios pelos quais são responsáveis em decorrência do tempo mais ou menos prolongado durante o qual trabalham com elas. Estes vínculos são limitados pelos fatos de que elas não residem nestes territórios, de que seus cargos são desprestigiados, mas, principalmente, de que elas não compartilham as mesmas condições sociais e econômicas de suas pacientes.

A situação das enfermeiras é similar à das médicas. Também não residem nos territórios nos quais trabalham, o que faz com que os vínculos que possuem com as comunidades surjam em decorrência dos contatos prolongados que passam a estabelecer com as pacientes. Suas condições sociais e econômicas são mais próximas àquelas possuídas pelas médicas do que daquelas possuídas pelas demais profissionais e pelas pacientes. Por isso, assim como as médicas, geralmente possuem planos de saúde privados e, portanto, não são pacientes da política de saúde da família. A diferença importante entre suas condições é que, comparativamente, a função de enfermeira da política de saúde da família não é tão desprestigiada quanto a de médica. As características do mercado de trabalho fora da PBH não são tão atrativas às enfermeiras quanto são para as médicas. Isso faz com que as enfermeiras sejam mais estáveis em seus empregos. A saída da política de saúde da família não é percebida como uma alternativa tão acessível, imediata e acertada. Conseqüentemente, tendem a permanecer mais tempo trabalhando nesta política e a se engajarem mais fortemente com suas tarefas.

Por estarem em regra distanciadas social e economicamente de suas pacientes, médicas e enfermeiras normalmente compartilham certo estranhamento inicial com as condições de vida de suas pacientes. Não é raro que quando começam a trabalhar na política de saúde da família se sintam incomodadas com as situações com as quais precisam lidar em decorrência do contato próximo que acabam por estabelecer com suas pacientes. Ao longo do tempo este estranhamento diminui, pois se habitua com tais condições, mas parece não chegar nunca a desaparecer, já que a distância social que as separa de suas pacientes não deixa de existir.

Diversas profissionais me afirmaram que as populações com as quais trabalhavam seriam, de maneira geral, “barraqueiras”, “bagunçadas”, “sem-educação” e “difíceis”. Seguidas vezes me questionaram se eu não havia me sentido incomodado ao visitar certas casas ou ruas, dadas as condições de vida de seus moradores. Duas me revelaram que, no passado, chegaram a necessitar de licenças médicas pois não suportaram emocionalmente o contato com as realidades de algumas de suas pacientes. Observei tais percepções e

experiências sendo explicitadas por todos os tipos de profissionais. Porém, elas me pareceram mais comuns entre médicas e enfermeiras.

As auxiliares de enfermagem encontram-se numa situação intermediária quanto a estes distanciamentos. Elas geralmente também não residem nos territórios nos quais atuam. O que faz com que os vínculos que estabelecem com as comunidades advenham do exercício de suas funções. Mas isso deriva da dinâmica da ocupação de seus cargos, e não de suas características sociais e econômicas. Conheci diversas auxiliares de enfermagem que residiam em áreas tão ou mais periféricas e/ou pobres do que aquelas nas quais atuavam. A maioria delas possui planos de saúde do sistema privado, mas especialmente devido à facilidade que logram em obtê-los por trabalharem para a PBH. Mas é provável que nem todos os membros de suas famílias acessem serviços privados de saúde, assim como é comum que elas utilizem determinados serviços públicos, tais como os atendimentos odontológicos e as consultas especializadas – usos que são raríssimos entre médicas e enfermeiras. Sendo assim, elas se encontram mais próximas de suas pacientes dos pontos de vista social e econômico, o que potencializa a possibilidade de melhor se adaptarem às suas condições de trabalho. Acrescente-se a isso que seus cargos na PBH não são sistematicamente desprestigiados em relação às demais oportunidades do mercado de trabalho, o que faz com que a saída da política de saúde da família não seja considerada uma alternativa atrativa.

Entre médicas, enfermeiras e auxiliares de enfermagem é preciso considerar ainda a rotatividade gerada pela diferença entre os cargos ocupados por contrato e aqueles ocupados por concurso público. Independentemente de a qual classe profissional a profissional pertença, e de quais sejam suas condições sociais e econômicas, ela tende a permanecer mais tempo em seu trabalho na política de saúde da família de Belo Horizonte se for concursada. As profissionais contratadas convivem incessantemente com a possibilidade de perderem seus empregos e, mais cedo ou mais tarde, isso acontece. De modo que, na mesma medida em que as profissionais concursadas permanecem mais tempo em seus empregos, têm mais chances de estabelecerem relações mais fortes com as comunidades nas quais atuam.

As ACS apresentam uma situação distinta. Durante o trabalho de campo diversas delas disseram-me que, no passado, para ocuparem seus cargos era necessário que residissem nas microáreas nas quais atuavam. À época da pesquisa era exigido apenas que elas residissem nas áreas de abrangência dos Centros de Saúde nos quais trabalhavam (BRASIL, 2006c). De todo modo, a exigência para com seus locais de moradia faz com que seja acionado um vínculo com as populações atendidas tido como supostamente anterior à participação delas na política de saúde da família. O fato de residirem nos territórios nos quais atuam faz com que diante de situações de conflito com as pacientes seus campos de

ação sejam diferentes daqueles disponíveis às demais profissionais. Enquanto estas podem simplesmente abandonar seus trabalhos e assim se eximirem das consequências dos conflitos, as ACS, ainda que deixem seus trabalhos, continuam mantendo algum tipo de relação com as pacientes, pois residem próximos a elas. Esta maior proximidade entre ACS e pacientes é notável no cotidiano dos Centros de Saúde. Incontáveis vezes, enquanto as acompanhava em seus percursos pelas ruas, as vi sendo abordadas por amigos ou pessoas que as conheciam em decorrência de seus trabalhos. Mais além, é comum que relatem certo incômodo com a obrigação, decorrente de suas funções, de possuírem informações pessoais sobre as pacientes. Precisam saber, por exemplo, quais são seus problemas de saúde, quais são as condições econômicas de suas famílias, quais são seus hábitos etc. A posse de tais informações poderia colocá-las em situações constrangedoras diante de seus vizinhos.

Por possuírem essa maior proximidade com as pacientes, as ACS são as principais transportadoras de dados sobre elas para as profissionais, assim como as principais guias das profissionais nos territórios. Entretanto, elas ocupam esta posição não apenas porque residem nas áreas de abrangência das instituições, mas também porque geralmente compartilham com seus moradores suas condições sociais e econômicas. Por exemplo, quando uma médica visita uma paciente em sua casa a ACS deve acompanhá-la. Mas não apenas porque a médica pode desconhecer a localização do endereço ou as características da família da paciente, mas também porque pode desconhecer seu universo social.

De modo geral, as ACS compartilham mais similaridades sociais e econômicas com as pacientes do que com as demais profissionais. Por isso jamais vi questionamentos acerca da necessidade de que elas atendam a certo “*perfil*”. Pode ocorrer de alguma ACS não se adaptar às suas funções, mas dificilmente se cogitará que isso se deu porque ela não pôde se relacionar com as características sociais e econômicas de suas pacientes, já que compartilha delas. Sob este prisma, além de nela atuarem profissionalmente, quando lhes é necessário as ACS também assumem a condição de pacientes da política de saúde da família. Como ocorre com as auxiliares de enfermagem, muitas delas possuem planos de saúde privados, especialmente devido à facilidade para obtê-los enquanto funcionárias da PBH. Mas raras são aquelas que deixam de usar os serviços públicos de saúde com relativa sistematicidade. Suas famílias frequentam os Centros de Saúde, elas buscam consultas com suas médicas, todas estão cadastradas etc.

Também auxilia na produção da vinculação das ACS às populações atendidas o fato de que elas tendem a permanecer por mais tempo em seus empregos. Para ocupar suas funções não há a exigência de qualquer formação especializada, mas apenas uma escolaridade mínima. A maioria das ACS com as quais tive contato ao longo do trabalho de campo me relatou que optou por esta carreira porque estavam desempregadas e a

enxergaram como uma oportunidade de obterem um emprego estável e com remuneração razoável. Desse modo, possuindo baixa escolaridade e nenhuma formação especializada, dificilmente concebem que ao deixarem a política de saúde da família encontrariam melhores ocupações. Com o passar do tempo, a proximidade que possuem para com as pacientes – dada, especialmente, pelos fatos de residirem numa mesma vizinhança, de compartilharem condições sociais e econômicas similares e de se fazerem pacientes da política de saúde da família – é aumentada pelos contatos que decorrem do exercício de suas tarefas.

É necessário considerar, contudo, que as ACS possuem esta vinculação comparativamente mais forte do que as demais profissionais somente com os sujeitos atendidos nos Centros de Saúde, e não com a totalidade dos moradores das áreas nas quais atuam. Os territórios adscritos às instituições da política de saúde da família são, em Belo Horizonte, diferenciados internamente dos pontos de vista social e econômico – conquanto o nível dessa diferenciação varie. As ACS são quase sempre muito bem recebidas nas regiões mais pobres, enquanto quase não conseguem estabelecer contatos com os moradores de regiões mais ricas. Isso se dá porque, no conjunto destes sujeitos, aqueles mais pobres têm no trabalho das ACS algo que gera impactos em suas condições de vida, enquanto aqueles mais ricos geralmente possuem planos privados de saúde, percebendo o trabalho das ACS como algo incômodo e desnecessário.

A vinculação dos moradores das áreas de abrangência dos Centros de Saúde às comunidades atendidas poderia parecer, à primeira vista, óbvia. No entanto, à constatação do local de residência é preciso acrescentar a observação de se eles possuem ou não acesso aos serviços privados de saúde. Aqueles que possuem dificilmente utilizam os serviços dos Centros de Saúde e, por conseguinte, não constituem seus alvos diretos. A política de saúde da família é geralmente concebida por profissionais e pacientes como a alternativa daqueles sujeitos que não têm como opção a utilização do sistema privado de saúde. Perspectiva que vem associada à ideia de que as pacientes da política de saúde da família seriam “*cadastradas no SUS*”, indicando que a utilização do SUS estaria restrita a determinada parcela da população. Outra noção iluminadora comumente enunciada no ambiente dos Centros de Saúde é a de que aqueles sujeitos que anteriormente tinham convênios médicos privados e deixaram de possuí-los “*perderam o convênio*” e, por isso, “*passaram para o SUS*”. Há assim certa concepção de “perda”, de “declínio”, de “piora” associada à experiência de se começar a utilizar o SUS por não mais se possuir um plano privado de saúde. Nestes termos, a política de saúde da família existiria, conforme afirmam muitas profissionais e pacientes, “*para quem precisa*”.

No trabalho de campo pareceu-me perceptível que, de fato, os sujeitos que utilizam os serviços dos Centros de Saúde quase sempre não dispõem da oportunidade de se valerem

do sistema privado de saúde. Sempre que conversava com as pacientes lhes perguntava sobre os motivos que as haviam levado aos Centros de Saúde. Suas respostas inescapavelmente expunham problemas de saúde; mas, além disso, a maioria delas descrevia também a impossibilidade de recorrer a outra alternativa. Nas situações nas quais suas demandas não eram atendidas, ou então naquelas em que se mostravam insatisfeitas com as atividades realizadas pelas profissionais, tais narrativas se faziam ainda mais recorrentes. Por seu turno, dentre as pacientes que conheci nos Centros de Saúde e que possuíam acesso ao sistema privado, suas utilizações assumiam um caráter complementar para com os serviços privados dos quais se serviam. Estavam buscando medicamentos, tentando obter consultas com alguns especialistas, receber materiais para curativos etc. Ou seja, usavam serviços que seus convênios médicos particulares não lhes ofereciam.

Esta diferença quanto à possibilidade de se abdicar da utilização da política de saúde da família gera para com ela engajamentos distintos entre as pacientes. Aquelas que não podem utilizar o sistema privado de saúde geralmente se engajam de maneira mais intensa na dinâmica da política de saúde da família. Quer seja, por exemplo, de maneira a estabelecer boas relações com suas profissionais, quer seja demonstrando insatisfações diante da não obtenção de serviços de que necessitam – estratégias em alguma medida opostas, mas que igualmente visam aumentar as chances das pacientes alcançarem seus objetivos. Por sua vez, as pacientes que podem utilizar o sistema privado de saúde são mais indiferentes diante das ações das EqSF. Não procuram se cadastrar, não se preocupam em receber as visitas das ACS, são menos atentas às organizações dos trabalhos das EqSF, quando vão aos Centros de Saúde são menos persistentes em obterem o que desejam etc.

Tais posturas diferenciadas impactam diretamente os trabalhos das profissionais. Pacientes que não possuem convênios médicos privados tendem a ser mais dóceis, pois ponderam a possibilidade de criarem indisposições com profissionais das quais dependem. Já as pacientes que possuem convênios médicos privados tendem a desconsiderar mais as sugestões das profissionais e a serem mais arredias diante dos trâmites institucionais estabelecidos, pois podem prescindir-se deles. É interessante observar que as profissionais normalmente estão interessadas em saber se as pacientes possuem ou não planos privados de saúde. Essa informação modifica suas condutas. Com recursos escassos, as profissionais tendem a conceder mais atenção aos sujeitos que não possuem planos privados de saúde. Algumas profissionais, quando sabem que uma paciente tem a possibilidade de buscar o sistema privado, chegam a sugerir que ela o faça, com o objetivo de lhe poupar determinadas dificuldades inerentes à busca por atenção no sistema público. Em contrapartida, aquelas profissionais mais engajadas com a defesa do sistema público de saúde – especialmente as ACS, que precisam lidar constantemente com pacientes em

diferentes situações – se esforçam em demonstrar que os serviços da política de saúde da família podem ser melhores que aqueles oferecidos pela rede privada. Sendo assim, no Brasil o sujeito pode residir na área de abrangência do Centro de Saúde, mas não pertencer à população diretamente atendida por ele. Boa parte das pacientes que acessam os serviços privados nem chega a ser conhecida pelas profissionais dos Centros de Saúde. Mesmo as ACS têm dificuldade para lhes contatar em campo. Por vezes as conhecem apenas em visitas iniciais, quando da realização de cadastros. Posteriormente deixam de ser recebidas por estas pessoas, que julgam não necessitarem dos serviços da política de saúde da família.

Enfim, as comparações entre os sistemas de saúde público e privado são constantes no contexto de execução da política de saúde da família em Belo Horizonte. Quando tais cotejamentos são levados a cabo, o sistema público é comumente colocado numa posição de inferioridade, ao passo que o sistema privado é colocado como parâmetro de qualidade a ser alcançado. Muitas vezes ouve-se dizer que “o SUS é o convênio dos pobres”⁴³. De acordo com este ponto de vista, numa situação ideal todas as pessoas possuiriam planos privados de saúde. Nesse sentido, somente aquelas que não podem pagar por serviços privados utilizariam o SUS. Entretanto, é necessário ressaltar que tal concepção coexiste de forma tensa com o desejo manifestado por muitas profissionais e pacientes de que o SUS seja ampliado e utilizado por cada vez mais pessoas.

Outros dois fatores também merecem observação no que tange à utilização da política de saúde da família por parte dos moradores das áreas de abrangência de suas instituições. O primeiro deles é a própria localização dos Centros de Saúde. Em regiões de contraste social muito acentuado, quando os Centros de Saúde são instalados nas partes mais pobres destas regiões, tendem a ser menos frequentados por aquelas pessoas que residem nas suas partes economicamente mais privilegiadas. Mais uma vez a noção de que o serviço pertence àqueles que “*mais precisam*” é acionada, e as pessoas com melhores condições econômicas tendem a não se reconhecerem como membros da comunidade atendida. O segundo fator a ser considerado é a presença mais ou menos relevante das residências alugadas. Famílias sem residência permanente nos territórios atendidos pelos Centros de Saúde têm menos tempo para fortalecerem seus vínculos com as profissionais e com as instituições.

Em Cuba é menos diferenciada a questão do pertencimento das pacientes às comunidades atendidas pela política de saúde da família. Assim como são menos diferenciadas as relações que as profissionais estabelecem com ela. Há mais similaridades do ponto de vista de seus pertencimentos territoriais, bem como de suas características

⁴³ Essa concepção também foi observada por Martins et al. (2011) em pesquisa realizada com pacientes da política de saúde da família de outro município.

econômicas. Sob este prisma, constata-se que não existem diferenças consideráveis no que tange aos engajamentos de médicas e enfermeiras. Não conheci nenhum caso em que alguma profissional anteriormente já residisse na área de abrangência de um CMF em que posteriormente viria a trabalhar. Mas muitas das médicas e enfermeiras dos CMF que visitei haviam se mudado para os territórios atendidos por estas instituições quando foram nelas trabalhar. É importante ressaltar que muitas médicas e enfermeiras não residem nas áreas adscritas a seus CMF porque as residências direcionadas às suas profissionais foram, no passado, ocupadas por outras médicas e enfermeiras que trabalhavam nestes CMF, mas que posteriormente passaram a ocupar outros postos dentro do sistema de saúde. Como já haviam obtido o direito a estas residências, não foram delas retiradas. Portanto, ao que tudo indica, o mais comum é que a vinculação delas com as comunidades advenha com suas inserções na política de saúde da família. Contudo, é importante considerar que, enquanto a política de saúde da família foi implantada em Belo Horizonte há cerca de dez anos, em Havana ela existe há quase trinta anos. De modo que não é raro encontrarmos profissionais que trabalham num mesmo CMF há quinze ou vinte anos, o que inevitavelmente possibilita que suas relações com as comunidades sejam mais densas.

Além disso, a situação de grande igualdade social e econômica produzida pela revolução desde a década de 1960 faz com que o fato das profissionais irem residir nos territórios adscritos às instituições nas quais trabalham não lhes produza grandes estranhamentos. Ao contrário, a obtenção de uma moradia pelo exercício de suas funções é, em muitos casos, algo desejado por elas. Enfermeiras e médicas não possuem condições sociais e econômicas consideravelmente distintas entre si. Assim como não possuem condições sociais e econômicas consideravelmente distintas para com suas pacientes. Não pertencem, como no Brasil, a um grupo social com características distintas daquele ao qual pertencem os sujeitos atendidos pela política de saúde da família. Nota-se que ao invés de serem percebidas pelas pacientes como sujeitos privilegiados economicamente, tal como é comum no Brasil, as médicas que trabalham na política de saúde da família de Cuba são normalmente percebidas pelas pacientes como pessoas cujas vidas são permeadas por diversos sacrifícios, na medida em que recebem baixos salários e têm grandes responsabilidades. Nesse sentido, embora elas possam não possuir vínculos com as populações pelas quais são responsáveis supostamente anteriores aos seus exercícios profissionais, ao passarem a residir nos territórios nos quais atuam têm facilitada a aproximação para com suas pacientes. Acrescente-se a isso que em Cuba não existem serviços privados de saúde. De modo que médicas e enfermeiras também se colocam na posição de pacientes da política de saúde da família. Dessa forma, a condição de proximidade das médicas e enfermeiras de Cuba para com as comunidades pelas quais são responsáveis é comparável àquela possuída pelas ACS no Brasil.

Diferentemente do que ocorre no Brasil, as médicas e enfermeiras da política de saúde da família de Cuba não possuem condições sociais e econômicas destacadamente superiores às de suas pacientes. Suas condições de vida são semelhantes às da esmagadora maioria dos demais cubanos. Se consideramos, por exemplo, alguns sinais exteriores mais evidentes que indicam certas condições econômicas, no Brasil chama a atenção que as vestimentas das pacientes que vão aos Centros de Saúde são visivelmente mais simples que as das médicas. Da mesma forma, chama atenção que elas precisam se dirigir aos Centros de Saúde caminhando ou utilizando algum transporte coletivo, enquanto é raro que as médicas não possuam veículos particulares novos. Já em Cuba as médicas se vestem de forma semelhante às suas pacientes, e utilizam os mesmos meios de transporte. Geralmente se deslocam a pé ou utilizam transportes coletivos. Ao longo do trabalho de campo no país pouco a pouco deixei de surpreender-me ao deparar-me com médicas que haviam deixado de exercer a medicina e estavam trabalhando em atividades profissionais outras tidas no Brasil como inferiores. Atividades que no Brasil apenas pessoas oriundas de classes sociais mais baixas desempenham. Conheci médicas que trabalhavam como vendedoras em sebos ou que possuíam pequenas lanchonetes, nas quais elas mesmas preparavam as refeições dos clientes. Dois dos locais onde residi me foram alugados por médicas – uma delas sendo inclusive especialista em gastroenterologia. Em ambas as casas, como é padrão nas residências particulares autorizadas a serem alugadas a estrangeiros, minhas anfitriãs realizavam a limpeza do ambiente. Assim se dava não porque as médicas em Cuba possuem condições sociais e econômicas inferiores diante do conjunto da sociedade, mas porque possuem condições similares às de qualquer outro cubano. Por isso podem buscar oportunidades de melhores ganhos em outras atividades, especialmente no campo do turismo. Ademais, como comparativamente com o Brasil existe no país uma proporção maior de médicas por habitante, é mais comum encontrarmos estas profissionais atuando em outras ocupações. Certa vez, ao visitar um CMF encontrei a médica e a enfermeira que nele trabalhavam pintando o local. O desempenho de um trabalho manual não lhes parecia algo vergonhoso ou desmerecedor. Ao contrário, se mostraram orgulhosas por estarem cuidando com desvelo de seus ambientes de trabalho.

A situação das pacientes, como se pode suspeitar pelo exposto anteriormente, não é muito diferente das situações de médicas e enfermeiras. Elas necessariamente moram nos territórios adscritos aos CMF, o que impulsiona seus pertencimentos às comunidades atendidas. Como não existe um sistema privado de saúde no país, todos os residentes nestas áreas estão na condição de pacientes da política de saúde da família. Apenas para se melhor comparar com a realidade de Belo Horizonte, é importante frisar que os territórios dos CMF não apresentam regiões com diferenças sociais marcantes. Além disso, é também interessante apontar que a ocupação de residências alugadas não é fenômeno tão relevante

em Havana quanto o é em Belo Horizonte, o que potencializa a fixação das famílias nos territórios e, por conseguinte, a vinculação delas com as EBS e com os CMF.

Acontece de alguns indivíduos não utilizarem os serviços dos CMF aos quais estão vinculados territorialmente. Contudo, isso se dá, ao contrário do que ocorre no Brasil, por razões mais pessoais que sociais. É comum que algumas pessoas busquem tratamentos com outras médicas com as quais mantenham algum tipo de relação pessoal. Como em Cuba existe uma grande quantidade de médicas, dificilmente alguém não consegue estabelecer um contato pessoal com alguma destas profissionais. Quer porque já lhe conheça, quer porque lhe é apresentada e/ou indicada por um terceiro. No Brasil, dada a distância social que separa pacientes e médicas da política de saúde da família, tais tipos de contatos pessoais são mais difíceis de acontecer. Sendo assim, as pacientes em Cuba podem preferir obter consultas com estas profissionais para com as quais nutram mais simpatia, ou então com relação às quais sintam mais confiança ou liberdade para exporem suas condições de saúde.

O contexto de elevada igualdade social existente em Cuba produz, portanto, um contexto distinto com relação ao Brasil no que tange ao pertencimento dos sujeitos às comunidades atendidas pelas instituições da política de saúde da família. Num ambiente no qual as diferenças econômicas são pequenas, estas não interferem de modo importante nas formas como os sujeitos se inserem na política de saúde da família. É importante ressaltar ainda que tal condição de igualdade social foi observada por mim em Havana, região de Cuba tida como a menos igualitária do país. De acordo com os cubanos, as condições de vida no restante do país seriam ainda mais homogêneas. As atividades econômicas da cidade, especialmente aquelas dedicadas ao turismo, produziram um nível maior de desigualdade. Mas mesmo em Havana, não obstante pacientes com melhores relações pessoais possam obter algum tipo de atenção diferenciada, não existem distinções econômicas que gerem diferenças permanentes de relacionamento para com o sistema público de saúde. O contexto de igualdade faz com que os sujeitos não possuam grandes diferenças em suas capacidades de acionar recursos para obterem trajetórias distintas na busca por soluções de problemas de saúde. Num certo sentido, ao se encontrarem, pacientes e profissionais estariam entre iguais. Suas diferenças se constituem em função, sobretudo, do contexto específico do exercício de certo saber profissional, não sendo acrescentadas de distinções oriundas do campo econômico.

Em algumas ocasiões do trabalho de campo em Cuba as profissionais chamaram minha atenção para o curioso fato de que tal condição de igualdade por vezes seria traduzida em formas mais informais de tratamento utilizadas pelas pacientes. Embora não tenha percebido expressões de desrespeito por parte delas, presenciei diversas manifestações desprovidas de qualquer tipo de reverência ou cerimônia. Presenciei em uma

consulta um paciente dirigir-se ao médico que o atendia tratando-o por “*brother*”, o que inclusive motivou este médico a explicar-me a situação de proximidade existente entre ele e suas pacientes. No término de outra consulta que era acompanhada por mim, uma paciente, que havia sofrido um acidente vascular cerebral e por isso ia diariamente ao CMF para aferir sua pressão arterial, foi enfática em dizer à médica: “*lembre-se sempre que você é minha amiga!*”. Elas haviam acabado de conversar algumas amenidades, e suspeito que isso acontecia diariamente. Em outra oportunidade pude acompanhar uma consulta na qual o paciente, durante todo o seu atendimento, intercalou brincadeiras triviais com galanteios suaves dirigidos à médica e à enfermeira que o atendiam. Em nenhum momento as profissionais pareceram ofender-se ou considerar a postura do paciente desapropriada para a situação. Sua atitude não parecia ofensiva, mas apenas descerimoniosa. Ao final, satisfeito com o atendimento fraternal que recebera, o paciente ainda afirmou: “*os médicos são os melhores!*”. Certa vez dirigi-me ao CMF responsável pela área na qual residia. Chegando lá encontrei no local somente a médica e duas pacientes. Estavam sentadas ao redor da mesa da médica e conversavam animadamente um assunto qualquer. Foi apenas após alguns instantes que a médica lhes questionou acerca de suas demandas de saúde. Pude também perceber expressões desta certa “informalidade” entre profissionais e pacientes nas diversas ocasiões em que consultas que eram acompanhadas por mim foram interrompidas por pessoas que iam até os CMF para tratarem de questões diversas com as médicas. Isso geralmente não produzia insatisfações nas pacientes presentes, inclusive entre aquelas que eram atendidas nos momentos das interrupções. Estas pessoas não buscavam atendimentos, tampouco se encontravam na posição de pacientes. Desejavam somente conversar rapidamente com alguém que, além de médica, era também sua amiga, ou vizinha, ou conhecida etc. As pacientes que se encontravam em atendimento não se incomodavam com o fato, pois não o percebiam como algo estranho. Em um outro dia qualquer poderiam ser elas a estar fazendo o mesmo.

Entretanto, as experiências de campo em Havana e em Belo Horizonte permitiram observar que, embora os modelos das políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil definam como algo benéfico o estabelecimento de relações duradouras e profundas entre profissionais e pacientes, essa não é uma perspectiva totalmente compartilhada pelas profissionais. As pacientes geralmente enxergam positivamente esta possibilidade, sendo quase unânimes em apontar que a vinculação das profissionais aos territórios nos quais residem – e, por conseguinte, o incremento da possibilidade de com elas se relacionarem – melhora as condições dos serviços que recebem. Facilita o contato entre elas e torna as profissionais mais sensíveis aos seus problemas. Por sua vez, as profissionais geralmente reconhecem que o estreitamento de suas relações com as pacientes é importante do ponto de vista do alcance dos objetivos das políticas de saúde da família. A maioria delas me

explicitou que relações mais próximas tornam suas ações eficientes, uma vez que permitem que elas conheçam melhor as necessidades de suas pacientes, e que estas confiem mais em seus trabalhos. Contudo, profissionais tanto cubanas quanto brasileiras me relataram que este estreitamento de relações por vezes também lhes traria desgastes cotidianos. As responsabilidades que advêm deste grau de proximidade poderiam se tornar demasiadamente elevadas. Além disso, poderiam gerar cobranças e intercâmbios interpessoais indesejados, na medida em que poderiam transcender o exercício de suas profissões em sentido estrito.

Enfim, a comparação entre Cuba e Brasil no que tange à composição das comunidades atendidas pelas políticas de saúde da família e à relação que as profissionais estabelecem com elas evidencia seis aspectos importantes. Primeiro, que os pertencimentos das pacientes às comunidades atendidas (indicados pelo fato de que sistematicamente utilizam os serviços das instituições) não derivam somente de seus pertencimentos aos territórios adscritos às instituições (indicados por seus locais de moradia). O que será determinante para que a paciente faça parte dessa comunidade será a forma como se relaciona com a política de saúde da família, e não a localização de sua residência. Segundo, que a vinculação das profissionais às comunidades atendidas não deriva imediata e simplesmente da responsabilidade que assumem para com as condições de saúde das populações residentes nos territórios adscritos às instituições. Terceiro, que as vinculações das profissionais às comunidades são afetadas pela maior ou menor estabilidade com que se encontram em seus cargos, assim como pela forma como o percebem diante de outras oportunidades de trabalho. Quarto, que a vinculação das profissionais às comunidades é influenciada pelo fato delas também se encontrarem ou não na condição de pacientes da política de saúde da família. Quinto, que tanto o pertencimento das pacientes às comunidades, quanto a vinculação das profissionais às comunidades, se fortalecem ao longo do tempo na medida em que os sujeitos participam dos contextos erigidos pelas políticas de saúde da família. Sexto, e de forma mais geral, que tanto o pertencimento das pacientes às comunidades, quanto a vinculação das profissionais às comunidades, dependem de suas relativas condições sociais e econômicas. No Brasil, tais condições sociais e econômicas diferenciadas são explicitadas pela possibilidade dos sujeitos possuírem ou não acesso ao sistema privado de saúde.

Sob este prisma, podemos concluir que os engajamentos dos sujeitos às comunidades estão relacionados – e, num certo sentido, são efeitos – de seus engajamentos para com a política de saúde da família. Podemos concluir também que os pertencimentos das pacientes às comunidades, assim como as relações que as profissionais estabelecem com elas, não são estáticos, mas processuais. Como estes processos se desenrolarão dependerá da condição de cada sujeito em face, sobretudo, dos seis aspectos apontados

acima. Quanto às pacientes dependerá, por exemplo, de há quanto tempo elas residem num mesmo território e de qual é a possibilidade que possuem de utilizarem serviços privados de saúde. Já quanto às profissionais dependerá, por exemplo, de se elas residem ou não nos territórios nos quais atuam e de quanto são estáveis em seus cargos.

17. Reconhecendo os territórios

Os territórios nas políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil não são realidades dadas. Tampouco são espaços apenas divididos aos quais se associam serviços. Os territórios são mais do que apenas divisões de áreas para atuação das instituições. Eles são realidades construídas por artifícios específicos que os transformam em objetos passíveis de apreensão e intervenção sob certos termos. São, de uma só vez, alvos destas políticas e bases a partir das quais são erigidos seus instrumentos de concretização.

Nesse sentido, os elementos que compõem as políticas de saúde da família precisam desenvolver maneiras de reconhecer os territórios. Devem concebê-los de determinadas formas, identificando e distinguindo aspectos particulares que os definem enquanto tais. Necessitam também examiná-los e explorá-los de modos peculiares. No caso de profissionais e pacientes, podem inclusive precisar aprender a modificar suas concepções anteriormente possuídas acerca deles. Somente assim os territórios podem se transformar em realidades concebidas como dadas. Somente através destes processos eles se tornam objetos utilizáveis do ponto de vista destas políticas.

Contudo, são múltiplas as percepções em torno dos territórios, assim como são diversas as formas deles serem concebidos, as formas deles serem conhecidos e os conteúdos destes conhecimentos. Cada elemento envolvido nas políticas de saúde da família apresenta perspectivas particulares em torno dos territórios, além de passarem a reconhecê-los por meio de processos distintos. Neste item abordarei as similaridades e diferenças existentes entre estas variadas formas de construção dos territórios. Procurarei demonstrar que estas variações derivam fundamentalmente das distintas maneiras por meio das quais a eles são agregadas certas noções de população e certas classificações de questões tanto sociais quanto relativas à saúde.

No Brasil, muitas das discussões acerca da política de saúde família asseveram que os territórios envolvem mais do que apenas divisões espaciais (p. ex. CONASS, 2007:78-9). Contudo, ainda que a complexidade enredada pelo princípio da territorialização possa por vezes não ser discutida, ao fim e ao cabo ela acaba por ser enfrentada de diferentes formas, especialmente em função da municipalização das ações em atenção primária à saúde. Em Belo Horizonte, à territorialização vem sendo associado certo mecanismo de quantificação de aspectos populacionais. A política de saúde da família do município utiliza parâmetros

sanitários, sociais e econômicos para a classificação dos territórios em patamares de risco. A partir de informações produzidas pelo IBGE foi criado o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS). O IVS é formado por diferentes variáveis que, combinadas, geram um indicador que pretende sintetizar as características dos territórios, permitindo compará-los. Conforme apresenta a Figura 16, abaixo, a composição do IVS se dá com a ponderação dos seguintes elementos:

Figura 16: Composição do IVS de Belo Horizonte

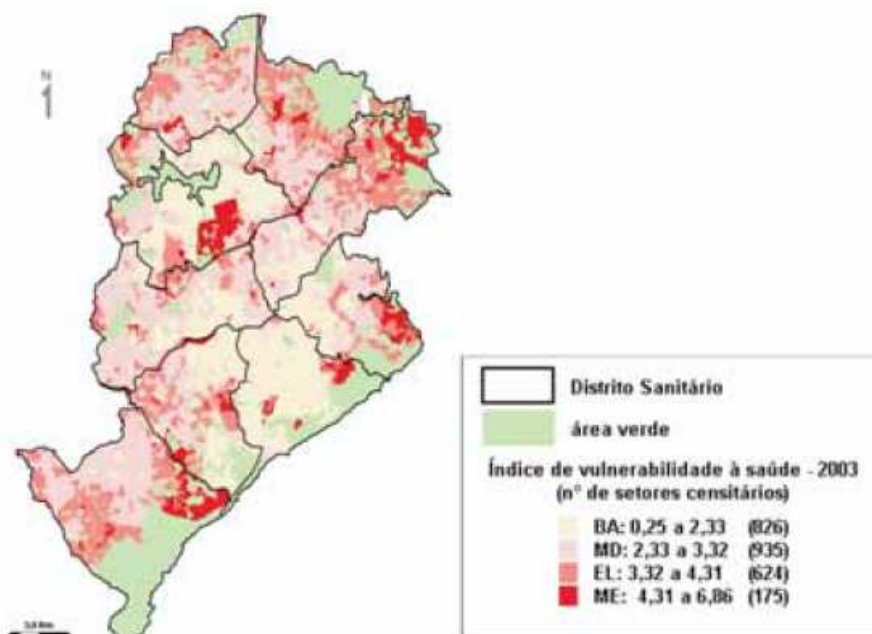
Fonte de Informação	Peso	Indicadores Descrição
Saneamento	0,50	1-Percentual de domicílios particulares permanentes com abastecimento de água inadequado ou ausente
	1,00	2-Percentual de domicílios particulares permanentes com esgotamento sanitário inadequado ou ausente
	0,50	3-Percentual de domicílios particulares permanentes com destino do lixo de forma inadequada ou ausente
	Total=2,00	
Habitação	0,75	4-Percentual de domicílios improvisados no setor censitário
	0,25	5-Razão de moradores por domicílio
	Total=1,00	
Educação	1,50	6-Percentual de pessoas analfabetas
	0,50	7-Percentual de chefes de família com menos de 4 anos de estudo
	Total=2,00	
Renda	0,50	8-Percentual de chefes de família com renda de até 2 salários mínimos
	1,50	9-Renda média do chefe de família (invertida)
	Total=2,00	
Sociais/ Saúde	0,25	10-Coefficiente de óbitos por doenças cardiovasculares em pessoas de 30 a 59 anos
	1,50	11-Óbitos proporcionais em pessoas com menos de 70 anos de idade
	0,25	12-Coefficiente de óbitos em menores de 5 anos de idade
	1,00	13-Proporção de chefes de família de 10 a 19 anos
	Total=3,00	

Fonte: TURCI, 2008:21

Após serem considerados estes dados os territórios são então classificados em quatro patamares de risco: baixo, médio, elevado e muito elevado. Tais rótulos podem ser dispostos em diversas escalas territoriais. Pode-se, por exemplo, determinar o nível de risco de cada setor censitário, da área de abrangência de cada Centro de Saúde, de cada Regional Administrativa etc. Além disso, o IVS de cada território pode ser combinado, confrontado, cruzado ou ponderado com uma infinidade de outras variáveis disponíveis. Pode-se, por exemplo, comparar a distribuição do IVS de um território com os graus de escolaridade de seus habitantes. Ou então comparar a incidência de determinada doença em cada nível de risco num determinado território. Com base nestas descrições são organizadas as ações no âmbito da política de saúde da família e definidas as áreas prioritárias para o recebimento de investimentos.

Nesse sentido, O IVS permite que sejam obtidas perspectivas tanto mais globais quanto mais locais da cidade. Por exemplo, a Figura 17, abaixo, apresenta a divisão de todo o município em áreas de risco por setor censitário:

Figura 17: Mapa do IVS por setor censitário em Belo Horizonte



Fonte: TURCI, 2008:23

Como mencionado acima, na intenção de produzir descrições a partir de parâmetros distintos, diversos outros arranjos podem ser criados. Por exemplo, a Tabela 4, abaixo, apresenta a distribuição populacional de cada Distrito Sanitário do município por nível de risco:

Tabela 4: População residente em Belo Horizonte por risco segundo Distrito Sanitário

Distrito Sanitário	Muito elevado	Elevado	Médio	Baixo	Total
Barreiro	18.593	102.850	134.933	5.817	262.193
Centro-sul	31.473	26.756	6.943	200.831	266.003
Leste	18.121	47.651	89.510	93.805	249.087
Nordeste	15.065	79.677	125.968	53.350	274.060
Noroeste	17.567	54.096	169.249	96.439	337.351
Norte	16.829	85.834	83.863	7.238	193.764
Oeste	16.654	81.451	76.481	94.112	268.698
Pampulha	8.037	23.513	42.957	68.095	142.602
Venda Nova	15.558	101.728	119.707	7.537	244.530
Total	157.897	603.556	849.611	627.224	2.238.288

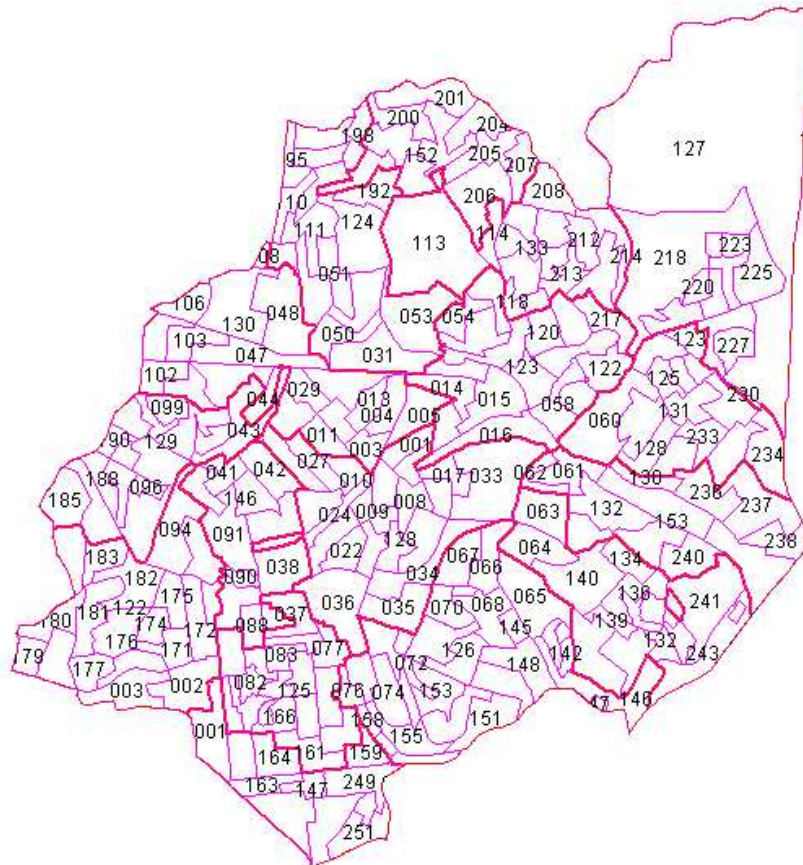
Base: Censo 2000 do IBGE

Fonte: Gerência de Epidemiologia e Informação – SMSA/PBH

Num nível mais microscópico, sempre mantendo uma plataforma territorial, informações diversas podem ser cruzadas com o IVS de cada setor censitário. Para com

cada uma destas áreas pode-se obter a correlação entre, por exemplo, o IVS e os grupos etários da população, a renda das famílias, o percentual de gênero etc. A Figura 18, abaixo, apresenta os setores censitários da Regional Administrativa de Venda Nova, e permite perceber o grau de minúcia que tais caracterizações podem alcançar.

Figura 18: Setores censitários de Venda Nova



Fonte: Gerência Distrital de Regulação, Informação e Epidemiologia da Regional Venda Nova (GEREPI-VN)

Como exemplo do nível de detalhamento que tais cruzamentos podem alcançar, a Tabela 5, abaixo, explicita que é possível determinar, com relação a cada faixa de risco, quantos indivíduos, em cada faixa etária, residem em cada setor censitário:

Tabela 5: População por faixa etária segundo setor censitário do Distrito Sanitário Venda Nova, nas áreas de risco muito elevado

Setor Censitário	0 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Total
60.69-0076	95	96	65	103	158	107	88	45	21	7	2	787
60.69-0077	122	116	99	150	264	167	134	74	37	8	6	1.177
60.69-0080	129	120	96	136	254	162	137	77	41	10	4	1.166
60.69-0081	195	169	157	193	296	190	127	70	49	12	7	1.465
60.69-0082	149	143	139	120	214	164	87	45	16	5	5	1.087
60.69-0139	125	114	142	153	264	163	151	77	43	14	6	1.252
60.69-0144	89	83	88	89	187	114	82	49	34	16	6	837
60.69-0156	87	64	90	91	151	112	112	57	28	8	3	803
60.69-0157	53	48	67	50	77	67	40	20	12	5	0	439
60.69-0158	114	114	116	101	153	133	101	44	26	4	0	906
60.69-0167	67	80	69	67	133	77	60	40	16	6	1	616
60.69-0168	54	30	49	65	121	63	60	44	14	3	1	504
60.69-0169	219	171	182	189	348	238	170	77	52	19	7	1.672
60.69-0204	119	133	120	163	222	184	130	60	36	13	1	1.181
60.69-0211	34	44	52	66	105	66	69	41	23	10	3	513
60.69-0212	81	69	93	111	197	101	114	61	14	13	5	859
60.69-0230	27	38	45	37	45	41	34	9	16	2	0	294
TOTAL	1.759	1.632	1.669	1.884	3.189	2.149	1.696	890	478	155	57	15.558

Base: Censo 2000 do IBGE

Fonte: Gerência de Epidemiologia e Informação – SMSA/PBH

É importante ressaltar que dados como os apresentados pela Figura 17 e pelas Tabelas 4 e 5 certamente estão desatualizados. Foram compilados com base no censo populacional do IBGE realizado no ano 2000 e, portanto, seguramente apresentarão diferenças se comparados com aqueles advindos do recente censo de 2010. Contudo, eram estas as informações utilizadas nos Centros de Saúde quando da realização de meu trabalho de campo em Belo Horizonte, pois os dados do censo de 2010 não estavam disponibilizados. Todavia, é ainda mais importante considerar que a atualização destes números não implica em qualquer modificação na racionalidade que fundamenta seus usos pela política de saúde da família.

Nota-se que tais formas de caracterização dos territórios fazem desaparecer os indivíduos com suas características singulares. Do ponto de vista deste tipo de abordagem os indivíduos interessam apenas no que tange àqueles aspectos que os tornam parte do fenômeno populacional. Obviamente, quaisquer destas caracterizações têm como fontes últimas de informação os indivíduos com suas múltiplas particulares. No entanto, perspectivas como a do IVS procuram transcender as especificidades individuais para atingir outro nível de realidade. Valem-se de uma plataforma territorial sobre a qual são apoiadas todas as descrições das populações que, por sua vez, supostamente possuiriam dinâmicas próprias. Desta suposição deriva, num primeiro momento, a possibilidade de se empreender

descrições relativas ao âmbito da saúde e, num segundo momento, a possibilidade de se empreender intervenções neste campo. Tudo se passa como se, para além dos indivíduos com suas condições de saúde, as populações também possuiriam condições de saúde peculiares. E enquanto fenômeno distinto, a população apresentaria seus próprios processos de existência e de transformação. Percebe-se também que o fenômeno da população encontra na estatística sua forma privilegiada de apreensão. São os dados quantitativos que descrevem as populações, e as estatísticas que as caracterizam no tempo e nas relações que estabelecem interna e externamente.

Tais abordagens são, em essência, oriundas de instâncias organizacionais mais centralizadas da política de saúde da família. No entanto, elas não deixam de constituir parte das ferramentas e das formas de concepção, construção e apropriação da realidade existentes nas instâncias mais periféricas. Embora as profissionais das EqSF não lidem apenas com elas, não deixam de reconhecê-las e utilizá-las. Mais do que isto, o trabalho de campo nos Centros de Saúde de Belo Horizonte permitiu observar que as profissionais tendem a progressivamente *naturalizar* tais perspectivas. Conquanto estejam cotidianamente a lidar com indivíduos, são cobradas para que empreendam algum tipo de sistematização populacional das características de suas pacientes. E na medida em que assimilam os princípios que sustentam a política de saúde da família, passam a avaliar como positivas estas sistematizações. Calculam, por exemplo, a quantidade de diabéticos em cada microárea na qual trabalha uma ACS. Comparam, por exemplo, a incidência de gravidez na adolescência entre as áreas de cada EqSF. Quase sempre, ao interrogá-las acerca das características de suas pacientes, obtinha como resposta a faixa de risco que lhes correspondia. Quando solicitava que me descrevessem as características sociais de suas pacientes, as profissionais me questionavam se eu estaria interessado em conhecer as “*informações territoriais*” das áreas pelas quais eram responsáveis. Nesse sentido, elas geralmente tendiam a conceber que tanto as questões relativas à saúde quanto aquelas ditas “*sociais*” teriam uma ancoragem territorial e, mais além, que poderiam ser pensadas pelos prismas individual e populacional. O curioso foi notar que, embora o IVS seja sistematicamente utilizado nos Centros de Saúde, nenhuma de minhas interlocutoras soube me informar como ele é construído. Ao notar sua relevância na conformação das atividades diárias das profissionais, durante um período do trabalho de campo dediquei-me a tentar entendê-lo. Foi então que percebi que sua utilização não se dava na mesma medida de sua compreensão enquanto ferramenta artificialmente criada.

Esta maneira de conceber as relações entre território e população também está presente em Cuba. A análise de questões relacionadas à saúde por meio de uma ancoragem simultaneamente territorial, populacional e estatística é utilizada de múltiplas

formas no país. A Figura 19, abaixo, com dados sobre natalidade nas províncias cubanas, explicita um uso mais global desta perspectiva:

Figura 19: Indicadores sobre natalidade segundo província de Cuba em 2010

Província	Total de nacidos vivos	Natalidad por 1 000 habitantes	Nacidos vivos en instituciones de salud	
			Número	Porcentaje
Pinar del Río	6 535	11.0	6 532	100.0
Artemisa	5 730	11.4	5 721	99.8
La Habana	19 576	9.2	19 551	99.9
Mayabeque	4 003	10.5	4 003	100.0
Matanzas	6 937	10.0	6 931	99.9
Villa Clara	8 083	10.1	8 080	100.0
Cienfuegos	4 603	11.3	4 597	99.9
Sancti Spiritus	5 112	11.0	5 111	100.0
Ciego de Ávila	4 996	11.8	4 991	99.9
Camagüey	9 159	11.7	9 157	100.0
Las Tunas	6 676	12.5	6 676	100.0
Holguín	12 782	12.3	12 771	99.9
Granma	10 521	12.6	10 514	99.9
Santiago de Cuba	14 360	13.7	14 351	99.9
Guantánamo	7 585	14.8	7 566	99.7
Isla de la Juventud	1 088	12.6	1 088	100.0
Total	127 746	11.4	127 640	99.9

Fonte: CUBA, 2011e:20

Assim como no Brasil, em Cuba esta perspectiva também é utilizada na organização da política de saúde da família. Por exemplo, a Figura 20, abaixo, apresenta uma descrição de alguns indicadores importantes da oferta de serviços nas províncias do país:

Figura 20: Médicos da família, cobertura e número de consultórios segundo província de Cuba em 2010

Província	Total de médicos de família	Porcentaje de cobertura	Número de consultorios del médico y enfermera de la familia
Pinar del Río	1 756	100.0	628
Artemisa	1 136	100.0	451
La Habana	5 636	100.0	1 961
Mayabeque	1 411	100.0	343
Matanzas	1 813	100.0	644
Villa Clara	2 961	100.0	385
Cienfuegos	1 364	100.0	871
Sancti Spíritus	1 662	100.0	555
Ciego de Ávila	1 478	100.0	461
Camagüey	2 736	100.0	708
Las Tunas	1 458	100.0	552
Holguín	2 948	100.0	895
Granma	3 376	100.0	1 096
Santiago de Cuba	4 173	100.0	1 186
Guantánamo	2 296	100.0	644
Isla de la Juventud	274	100.0	86
Total	36 478	100.0	11 466

Fonte: CUBA, 2011e:137

Tal como ocorre no Brasil, em Cuba esta lógica de associação entre territórios, populações e questões de saúde é utilizada fundamentalmente por instâncias mais centralizadas da política de saúde da família. Entretanto, também se faz presente em instâncias mais periféricas, embora passe por modificações e seja associada a outras formas de construção da realidade. Em Cuba, o principal instrumento de sistematização desta perspectiva é a Análise da Situação de Saúde (ASS). O documento orientador da política de saúde da família postula que a produção da ASS é uma prática essencial para o bom desenvolvimento das atividades das EBS. Define também que ela deve ser realizada anualmente pelos CMF, com objetivo de se conhecer as condições de saúde das populações e de se desenvolver formas de transformá-las. As ASS seriam compostas por sete aspectos, a saber: descrição da comunidade; identificação de riscos a nível comunitário, familiar e individual; descrição dos serviços de saúde existentes e análise das

ações de saúde realizadas; descrição e análise dos danos e problemas de saúde da população; análise da participação da população na identificação e solução de problemas de saúde; análise da intersectorialidade na gestão da saúde na comunidade; elaboração de plano de ação (CUBA, 2011b).

Como se pode perceber pela observação dos elementos que presumivelmente a comporiam, os objetivos da ASS são amplos e complexos. Este enredamento de diferentes aspectos se faz ainda mais intrincado devido ao lugar alocado à comunidade na sua produção. Calvo e Haz (2008:545) afirmam que não existiria uma fórmula precisa para a sua realização, cada profissional devendo adaptar as condições de elaboração da ASS às características da comunidade sobre a qual ela versa. Ademais, além de utilizar saberes diversos para a produção de conhecimentos sobre uma ampla gama de questões que envolvem as intervenções do CMF, como destacam Eisen (1996) e Torre Montejo (2005:59), ela ainda possuiria como predicado a participação da comunidade em sua criação. Como seria de se esperar, a concretização de tais intentos encontra diversas limitações. Acerca da participação da comunidade em sua produção, Soberats afirma:

Este proceso es hoy más bien formal, básicamente burocrático y en él, comúnmente no es efectiva la participación de una representación del resto de la comunidad. De esta manera se limita hoy su función para la identificación y abordaje de cualquier situación comunitaria y su influencia en la modificación de las actitudes de sus propios miembros. No siempre se destina el fondo de tiempo necesario y suficiente para la realización del análisis y la elaboración del informe escrito (2003:262).

O autor indica ainda vários outros problemas relativos à elaboração da ASS, tais como a falta de cooperação entre as profissionais para a sua realização, a falta de uniformidade e constância na produção dos dados ano após ano, a falta de uma perspectiva temporal que transcenda o ano objeto das análises, o despreparo das profissionais para a elaboração das análises e a inexistência de uma avaliação qualificada das relações entre as condições de saúde da população e os serviços oferecidos. Tais apontamentos alertam para o imperativo de se considerar que a transição do uso deste tipo de racionalidade para patamares mais microscópicos implica em dificuldades diversas. Posto que a produção destes saberes é sempre contextual, novas dinâmicas surgem quando eles são constituídos em campos mais periféricos da política de saúde da família.

Durante o trabalho de campo no país tive acesso à ASS produzida no ano de 2009 pelas profissionais de um dos CMF que visitei. O documento definia como seus objetivos específicos:

- Analizar las determinantes y componentes del estado de salud de la población estudiada.
- Identificar los principales problemas de salud que afectan a la comunidad estudiada.
- Priorizar los problemas identificados para definir alternativas de solución que mejoren el nivel de salud de la comunidad estudiada.
- Elaborar un plan de acción y ejecución sobre la base de los problemas detectados en el área, encaminado a la solución de los mismos (CUBA, 2009).

Para tanto, o estudo se vale da lógica de associação entre aspectos territoriais, populacionais e de saúde, descrevendo tais questões sobretudo por meio de dados estatísticos. A descrição da população residente na área de abrangência do CMF é organizada conforme apresentado na Tabela 6, abaixo. São utilizados nove critérios principais, e sobre cada um deles o documento tece algumas rápidas considerações. Em apenas três deles não são apresentadas tabelas estatísticas pelas quais são expostas as características da população.

Tabela 6: Organização da descrição da população de um CMF por uma ASS

Critério	Tabela estatística
Demográfico	População segundo sexo
	População segundo idade e sexo
Fecundidade	Nascidos vivos segundo sexo e classificação ao nascer
Crescimento natural da população	---
Mortalidade	Falecidos segundo sexo, idade e causa de morte
Migrações	---
Morbidade	População segundo dispensarização e sexo
	Prevalência das enfermidades crônicas não-transmissíveis segundo sexo
Morbidade – Hipertensão arterial	Pacientes hipertensos segundo sexo e idade
	Pacientes hipertensos segundo raça
	Pacientes hipertensos segundo etiologia
	Incidência das principais enfermidades crônicas não-transmissíveis
	Incidência de enfermidades transmissíveis
Invalidez	Pacientes com invalidez segundo causa, sexo e idade
Crescimento e desenvolvimento	---

Fonte: CUBA, 2009

Após empreender a descrição da população o documento apresenta uma análise do que denomina como “determinantes do estado de saúde da população”. Esta apresentação está organizada conforme apresentado na Tabela 7, abaixo. São utilizados quatro critérios, acerca dos quais são tecidas algumas rápidas considerações. Sobre os dois critérios mais relacionados às características da população são apresentadas tabelas estatísticas.

Tabela 7: Organização da descrição dos determinantes do estado de saúde da população de um CMF por uma ASS

Critério	Tópico	Tabela estatística
Modo, condições e estilo de vida	Escolaridade	População segundo nível de escolaridade
	Ocupação	População segundo ocupação
	Receita econômica	---

	Aglomeração	Índice de aglomeração das famílias
Ambiente	Fornecimento de água	---
	Eliminação de resíduos líquidos	
	Eliminação de resíduos sólidos	
	Vetores	
	Animais domésticos	Presença de animais nas residências
		Condições estruturais das residências
	Fatores de risco	Fatores de risco
		Risco preconcepcional
	Dinâmica familiar	Distribuição da população de acordo com estrutura familiar
Funcionamento familiar	Famílias segundo funcionamento familiar	
Integração social	---	
Biogenética	---	---
Organização dos serviços de saúde	Programa de imunização	---
	Programa de detecção precoce do câncer do colo do útero	
	Programa de detecção precoce do câncer de próstata	
	Programa de detecção precoce do câncer de mama	
	Programa de detecção precoce do câncer bucal	
	Programa de detecção precoce da hipertensão arterial	
	Programa de educação para a saúde	
	Programa de atenção ao idoso	
	Programa de medicina natural	
	Programa contra a raiva	
	Programa de atenção materno-infantil	
	Programas epidemiológicos	

Fonte: CUBA, 2009

Ao final, o documento apresenta ainda três tópicos: “participação da comunidade”, “problemas de saúde identificados” e “priorização dos problemas”. Nota-se que esta ASS, na construção do saber sobre os moradores do território do CMF, faz uso desta lógica que intenta estabelecer regularidades a partir da multiplicidade interna da população, destacando alguns de seus traços biológicos. Para tanto, utiliza ferramentas oriundas, sobretudo, da estatística, da demografia e da medicina. No entanto, pode-se observar também que, na medida em que esta lógica é transposta para um patamar menos abrangente, novas questões começam a tomar forma. A Figura 21, abaixo, manifesta esta reordenação de questões:

Figura 21: Famílias segundo funcionamento familiar em uma ASS

Tabla 21
Familias según funcionamiento familiar.

<i>Funcionamiento familiar</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Funcional	173	98.3
Disfuncional	3	1.7
Total	176	100

Fuente: Historias de Salud Familiar, Entrevistas Personales e Inspección de las Viviendas

Fonte: CUBA, 2009 – Fotografia de acervo pessoal

A tabela explicitada pela Figura 21 está contida no critério “Ambiente”, da seção “Determinantes do estado de saúde da população”. Ela compartilha da lógica mais ampla que subjaz ao documento, contudo indica que outros aspectos também são explorados. Trata-se de uma qualificação do modo de “funcionamento” das famílias, o que implica na apreciação de dinâmicas que não correspondem exatamente àquelas das populações. São considerados elementos relacionados a fenômenos mais individuais, além de envolver avaliações com base em certa moralidade.

Esta forma mais global de apreensão dos territórios discutida até aqui é apreendida pelas profissionais na medida em que se integram às políticas de saúde da família. Tornam-se parte de seus trabalhos e da maneira como lidam com suas questões cotidianas. Porém, como suas origens sociais, suas formações e suas funções profissionais são distintas, cada uma a absorve à seu modo. Mais além, no campo da execução destas políticas, coexistem formas específicas de reconhecimento dos territórios. Estas dependem das origens sociais e das posições dos sujeitos nos contextos das políticas.

Entre as profissionais dos Centros de Saúde de Belo Horizonte, o primeiro fator a ser considerado no que tange ao reconhecimento dos territórios é justamente a necessidade delas formarem certa consciência em torno dos territórios entendidos enquanto tais. Como me explicitou uma ACS em entrevista que com ela realizei, faz-se necessário que a profissional “visualize o território”, ou seja, que aprenda a identificá-lo e conhecê-lo, sabendo distinguir tanto suas características mais gerais quanto suas especificidades internas. Trata-se de um processo de construção de algo que se possa apropriar e utilizar. As profissionais também devem aprender a associar as populações aos territórios, bem como a assimilar a lógica própria que estaria relacionada a esta associação. Devem aprender a incorporar em suas percepções fatores sociais que influenciem seus trabalhos, aportando-os a um princípio territorial. Na situação da política de saúde da família de Belo Horizonte, aprendem a reconhecer os patamares de risco nos quais se encontram as comunidades pelas quais são responsáveis e, por conseguinte, aprendem a organizar suas atividades em função dessas classificações.

Por isso a maioria das profissionais tende a apropriar-se da narrativa oferecida pelo IVS. Estão constantemente a explicar ou justificar eventos a partir dos patamares de risco correspondentes aos territórios nos quais trabalham. É comum, inclusive, que transponham esta narrativa para planos mais microscópicos. Muitas vezes afirmam que tal residência ou família estaria em situação de tal ou qual risco. De modo que um índice essencialmente populacional é traduzido na avaliação das características de poucos indivíduos. Em suma, ocorre que, no processo de reconhecimento dos territórios, as profissionais aprendem a pensar nos termos dados pela política de saúde da família do município, assimilando seus princípios de gestão dos territórios, entendidos como instrumentos de melhoramento das populações. Entretanto, em decorrência da posição em que se encontram no contexto desta política, para fazê-lo elas necessitam obter certo saber acerca dos indivíduos pelos quais são responsáveis: quais são suas origens, quais são suas motivações, o que fazem, como se comportam, o que pensam etc. Nesse sentido, combinam uma perspectiva mais global dedicada ao fenômeno da população com outra menos abrangente que considera as realidades individuais.

Além de se capacitarem para reconhecer as características sociais das populações com as quais trabalham e para analisar como estas características conformam as populações do ponto de vista das questões de saúde, médicas, enfermeiras e auxiliares de enfermagem da política de saúde da família de Belo Horizonte em geral devem também aprender a se envolver com dinâmicas sociais às quais não estão habituadas. Porque muitas vezes advêm de grupos sociais distintos, elas precisam deixar de estranhar e, no limite, de se incomodar com os predicados sociais que distinguem as comunidades que residem nos territórios com os quais trabalham. Pela natureza da política de saúde da família, no exercício de suas funções estas profissionais lidam não apenas com problemáticas do campo da saúde entendidas num sentido estreito, mas também com comportamentos, hábitos, percepções de mundo etc. No entanto, muitas vezes não compartilham destes valores e práticas, o que lhes coloca numa condição de certo distanciamento para com eles.

Ao longo do trabalho de campo, muitas médicas, enfermeiras e auxiliares de enfermagem me alertaram que, para além das questões de ordem populacional, também precisam desenvolver formas de lidar com questões de ordem individual. O contato contínuo com as pacientes faz com que pouco a pouco conheçam suas idiossincrasias. E estas passam a entrar no campo de suas atuações, passam a constituir um dos elementos que definem como irão organizar e executar seus trabalhos. Algumas médicas chegaram a me afirmar que tal contato prolongado geraria um efeito negativo. Por conhecerem as características pessoais das pacientes, muitas vezes deixariam de acreditar totalmente em seus relatos. A avaliação para com seus comportamentos poderia sobrepor-se à

consideração para com as descrições de seus problemas de saúde em circunstâncias específicas.

O processo de reconhecimento dos territórios por parte das ACS possui dinâmicas distintas. Como antes de começarem a exercer esta função na política de saúde da família elas já eram residentes dos territórios, devem então aprender a reconhecê-los desde o ponto de vista territorial e populacional estabelecido por esta política. Ao se tornarem ACS elas já conhecem algumas das pacientes, das casas, das ruas etc. que compõem os territórios. Devem então aprender a reconhecer o que, num sentido particular, os transcende. Precisam modificar estes conhecimentos, transformando as realidades anteriormente conhecidas em alvos da política. Sob este prisma, precisam aprender a identificar o quê e como pode se converter em objeto de intervenção. Precisam aprender a converter fatos, experiências, informações etc. em dados territoriais e/ou populacionais. Devem, dentre outras coisas, aprender a apreender como espaços já conhecidos podem ser classificados em termos dos níveis de risco estabelecidos pelo IVS.

No contexto das dinâmicas de trabalho das EqSF as ACS são tidas como aquelas capazes de fornecer informações mais densas acerca das pacientes, das famílias e dos territórios. Quando surge alguma dúvida ou alguma necessidade de informações mais detalhadas, são elas os sujeitos consultados. Por isso as ACS são levadas a não apenas ponderar os dados populacionais com os quais as EqSF trabalham, mas também a produzir informações que esta abordagem mais global não fornece. Geralmente são elas que, no interior de um território, identificam características específicas de uma residência. Por exemplo, numa área de baixo risco identificam a existência de uma “*família de alto risco*”. O que faz com que a atuação das EqSF seja mais refinada do que apenas a perspectiva populacional possibilitaria.

Nesse processo de refinamento do conhecimento sobre os territórios, as ACS precisam aprender a identificar quais são os indivíduos que necessitam de algum tipo de atenção diferenciada, especialmente no que tange às visitas domiciliares. As informações e sugestões das ACS em geral são decisivas para se decidir quais serão as pacientes visitadas, e com qual frequência isso se dará. De forma similar, aprendem a diferenciar as residências que participarão de forma mais ou menos intensa da política de saúde da família. Esse procedimento passa, sobretudo, pela identificação das residências cujos membros possuem planos privados de saúde. As ACS também desempenham a importante tarefa de, num certo sentido, tornar visíveis condições de vida de indivíduos obliteradas do ponto de vista do conhecimento mais amplo produzido pela política acerca do território onde residem. Entre as demais profissionais são constantes os relatos de que teriam tomado contato com problemas vivenciados por pacientes apenas porque as ACS as informaram acerca deles. Normalmente estes são casos de pacientes que necessitam de atenção

médica, mas que se encontram impossibilitadas de se deslocarem até os Centros de Saúde e cujas famílias não se mobilizam para que recebam algum tipo de tratamento. Acontece também das ACS alertarem suas companheiras de EqSF para a existência de problemas que transcendem a atenção à saúde em sentido estreito, tais como eventos de violência, abandono e miserabilidade. Tais reconhecimentos mais minuciosos dos territórios muitas vezes são traduzidos em termos de classificações de risco. Em associação com as definições mais abrangentes dos territórios pelo IVS são adotadas classificações de risco específicas para porções internas dos territórios, o que serve de síntese para com a descrição das características das famílias que neles residem.

Porque estão vinculadas tanto às demais profissionais da política de saúde da família quanto às pacientes residentes nos territórios atendidos, as ACS precisam aprender a converter suas relações, muitas vezes pessoais, em formas de executar seus trabalhos e de facilitar a realização das atividades de suas EqSF. Num outro sentido, devem ainda aprender a estabelecer relações pessoais com as pacientes. Por vezes é interessante que as ACS se relacionem com algumas pacientes não apenas profissionalmente, mas também, em alguma medida, de forma pessoal. Dependendo das características das pacientes, isso facilita a realização das atividades a elas direcionadas pelas EqSF, principalmente através da criação de vínculos de confiança. De modo que enquanto as demais profissionais que integram as EqSF precisam aprender a criar relações com as pacientes, as ACS precisam aprender também a transformar suas relações.

No que tange ao processo de reconhecimento dos territórios por parte das profissionais cubanas, observa-se que, assim como, de uma forma geral, a relação de proximidade para com as comunidades possuída por médicas e enfermeiras de Cuba é semelhante à das ACS no Brasil, suas formas de reconhecer os territórios também são similares. Médicas e enfermeiras cubanas convivem com a tensão cotidiana de transformarem seus vizinhos, suas características, suas particularidades etc. em objetos de intervenção. Para com o conjunto das profissionais das EqSF do Brasil, elas compartilham a necessidade de precisarem aprender a pensar os territórios nos termos mais gerais definidos pela política de saúde da família. Aprendem a concebê-los em termos estatísticos e demográficos. Aprendem a se referenciar às áreas pelas quais são responsáveis como realidades cujas características estariam mais ou menos próximas dos ideais populacionais estabelecidos. Além disso, entre as médicas e enfermeiras cubanas destaca-se o imperativo de aprenderem a classificar as famílias de acordo com critérios de funcionalidade. Devem identificar entre as famílias com as quais trabalham aquelas que seriam funcionais e aquelas que seriam disfuncionais. Tal procedimento evidencia o processo que as profissionais podem vivenciar de transformação de suas percepções acerca das famílias com as quais convivem nos territórios em que residem.

No entanto, a maior integração das profissionais cubanas com as comunidades pelas quais são responsáveis gera uma distinção importante em relação ao contexto brasileiro. As profissionais de ambos os países compartilham a necessidade de aprenderem a pensar nos termos territoriais mais amplos estabelecidos pelas políticas de saúde da família. Porém, enquanto muitas das profissionais brasileiras precisam aprender a reconhecer, aceitar e lidar com as características sociais dos territórios nos quais trabalham, as profissionais cubanas geralmente não vivenciam este processo, na medida em que ele tem origem num certo distanciamento social entre as profissionais e suas pacientes.

Mas não apenas as profissionais são envolvidas por este processo de reconhecimento dos territórios. Também as pacientes brasileiras e cubanas precisam assimilar a lógica da territorialização. Elas devem aprender a se reconhecerem enquanto integrantes de um território, enquanto pertencentes a uma área definida politicamente. Esse reconhecimento pode ser importante para que obtenham sucesso em suas buscas por tratamento (PEREIRA, 2011). Por isso a paciente precisa assimilar que o local onde reside determina o CMF ou o Centro de Saúde que irá utilizar. Nesse sentido não deve, por exemplo, buscar o atendimento do CMF, do Centro de Saúde, da EqSF, da EBS ou da profissional que mais gosta, em que mais confia ou que está mais próximo de sua residência. Se, por exemplo, ela se muda para outro território, deve aprender a se adaptar à nova condição na qual se encontra. Pode acontecer que a paciente se mude e queira continuar recebendo os serviços da instituição que anteriormente lhe atendia. Talvez ela estivesse acostumada, ou mesmo tenha desenvolvido vínculos afetivos ou de confiança com as profissionais da instituição anterior. Contudo, o princípio da territorialização se sobrepõe a estes desejos pessoais, e a paciente deve se adaptar a seus ditames.

Para compreender a execução das políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil, durante os trabalhos de campo realizados em ambos os países também precisei aprender a reconhecer os territórios e a apreendê-los enquanto tais. Nas primeiras vezes em que visitei as áreas de abrangência dos Centros de Saúde de Belo Horizonte conseguia apenas identificar áreas mais ricas ou mais pobres. Pouco a pouco comecei a ser capaz de distinguir com relativa precisão a quais patamares de risco os territórios corresponderiam. Simultaneamente, ao acompanhar o trabalho das ACS fora das instituições, pude aprender a perceber com maior exatidão quais residências seriam ocupadas por pessoas que possuíam planos privados de saúde. Estava em questão o aprendizado de determinadas classificações utilizadas pelas profissionais e produzidas a partir de certas distinções sociais.

Foram as ACS quem melhor me ensinaram sobre as características dos territórios, sobretudo enquanto caminhávamos pelas ruas de suas microáreas. Era comum que elas se preocupassem em me mostrar os contrastes sociais existentes nos territórios dos Centros

de Saúde. Ao fazê-lo, me ensinavam a reconhecer estas diferenças sociais, e a entender como elas impactavam as condições de saúde das pacientes e as formas como elas se relacionavam com a política de saúde da família. Com elas aprendi também a reconhecer os limites das áreas de abrangência dos Centros de Saúde e a compreender a lógica que os definia. Dessa forma, aprendia a identificar tanto as características mais amplas dos territórios quanto suas especificidades internas.

Por sua vez, em Cuba, a experiência vivenciada por mim de reconhecimento dos territórios esteve desde sempre englobada pelo processo mais geral de compreensão da realidade do país. Nesse sentido, com o passar do tempo pude entender melhor a distinta forma como em Cuba se dá a construção das relações entre “Estado” e população. Por exemplo, o fato das profissionais da política de saúde da família adentrarem nas residências de suas pacientes me pareceu possuir um sentido específico relacionado à história da revolução. Há no país uma forte tradição de imiscuição do “Estado” na vida ordinária dos indivíduos. Prática que se encontra dispersa por toda a população e que tem nos CDR sua forma mais bem acabada. De modo que o controle coletivo para com questões morais e sociais, assim como a intervenção estatal em esferas mais privadas da vida advinda com a política de saúde da família parecem consistir, em Cuba, em apenas um desdobramento de procedimentos mais generalizados surgidos com a revolução.

Foi-me necessário também aprender a reconhecer as formas por meio das quais a igualdade social cubana se concretiza. A experiência de campo de uma só vez permitia e impunha-me novos modos de compreender o que as leituras bibliográficas já haviam me sugerido. Paulatinamente deixei de estranhar que distinções profissionais não correspondiam a diferenças sociais da mesma forma como no Brasil seria de se esperar. Aprendizagem que se tornou fundamental para que pudesse entender melhor as relações estabelecidas pelas profissionais com os territórios dos CMF.

Mais especificamente no campo da política de saúde da família, aprendi a reconhecer, na paisagem complexa das ruas de Havana, os locais onde funcionavam CMF. Como eles não possuem placas de identificação em suas fachadas, era necessário aprender a distinguir alguns aspectos característicos, tais como a organização de suas distribuições pelos territórios e os traços distintivos mais gerais de suas edificações. Concomitantemente, aprendia a discernir a presença de outros espaços e instituições – tais como os CDR, as escolas, as padarias e farmácias estatais, os *quioscos*, as *bodegas*⁴⁴ etc. – enquanto aperfeiçoava minha compreensão de seus funcionamentos e de suas participações no conjunto da sociedade.

⁴⁴ Os *quioscos* são pequenos comércios que vendem, basicamente, produtos alimentícios em peso cubano conversível (CUC). Por sua vez, as *bodegas* são locais nos quais os cubanos adquirem produtos (sobretudo alimentícios), em quantidades limitadas por pessoa, que têm seus preços fixados em peso cubano e subsidiados pelo “Estado”.

No Brasil e em Cuba, o processo vivenciado por mim de reconhecimento dos territórios se dava, em grande parte, através do acompanhamento das atividades das profissionais. Este acompanhamento ocorria, no entanto, de duas maneiras. Por um lado, tomando parte em suas ações habituais, definidas a despeito de minha presença. Por outro lado, embora de forma menos recorrente, por vezes ocorria também delas selecionarem eventos específicos para que fossem por mim observados. Estas circunstâncias geralmente envolviam a realização de visitas domiciliares. Parece-me interessante constatar que, no Brasil, quando as profissionais escolhiam uma residência para que eu com elas a visitasse, geralmente selecionavam o que usualmente denominavam como “caso”. A ideia de “caso” remetia à possibilidade delas me apresentarem pessoas com problemas de saúde cujas “*situações sociais*” limitavam seus tratamentos. Em Cuba, a seleção feita pelas profissionais possuía outro sentido. Ao escolherem uma residência para que eu com elas a visitasse, as profissionais em geral selecionavam situações que, segundo elas, seriam “*sem conflitos*”. Neste prisma, tratava-se de me apresentar situações nas quais as atuais dificuldades econômicas do país não geravam impactos negativos para com as condições de saúde das pacientes. Apesar destas diferenças entre as formas como as profissionais de Cuba e do Brasil concebiam as questões mais relevantes a serem por mim examinadas, em ambas as perspectivas fica evidente a preocupação manifestada por elas em demonstrar-me a importância das relações entre questões econômicas, sociais e de saúde.

Pode-se concluir que, nas políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil, os territórios constituem plataformas destacadas por meio das quais elas definem seus alvos. São associados a questões populacionais nas quais se sobressaem, sobretudo, aspectos relacionados com temas econômicos, sociais e sanitários. São reconhecidos e transformados através de processos diversos. São concebidos por certa racionalidade que, num certo sentido, faz com que a construção dos territórios se constitua num mecanismo de estatização deste campo de realidades. Ao serem estatizados eles se tornam quantificáveis, perceptíveis, exploráveis, convertendo-se em ferramentas para a produção da vida. Esta racionalidade é então progressivamente apropriada por profissionais e pacientes e, a partir dela, os territórios são naturalizados na execução das políticas de saúde da família enquanto realidades dadas. Entretanto, tais apropriações são diferenciadas, dependendo das posições, nestas políticas e no mundo social, possuídas pelos sujeitos que as empreendem. Nesse sentido, embora a efetuação desta racionalidade seja múltipla, há, sob este prisma, uma simultânea e indissociável estatização dos territórios e das percepções dos sujeitos acerca deles.

III. Coisas e pessoas são definidas

18. Consenso acerca do saber

Há um senso comum em torno das políticas de saúde da família segundo o qual a produção de saberes é sempre positiva. De acordo com esta perspectiva ordinária, no âmbito destas políticas, quanto mais se pode descrever, quanto mais informações se cria, quanto mais dados se recolhe, quanto mais se conhece etc., em melhor condição se está. Coordenadamente, quanto mais se sabe sobre indivíduos, famílias, comunidades, populações, territórios, doenças, comportamentos, concepções etc., mais próximo se está de realizar algo bom. Este senso comum se reproduz em diferentes esferas das políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil. Não é desvelado a partir de deduções intelectivas ou de investigações sistemáticas, pois se apresenta recorrentemente de diversas maneiras nos múltiplos campos de suas execuções. De modo que qualquer pessoa se depara com ele ao tomar contato com estas políticas. Sendo assim, pude observar ele ser expressado seguidas vezes ao longo de todo o desenvolvimento da pesquisa que originou este trabalho.

Muitas são as motivações pessoais que levam um pesquisador a se dedicar a um objeto de estudo. Elas geralmente envolvem fatos ou apreciações que chamam sua atenção para determinadas questões. Sem saber identificar exatamente a razão, recordo-me que comecei a interessar-me pelo tema da política de saúde da família brasileira a partir da questão das visitas domiciliares. Intrigava-me o que me parecia consistir numa certa aceitação tácita da possibilidade de profissionais adentrarem nas casas de suas pacientes e, com base nessa prática, construírem discursos sobre suas vidas. Tal incômodo perdurou durante toda a pesquisa, e ainda persiste. Entendo ser, no mínimo, curioso que a suposta utilidade das visitas domiciliares geralmente não venha acompanhada de uma crítica para com suas implicações do ponto de vista da inserção das pacientes no mundo social.

Este senso comum pode ser identificado em diferentes contextos das políticas de saúde da família. Em Cuba, o Código de Ética do Médico da Família, escrito no ano de 1984, versa sobre diversas questões concernentes às relações entre as médicas e as comunidades, as famílias e os indivíduos. Dentre outras coisas, afirma que o trabalho da médica da família seria desenvolvido essencialmente em campo. Para que encontrasse sucesso neste grupo de tarefas, seria necessário que ela estivesse em estreita conexão com as famílias atendidas e, por conseguinte, que conhecesse seus hábitos, suas culturas. O documento sugere ainda que no contato com suas pacientes a médica da família deva ser uma “observadora perspicaz” (CUBA, 1984).

Indicação semelhante era apresentada pela Política Nacional de Atenção Básica brasileira vigente à época do trabalho de campo (BRASIL, 2006b). Logo no primeiro item do tópico dedicado às “Atribuições comuns a todos os profissionais” pode-se ler que compete a eles realizar um reconhecimento de seus territórios de atuação. Caberia a todas as profissionais perceber as diferenças existentes entre os grupos, famílias e indivíduos sob suas responsabilidades, com vistas a identificar aqueles em situação de risco. O trecho estabelece ainda que as informações que subsidiam a realização desta avaliação devem ser atualizadas continuamente.

Entre os dias 22 e 24 de julho de 2011 ocorreu a XI Conferência Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Participei dela enquanto representante dos usuários do Centro de Saúde responsável pela área na qual estava localizada minha residência na cidade⁴⁵. Como é de praxe em eventos como estes, sua cerimônia de abertura contou com a participação de diversos políticos profissionais. Dentre eles, o secretário de saúde do município, que em sua exposição procurou destacar aspectos positivos da política de saúde da cidade. Ao fazê-lo, tentou exemplificar o sucesso da administração da qual fazia parte afirmando que poucos meses antes a cidade recebera a visita de uma delegação estrangeira formada por gestores de políticas de saúde. Estes teriam ido à Belo Horizonte para conhecer seu sistema de saúde e, segundo o secretário de saúde, teriam ficado impressionados com a existência de mais de duas mil agentes comunitárias de saúde (ACS) trabalhando na cidade e visitando mais de um milhão de pessoas. A presença massiva de profissionais da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) nas casas dos habitantes do município era então apresentada como motivo de orgulho.

Nesta mesma ocasião o secretário de saúde afirmou que Belo Horizonte seria modelo nacional no campo da gestão de informações. A tecnologia utilizada pelo sistema de saúde da cidade para armazenamento de prontuários eletrônicos já teria superado a cifra de um milhão de pacientes com dados registrados. Neste prisma, o município poderia se vangloriar não apenas por produzir muitas informações sobre seus habitantes, mas também por armazená-las e manipulá-las de modo complexo e detalhado.

Como explicitado no item 3 deste trabalho, a escolha do local de realização da segunda etapa do trabalho de campo em Belo Horizonte envolveu a eleição de um dentre os nove Centros de Saúde visitados ao longo da primeira etapa. A pesquisa se daria no Distrito Sanitário deste Centro de Saúde selecionado. Num primeiro momento deste processo,

⁴⁵ Ao longo do trabalho de campo pude também participar de diversas reuniões das Comissões Locais de Saúde dos Centros de Saúde nos quais a pesquisa foi realizada. Embora tais contextos sejam relevantes no que tange à produção de laços entre as pacientes e a política de saúde da família – devido às limitações de tempo para produção deste trabalho e, conseqüentemente, ao imperativo de estabelecer prioridades para com as reflexões a serem apresentadas –, não os explorarei aqui. Espero fazê-lo no futuro, possivelmente por meio de um artigo. Para análises sobre a dinâmica do “controle social” no SUS, sugiro a consulta ao texto de Labra (2005) e à obra organizada por Côrtes (2009).

apresentei à PBH uma proposta que continha a indicação de dois Centros de Saúde. Minhas interlocutoras na Gerência de Assistência (GEAS) – órgão responsável pela política de saúde da família do município e, conseqüentemente, pela aprovação da continuidade de meu estudo – se surpreenderam ao notarem que eu não havia sugerido que a pesquisa continuasse sendo realizada em um Centro de Saúde em particular. Antes de minha primeira visita a ele, estas mesmas pessoas, assim como uma das gestoras do Distrito Sanitário no qual está localizado, me disseram que eu iria gostar de conhecê-lo, pois ele seria o Centro de Saúde da cidade no qual mais se produziria informações. De fato, pude perceber esta característica mesmo em seu ambiente físico. Em suas paredes estavam pregados diversos cartazes com dados sobre sua área de abrangência, com descrições de pequenos estudos, com resultados de pesquisas etc. Tais tipos de informativos se faziam presentes em todos os Centros de Saúde que visitei. A diferença é que neste, especificamente, havia uma quantidade maior deles. Minha impressão é que a PBH o havia escolhido como instituição privilegiada para a realização de pesquisas e estudos acadêmicos. Contudo, meus critérios para a seleção do local de realização da segunda etapa do trabalho de campo passavam por questões que não se ajustavam bem às suas características. Não obstante, minhas interlocutoras na GEAS pareciam acreditar que o fato de nele haver uma tradição de produção de informações era algo que lhe colocava num patamar superior aos demais Centros de Saúde. Uma boa instituição da política de saúde da família teria como uma de suas qualidades distintivas a prática da produção sistemática de informações sobre a população residente em seu território.

Certa vez tive uma interessante conversa com uma professora da Universidade de Havana que era possuidora de relevante experiência no campo de estudos sobre a saúde pública cubana. Expus-lhe algumas de minhas reflexões acerca das políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil. Disse-lhe que, tal como entendia, existiria um tipo de vínculo que conectaria sujeitos e instituições, e que seria produzido com base nos cadastros das pacientes. Afirmei também que acreditava que, embora o cadastramento existisse nas políticas de ambos os países, seria mais forte em Belo Horizonte do que em Havana. Na cidade brasileira os cadastros captariam uma quantidade maior de informações, além do que elas poderiam ser manipuladas de forma mais complexa em função de seu sistema eletrônico de gestão de dados. Pareceu-me que minha consideração lhe soou como uma comparação desfavorável para Cuba, como se uma menor captação de informações constituísse algo negativo. Em contraposição à minha assertiva, a professora declarou-me que não saberia como seria o recolhimento de informações na política de saúde da família do Brasil, mas que em Cuba elas seriam bastante completas, pois as profissionais dos Consultórios de Médico da Família (CMF) “*saberiam tudo*” acerca de suas pacientes.

Conheci em Belo Horizonte uma equipe de saúde da família (EqSF) que mensalmente realizava um balanço com dados da população de seu território de atuação a partir de 25 variáveis populacionais. O resultado deste balanço era exposto no Centro de Saúde com o uso de um cartaz que continha uma tabela na qual eram dispostos os números correspondentes às variáveis consideradas. O curioso a ser notado é que, ao atualizarem estas informações, as profissionais desta EqSF não armazenavam aquelas correspondentes ao mês anterior. Dessa forma não preservavam a possibilidade de empreenderem uma análise histórica dos dados sistematizados, o que diminuía consideravelmente a utilidade dos mesmos. Questionei-lhes então porque realizavam tal atividade. Ao que me responderam que a gerente do Centro de Saúde havia lhes solicitado que a fizessem, pois deveriam se habituar a recolher e registrar aqueles dados. Havia a possibilidade de que no futuro a PBH começasse a premiar financeiramente as profissionais da política de saúde da família com base em certo critério de produtividade, e aqueles seriam os dados utilizados na avaliação de desempenho das EqSF. A gerente do Centro de Saúde e as profissionais da EqSF entenderam que, ao invés de simplesmente buscarem formas de melhorar as condições da população com base naqueles 25 indicadores, mais adequado seria treinarem suas manipulações.

Como apontado no capítulo anterior, nos Centros de Saúde de Belo Horizonte as ACS são as profissionais mais acionadas quando as EqSF desejam obter informações sobre suas pacientes. Por isso, aquelas ACS que mais anotam dados, que mais os sistematizam, que mais sabem oferecer detalhes sobre as pacientes, que mais buscam obter informações etc. geralmente são consagradas como boas profissionais. Contudo, várias médicas e enfermeiras me relataram que quando as ACS foram introduzidas nos Centros de Saúde muitas vezes foram percebidas de forma negativa, pois seriam responsáveis por “*levar problemas*” para as instituições. Uma vez que vasculhavam os territórios, acabavam por dar visibilidade a pacientes com uma infinidade de problemas que anteriormente não eram perceptíveis às instituições e às demais profissionais. Mas estas mesmas médicas e enfermeiras também me expuseram que, na medida em que as profissionais entenderam melhor a lógica da política de saúde da família, passaram a valorizar esta ampliação de olhar trazida pelas ACS. Além disso, passaram a considerar que, quanto mais elas esquadrinhavam a população atendida, mais contribuía para o trabalho das EqSF.

Um dia estava acompanhando o trabalho de uma médica num CMF de Havana, quando a questioneei há quanto tempo ela trabalhava naquele local. Ela me respondeu que havia estado ali por cerca de um ano e meio, em seguida fora deslocada para outro posto de trabalho por aproximadamente seis meses e há cerca de dois meses retornou para aquele CMF. Perguntei-lhe então se o período fora do CMF havia feito com que ela perdesse as relações que anteriormente havia construído com as pacientes. Sua resposta foi que não

havia perdido tais relações, e que inclusive ainda seria capaz de saber se uma de suas pacientes estaria ou não doente apenas mirando-a. Ademais, seria também capaz de afirmar com bom grau de precisão qual seria o possível problema de saúde dessa paciente, já que conheceria com profundidade o histórico da maioria delas. Era evidente que sua fala trazia subentendida a ideia de que este seu extenso conhecimento sobre as pacientes era um indicativo da qualidade de seu trabalho e da sua elogiável capacidade de com elas se relacionar.

Ao visitar outro CMF de Havana, conheci uma enfermeira que me contou que trabalhava ali há cerca de vinte anos. Durante todo este período teria residido num apartamento localizado no mesmo prédio onde funcionava o CMF. Questionei-a como seria esta experiência de manter-se numa mesma função por este longo período e, além disso, de ser por tanto tempo vizinha de suas pacientes. Ela me respondeu que, do ponto de vista de seu trabalho, seria extremamente positivo. Disse, em tom de orgulho, que conhecia todas as residentes da área, e que tinha guardados em sua memória todos os seus endereços, nomes, sobrenomes, problemas de saúde e características pessoais.

Uma das experiências mais surpreendentes vividas por mim durante o trabalho de campo em Belo Horizonte se deu quando conversava com uma auxiliar de enfermagem a respeito dos prontuários eletrônicos. Ela me explicava como eles eram utilizados para evitar que pacientes que não residiam na área de abrangência daquele Centro de Saúde utilizassem seus serviços. Para demonstrar-me este procedimento que se valia dos prontuários eletrônicos, pediu que imaginássemos que eu fosse um paciente que havia se dirigido até ali na intenção de obter uma consulta médica. Ela então solicitaria que eu lhe informasse meu nome completo para, com ele, verificar se eu já não estaria registrado como pertencente a outro Centro de Saúde. Caso este fosse o meu caso, poderia então solicitar que eu me dirigisse à instituição indicada por meu cadastro. Disse-lhe que o experimento não funcionaria perfeitamente comigo, pois eu não estaria cadastrado. Ao que ela insistiu que continuássemos e, com meu nome e sobrenome, buscou informações minhas no sistema. Para minha surpresa, descobri que, ao contrário do que supunha, possuía um prontuário eletrônico no sistema de informações de saúde de Belo Horizonte. Estavam lá registrados alguns de meus dados pessoais, tais como minha data de nascimento, os nomes de meus pais etc. Entretanto, o endereço contido em meu cadastro era o de uma residência da qual havia me mudado há pelo menos cinco anos. Intrigado com aquele cadastro, busquei com afincos me recordar como ele poderia ter sido realizado. Consegui recordar-me que certa vez algumas profissionais de saúde haviam realmente visitado aquela casa onde vivi. Como foi outro membro de minha família quem os recebeu, não sabia que aquele contato havia resultado num cadastro. E, em verdade, tampouco tenho certeza que assim tenha se dado. A auxiliar de enfermagem se mostrou satisfeita em demonstrar-me

que o sistema oferecia acesso a mais informações do que eu presumia. Falou ainda que o que havia se passado comigo se repetia com outras pessoas que ali tentavam obter serviços. Elas desconheciam o fato de que, uma vez cadastradas como residentes na área de abrangência de um Centro de Saúde, as profissionais de todos os demais poderiam verificar esta informação.

Até aquele dia eu não havia feito uso dos serviços da política de saúde da família da cidade. Por isso meu prontuário eletrônico não continha informações detalhadas sobre minha saúde. A despeito disso, imaginei com desprazer que, caso não fosse esta a situação, qualquer profissional com a qual havia tido contato durante o trabalho de campo poderia ter acessado informações que possivelmente eu considerasse pessoais e que, portanto, não desejaria que fossem por elas conhecidas. Poucos meses depois realizei exames e consultas no Centro de Saúde responsável pela área da cidade onde residia. Sendo assim, como efeito deste contato com a política de saúde da família do município, se por um lado posso ter assegurado que dados relevantes sobre minha saúde provavelmente não serão perdidos e poderão ser, caso necessário, facilmente resgatados no futuro, por outro concebo que minha privacidade estará em risco com igual medida e duração.

No entanto, a afetação de minha privacidade é um aspecto de menor valor neste processo. A questão mais relevante a ser notada é que, ao ser cadastrado, inevitavelmente passei a integrar o feixe de relações intrincado pelo sistema de cadastros e prontuários eletrônicos. Já não posso evitar que as informações obtidas através de meu cadastro e de meu atendimento sejam classificadas de tal ou qual forma, que sejam aproveitadas para a composição de dados populacionais, que contribuam para o estabelecimento de avaliações sobre o território no qual residia quando elas foram captadas etc. Além disso, tais informações provavelmente influenciarão a construção de percepções acerca de mim por parte das profissionais que porventura eu venha a conhecer no futuro em função de um novo atendimento.

As experiências citadas até aqui são apenas algumas dentre as muitas com as quais tive contato e que me permitiram vislumbrar manifestações deste senso comum que concebe como positiva a produção de saberes nos campos das políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil. Entretanto, é importante ressaltar que tal concepção não é compartilhada apenas por estudiosos, gestores e pacientes destas políticas, mas também por suas pacientes. A maioria delas julga como benéfica a possibilidade de que as profissionais reconheçam suas pacientes, de que saibam seus nomes, seus hábitos, seus problemas de saúde etc. A maioria das pacientes é a favor da ocorrência de visitas domiciliares, aprovam que detalhes das vidas das pessoas sejam conhecidos, que as instituições estejam atentas às populações e que recolham sobre elas o máximo possível de

informações etc. Ou seja, compartilham a ideia de que quanto mais saberes forem produzidos, tanto melhor⁴⁶.

Parece-me razoável ponderar a contextualidade deste senso comum. Em circunstâncias distintas, talvez a produção em larga escala de saberes sobre as populações pudesse não ser bem vista. Em que medida é sempre positivo que condições corporais, hábitos, crenças, ideias etc. sejam de conhecimento de profissionais dedicadas justamente às suas transformações? Em que medida é sempre positivo que membros de comunidades sejam cooptados por empreendimentos que objetivam conhecer e transformar estas mesmas comunidades? Em que medida é sempre positivo que profissionais visitem casas de pessoas para avaliarem se as formas como vivem são ou não salutares? Em que medida é sempre positivo que profissionais sistematicamente recolham informações sobre indivíduos e, a partir delas, discutam e experimentem formas de modificar suas inserções no mundo? Parece-me evidente que a ampla aceitação destes tipos de procedimentos no âmbito das políticas de saúde da família deriva de condições bastante específicas. O senso comum que concebe que a produção de saberes deve ser incentivada e incrementada possui uma localização histórica e social que deve ser considerada.

Entendo que este senso comum encontra tamanha ressonância nas políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil porque elas, em grande medida, são percebidas como instâncias legítimas de produção da vida. Desse modo, a criação e a gestão de saberes são avaliadas como positivas porque se entende que elas viriam em benefício das populações atendidas por estas políticas. Num ambiente democrático ou revolucionário, nos termos de, respectivamente, Brasil e Cuba, produzir a vida por meio da intervenção de formas de governo é algo percebido positivamente. Para fazê-lo, admite-se que a produção de saberes se faz necessária.

Com referência ao modelo das políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil, esta perspectiva ordinária se faz assim um objetivo programático. Mas para que ele seja satisfeito é indispensável que processos diversos e constantes de produção de saberes sejam postos em operação. É preciso fazer com que a prática de aproximação entre pacientes, profissionais, populações e instituições se transforme em uma rotina. É preciso fazer com que indivíduos, famílias ou populações estejam sempre a ser conhecidos e reconhecidos. É preciso que tanto os processos mais gerais que os envolvem, quanto os detalhes mais específicos que os distinguem, sejam percebidos, registrados e comparados. É preciso que mudanças quaisquer sejam identificadas, analisadas e que, quando viável, sejam até mesmo previstas.

⁴⁶ Ver o item 22, ainda neste capítulo, para uma reflexão acerca das condições em que tal avaliação positiva se dá.

Contudo, a intenção de se desenvolver o máximo possível de saberes é, a rigor, um empreendimento sem fim. Do ponto de vista prático, é inviável que tudo seja conhecido. Por isso as políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil têm de definir determinados parâmetros para levar a efeito tal meta. Têm de definir táticas específicas por meio das quais informações serão obtidas, processadas e utilizadas. No bojo deste processo são estabelecidos seus alvos e seus campos de atuação.

19. Criações dos alvos

Os objetos aos quais as políticas de saúde da família se dedicam não são fatos dados cujas apreensões podem se dar sem qualquer tipo de mediação. Seus objetos são construídos sob certos termos, através de processos que envolvem múltiplos fatores e múltiplas etapas. Embora existam sentidos mais gerais a definir quais são estes objetos (as famílias, as condições de saúde etc.), em níveis mais periféricos eles são conformados de diversas maneiras. Na multiplicidade que envolve o fenômeno da população são buscados elementos a serem transformados em escopos de intervenção. Para a criação deles são levados a cabo diferentes processos de medição, qualificação, quantificação, avaliação e hierarquização de fatores. Apenas ao final destes trâmites os alvos das políticas de saúde da família estão configurados.

Do ponto de vista organizacional, tanto em Cuba quanto no Brasil, a etapa inicial de construção destes objetos é o cadastramento das pacientes. Em ambos os países este procedimento se vale de uma base territorial. Os indivíduos são cadastrados de acordo com a localização de seus domicílios. Nesse sentido, as populações cadastradas são referenciadas a determinados territórios. Com isso é medido o tamanho da população a ser atendida, o que constitui fator de grande significância para o ordenamento dos serviços. Simultaneamente, os cadastros buscam identificar uma série de características dos sujeitos. De modo que a população é, de uma só vez, quantificada e qualificada. Num momento seguinte estas características são avaliadas de acordo com determinados aspectos distintivos. A partir daí são empreendidas associações, delimitações e estabilizações, com base nas quais são conformados os alvos das políticas de saúde da família. Por fim, tais objetos são hierarquizados com certos critérios de relevância, para a definição da priorização das ações.

Em ambos os países tem-se a proposta de que o cadastramento de uma população não seja um processo realizado uma única vez. Entende-se que ele deve ser dinâmico, que passe por atualizações constantes com vistas a acompanhar as transformações pelas quais esta população venha a passar. No Brasil, o modelo da política de saúde da família estabelece que o cadastro de uma residência deve ser feito nas primeiras visitas que a ACS

Ihe faça. Assim que possível devem ser recolhidas as informações sobre ela, para que logo passe a integrar o campo de ação da política. Como em tese a ACS retornaria constantemente a esta residência, sempre que nela ocorressem modificações o cadastro poderia ser atualizado. O que permite vislumbrar mais uma vez o destacado papel cumprido pelas ACS no que tange à produção de informações.

Em Cuba e no Brasil os cadastros são feitos por meio da utilização de fichas padronizadas. Estes instrumentos uniformizam os dados a serem construídos, e indicam alguns parâmetros importantes do processo de construção dos objetos das políticas de saúde da família. No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) disponibiliza aos municípios a “Ficha A”, para cadastro das famílias. Ela normaliza a produção dos dados, para que posteriormente possam ser aproveitados pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). As Figuras 22 e 23, abaixo, apresentam esta Ficha A:

Figura 22: Ficha A do SIAB – Cadastro da Família – frente

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA											
FICHA A			ENDEREÇO					UF			
MUNICÍPIO		SEGMENTO		ÁREA	MICROÁREA		FAMILIA	CEP			
NÚMERO			BAIRRO		DATA						
CADASTRO DA FAMÍLIA											
PESSOAS COM 15 ANOS OU MAIS NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	ALFABETIZAÇÃO		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (SIGLA)				
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO					
PESSOAS DE 0 A 14 ANOS NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	ALFABETIZAÇÃO		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (SIGLA)				
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO					
SIGLAS PARA A INDICAÇÃO DAS DOENÇAS E/OU CONDIÇÕES REFERIDAS											
ALC - Alcoolismo		EPI - Epilepsia		HAN - Hanseníase							
CHA - Chagas		GES - Gestante		MAL - Malária							
DEF - Deficiência		HA - Hipertensão Arterial									
DIA - Diabetes		TB - Tuberculose									

Figura 23: Ficha A do SIAB – Cadastro da Família – verso

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO	
TIPO DE CASA	TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO
TUOLO / ADOBE	FILTRAÇÃO
TAPPA REVESTIDA	FERVURA
TAPPA NÃO REVESTIDA	CLORAÇÃO
MADEIRA	SEM TRATAMENTO
MATERIAL APROVEITADO	ABASTECIMENTO DE ÁGUA
OUTRO: Especificar	REDE PÚBLICA
NÚMERO DE CÔMODOS / PEÇAS	POÇO OU NASCENTE
ENERGIA ELÉTRICA	OUTROS
DESTINO DO LIXO	DESTINO DE FEZES E URINA
COLETADO	SISTEMA DE ESGOTO (REDE GERAL)
QUEIMADO / ENTERRADO	FOSSA
CÉU ABERTO	CÉU ABERTO

OUTRAS INFORMAÇÕES	
Alguém da família possui Plano de Saúde	N.º de pessoas cobertas por Plano de Saúde
Nome do Plano de Saúde	
EM CASO DE DOENÇA PROCURA	PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS
HOSPITAL	COOPERATIVA
UNIDADE DE SAÚDE	GRUPO RELIGIOSO
BENEFICÉRIA	ASSOCIAÇÕES
FARMÁCIA	OUTROS: Especificar
OUTROS: Especificar	MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA	ÔNIBUS
RÁDIO	CAMINHÃO
TELEVISÃO	CARRO
OUTROS: Especificar	CARROÇA
	OUTROS: Especificar

OBSERVAÇÕES

Contudo, em Belo Horizonte são utilizadas fichas modificadas. Para o cadastro da família faz-se uso da ficha “Cadastro da Família”, apresentada pela Figura 24, abaixo. Já para o cadastro dos indivíduos faz-se uso da ficha “Cadastro Pessoal”, apresentada pela Figura 25, abaixo. Ambas fazem parte do “Cadastro de Política Social” da PBH. Elas mantêm a mesma estrutura e abordam basicamente as mesmas questões exploradas pela Ficha A. Entretanto, como se pode facilmente notar, as fichas da PBH são mais detalhistas.

Quando a Ficha A é usada, na sua folha de rosto são registrados os dados de todos os membros de uma família. Já no seu verso são registrados diversos dados referentes às condições de moradia desta família e a alguns aspectos que as caracterizam social e economicamente. Por seu turno, em Belo Horizonte a ficha de Cadastro da Família é utilizada para o cadastro de uma residência e, por conseguinte, da família que nela reside. Geralmente, a folha na qual está impressa o formulário do Cadastro da Família traz no seu verso uma ficha de Cadastro Pessoal. As ACS têm como prática registrar nesta os dados do “chefe da família”. As informações dos demais membros desta família são anotadas em outras fichas de Cadastro Pessoal, sendo utilizada uma para cada integrante. De modo que não há, como na Ficha A, a possibilidade de se registrar numa mesma ficha os dados de todos os membros de uma família.

Figura 24: Ficha Cadastro da Família, da PBH


 PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE		CADASTRO DA FAMÍLIA	CADASTRO DE POLÍTICA SOCIAL		
UNIDADE DE SAÚDE		LOTE Nº		Nº DO CADASTRO DA FAMÍLIA	
PRONTUÁRIO		CORREÇÃO		QTD. DE USUÁRIOS CADASTRADOS	
I - AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE RESPONSÁVEL PELO CADASTRO					
1 - NOME DO AGENTE		2 - CÓDIGO DO AGENTE		3 - DATA DA COLETA DE DADOS	4 - VISTO / ASSINATURA DO AGENTE
II - ENDEREÇO DA FAMÍLIA					
1 - LOGRADOURO CÓDIGO	NOME DA RUA, AVENIDA, ETC				
2 - NÚMERO		3 - COMPLEMENTO		4 - TELEFONE	TIPO
5 - CEP					
6 - BAIRRO CÓDIGO	NOME DO BAIRRO				7 - Nº DA CONTA DA CEMIG (IDENTIFICADOR)
	<input type="checkbox"/> NÃO TEM				
8 - Nº DO SETOR CENSITÁRIO		9 - MICROÁREA		10 - PONTO DE REFERÊNCIA (P/ VILAS E FAVELAS)	
III - DADOS DA FAMÍLIA					
1 - TIPO DE RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> 1 - ALVENARIA <input type="checkbox"/> 2 - MADEIRA <input type="checkbox"/> 3 - PLACA PRÉ-FABRICADA <input type="checkbox"/> 4 - LONA <input type="checkbox"/> 5 - MATERIAL APROVEITADO (PAPELÃO, LATA) <input type="checkbox"/> 6 - TAPA		2 - MORADIA 1 - TIPO <input type="checkbox"/> 1 - PRÓPRIA <input type="checkbox"/> 2 - ALUGADA <input type="checkbox"/> 3 - CEDIJA <input type="checkbox"/> 4 - FINANCIADA 2 - Nº DE CÔMODOS <input type="text"/> <input type="text"/> 3 - QUINTAL <input type="checkbox"/> 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO		3 - ENERGIA ELÉTRICA <input type="checkbox"/> 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO	
				4 - TIPO DE TELHADO <input type="checkbox"/> 1 - TELHA DE BARRO <input type="checkbox"/> 2 - TELHA DE AMIANTO <input type="checkbox"/> 3 - TELHA DE ZINCO <input type="checkbox"/> 4 - LAJE <input type="checkbox"/> 5 - MATERIAL APROVEITADO (LONA, PAPELÃO, LATA, ETC)	
				5 - ABASTECIMENTO DE ÁGUA <input type="checkbox"/> 1 - REDE OFICIAL <input type="checkbox"/> 2 - CISTERNA / NASCENTE (BICA) / POÇO ARTESIANO <input type="checkbox"/> 3 - REDE NÃO OFICIAL	
6 - TIPO DE RESERVATÓRIO <input type="checkbox"/> 1 - CAIXA D'ÁGUA COM TAMPA <input type="checkbox"/> 2 - CAIXA D'ÁGUA SEM TAMPA <input type="checkbox"/> 3 - LATÃO/BALDE/TAMBOR C/ TAMPA <input type="checkbox"/> 4 - LATÃO/BALDE/TAMBOR S/ TAMPA <input type="checkbox"/> 5 - SEM RESERVATÓRIO		7 - RESERVATÓRIO <input type="checkbox"/> 1 - COM ENCANAMENTO <input type="checkbox"/> 2 - SEM ENCANAMENTO		8 - TRATAMENTO DA ÁGUA DE BEBER <input type="checkbox"/> 1 - FILTRO <input type="checkbox"/> 2 - FERVURA <input type="checkbox"/> 3 - CLORO <input type="checkbox"/> 4 - SEM TRATAMENTO	
				9 - DESTINO DAS FEZES <input type="checkbox"/> 1 - FOSSA <input type="checkbox"/> 2 - CÉU ABERTO / Córrego <input type="checkbox"/> 3 - REDE OFICIAL	
				10 - INSTALAÇÃO SANITÁRIA <input type="checkbox"/> 1 - AUSENTE <input type="checkbox"/> 2 - PRÓPRIA <input type="checkbox"/> 3 - COLETIVA	
11 - ÁGUA APÓS USO <input type="checkbox"/> 1 - FOSSA <input type="checkbox"/> 2 - CÉU ABERTO / Córrego / VA PÚBLICA <input type="checkbox"/> 3 - IRRIGAÇÃO DE HORTA <input type="checkbox"/> 4 - REDE OFICIAL		12 - DESTINO DO LIXO <input type="checkbox"/> 1 - COLETA OFICIAL <input type="checkbox"/> 2 - QUEIMADO <input type="checkbox"/> 3 - CÉU ABERTO <input type="checkbox"/> 4 - ENTERRADO <input type="checkbox"/> 5 - CAÇAMBA <input type="checkbox"/> 6 - Córrego / RIO		13 - RENDA FAMILIAR <input type="checkbox"/> 1 - SEM RENDA <input type="checkbox"/> 2 - ATÉ 1 SM <input type="checkbox"/> 3 - 1,01 A 2 SM <input type="checkbox"/> 4 - 2,01 A 3 SM <input type="checkbox"/> 5 - 3,01 A 5 SM <input type="checkbox"/> 6 - 5,01 A 10 SM <input type="checkbox"/> 7 - 10,01 A 20 SM <input type="checkbox"/> 8 - ACIMA DE 20 SM	
				14 - EM CASO DE DOENÇA PROCURA <input type="checkbox"/> 1 - HOSPITAL <input type="checkbox"/> 2 - UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE <input type="checkbox"/> 3 - BENZEDERA <input type="checkbox"/> 4 - FARMÁCIA <input type="checkbox"/> 5 - UNIDADE DE URGÊNCIA <input type="checkbox"/> 6 - OUTROS (ESPECIFICAR)	
				15 - PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS <input type="checkbox"/> 1 - COOPERATIVA <input type="checkbox"/> 2 - GRUPO RELIGIOSO <input type="checkbox"/> 3 - ASSOCIAÇÕES <input type="checkbox"/> 4 - OUTROS (ESPECIFICAR) <input type="checkbox"/> 5 - NÃO PARTICIPA	
16 - MEIOS DE TRANSPORTE MAIS USADOS <input type="checkbox"/> 1 - ÔNIBUS <input type="checkbox"/> 2 - CAMINHÃO <input type="checkbox"/> 3 - CARRO <input type="checkbox"/> 4 - CARROÇA <input type="checkbox"/> 5 - METRÔ <input type="checkbox"/> 6 - OUTROS (ESPECIFICAR)		17 - MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA <input type="checkbox"/> 1 - RÁDIO <input type="checkbox"/> 2 - TELEVISÃO <input type="checkbox"/> 3 - OUTROS (ESPECIFICAR)		18 - ALGUÉM DA FAMÍLIA POSSUI PLANO DE SAÚDE? <input type="checkbox"/> 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO	
				19 - Nº DE PESSOAS COBERTAS PELO PLANO DE SAÚDE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
20 - OBSERVAÇÕES:					

Figura 25: Ficha Cadastro Pessoal, da PBH

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE		CADASTRO DE POLÍTICA SOCIAL	
Nº CADASTRO FAMILIA		NÚCLEO FAMILIAR	
Nº FICHA NA FAMILIA			
IV - DADOS DO USUÁRIO			
1 - NOME DO USUÁRIO			
2 - NOME DA MÃE			
3 - NOME DO PAI			
4 - DATA DE NASCIMENTO			
5 - MUNICÍPIO DE NASCIMENTO			
6 - UF			
7 - SEXO			
8 - COMPLEMENTO			
9 - CI - UF			
10 - CI - ORG. EM.			
11 - CI - DATA DA EMISSÃO			
12 - NACIONALIDADE			
13 - PAIS DE ORIGEM			
14 - DATA DE ENTRADA			
15 - CPF			
16 - TÍTULO ELEITOR			
17 - TÍTULO ELEITOR - ZONA			
18 - TÍTULO ELEITOR - SEÇÃO			
19 - CERTIDÃO TIPO			
20 - CERTIDÃO - NOME DO CARTÓRIO			
21 - CERTIDÃO - LIVRO			
22 - CERTIDÃO - FOLHA			
23 - CERTIDÃO - TERMO			
24 - CERTIDÃO - DATA DE EMISSÃO			
25 - CARTEIRA DE TRABALHO (CTPS)			
26 - CTPS - SÉRIE			
27 - CTPS - UF			
28 - CTPS - DATA DE EMISSÃO			
29 - PIS / PASEP			
V - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES			
A - ANO DE RESIDÊNCIA EM BH			
B - ESCOLARIDADE			
C - FREQUENTA CRECHE / PRÉ ESCOLA OU ESCOLA?			
D - SE NÃO FREQUENTA, QUAL O MOTIVO?			
E - PRETENDE FREQUENTAR NO PRÓXIMO ANO?			
F - COR / RAÇA			
G - GRAU DE PARENTESCO			
H - SITUAÇÃO FAMILIAR/CONJUGAL			
I - POPULAÇÃO DE RUA			
J - DOENÇAS (SITUAÇÃO REFERIDA)			
K - OCUPAÇÃO - CÓDIGO:			
L - OCUPAÇÃO - DESCRIÇÃO			
M - CONTRIBUI PARA A PREVIDÊNCIA			
N - SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO			
O - EXERCE ALGUMA ATIVIDADE DA ÁREA CULTURAL?			
P - QUE ESPORTE / ATIVIDADE FÍSICA GOSTA DE PRATICAR?			
Q - OBSERVAÇÕES			

A análise destas fichas permite perceber que o processo de cadastramento das populações pela política de saúde da família tem como alvo temas que transcendem o campo exclusivo da saúde, se o concebemos de modo reducionista. Isso fica evidente logo que observamos que as fichas da PBH são descritas como instrumentos de uma “política social”. Não está em questão o registro de informações sobre os indivíduos desde o prisma reduzido de suas condições de saúde. Estas são buscadas, mas se encontram englobadas por certa caracterização social das famílias às quais pertencem.

As fichas demonstram também o inescapável acionamento do princípio da territorialização. O principal elemento identificador das famílias é o endereço das residências, que vem associado ao setor censitário no qual está localizado e à instituição responsável pelo respectivo território. Além disso, são também registradas informações sobre a ACS que empreendeu a coleta dos dados, explicitando a relevante função desempenhada por esta profissional no que tange à produção de relações entre a política de saúde da família e as populações.

No terceiro campo, dedicado aos “Dados da Família” encontra-se uma série de informações direcionadas à caracterização social e econômica da família. Os itens 1 a 12 tratam de quesitos referentes à verificação do acesso da família a condições básicas de moradia. São consideradas questões tais como a disponibilidade de energia elétrica, a forma de consumo de água e o destino do lixo. Já os itens 13 a 19 estão dedicados a aspectos mais diversos. O item 13, no qual é registrada a renda da família não consta da Ficha A, do SIAB, e é fundamental para o alcance de certa caracterização econômica. Por sua vez, os itens 14, 18 e 19 referem-se aos serviços de saúde utilizados pela família. Os dois últimos expressam a relevância do sistema privado de saúde. A atenção dedicada a este tópico demonstra que a verificação do acesso dos indivíduos ao sistema privado de saúde impacta a formulação dos serviços da política de saúde da família. Por fim, os itens 15, 16 e 17 intentam alcançar, sob três diferentes perspectivas, uma descrição da família desde um ponto de vista mais “social”.

Como afirmado anteriormente, a ficha de Cadastro da Família é sempre utilizada em conjunto com a de Cadastro Pessoal. Pode-se notar a associação entre elas inclusive pela continuidade dos tópicos dispostos em cada uma: I a III no Cadastro da Família, e IV a V no Cadastro Pessoal. Por meio desta são buscadas informações mais específicas sobre os indivíduos. Tratam-se de dados pessoais cujo enfoque principal são as formas privilegiadas por meio das quais o indivíduo se distingue perante o “Estado”. Registra-se seu nome, os nomes de seus pais, sua data de nascimento, seu município de nascimento, e os dados de alguns dos principais documentos pessoais produzidos pelo “Estado”: carteira de identidade, cadastro de pessoa física (CPF), título de eleitor etc.

No campo denominado “Informações Complementares” são registrados dados diversos, tais como o ano em que o indivíduo começou a residir em Belo Horizonte, sua escolaridade, sua “cor/raça”, sua ocupação etc⁴⁷. É interessante notar que somente neste campo, das “informações complementares”, consta o único item de todo o cadastro dedicado à caracterização da condição de saúde do indivíduo em sentido estreito. No tópico “J – Doenças / Situação Referida” devem ser apontados, por meio de uns poucos códigos preestabelecidos, aspectos relacionados à condição de saúde do indivíduo.

A seleção dos tópicos contidos por estas fichas vale-se de determinadas opções em torno da forma de se abordar o fenômeno da população. Dentre os principais critérios para a caracterização da população não são levados em conta, por exemplo, opções religiosas, filiações políticas, valores morais, práticas sexuais etc. Por conta disso, tal seleção não é isenta de consequências. O cadastramento intenta servir de auxílio no conhecimento das comunidades atendidas, mas não apenas no que tange mais precisamente às questões de saúde, uma vez que o melhoramento global da população não é somente contexto das intervenções da política de saúde da família, mas também seu objetivo. A composição do cadastramento está, portanto, relacionado tanto à composição da população enquanto objeto, quanto à produção de saberes sobre ela e à construção de formas de nela intervir.

Se considerarmos que o cadastramento deve ser realizado com a totalidade da população atendida pela política de saúde da família, está em questão, portanto, a coleta de uma enorme quantidade de informações. Se considerarmos que a cidade de Belo Horizonte, por exemplo, possui mais de 2 milhões de habitantes, dos quais, em tese, cerca de 70% são pacientes da política de saúde da família, a expansão das informações a serem captadas, engendrada pelo maior detalhamento das fichas utilizadas pela PBH em relação à Ficha A do MS, implica num aumento considerável de dados. Não se pode olvidar também que tais cadastros pretendem ser dinâmicos, na medida em que se espera que as ACS os atualizem sempre que hajam modificações na realidade de cada família. Isto posto, é possível afirmar que a produção e o processamento de tal volume de informações consiste numa empreitada de enormes proporções.

Além de vasto, o empreendimento dos cadastros chama atenção também por ser capaz de abarcar distintos níveis de profundidade. As informações captadas acerca de cada indivíduo, ou de cada família, podem ser agregadas e descritas estatisticamente para com várias escalas territoriais: o país, as regiões, os estados, os municípios etc. Mas pode-se alcançar um nível bastante reduzido de agregação, com dados sobre cada setor censitário.

⁴⁷ Chama atenção o item “I – População de rua”. Uma vez que a política de saúde da família apresenta uma forte ancoragem territorial constituída a partir da consideração para com os locais de residência das pacientes, a presença deste item indica como o Cadastro de Política Social foi concebido para ser utilizado também por outras políticas do município. Apenas a versão de 2011 da PNAB instituiu as “equipes do consultório na rua” (BRASIL, 2011).

Em contraposição à escala dos milhões no nível mais amplo, há, portanto, a possibilidade de geração de dados sobre algumas poucas dezenas ou centenas de famílias. Ademais, apesar de o sistema de processamento dos dados não permitir a produção de informações agregadas acerca de níveis mais limitados do que as microáreas dos setores censitários, é possível acessar o cadastro de cada família. Sendo assim, na cidade de Belo Horizonte pode-se, com os dados do cadastro da política de saúde da família, vislumbrar estatisticamente, por exemplo, os níveis de escolaridade de todos os indivíduos cadastrados, ou então quais são os tipos de grupos comunitários que os indivíduos cadastrados mais participam em cada Distrito Sanitário. Por outro lado, é possível também verificar, de acordo com seu cadastro, qual o destino que determinada família dá ao seu lixo, ou então o motivo pelo qual um de seus membros não frequenta a escola.

Obviamente, o objetivo dos cadastros é viabilizar a produção de perspectivas mais globais. A princípio não se almeja manipular informações tão detalhadas sobre cada indivíduo. Não obstante, o alcance dessa abordagem mais ampla é indissociável da apreensão de níveis de realidade mais reduzidos. O que faz com que a produção de saberes sobre as populações seja simultânea e inseparável da produção de saberes sobre os indivíduos.

Certamente inúmeros fatores impedem que esta possibilidade de produção de saberes seja integralmente efetivada. Dentre eles, o fato de que o cadastramento geralmente não é efetivado conforme planejado pelo modelo da política de saúde da família. Supostamente, as ACS fariam o cadastro de todas as famílias residentes em seus territórios de atuação, assim como os atualizariam continuamente. No entanto, isso nem sempre se dá. No período em que realizei o trabalho de campo de campo em Belo Horizonte, todos os Centros de Saúde da cidade estavam – com maior ou menor afinco – envolvidos com o cadastramento de suas populações. Nos meses anteriores havia começado a ocorrer as Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em todos os Centros de Saúde da cidade. Estas Oficinas aconteciam a cada um ou dois meses, e delas participavam todas as profissionais. Em cada uma era estudado um tema distinto e, a partir destas reflexões orientadas, as profissionais planejavam a criação de atividades ou a modificação das já existentes. A terceira, intitulada “Territorialização e Diagnóstico Local”, que na maioria dos Centros de Saúde ocorreu nos primeiros meses de 2010, definiu como tarefa a finalização e/ou atualização do processo de cadastramento por parte de todos os Centros de Saúde. E a PBH solicitou que tal processo fosse concluído até o final de 2010. De modo que na época da realização de meu trabalho de campo muitas profissionais estavam dedicadas a alcançar esta meta. As ACS cadastravam residências situadas em territórios que anteriormente não foram assumidos como alvos preferenciais da política (especialmente as áreas de baixo risco), mas também completavam o cadastramento daqueles territórios nos quais este

procedimento já deveria ter sido concluído. A intenção era levar a termo um processo que, em tese, deveria estar já finalizado cerca dez anos antes, quando a política de saúde da família foi implantada no município. Durante todo este tempo muitas residências foram atendidas sem serem cadastradas, ou então muitos territórios fizeram parte das áreas de abrangência dos Centros de Saúde sem que o cadastramento deles estivesse completado.

A produção de saberes a partir dos cadastros também é limitada pela forma como suas fichas são utilizadas. O simples fato de um cadastro ser realizado não significa que as informações dele advindas correspondam a uma base sólida para a produção de saberes. Inicialmente, é preciso admitir que as fichas de cadastro não captam realidades transcendentais existentes no mundo. A rigor, elas participam de um processo de produção de verdades acerca de realidades concebidas com base em determinados parâmetros. Entretanto, mais além, mesmo considerando-se estes constrangimentos de ordem epistemológica, não se pode olvidar que muitas vezes o preenchimento das fichas de cadastro não é absolutamente preciso. Nas inúmeras ocasiões em que acompanhei o trabalho de ACS enquanto elas cadastravam residências pude perceber que vários itens das fichas normalmente geram controvérsias. O tópico sobre a “cor/raça” do indivíduo é um dentre os quais as ACS se sentiam desconfortáveis durante o preenchimento, especialmente quando o sujeito cadastrado era negro ou pardo. Outro tópico com o qual as ACS geralmente se incomodavam é o referente à renda familiar. Muitas ACS se constrangem em solicitar tal informação e, com o intuito de fazer com que o questionamento se tornasse menos agressivo, chegavam mesmo a dizer aos sujeitos cadastrados que eles não necessariamente deveriam fornecer dados exatos. Poderia citar ainda as questões sobre as condições de moradia, que muitas vezes sequer eram colocadas, sendo preenchidas de acordo com suposições das ACS. Enfim, as ACS não se sentem pesquisadoras, tampouco são treinadas para tanto. Pacientes e ACS geralmente percebem o cadastramento como apenas um procedimento obrigatório necessário à utilização de um serviço. Por isso eles não são realizados com perfeita exatidão, assim como seus preenchimentos não obedecem a um padrão rigoroso.

Outro importante aspecto a ser notado quanto ao processo de realização dos cadastros é que para a obtenção dos dados sobre os indivíduos faz-se necessário que estes apresentem vários de seus documentos às ACS. Isto posto, é interessante constatar que em seus primeiros contatos com a política de saúde da família a paciente seja logo inquirida em dimensões de sua vida que se destacam quanto à sua caracterização perante o “Estado”. Talvez por isso as ACS comumente concedam mais atenção ao Cadastro Pessoal do que ao Cadastro da Família. Vários itens do Cadastro da Família não são perguntados, sendo preenchidos de acordo com conjecturas das ACS, o que dificilmente ocorre com os itens do Cadastro Pessoal. Acontece da ACS precisar realizar um cadastro inesperado, e de neste

momento não estar de posse das fichas necessárias. Nestes casos, não é raro que ela anote em um papel qualquer as informações do Cadastro Pessoal, para que possa levá-las ao Centro de Saúde e efetuar aquele cadastro, deixando para outro momento – que pode nem sequer chegar a realmente suceder – a busca pelos dados do Cadastro da Família.

Porque há esse maior rigor com os documentos dos indivíduos, do ponto de vista prático o preenchimento dos dados do Cadastro Pessoal provavelmente seja a maior dificuldade enfrentada pelas ACS para realizarem os cadastros. É comum que o membro da família com o qual a ACS se encontra para fazer o cadastro não possua consigo os documentos dos demais integrantes da família. Geralmente as ACS não se satisfazem com apenas a declaração destes dados, fazendo questão de ter os documentos em mãos para que possam comprovar a veracidade das informações coletadas. Por isso a falta destes documentos não raramente faça com que a ACS, para completar um cadastro, tenha de retornar várias vezes a uma mesma residência.

Com base nas experiências do trabalho de campo, minha impressão é de que o cadastramento é, para as ACS, uma tarefa tanto difícil quanto desagradável. De forma recorrente ela não encontra os moradores das residências a serem cadastradas. Quando os encontra, muitas vezes não consegue obter todas as informações necessárias em uma só oportunidade. Ao captar as informações pode se sentir desconfortável por estar registrando informações de ordem pessoal. A maioria das pacientes desconhece como exatamente aquelas informações serão utilizadas, e podem manifestar descontentamento em fornecê-las. Todavia, a maior ou menor dificuldade para a realização dos cadastros depende, fundamentalmente, da relação que os indivíduos mantêm com o sistema público de saúde de modo geral e, mais especificamente, com a política de saúde da família. Diversas vezes acompanhei ACS até determinadas residências porque seus moradores haviam “*pedido cadastro*”. Nestas circunstâncias, em regra o procedimento se dava sem qualquer transtorno. Isso porque a paciente que “*pede cadastro*” geralmente necessita com certa rapidez utilizar os serviços do Centro de Saúde e, por isso, solicita ser cadastrada. De modo que aquelas pacientes que concebem a política de saúde da família como algo de que carecem ou de que provavelmente virão a carecer tendem a facilitar o processo de cadastramento. Por outro lado, quando entendem que não farão uso da política de saúde da família, tendem a perceber o cadastramento como um incômodo desnecessário. Por isso não apresentam informações exatas, omitem dados, não se preocupam em fornecer os documentos que as ACS solicitam e, no limite, recusam que suas residências sejam cadastradas. Inescapavelmente, tal tipo de comportamento está relacionado à possibilidade de acesso ao serviço privado de saúde. Na quase totalidade das vezes em que acompanhei indivíduos recusarem o cadastramento de suas famílias, estes o fizeram com a justificativa

de que possuíam convênios privados de saúde e, sendo assim, não “*precisavam de cadastro*”.

Certa vez acompanhei o cadastramento de uma família que havia se mudado recentemente para a área de abrangência de um dos Centros de Saúde que eu vinha visitando. A ACS e eu fomos recebidos por uma mulher, que naquela casa residia com sua mãe e seus três filhos. Demonstrou satisfação pelo fato da ACS estar cadastrando sua família poucos dias depois dela ter ido viver no local. Forneceu todas as informações solicitadas pela ACS acerca de si, de sua mãe e de dois de seus filhos. Porém, disse que não seria necessário que um de seus três filhos fosse cadastrado, pois ele estaria com o “*plano ativo*”, ou seja, seria o único membro da família com acesso garantido ao sistema privado de saúde. Para ela, não fazia sentido que este filho fosse cadastrado, já que não tinha intenção de que ele utilizasse a política de saúde da família. A ACS expôs então que ele poderia vir a utilizar algum serviço não oferecido pelo convênio privado que possuía, tal como a vacinação ou a retirada de medicamentos. Somente diante desse argumento a paciente entendeu que o cadastramento daquele filho poderia vir a ter algum efeito positivo.

Em Cuba, até onde pude averiguar, uma mesma ficha de cadastro é utilizada em todo o país. Este documento utilizado para o cadastramento das famílias nos CMF é denominado *Historia de Salud Familiar*, e está apresentado pelas Figuras 26 e 27, abaixo. A análise desta ficha permite perceber que, assim como no Brasil, em Cuba o princípio da territorialização é central no processo de cadastramento. Nesse sentido, o principal elemento caracterizador da família é o seu local de residência. Enquanto no Brasil os cadastros associam as residências aos setores censitários, em Cuba, acompanhando a forma como são distribuídos os territórios entre os CMF, as residências são associadas aos Comitês de Defesa da Revolução (CDR).

No primeiro campo para registro de informações, denominado “saúde dos integrantes da família”, são anotados diversos dados sobre a paciente: o número de sua história clínica individual, seu nome e sobrenome, seu sexo, sua data de nascimento, seu nível educacional, sua ocupação, o *grupo dispensarial*⁴⁸ ao qual pertence e os fatores de risco e/ou doenças que possui. Dessa forma, comparativamente com as fichas utilizadas em Belo Horizonte, nota-se imediatamente que na ficha cubana o aspecto da condição de saúde das pacientes encontra maior proeminência. Na ficha de cadastro utilizada em Belo Horizonte tal questão é disposta como uma “informação complementar” à qual se dedica relativamente pouco espaço. Já na ficha de cadastro utilizada em Havana ela está disposta de forma mais destacada, é apontada como tema do primeiro campo para coleta de dados, e a ela está dedicado relativamente um grande espaço.

⁴⁸ Sobre o processo da *dispensarización*, ver capítulo III, item 20, pág. 179.

Figura 26: Ficha *Historia de Salud Familiar* – frente

Modelo S4-50 Ministerio de Salud Pública Historia Clínica Dirección de la vivienda (Calle, entrecalles, número y apartamento)				HISTORIA DE SALUD FAMILIAR Familia Núm. _____ Núm. Hist. De Salud _____ CDR _____ EBS _____					
SALUD DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA									
Número Hist. Clin. Individual	Nombre (s) y Apellidos	Sexo	Fecha de nacimiento	Nivel educacional	Labor que realiza	PROBLEMA DE SALUD		Observaciones	
						Grupo Disp.	Factores de riesgo y/o enfermedades		
CONDICIONES MATERIALES DE VIDA FAMILIAR									
FECHA	Condiciones Estructurales de la vivienda			Índice de Hacinamiento	Equipamiento Doméstico Básico	Satisfacción de la familia con los ingresos		OBSERVACIONES	
	B	R	M			B	R		M

Figura 27: Ficha *Historia de Salud Familiar* – verso

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR												
FECHA												
FUNCIONAL												
RIESGO DE DISFUNCIONABILIDAD												
DISFUNCIONAL												
RESULTADO DE LA EVALUACION DE LA SALUD FAMILIAR												
FECHA												
SIN PROBLEMA DE SALUD												
CON PROBLEMA DE SALUD A PREDOMINIO DE:			Dificultades con las condiciones materiales de la vida									
			Dificultades con la salud de los integrantes de la familia									
			Dificultades en el funcionamiento de la familia									
FORMA DE INTERVENCION FAMILIAR NECESARIA												
FECHA												
Intervención Educativa												
Intervención Terapéutica												
ANOTACIONES ESPECIALES												

O campo seguinte para registro de informações, denominado “condições materiais de vida familiar” apresenta espaços para a anotação de avaliações qualitativas acerca das condições estruturais da residência, do índice de aglomeração, da instalação doméstica básica e da satisfação da família com sua renda. Comparando-se as fichas brasileira e cubana, nota-se que os campos de questões abordados por ambas acerca das condições sociais das famílias são basicamente os mesmos. Contudo, enquanto a ficha cubana é mais detalhada no que tange às condições de saúde dos indivíduos, a ficha brasileira é mais meticulosa no que se refere à caracterização social das famílias. A ficha cubana é, acerca deste assunto, menos abrangente e sistemática. Não há uma identificação específica da presença ou ausência de fatores diversos, tal como na ficha brasileira. Na ficha cubana é anotada uma avaliação qualitativa acerca de quatro problemáticas mais gerais. É interessante notar que uma destas quatro diz respeito à quantidade de pessoas residindo na mesma residência, aspecto que não é abordado pela ficha brasileira. Além disso, é interessante observar também que na ficha cubana não é registrada a renda da família, mas sua satisfação para com ela.

Ao visitar um CMF de Havana pude folhear alguns dos cadastros das residências de sua área de abrangência. Ao fazê-lo, notei que o campo “observações” da folha de rosto quase sempre era preenchido com três tipos de informações: primeiro, a presença ou ausência de animais domésticos, em seguida a presença ou ausência de “vetores” (baratas, ratos, mosquitos etc.) e, por fim, a quantidade de quartos disponíveis na residência.

Por seu turno, no verso da ficha encontramos três campos dedicados ao manejo das famílias pelas profissionais da política de saúde da família. No primeiro é empreendida uma avaliação do funcionamento familiar, de acordo com certos critérios de funcionalidade. Já no segundo é registrada uma avaliação das condições de saúde da família. O que evidencia que a abordagem familiar é mais destacada na ficha cubana do que na brasileira. Na ficha utilizada nos CMF intenta-se caracterizar os problemas de saúde não apenas dos indivíduos, mas também das famílias. A partir de uma noção de saúde ampliada, entende-se que o problema de saúde pode estar relacionado tanto à dificuldade com as condições materiais de vida, quanto com dificuldades em torno da saúde de algum dos integrantes da família, ou mesmo com dificuldades no funcionamento da família. No terceiro campo são registradas as intervenções, de ordem “educativa” ou “terapêutica”, dirigidas à família.

Vale notar também que em todos os quatro tópicos dedicados à família na ficha cubana há espaços para que sejam assinaladas as datas dos registros. Tal possibilidade indica certa intenção de que a ficha passe por atualizações. Além disso, a possibilidade de que estas atualizações não impliquem na perda dos dados anteriormente registrados indica certa intenção de que as fichas permitam realizar análises históricas das características das famílias.

Quando confrontamos a ficha cubana *Historia de Salud Familiar* com as brasileiras Cadastro da Família e Cadastro Pessoal, chama atenção a ausência na ficha cubana da necessidade do preenchimento de múltiplos documentos pessoais das pacientes cadastradas. A ficha cubana é certamente mais sintética e, de um modo geral, capta uma quantidade menor de informações. No entanto, a ausência deste tipo de registro está relacionada sobretudo ao uso destas fichas do ponto de vista do estabelecimento de relações entre o “Estado” e as populações. As fichas de cadastro da política de saúde da família brasileira servem não apenas para que as profissionais conheçam as condições de saúde das famílias pelas quais são responsáveis. Servem também para que sejam produzidos saberes mais amplos acerca das famílias cadastradas e para controlar o acesso delas a determinadas instituições. A redundância dos documentos individuais possibilita que a paciente seja mais facilmente identificada quando solicite algum serviço, e possa ter assim seu acesso mais facilmente controlado. Ao que tudo indica, tais usos não parecem ser buscados através da ficha cubana, cujo papel parece estar mais restrito à construção de saberes por parte das profissionais acerca das famílias pelas quais são responsáveis.

Entretanto, ao compararmos as fichas de cadastro utilizadas em Belo Horizonte e em Havana é preciso considerar que elas não cumprem exatamente as mesmas funções nas respectivas políticas de saúde da família das quais fazem parte. Tendo como referência os documentos utilizados no Brasil, pode-se conceber que, num certo sentido, a ficha cubana cumpre uma tripla função. Primeiro, como se pode ler em sua folha de rosto, ela faz parte do registro da história clínica da família. Esta função não é desempenhada por nenhum documento da política de saúde da família executada em Belo Horizonte, na qual são produzidas apenas histórias clínicas individuais. Segundo, enquanto registro primário de informações das famílias residentes nos territórios das instituições, a *Historia de Salud Familiar* cumpre uma função de cadastramento similar àquela desempenhada pelo Cadastro da Família e pelo Cadastro Pessoal. Por fim, uma vez que a ficha cubana pretende servir para a produção de uma perspectiva temporal, desempenha também uma função comparável àquela cumprida pelas fichas de visitas domiciliares das ACS⁴⁹.

Durante o trabalho de campo em Havana não pude acompanhar nenhum cadastramento. Em cada um dos CMF que visitei fui informado pelas profissionais que todas as residências de suas áreas de abrangência já estavam cadastradas. Tudo indica que o processo de cadastramento das famílias em Havana é menos complexo do que o de Belo Horizonte. As profissionais cubanas disseram-me que os cadastros são efetuados pelas enfermeiras ou por estudantes de medicina que visitam os CMF para a realização de estágios ou atividades do gênero. Comparativamente com o contexto enfrentado pelas ACS

⁴⁹ Em Belo Horizonte, estas são denominadas “2F6N – Movimento Diário / Quadrimestral de Visitas do ACS / Família” e “2Q6-N – Movimento Mensal de Visitas do ACS / Família”.

no Brasil, durante o processo de cadastramento as profissionais cubanas lidam com populações mais fixas, buscam sobre elas dados menos abrangentes e menos delicados e, sobretudo, não encontram famílias com relações tão diferentes para com a política de saúde da família.

Em suma, em Cuba e no Brasil são utilizados basicamente os mesmos parâmetros para a composição das populações enquanto objetos de suas políticas de saúde da família. Há, porém, diferenças de enfoque. A ficha de cadastro cubana é menos detalhada com relação a aspectos sociais e econômicos, mas mais pormenorizada no que tange à caracterização das famílias e à condição de saúde dos indivíduos. Isso demonstra que os cadastros não são isentos de intencionalidade, e que tampouco deixam de ser afetados por seus contextos de efetivação. Dada a menor diferenciação econômica das famílias atendidas pela política cubana, torna-se menos necessário que os cadastros as descrevam por este ângulo. Em Belo Horizonte, uma mesma EqSF pode ter em sua área de abrangência duas famílias com condições sociais e econômicas bastante distintas. Uma cujos membros sejam pós-graduados, cuja residência seja de alvenaria, cujo meio de transporte sejam carros particulares, cuja renda esteja acima de 20 salários mínimos e que tenha amplo acesso aos serviços privados de saúde. E outra cujos membros sejam semi-analfabetos, cuja residência seja de materiais aproveitados, cujo meio de transporte principal seja público, cuja renda não alcance um salário mínimo e que seja totalmente dependente dos serviços públicos de saúde. Identificar tais diferenças é fundamental para a organização do trabalho desta EqSF. Enquanto isso, a existência de tamanho contraste na área de abrangência de um CMF é bastante difícil. Sendo assim, a produção de saberes sobre as populações no âmbito das políticas de saúde da família inevitavelmente depende da composição dos universos sociais dos quais elas fazem parte.

Pode-se concluir ainda que os cadastros não apenas produzem informações, mas também estabelecem campos de intervenção das políticas de saúde da família. Não apenas identificam patamares de saúde e fatores que influenciam suas definições. Os cadastros transformam estes patamares e estes fatores em alvos das políticas. No bojo da apreensão do fenômeno da população, incorporam-nos em seus campos de inteligibilidade. Tornam estes elementos perceptíveis, quantificáveis e manipuláveis. Distinguem, separam, associam, comparam, hierarquizam e significam coisas e pessoas.

Os cadastros são, por conseguinte, uma das técnicas de governo presentes nas políticas de saúde da família. Eles não apenas identificam coisas, pessoas, territórios, doenças, práticas, concepções etc., mas buscam compreender as relações que eles estabelecem entre si. Somente com esta compreensão as políticas de saúde da família podem bem gerir estas relações e promover o melhoramento global de seus elementos. Problemática que pode ser melhor assimilada se consideramos de uma só vez os contextos

cubano e brasileiro. Se as fichas Cadastro da Família e Cadastro Pessoal demonstram especialmente como os detalhes em torno destes elementos são importantes para a política de saúde da família, a ficha *Historia de Salud Familiar* demonstra mais claramente como a associação entre eles é fundamental.

20. Instrumentos de objetificação

O processo de definição das coisas e das pessoas às quais as políticas de saúde da família se dirigem atravessa seus diferentes níveis organizativos, desde os mais centrais até os mais periféricos. Em cada patamar as perspectivas macroscópicas e microscópicas ganham ou perdem importância relativa entre si. Desde o âmbito da organização geral das políticas de saúde da família do Brasil e de Cuba, os cadastros podem ser considerados o ponto inicial de construção de seus objetos. Este processo de construção assume novas dinâmicas quando alcança instâncias mais próximas às execuções destas políticas. Outros mecanismos são associados à manipulação de seus alvos, tornando-os mais precisos, mais específicos. São utilizados outros instrumentos, que adéquam os objetos a níveis de realidade menos abrangentes. Os elementos que participam dos cadastros são rearranjados por outras sistemáticas, transformando-os mais propriamente em objetos passíveis de intervenção.

Este item almeja discutir as formas por meio das quais este ajuste de escopos é empreendido. No entanto, em Cuba e no Brasil existem múltiplos instrumentos a operá-lo. No Brasil, por exemplo, as EqSF possuem fichas específicas do SIAB para o trabalho com grupos determinados, tais como as gestantes, os hipertensos, os diabéticos, os tuberculosos, os hansenianos e as crianças. Além disso, cada instituição, equipe ou profissional pode desenvolver seus próprios métodos, de acordo com suas necessidades ou entendimentos. Portanto, diante da impossibilidade de analisar a totalidade destes instrumentos, neste item dedicar-me-ei apenas àqueles mais comuns e relevantes.

No período da realização do trabalho de campo em Belo Horizonte, a situação do cadastramento dos territórios da cidade era controlada não apenas através de uma divisão entre residências cadastradas e não-castradas. O contexto do cadastramento, com utilização do sistema eletrônico específico do município, abria possibilidade a uma tripla alternativa. Por um lado, havia as residências não-castradas. Por outro, após seu cadastramento a residência era inserida no sistema eletrônico, recebendo um registro classificado como “oficial”. Entretanto, no momento do atendimento de uma paciente num Centro de Saúde, se a profissional constatasse que sua residência não se encontrava cadastrada, poderia inseri-la provisoriamente no sistema. Nestes casos ela recebia um registro classificado como “informado”. Esperava-se que, posteriormente, a ACS a visitasse,

captasse de forma definitiva os dados da família e com elas alternasse a condição do cadastro para “oficial”. O suposto era de que os registros “oficiais” teriam origem no trabalho das ACS e, por conseguinte, seriam exatos. Já os registros “informados” teriam origem apenas nas declarações das pacientes e, portanto, poderiam não ser autênticos. Na gestão do cadastramento dos territórios pelos quais eram responsáveis, as profissionais lidavam então com estas três possibilidades. Cada uma delas implicava em diferentes consequências para com a organização e execução de seus trabalhos. Apenas os cadastros “oficiais” eram tidos como permanentes e plenamente confiáveis. A partir deles as ações eram programadas e efetuadas com base numa percepção de segurança. Por sua vez, os cadastros “informados” geravam dúvidas entre as profissionais para com a possibilidade de ofertar serviços. Diante disso, os atendimentos às pacientes com os endereços assim registrados poderiam ser mais restringidos.

Quando estavam envolvidos em processos mais amplos de revisão dos cadastramentos de seus territórios, as profissionais utilizavam listas nas quais o endereço de cada residência era identificado como “oficial” ou “informado”. Elas serviam não somente para explicitar informações mais gerais acerca das famílias, mas também para apontar o nível de confiabilidade que estas informações possuiriam perante a política. A Tabela 8, abaixo, apresenta uma simulação destas listas. Sua estrutura é a mesma daquelas produzidas pelo sistema utilizado nos Centros de Saúde. Entretanto, para evitar a reprodução desnecessária de dados de pacientes, todas as informações nela contidas foram por mim criadas aleatoriamente.

Tabela 8: Simulação de Relação de Famílias por Microárea (endereço “oficial”/“informado”)

Relação de Famílias X Micro Área C.S. BELO HORIZONTE Microárea: 10
(Fonte: Sistema Saúde em Rede)

NF	NI	Família	Usuário	Data Nasc.	Cartão SUS	Renda Indiv.	Bolsa Fam.	Doença Situação Referida	Freq. Esc.	Esco .	Sit. Trab .	Typo End.	Obs.
15427.1 – AFONSO PENA, 17													
1	1	6091732	RAIANE LEITE DA SILVA	15/06/1937		0	N	4/99/99	N	2	6	I	
15427.1 – AFONSO PENA, 23													
2	1	7325636	ITAMAR GOMES PEREIRA	14/06/1983	206273650690008			99/99/99				O	
2	2	7325636	EDUARDO GOMES PEREIRA	08/11/1976	206273649770006		N	99/99/99	S	4	1	O	
2	3	7325636	VANI PEREIRA MADUREIRA	11/11/1976	203276909680018	0	N	99/99/99	S	4	99	O	
2	4	7325636	SANTANA PEREIRA	16/03/2006	206273649850018		N	99/99/99	N	7		O	
15427.1 – AFONSO PENA, 31													
3	1	6953402	MARIA DA PENHA GONÇALVES	31/01/1944		0	N	99/99/99	N	6	99	O	
3	2	6953402	POLIANA TEIXEIRA GONÇALVES	18/06/1950		0	N	8/99/99	N	6	99	O	
3	3	6953402	FABIO TEIXEIRA GONÇALVES	21/09/1980		0	N	18/99/99	S	6	99	O	
3	4	6953402	RAFAEL TEIXEIRA GONÇALVES	07/11/1983		0	N	10/99/99	N	5	99	O	
3	5	6953402	FLAVIA DOS SANTOS	21/05/1982		0	N	10/99/99	S	6	99	O	
3	6	6953402	LUIZ FELIPE GONÇALVES	15/11/1998			N	99/99/99	S	10	6	O	
3	7	6953402	MARIA CRISTINA MOREIRA	01/09/1990				4/2/99				O	
15427.1 – AFONSO PENA, 39													
4	1	6459822	ROBSON NOGUEIRA	20/08/1951	203400321240007		S	99/99/99	N			I	
4	2	6459822	SANDRA SILVA NOGUEIRA	15/06/1952	801534159353500		S	18/12/3	N	6	1	I	
15427.1 – AFONSO PENA, 45 - CASA 01													
5	1	6500182	VICTORIA LOPES DE FARIA	18/08/1931			N	4/2/99	N	2	1	O	

A tabela simula o início de uma longa relação do conjunto de famílias residentes na microárea sob responsabilidade de uma ACS. Pode-se ler na horizontal, em negrito, o código do setor censitário da rua na qual a residência está localizada, o nome desta rua e o número desta residência. Na primeira coluna encontram-se os números das famílias na listagem. Este mesmo tipo de listagem pode ser produzido apenas com os endereços “oficiais”, ou então apenas com os endereços “informados”. No caso desta simulação, constam da listagem ambas as classes de endereços. Dessa forma, numa listagem de endereços “oficiais” a família 1, por exemplo, não apareceria, o que faria com que a família 2 assumisse o número 1. Na segunda coluna encontram-se os números dos indivíduos em suas famílias. Na terceira coluna encontram-se os números dos cadastros das famílias. Na quarta coluna encontram-se os nomes das pacientes. Na quinta coluna encontram-se as datas de nascimento das pacientes. Na sexta coluna encontram-se os números dos cartões SUS das pacientes. Na sétima coluna encontram-se os valores das rendas individuais das pacientes. Na oitava coluna encontram-se as informações sobre se as pacientes recebem ou não bolsa-família. Na nona coluna encontram-se as informações sobre quais são as possíveis doenças e/ou situações referidas possuídas pelas pacientes. Na décima coluna encontram-se as informações sobre se as pacientes frequentam ou não escolas. Na décima primeira coluna encontram-se informações sobre os níveis de escolaridade das pacientes. Na décima segunda coluna encontram-se informações sobre as situações das pacientes no mercado de trabalho. Finalmente, na décima terceira coluna encontram-se informações sobre se os endereços das pacientes são “oficiais” ou “informados”. Como a simulação procura demonstrar, é muito comum que informações selecionadas inexistam ou não tenham sido captadas, fazendo com que os espaços destinados a elas apareçam em branco. Na composição deste tipo de listagem diferentes classes de dados podem ser utilizadas, de acordo com objetivos específicos das profissionais. Dessa forma, estas listas constituíam ferramentas usadas pelos Centros de Saúde da cidade para a agregação e manipulação dos cadastros.

Ao que me parece, esta é uma possibilidade disponível apenas às instituições de Belo Horizonte. A maioria das demais cidades brasileiras utiliza o sistema eletrônico SIAB. Ele foi desenvolvido pelo MS com o objetivo de monitorar, acompanhar e avaliar as condições de saúde da população, assim como os trabalhos desenvolvidos pelos municípios no âmbito da atenção primária à saúde. O SIAB processa informações obtidas através dos cadastros e de outras ações das EqSF. É bastante complexo, permitindo de forma ágil a realização de análises espaciais microscópicas e a combinação de dados oriundos de diferentes níveis territoriais.

Mas a PBH desenvolveu uma plataforma digital mais completa de gestão de informações que agrega os cadastros das famílias e os prontuários das pacientes. Ela

recebeu o nome de “Gestão Saúde em Rede”. Com ela tem-se um sistema de gestão de informações tanto mais abrangente quanto mais detalhista. Essa informatização dos dados implicou em modificações na organização dos trabalhos das EqSF. No passado, os Centros de Saúde controlavam o acesso das pacientes aos seus serviços por meio de cartões de papel que eram distribuídos às famílias⁵⁰. Internamente, armazenavam as informações produzidas a partir dos atendimentos em envelopes nos quais eram guardados os prontuários de todos os integrantes de uma família. Cada família recebia um número de cadastro, que era anotado em seu cartão e em seu prontuário arquivado no Centro de Saúde. Com a adoção do sistema eletrônico os cartões foram abandonados, e as pacientes passaram a acessar os serviços através da apresentação de suas carteiras de identidade. As pacientes começaram a receber números de cadastro individuais, por meio dos quais eram registradas no sistema eletrônico. Para salvaguardar seus dados, todas as suas informações produzidas a partir dos atendimentos passaram a ser impressas e armazenadas em envelopes individuais arquivados nos Centros de Saúde que, na maioria das vezes, eram identificados através destes números de cadastro individuais, do nome e da data de nascimento da paciente. Para com a política de saúde da família o sistema eletrônico criou, conseqüentemente, um reforço da capacidade de controlar informações referentes aos planos tanto populacional quanto individual.

Na entrada dos Centros de Saúde de Belo Horizonte é comum depararmo-nos com avisos que informam às pacientes sobre a necessidade de estarem de posse de suas carteiras de identidade quando a elas se dirigirem. São elas que identificam as pacientes e que, por meio da consulta a seus dados no sistema eletrônico, referendam a possibilidade delas acessarem os serviços. Por isso os atendimentos nos Centros de Saúde geralmente têm início com a apresentação pela paciente de sua carteira de identidade. A profissional então verifica a situação do cadastro da paciente e, a partir do resultado dessa verificação, pode lhe oferecer o serviço em questão ou então lhe solicitar que se dirija a uma outra instituição.

O sistema Gestão Saúde em Rede está disponível em praticamente todos os computadores dos Centros de Saúde e dificilmente as profissionais efetuam qualquer atividade sem fazer uso dele. A Figura 28, abaixo, apresenta sua tela inicial⁵¹. Nele estão contidos os prontuários eletrônicos das pacientes, seus cadastros, o sistema de organização dos atendimentos, dentre muitas outras funções.

⁵⁰ Ver, neste mesmo capítulo, o item 21, pág. 186.

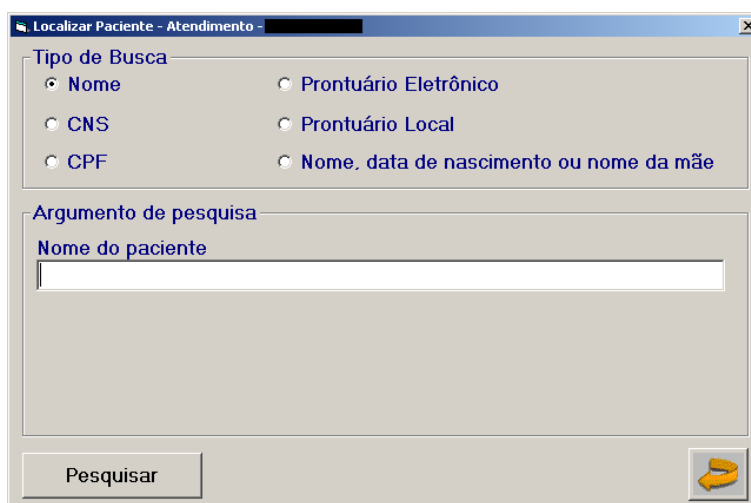
⁵¹ A Figura 28, e muitas outras que virão na seqüência deste trabalho, contêm informações que poderiam identificar pacientes e profissionais. Para evitar que isso pudesse ocorrer, por sobre elas foram inseridas tarjas pretas.

Figura 28: Tela inicial do sistema Gestão Saúde em Rede



O Gestão Saúde em Rede permite um rápido e fácil acesso a quase todos os dados produzidos sobre as pacientes pelo sistema de saúde da cidade, e à totalidade daqueles criados no campo da política de saúde da família. Para acessá-los o sistema disponibiliza um mecanismo de busca a partir de diversas referências. A Figura 29, abaixo, apresenta a tela de busca mais utilizada pelas profissionais. Por meio dela pode-se tentar localizar as informações de uma paciente através de seu nome, do número de seu cartão nacional de saúde, do número de seu CPF, do número de seu prontuário eletrônico, do número de seu prontuário local, de sua data de nascimento ou do nome de sua mãe.

Figura 29: Tela Localizar Paciente do sistema Gestão Saúde em Rede



Se a informação utilizada não for suficientemente excludente, o sistema de busca pode identificar mais de uma paciente. A Figura 30, abaixo, apresenta a tela na qual são

apresentados os nomes das pacientes identificadas por meio dos dados inseridos na busca. No caso específico da tela reproduzida pela Figura 30, como foi utilizado meu nome completo, aconteceu da informação inserida resultar na identificação apenas do meu registro. Se, por exemplo, a profissional houvesse utilizado somente a informação “Diogo”, o resultado apresentaria os cadastros de todos os pacientes que possuem este nome. Neste caso, para auxiliá-lo na identificação do paciente buscado, a profissional poderia observar os nomes das mães dos pacientes, suas datas de nascimento ou seus “Dados Complementares”. Dentre estes, chama atenção a referência a seus endereços, que podem ser “oficiais” ou “informados”.

Figura 30: Resultado de busca por paciente no sistema Gestão Saúde em Rede

Nome do Paciente	Mãe	Dt Nasc
DIOGO NEVES PEREIRA	ELZA NEVES PEREIRA	11/ /

Dados Complementares		
Prontuário Eletrônico: P-2350538	Pront. Local: Não Inf.	SEXO: Masculino
TEL:	RG: Não Inf.	CPF: Não Inf.
End. Oficial: RUA GERALDO MENEZES SOARES [REDACTED] apto [REDACTED], SAGRADA FAMILIA - Belo Ho		CMS: 8980005018516 [REDACTED]
ABRANGÊNCIA: C.S. Marco Antônio de Men		Equipe PSF 02
ACS: MARIA [REDACTED]		Micro Área - 04
ACS: DANIEL [REDACTED]		Familia: 1884344
End. Informado: RUA FREI CIPRIANO [REDACTED], NOVA CACHOEIRINHA - Belo Horizonte		
ABRANGÊNCIA: C.S. ERMELINDA		Equipe PSF 05
		Micro Área - 35

■ Ultimo Endereço Cadastrado

Selecionar Paciente Inserir Paciente

De forma similar, o Gestão Saúde em Rede possibilita que as profissionais acessem os cadastros das famílias. Ao ser identificada uma família, como demonstra a Figura 31, abaixo, são apresentados os nomes de todos os seus integrantes. Nesta tela são indicadas as posições dos indivíduos no grupo familiar, suas datas de nascimento, o número de cadastro da família, o endereço “oficial” de sua residência e a classificação de risco correspondente ao território no qual está localizada.

Figura 31: Tela com integrantes de uma família no sistema Gestão Saúde em Rede

Por meio da tela acima apresentada é possível acessar as informações contidas no cadastro da família. A Figura 32, abaixo, apresenta parte de um cadastro. Como se pode notar, encontram-se dispostos os dados provenientes da ficha preenchida pela ACS.

Figura 32: Cadastro da Família no sistema Gestão Saúde em Rede

Como indicado pela Figura 31, e melhor explicitado pela Figura 33, abaixo, o Gestão Saúde em Rede já associa aos cadastros das famílias as classificações de risco produzidas com base no índice de vulnerabilidade à saúde (IVS)⁵² referentes aos territórios nos quais suas residências estão localizadas.

⁵² Sobre o IVS, ver capítulo II, item 27, pág. 126.

Figura 33: Classificação de risco da família no sistema Gestão Saúde em Rede

Classificação Família

CRITÉRIOS IDENTIFICADOS NA FAMÍLIA:

- Logradouro localizado em área de risco

Grupo Critério:
Critério de Risco Sócio Econômico da Família

CLASSIFICAÇÃO FAMÍLIA: 2-RISCO I

Informações sobre Critério:
Critério extraído do IVS (Índice de Vulnerabilidade à Saúde)

EXCLUIR CRITÉRIO(S) SELECIONADO(S) VER CRITÉRIOS INATIVOS

Usuário: Migrações e importações efetuadas em lote Data Critério: 19/11

Também com base nas fichas preenchidas pelas ACS, as profissionais podem ainda acessar os Cadastros Pessoais das pacientes. A Figura 34, abaixo, apresenta as informações que mais propriamente identificam a paciente, especialmente por meio de seus documentos pessoais.

Figura 34: Tela Dados do Usuário de uma paciente no sistema Gestão Saúde em Rede

Usuários Cadastrados

DADOS DO USUARIO DADOS COMPLEMENTARES OBSERVAÇÕES

NOME DO USUARIO: LUCIANA NOME DA MAE: MARIA

NOME DO PAI: PAULO DATA NASC.: 1984 IDADE: 27 Anos MUNICIPIO DE NASCIMENTO: Belo Horizonte

UF: MG SEXO: Feminino CARTEIRA DE IDENTIDADE: COMPLEMENTO: MG CI UF: MG CI ORGAO EMISSOR: 10) SSP - Sec. Seg. Pul

DATA EMISSAO: 1998 PAIS DE ORIGEM: BRASIL - 10 NACIONALIDADE: Brasileiro DATA DE ENTRADA:

CPF: TITULO DE ELEITOR: ZONA: SECAO: CERTIDAO TIPO: 99) OUTROS

CARTORIO: LIVRO: FOLHA: TERMO: D.EMISSAO:

CART. TRABALHO (CTPS): CTPS-SERIE: UF: D.EMISSAO: PIS/PASEP: 0

USUÁRIO:

Por seu turno, a Figura 35, abaixo, mostra as demais informações acerca da paciente e que constam do campo “V – Informações Complementares” do Cadastro Pessoal produzido pela ACS.

Figura 35: Tela Dados Complementares de uma paciente no sistema Gestão Saúde em Rede

Usuarios Cadastrados

DADOS DO USUARIO DADOS COMPLEMENTARES OBSERVACOES

ANO RESID. BH: 0 ESCOLARIDADE: 2) ALFABETIZACAO INFORMAL FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE/PRE-ESCOLA: NAO

MOTIVO NAO FREQUENTA ESCOLA: PRETENDE FREQUENTAR PROX. ANO:

CDR / RACA: 4) PARDA SIT. FAMILIAR / CONJUGAL: 4) CONVIVE COM FAMILIA (RES. SEM COMPA) POPULACAO DE RUA: 1) Não

SITUACAO REFERIDA: 1) Deficiencia Incapacitante
 2) Diabetes
 3) Sofrimento Mental (Depr
 4) Hipertensao Arterial
 5) Hanseniose

CBO: XX2 OCCUPACAO: ESTUDANTE

CONTRIBUI PARA PREVIDENCIA: SIM RENDA INDIVIDUAL: 0.00

SITUACAO NO MERCADO DE TRABALHO: OUTRA: ATIVIDADES CULTURAIS:

ATIVIDADES ESPORTIVAS: 01) ARTES MARCIAIS
 02) ATLETISMO
 03) BASQUETEBOLE
 04) CAMINHADA
 05) CAPOEIRA

PROFISSAO CODIGO: PROFISSAO - DESCRICAO:

BOLSA FAMILIA: NAO

USUÁRIO:

A existência em Belo Horizonte deste sistema eletrônico que permite acesso fácil e ágil aos cadastros das pacientes não consiste apenas numa forma de armazenamento destes dados sob outros meios, uma vez que tais informações já poderiam ser obtidas através do SIAB. O Gestão Saúde em Rede modifica as utilidades destas informações ao agregá-las e torná-las mais funcionais. Faz com que as informações de todas as famílias cadastradas estejam reunidas num mesmo mecanismo de produção de saberes. Integra este mecanismo ao cotidiano de trabalho das profissionais. Além disso, associa a estas informações a consideração para com o IVS. Nesse sentido, embora não modifique seus conteúdos, modifica as relações que as profissionais podem estabelecer com elas. Faz com que elas possam ser acessadas e utilizadas facilmente a qualquer momento de um atendimento ou de um planejamento dos serviços. Entretanto, é preciso considerar que isso não significa que tal possibilidade seja realmente efetivada no máximo de sua potencialidade. Durante o trabalho de campo na cidade pude perceber que as profissionais pouco utilizam as informações dos cadastros. Geralmente entendem que tais dados têm sentido, sobretudo, no âmbito da organização mais central da política de saúde da família.

Por outro lado, o Gestão Saúde em Rede comporta também os prontuários das pacientes. Estes, ao contrário dos cadastros, são constantemente utilizados pelas profissionais. Nestes prontuários eletrônicos vão sendo inseridos dados sobre as pacientes na medida em que elas utilizam os serviços de saúde do município nos quais o sistema está em operação. São registradas observações de profissionais, condutas assumidas, medicamentos indicados, medicamentos retirados, exames realizados etc. Desse modo, em tese, no prontuário eletrônico de uma paciente constariam todas as informações produzidas acerca dela desde o ponto de vista de sua saúde, entendida em sentido estreito.

Quando a paciente busca um atendimento no Centro de Saúde a profissional que a atende aciona seu prontuário eletrônico e, a seguir, seleciona qual tipo de serviço lhe será oferecido. O sistema já está organizado de acordo com determinados “protocolos” preestabelecidos, que preveem sequências e alternativas de procedimentos a serem realizados de acordo com a condição da paciente. A Figura 36, abaixo, apresenta a tela na qual a profissional seleciona o protocolo de atendimento adequado à paciente em cada circunstância.

Figura 36: Tela Protocolos de atendimento no sistema Gestão Saúde em Rede

The screenshot shows a software window titled 'Atendimento'. At the top, there are fields for 'NOME', 'D. NASC', and 'DATA HORA ATEND.'. Below these are fields for 'PROFISSIONAL', 'ESPECIALIDADE', and 'PROTOCOLO'. A central window displays a list of protocols for 'DIOGO NEVES PEREIRA'. The list has columns for 'CODIGO', 'DESCRICAO', and 'D. PROTOCOLO'. The first row is highlighted in blue.

CODIGO	DESCRICAO	D. PROTOCOLO
15	Acolhimento	25/ /2011 13:28:00
10	Adulto	N/Atribuido
4	Asma	N/Atribuido
43	Dengue	N/Atribuido
9	Diabetes	N/Atribuido
8	HAS/Risco Cardiovascular	N/Atribuido
55	Imunização	N/Atribuido
54	Procedimentos de Enfermagem	N/Atribuido
53	Saúde Bucal	N/Atribuido
11	Saúde Mental	N/Atribuido

Below the list is an 'APLICA' button. At the bottom of the window, there are buttons for 'PROTOCOLOS', 'RECEPCIONA PACIENTE', 'ATENDIMENTO DO EVENTO', and 'PACIENTES AGENDADOS'. A 'DATA REFER.' field shows '12/ /2011'. The system tray at the bottom right shows the date '12 / 2011 12:03'.

Após acessar o prontuário eletrônico da paciente, a profissional tem seu atendimento organizado através de quatro campos. No primeiro deles, denominado “Atendimento” (apresentado pela Figura 37, abaixo), a profissional insere dados vitais da paciente, sua situação referida, o motivo de sua procura pelo serviço e uma descrição de seu atendimento. No segundo campo, denominado “Procedimentos” (apresentado pela Figura 38, abaixo), a profissional tem acesso, sobretudo, aos resultados dos exames realizados pelas pacientes. No terceiro campo, denominado “Diagnóstico” (apresentado pela Figura 39, abaixo), a profissional avalia a condição de saúde da paciente de acordo, especialmente, com modelos preestabelecidos. Por fim, no quarto campo, denominado “Conduta” (apresentado pela Figura 40, abaixo), a profissional insere suas recomendações de tratamento à paciente, principalmente por meio da prescrição de medicamentos.

Figura 37: Tela Atendimento no sistema Gestão Saúde em Rede

Figura 38: Tela Procedimentos no sistema Gestão Saúde em Rede

Figura 39: Tela Diagnóstico no sistema Gestão Saúde em Rede

Figura 40: Tela Condução no sistema Gestão Saúde em Rede

Atendimento - [Arquivo] [Relatorios] [Historico] [Prescricao Padrao] [Ajuda]

NOME: DIOGO NEVES PEREIRA, 26 anos D.NASC: 11/07/1984 DATA HORA ATEND.: 12/07/2011 12:00

PROFISSIONAL: [] ESPECIALIDADE: [] PROTOCOLO: Acolhimento

ATENDIMENTO | PROCEDIMENTOS | DIAGNOSTICO | *CONDUTA

DATA: []

MEDICAMENTO	QTD	VIA	DUR	PRD	COMPLEMENTO

RECOMENDACOES

INSERE ALTERA

REC. ALIMENTAR

OBJENTACOES RL

OBS R. PADRAO REPETE CM E RR

O Gestão Saúde em Rede faz com os prontuários das pacientes algo semelhante ao que executa com seus cadastros. Mais do que tão somente registrar informações, ele modifica as relações que as profissionais estabelecem com elas. Como apontado anteriormente, fez com que os prontuários dos integrantes de uma mesma família passassem a ser guardados separadamente. Isso certamente tendeu a influenciar as condutas e percepções das profissionais em direção a uma abordagem mais individualizada. Além disso, a inserção dos protocolos de atendimento no manejo dos prontuários tende a padronizar mais as ações das profissionais. O armazenamento digital dos dados provavelmente também possibilitou análises mais eficientes sobre as histórias das pacientes, na medida em que, por exemplo, ainda que a versão impressa do resultado de um exame seja perdida, este pode ser facilmente recuperado através do Gestão Saúde em Rede. Contudo, a modificação mais importante introduzida por ele foi o reforço que empreendeu da regulação de informações tanto sobre a população quanto sobre os indivíduos. Com ele pode-se saber mais, comparar mais, detalhar mais etc.

Em Cuba não há em operação nos CMF um sistema eletrônico de gestão de informações como o de Belo Horizonte. Para o registro de dados sobre as famílias atendidas são utilizadas, sobretudo, fichas padronizadas. A Figura 41, abaixo, apresenta a ficha usada no acompanhamento das condições de saúde das famílias, denominada *Evolución de la Familia*. Pode-se notar que ela é bastante sintética. Para cada família é utilizada uma ficha, na qual ela é identificada por meio de um número de cadastro. A família é então classificada como funcional ou disfuncional. Assim como na ficha de cadastro cubana, apresentada no item anterior deste trabalho, há espaços para que sejam apontadas as datas das avaliações e/ou dos procedimentos efetuados, o que preserva a possibilidade de se ter uma análise temporal. São registrados ainda o problema da família, o procedimento assumido com o objetivo de resolvê-lo e uma previsão de tempo para a realização da medida.

Figura 41: Ficha *Evolución de la Familia*

EVOLUCION DE LA FAMILIA				PLAZO DE CUMPLIMIENTO		
				C	M	L
FECHA DE DIAGNOSTICO	IDENTIFICACION DE LOS PROBLEMAS	MEDIDAS				

As profissionais dos CMF possuem outra ficha, denominada *Historia Clínica Individual*, específica para o registro de informações sobre as pacientes atendidas desde o ponto de vista de suas condições de saúde, entendidas em sentido estreito. Ela é constantemente utilizada pelas profissionais. Recebe anotações ao final dos atendimentos e seus conteúdos servem de referência para a estipulação de condutas. Conforme demonstram as Figuras 42 a 44, abaixo, a ficha *Historia Clínica Individual* é mais detalhada do que aquela empregada para com os dados das famílias. Pode-se observar que no começo de sua primeira página há um campo dedicado à identificação da paciente. Em seguida sucedem-se campos destinados à descrição de variados aspectos referentes à saúde da paciente: suas alergias, suas vacinas, seu desenvolvimento corporal, os fatores de risco a ela associados etc.

Porém, vale destacar que no final da primeira página encontra-se um espaço reservado à indicação do *grupo dispensarial* ao qual a paciente pertence. A *dispensarización* é um dos fundamentos que atravessam diversos âmbitos da política de saúde da família de Cuba (TORRE MONTEJO, 2005:59). Durante o trabalho de campo em Havana pude perceber que, na esfera da organização das atividades dos CMF, o procedimento relacionado à *dispensarización* das pacientes possui lugar fundamental. Em todos os CMF nos quais estive as profissionais foram unânimes em me dizer que as populações sob seus cuidados já se encontravam totalmente *dispensarizadas*, como uma tentativa de indicar que haviam cumprido uma tarefa básica e essencial para a boa execução de suas obrigações. Moliner et. al. definem a *dispensarización* da seguinte forma:

Es la evaluación dinámica, organizada y continua del estado de salud de las personas en una comunidad determinada, y supone su registro, diagnóstico, intervención y seguimiento con el propósito de influir en la mejoría de su estado de salud, mediante la planificación y desarrollo de intervenciones que contribuyan a ello (2001:111).

Como resultado dessa avaliação, de acordo com o documento regulador da política de saúde da família cubana, as pacientes dos CMF seriam classificadas em quatro grupos:

- Grupo I - Personas Supuestamente Sanas: aquellas que no tienen riesgo, daño a la salud ni discapacidad y son capaces de enfrentar equilibradamente los problemas de la vida cotidiana con autonomía y responsabilidad según las etapas del crecimiento y desarrollo.
- Grupo II - Personas con Riesgos: aquellas que están expuestas a condiciones que de no ser controladas aumentan la vulnerabilidad a sufrir daños a la salud individual o familiar, disminuyendo la capacidad de enfrentar equilibradamente los problemas de la vida cotidiana.
- Grupo III - Personas Enfermas: aquellas con diagnóstico de enfermedad no transmisible o transmisible.
- Grupo IV - Personas con discapacidades o minusvalía: aquellas con diagnóstico de discapacidad (CUBA, 2011b).

Figura 42: Ficha *Historia Clínica Individual* – página 1

Modelo 54-02-1 MINISTERIO DE SALUD PUBLICA HISTORIA CLINICA	HISTORIA CLINICA INDIVIDUAL ATENCION PRIMARIA DE SALUD	FAM. No. _____ _____ _____ _____					
DATOS GENERALES DEL PACIENTE							
1er. Apellido	2do. Apellido	Nombre (s)	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	No. C. de Ident.			
Color de la piel B <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Escolaridad Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria Básica <input type="checkbox"/> Técnico Medio <input type="checkbox"/> Pre - Universitario <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>		Grupo Sang.	Factor RH			
ALERGIA:							
DOMICILIO							
Núm. HC del Paciente		Area de salud	FECHA		Dirección del domicilio		
Consultorio	Fecha Nac.		Alta	Baja			
ESQUEMA DE VACUNACION							
Vacunas/dosis		Edad	Fecha	Vacunas/dosis		Edad	Fecha
B.C.G	1ra. Alta Maternidad			PRS	1ra. 12 meses		
H.B.V*	1ra. Entre 12-24 hrs. nacido			DT 1er. Gdo.	React 5-6 años		
	2da. 1 mes			AT 5to. Gdo.	1ra. 9-10 años		
	3ra. 2 meses			AT 8vo. Gdo.	2da. 9-10 años		
	React 12 meses						
H.B.V**	1ra. Entre 12-24 hrs. nacido			T.T 9no. Gdo.	React 13-14 años		
	2da. 1 mes			AT 11no. Gdo.	React 15-16 años		
	3ra. 6 meses			ANTI POLIO Campaña			
D.P.T	1ra. 2 meses						
	2da. 4 meses						
	3ra. 6 meses						
	React 15 meses			TT	React		
H.I.b	1ra. 2 meses				React		
	2da. 4 meses				React		
	3ra. 6 meses				React		
	React 15 meses				React		
A.M-BC	1ra. 3 meses						
	2da. 5 meses						
GRUPO DISPENSARIAL:							

Figura 43: Ficha *Historia Clínica Individual* – página 2

MENOR DE 1 AÑO											
Fecha	Peso (kg)	Talla (cm)	C.C	C.T	V.N	Fecha	Peso (kg)	Talla (cm)	C.C	C.T	V.N

FACTORES DE RIESGO MAYOR DE 15 AÑOS											
INDICE DE MASA CORPORAL PARA MAYORES DE 15 AÑOS.											
FECHA											
D											
C											
B											
A											
B											
C											
D											

TENSION ARTERIAL											
+ 260											
260											
250											
240											
230											
220											
210											
200											
190											
180											
170											
160											
150											
140											
130											
120											
110											
100											
90											
80											
70											
60											
50											
40											

OTROS FACTORES DE RIESGO											
Tabaquismo											
Ingestión de Beb. Alcohol.											
Incremento Lipidos Sang.											
Sedentarismo											

DETECCION PRECOZ. Fecha y Resultado											
Prueb Citolog											
Exam. Mama											
Exam Bucal											
Tacto Rectal											

RIESGO PRECONCEPCIONAL:											
		FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
CONTROLADO	SI										
	NO										
METODO											

Figura 44: Ficha *Historia Clínica Individual* – página 3

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES		ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES					
Diagnóstico	Parentesco	Diagnóstico	Año	Operaciones - Tipo	Año	Secuelas	
						Sí	No

CURVAS DE PESO PARA LONGITUD SUPINA

CURVAS DE PESO PARA ESTATURA

Diversas profissionais me apontaram que a *dispensarización* seria o principal instrumento utilizado por elas para a classificação de suas pacientes. Como apontaram Moliner et. al. (2001), este seria um processo supostamente contínuo de registro, avaliação, intervenção e acompanhamento das pacientes ao longo do tempo. Por meio desta operação constante e minuciosa as pacientes seriam dispostas nos quatro grupos preestabelecidos e, por conseguinte, seriam definidas as ações a elas dirigidas. Em consideração especialmente ao primeiro grupo, o dos “supostamente saudáveis”, é interessante notar a tentativa de que estas classificações sejam exaustivas, podendo ser aplicadas a todos os indivíduos. Trata-se, portanto, de uma ferramenta que pretende ser um modo eficiente das profissionais construírem formas de se apropriarem das diferenças internas às populações pelas quais são responsáveis.

As instituições das políticas de saúde da família de Havana e de Belo Horizonte arquivam os prontuários de suas pacientes. Conquanto em Belo Horizonte eles possuam versões digitais, como anteriormente assinalado, cópias deles impressas em papel são armazenadas. Tanto nos CMF quanto nos Centros de Saúde encontram-se arquivos físicos nos quais estes documentos são guardados. A observação para com as formas de organização destes arquivos também pode nos auxiliar a compreender as racionalidades subjacentes aos processos de constituição dos alvos das políticas de saúde da família.

Em Belo Horizonte, atualizações dos prontuários das pacientes são sempre impressas ao final dos atendimentos e em seguida colocadas em envelopes. Por sua vez, estes envelopes são arquivados em caixas. Cada EqSF possui um conjunto de caixas nas quais são armazenados os prontuários de todas as suas pacientes. As EqSF geralmente organizam a disposição dos envelopes com os prontuários nestas caixas a partir das datas de nascimento das pacientes. O mais comum é que cada caixa contenha os prontuários das pacientes cujas datas de nascimento correspondam à metade inicial ou final de um mês. A Figura 45, abaixo, apresenta uma simulação de um destes arquivos, com parte das caixas que conteriam os prontuários de pacientes de duas EqSF. Como é usual, as caixas são identificadas pelas cores associadas às EqSF.

Figura 45: Esquema de arquivamento de prontuários nos Centros de Saúde

Equipe Verde Julho 1 a 15	Equipe Verde Julho 16 a 31	Equipe Verde Agosto 1 a 15	Equipe Verde Agosto 16 a 31	Equipe Verde Setembro 1 a 15	Equipe Verde Setembro 16 a 30	Equipe Verde Outubro 1 a 15	Equipe Verde Outubro 16 a 31
Equipe Verde Novembro 1 a 15	Equipe Verde Novembro 16 a 30	Equipe Verde Dezembro 1 a 15	Equipe Verde Dezembro 16 a 31	Equipe Azul Janeiro 1 a 15	Equipe Azul Janeiro 16 a 31	Equipe Azul Fevereiro 1 a 15	Equipe Azul Fevereiro 16 a 29

Em Cuba, os prontuários das pacientes em geral são armazenados em dois tipos de conjuntos. Um destes conjuntos é organizado de acordo com os endereços das pacientes. Quando na área de abrangência do CMF existem edifícios, normalmente são agrupados os prontuários das pacientes residentes em cada um deles. Já os prontuários de pacientes residentes em áreas compostas por casas normalmente são agrupados de acordo as numerações de suas residências. Dessa forma, são reunidos os prontuários de pacientes residentes de tal a qual número numa determinada rua. Por sua vez, um segundo conjunto de prontuários é organizado de acordo com o pertencimento das pacientes a certos grupos aos quais são direcionadas atenções diferenciadas, tais como as grávidas, as crianças etc. As Figuras 46 e 47, abaixo, apresentam fotografias de armários de CMF nos quais se encontram arquivados os prontuários de suas pacientes.

Figura 46: Arquivo de prontuários em um CMF – 1



Fonte: Acervo pessoal

Figura 47: Arquivo de prontuários em um CMF – 2



Fonte: Acervo pessoal

Estas variações nas formas de organização do arquivamento de prontuários são mais uma demonstração de como a gestão das relações entre as políticas de saúde da família e seus objetos é ajustada diferentemente em cada um dos processos envolvidos em suas execuções. Em cada processo um prisma distinto utilizado na construção de seus alvos ganha maior peso. Ora se destaca o indivíduo, ora a família, ora o território, ora certa condição de saúde etc. Quando do arquivamento dos prontuários impressos nos Centros de Saúde opta-se pelas datas de nascimento das pacientes, pois nesta esfera particular o instrumento determinante na construção da relação é o prontuário eletrônico individual. A data de nascimento da paciente faz-se assim um elemento que permite uma mais fácil localização destes prontuários. Como será discutido no próximo item deste trabalho, uma paciente pode receber um prontuário eletrônico sem que sua condição de pertencimento territorial esteja plenamente estabelecida. Por seu turno, quando do arquivamento das *Historias Clínicas Individuales* nos CMF opta-se pelo endereço das pacientes porque seus pertencimentos territoriais são consideravelmente estáveis, este prisma podendo assim ser utilizado com mais segurança. Além disso, no âmbito dos CMF, nesta esfera em particular o prisma familiar não perde tanta força para o individual – como acontece nos Centros de Saúde. Por outro lado, a organização das *Historias Clínicas Individuales* por grupos de pacientes que compartilham uma mesma condição de saúde sugere a relevância que este tipo de classificação encontra no campo das ações das Equipes Básicas de Saúde (EBS). Ao assumir tal condição uma paciente ganharia outro engajamento para com os CMF, não mais como apenas uma “paciente” ou como uma “paciente residente no território”, mas como, por exemplo, uma “paciente gestante/adolescente/etc. residente no território”.

O objetivo fundamental de prestar serviços de atenção primária à saúde para populações residentes em territórios definidos é compartilhado pelas políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil. Contudo, o processo de transformação desta meta inicial em objetos específicos é levado a cabo através de percursos distintos nas políticas executadas em Havana e em Belo Horizonte. Elas têm seus alvos definidos por meio de certa alternância entre, por um lado, redundâncias para com os critérios e procedimentos direcionados às suas constituições e, por outro, modificações ponderadas para com estes mesmos critérios e procedimentos.

Se os cadastros das famílias são as formas privilegiadas de criação dos objetos das políticas de saúde da família do ponto de vista de suas organizações mais gerais, nas esferas de atuação das profissionais são os prontuários das pacientes que desempenham esta função. Nos Centros de Saúde de Belo Horizonte, os alvos das profissionais são constituídos principalmente por meio dos prontuários eletrônicos. Já nos CMF de Havana, os alvos das profissionais são constituídos principalmente por meio das *Historias Clínicas Individuales*. Sob este prisma, pode-se concluir que, no trânsito que empreendem através das políticas de saúde da família, as coisas e as pessoas assumem diferentes posições no que tange aos seus lugares enquanto objetos. Pacientes, famílias, doenças, contextos econômicos, comunidades etc. são mais ou menos relevantes dependendo da forma como são apropriadas por técnicas de classificação e intervenção.

21. Redirecionamentos dos meios e dos fins

O processo de transformação dos objetos das políticas de saúde da família tem continuidade em suas instâncias mais periféricas. Os procedimentos descritos nos itens 19 e 20 deste trabalho podem ser considerados como concernentes às formas pelas quais os modelos das políticas ajustam seus alvos de acordo com contextos e instrumentos específicos. Entretanto, no âmbito de suas execuções, as profissionais possuem uma margem relativa de intervenção para com a composição dos objetos aos quais suas ações se dirigirão.

Durante o trabalho de campo em Belo Horizonte, os principais mecanismos utilizados pelas profissionais para atuarem sobre o arranjo de seus alvos eram certos cartões distribuídos às pacientes e que as vinculavam aos seus respectivos Centros de Saúde. Estes eram usualmente denominados como “*cartões dos postos [de saúde]*”. Como afirmado anteriormente, o sistema eletrônico implantado nas instituições públicas de saúde da cidade teria, a princípio, gerado o abandono do uso de tais cartões. No entanto, o período em que visitei os Centros de Saúde ainda se caracterizava como uma fase de transição. Os Centros de Saúde nos quais realizei a pesquisa se encontravam em etapas distintas desse processo

de renúncia para com o uso dos cartões em favor do cadastramento eletrônico. Alguns haviam deixado completamente de utilizar os cartões. Em outros, embora o sistema eletrônico já estivesse em operação, ainda os utilizavam – conquanto alguns de modo pouco relevante, enquanto outros lhes concediam grande importância para com a organização de seus serviços. Por fim, em apenas um dentre os Centros de Saúde por mim visitados, o sistema eletrônico ainda estava por ser implantado.

As variadas formas de utilização dos cartões indicavam, contudo, que suas presenças mais ou menos proeminentes não dependiam apenas do tempo de adoção do sistema eletrônico pela instituição. Ao que tudo sugeria, elas estavam relacionadas, sobretudo, à disposição das profissionais em deixar de utilizá-los na organização da oferta de seus serviços. Estes cartões são formas importantes pelas quais as profissionais controlam com relativa eficácia a construção de seus alvos, especialmente através da gestão do acesso das pacientes às instituições.

No passado, quando o Gestão Saúde em Rede não estava disponível nos Centros de Saúde, as pacientes recebiam das ACS cartões de papel nos quais eram registrados alguns de seus dados. Por meio destes cartões elas podiam acessar os serviços dos Centros de Saúde. Do ponto de vista organizativo, eles constituíam um facilitador dos procedimentos que envolviam os atendimentos, uma vez que dispensavam as profissionais de precisarem confirmar se a paciente que procurava a instituição estava registrada em listas que contivessem os nomes de todas aquelas atendidas pela instituição. Com o registro eletrônico, os cartões deixaram de ser necessários, pois a consulta ao cadastro da paciente se tornou ágil. Padronizou-se que o documento a ser apresentado pela paciente seria sua carteira de identidade. Basta que a profissional observe o nome da paciente em sua carteira de identidade e com ele rapidamente busque seu cadastro no sistema eletrônico.

Contudo, mesmo após terem implantado o Gestão Saúde em Rede, alguns Centros de Saúde optaram por continuar utilizando os cartões, o que fez com que eles assumissem um caráter dúbio. Ao mesmo tempo em que continuaram se fazendo passaportes para as pacientes acessarem os serviços, tornaram-se também instrumentos para a criação de barreiras a estes acessos. Por um lado, há a possibilidade do uso da carteira de identidade, que demonstra que a paciente é uma cidadã com direito a utilizar os serviços de um Centro de Saúde, pois está devidamente cadastrada como residente em sua área de abrangência. Por outro lado, há a possibilidade do uso do cartão, que demonstra que a paciente foi reconhecida pelas profissionais de um Centro de Saúde como residente em sua área de abrangência. Seus objetivos são semelhantes, mas suas implicações do ponto de vista da margem de manobra dada às profissionais são distintas.

O uso combinado do Gestão Saúde em Rede e das carteiras de identidade faz com que a paciente não acesse os serviços de determinado Centro de Saúde se não estiver

cadastrada no sistema de saúde da cidade, ou se estiver cadastrada como residente na área de abrangência de outro Centro de Saúde. Sendo assim, surge a possibilidade de um controle mais global para com a oferta de serviços. Por seu turno, o uso do cartão permite que as profissionais controlem localmente o acesso das pacientes às instituições. Não existe um intercâmbio entre os Centros de Saúde para com as informações produzidas através de seus cartões, tampouco uma centralização destes dados. Também não há uma padronização das informações a serem neles assinaladas. As profissionais inserem nos cartões os nomes das pacientes que entendem como adequado, assim como os dados que julgam apropriados. Sendo assim, podem controlar a produção, a serventia e as consequências destes cartões.

Nos Centros de Saúde em que ainda era utilizado, o cartão tendia a ser percebido como uma ferramenta mais segura e prática de manejar informações. Mesmo que uma paciente não constasse como cadastrada no Gestão Saúde em Rede, a profissional tendia a avaliar que ela pertenceria à área de abrangência da instituição se possuísse um cartão dela. Conceberia que o cartão fora preenchido por uma ACS, atestando que a paciente de fato residia naquele território e que, por alguma razão qualquer, tal informação ainda não havia sido inserida no sistema eletrônico. Sob este prisma, o cartão daria mais rápido acesso aos serviços. Durante uma visita uma ACS pode entregar um novo cartão à paciente, ou inserir seu nome no cartão já possuído por sua família, o que imediatamente lhe possibilitaria utilizar o Centro de Saúde, enquanto seu cadastramento tal como estabelecido pelo modelo da política implicaria no preenchimento de uma ampla ficha, no transporte dessa ao Centro de Saúde e na sua digitação por outra profissional. Este tipo de cadastramento é consideravelmente mais complexo e demorado, o que faz com que não seja empreendido constantemente. Por sua vez, quando são utilizados, as ACS estão sempre a lidar com os cartões. Nas visitas domiciliares os “*passam a limpo*”, inserem e retiram nomes, recolhem-nos, atualizam os dados neles contidos etc.

A possibilidade de definirem os conteúdos dos cartões oferece, do ponto de vista das profissionais, maior rapidez aos seus trabalhos. Eles podem conter dados não apresentados pelas carteiras de identidade e que muitas pacientes teriam, de acordo com algumas profissionais, dificuldades em informar, tais como seus endereços, seus números de prontuário, as EqSF por elas responsáveis etc. Estas seriam referências apresentadas pelos cartões e que agilizariam o início dos atendimentos.

É interessante constatar também que os cartões não são individuais, mas familiares. Dos cartões para as carteiras de identidade houve, portanto, o abandono do uso de um documento familiar e a adoção de outro individual. Modificação relacionada à implantação do Gestão Saúde em Rede. A inutilização dos cartões constitui, por conseguinte, mais um aspecto do processo, anteriormente explorado, de reforço concomitante das perspectivas

global e individual promovido pela introdução deste sistema eletrônico nos Centros de Saúde.

Como cada Centro de Saúde, e mesmo cada EqSF, pode produzir seus próprios cartões, eles acabam por apresentar formatos bastante variados. A PBH disponibilizava um mesmo tipo a todas as instituições, mas muitas vezes ele não era utilizado. Quer porque a quantidade dele enviada não era suficiente, quer porque as profissionais avaliavam que ele não era formatado da melhor forma possível. Sendo assim, é inclusive comum que as profissionais produzam com seus próprios recursos os cartões que oferecem às suas pacientes – o que, ademais, indica a relevância que lhes concedem. As Figuras 48 e 49, abaixo, apresentam um modelo de cartão enviado pela PBH aos Centros de Saúde.

Figura 48: Cartão disponibilizado pela PBH – frente

10/0

Figura 49: Cartão disponibilizado pela PBH – verso

DIA	HORA	ATIVIDADE	PROFISSIONAL	RESPONSÁVEL
LEVE ESTE CARTÃO TODAS AS VEZES QUE FOR AO SERVIÇO DE SAÚDE				

Como este modelo não atendia a algumas das necessidades das profissionais, elas desenvolveram outros modelos, tais como os apresentados pela Figura 50, abaixo, criado por uma EqSF do Centro de Saúde Nova York, e pela Figura 51, abaixo, criado por uma EqSF do Centro de Saúde Mantiqueira.

Figura 50: Cartão disponibilizado por uma EqSF do Centro de Saúde Nova York

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	
VENDA NOVA	Nº CADASTRO
CENTRO DE SAÚDE NOVA YORK - PBH	
EQUIPE	ACS
MICRO ÁREA	
NOME	
ENDEREÇO	
Nº DE PESSOAS NO DOMICÍLIO -	D.N.

Figura 51: Cartão disponibilizado por uma EqSF do Centro de Saúde Mantiqueira

	PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE	CARTÃO DA FAMÍLIA
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	
DISTRITO VENDA NOVA		Nº CADASTRO
CENTRO DE SAÚDE MANTIQUEIRA		
NOME		
ENDEREÇO		
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE		
NOME		
CÓDIGO		
SFAAA - 039001050		
	07/00	

A primeira diferença mais evidente a ser observada entre o cartão apresentado pelas Figuras 48 e 49 e aqueles apresentados pelas Figuras 50 e 51 é que aquele disponibilizado pela PBH tem sua cor de fundo branca, enquanto aqueles disponibilizados pelas EqSF dos Centros de Saúde são coloridos em marrom e amarelo. Isso se dá porque do ponto de vista da organização formal da política de saúde da família as EqSF são identificadas por números. Há a EqSF 1, a EqSF 2 e assim por diante. Todavia, em quase todos os Centros de Saúde de Belo Horizonte, para facilitar as distinções das EqSF pelas pacientes, seus números são, no dia a dia, substituídos por cores. Desse modo há, por exemplo, a EqSF azul, a EqSF vermelha etc. Tais referências são então comumente reproduzidas nos cartões por elas disponibilizados às pacientes. Por isso, como a EqSF que utilizava o cartão apresentado pela Figura 50 era identificada pela cor marrom, seu cartão recebeu esta cor de fundo. Mesmo procedimento adotado quanto ao cartão apresentado pela Figura 51, cuja EqSF era identificada pela cor amarela. Entende-se que tal indexicalidade tanto ajudaria as pacientes a reconhecerem a quais EqSF estão vinculadas, quanto auxiliaria as profissionais a direcionarem seus atendimentos, posto que sequer precisariam ler tais cartões para saberem quais EqSF seriam responsáveis por atenderem suas portadoras.

Ao comparar o conteúdo destes cartões pode-se observar também que cada um deles reserva espaços para a inserção de distintas informações. Todos trazem referência ao nome do Centro de Saúde, ao número de cadastro ou de prontuário e ao nome da paciente. Mas apenas o cartão disponibilizado pela PBH traz em seu verso uma agenda dos atendimentos a serem realizados com a paciente, com o dia, a hora, a atividade em questão, o nome da profissional que a atenderá e o nome de sua responsável. Por outro lado, apenas o cartão disponibilizado pela PBH e o cartão disponibilizado pela EqSF do Centro de Saúde Nova York possuem espaço para o registro da data de nascimento da paciente. Vê-se ainda que apenas os cartões disponibilizados pelas EqSF dos Centros de Saúde trazem espaços para os registros dos endereços das pacientes e para a identificação das ACS responsáveis pelos respectivos territórios. Por fim, apenas o cartão disponibilizado pela EqSF do Centro de Saúde Nova York possui espaços reservados aos registros da microárea na qual a paciente reside e dos nomes dos demais membros de sua família. Tais diferenças explicitam diferentes concepções acerca de quais são os dados relevantes no que tange à identificação da paciente no momento em que busca atendimento no Centro de Saúde.

Quando são exigidos pelas profissionais para que sejam acessados os serviços prestados pelas instituições, tais cartões passam a ser reconhecidos por muitas pacientes como documentos de destacada importância. Estas concebem que os cartões são suas garantias para o recebimento dos serviços oferecidos pela política de saúde da família. Muitas os guardam com desvelo, cuidam para que não se percam e chegam até mesmo a plastificá-los.

Outro mecanismo geralmente utilizado pelas integrantes das EqSF para atuarem sobre o arranjo de seus alvos são cadernos nos quais são registrados os dados das pacientes sob seus cuidados. Quando adotados, estes cadernos passam a constituir o principal instrumento das EqSF para controlarem os dados considerados fundamentais sobre suas populações atendidas. Normalmente contêm informações semelhantes às aquelas anotadas nos cartões, tais como os nomes das pacientes, seus endereços, suas datas de nascimento etc. É comum que cada ACS seja responsável pelo preenchimento e atualização de um caderno, que vem a conter dados sobre os residentes em sua microárea. De forma que quando uma paciente busca o serviço de uma EqSF e, por alguma razão, surge alguma dúvida quanto ao seu atendimento, especialmente se ela vive ou não em sua área de abrangência, as profissionais consultam estes cadernos para solucionar a questão. Como ocorre com os cartões, as profissionais tendem a confiar mais nos dados indicados por estes cadernos do que naqueles disponibilizados pelo Gestão Saúde em Rede. Entendem que os cadernos são mais bem atualizados e que contêm informações mais precisas, na medida em que são geridos de modo mais próximo pelas ACS.

Estes pormenores que envolvem o uso destes cartões e destes cadernos demonstram que, do ponto de vista prático, o cadastramento das famílias pela política de saúde da família em Belo Horizonte não se faz um processo simples. Uma paciente que há muito tempo utiliza constantemente o Centro de Saúde provavelmente terá seu cadastro feito e aproveitado sem dificuldades. Contudo, a paciente que utiliza pouco o Centro de Saúde, ou que está começando a fazê-lo, pode enfrentar dificuldades, ou mesmo criar dificuldades para as profissionais. Diversas ACS me relataram que não é raro que pacientes que residiam em suas áreas de abrangência, após se mudarem para outros territórios, continuem tentando ser atendidas pelas EqSF às quais não estão mais vinculadas. De modo similar, é preciso considerar que os Centros de Saúde de Belo Horizonte recebem uma grande quantidade de pacientes oriundas de outros municípios. Isto posto, estes cartões e cadernos são ferramentas criadas pelas profissionais na intenção de controlarem o acesso das pacientes aos seus serviços, reforçando e/ou modificando possibilidades oferecidas pelo Gestão Saúde em Rede.

Para com esta mesma problemática, outra estratégia acionada pelas profissionais é a frequentemente denominada como “*tempo para efetivação do cadastro*”. Esta constitui-se numa técnica de controle possível apenas quando os Centros de Saúde fazem uso de cartões como os acima discutidos. Embora seja controversa no que tange à organização formal da política de saúde da família, pude observar seu acionamento seguidas vezes ao longo do trabalho de campo em Belo Horizonte. Quando o cadastro de uma paciente é inserido no Gestão Saúde em Rede, seu acesso ao Centro de Saúde passa a se dar independentemente de se ela reside em sua área de abrangência há, por exemplo, um dia

ou um ano. Tal fato abre a possibilidade de que uma paciente venha a morar em Belo Horizonte ou no território adscrito a determinado Centro de Saúde apenas pelo tempo necessário para que receba determinado serviço oferecido pela política de saúde da família. Tendo em vista a necessidade concebida pelas profissionais em evitar que tal tipo de evento ocorra, elas então por vezes “cadastram” a paciente, mas não lhe entregam imediatamente o cartão, fazendo-o tão somente após um período de tempo mais ou menos prolongado, que na maioria das vezes é de três meses. Supõe-se que sem o cartão a paciente não poderá utilizar o Centro de Saúde, e que a espera pelo seu recebimento a desestimulará a tentar se vincular à instituição apenas para receber determinado serviço.

É imperativo assinalar que, nos Centros de Saúde em que é adotado, esse procedimento não é efetuado de maneira intransigente. As profissionais que dele fazem uso estão atentas às suas consequências e o adaptam às circunstâncias e às necessidades das pacientes. Por exemplo, se a ACS percebe que uma família adquiriu uma casa, e que ali vai realmente residir definitivamente, logo a entrega seu cartão. Ou se ainda que existam dúvidas quanto à fixação da paciente no território, as profissionais identificam que ela precisa de algum atendimento imediato, não deixam de entregá-la o cartão. Obviamente, este procedimento pode ser levado a cabo porque muitas das pacientes desconhecem as regras formalmente estabelecidas para com a utilização da política de saúde da família. Por outro lado, em parte sua razão de ser deriva do fato de que tais regras não são acompanhadas das condições necessárias à perfeita execução desta política.

Até aqui venho apresentado maneiras desenvolvidas pelas profissionais para, de certa forma, dificultarem o acesso das pacientes aos Centros de Saúde e que vão de encontro aos procedimentos definidos pelo Gestão Saúde em Rede. Porém, este sistema eletrônico por vezes também é apropriado pelas profissionais com vistas a este mesmo fim. Como afirmado anteriormente, os cartões constituem ferramentas mais controláveis pelas profissionais, enquanto o cadastramento eletrônico afasta delas este controle. Sendo assim, este distanciamento pode ser evocado como justificativa para que o acesso da paciente ao Centro de Saúde seja dificultado. Ao verificar que determinada paciente não se encontra cadastrada como pertencente ao território ligado a certo Centro de Saúde ou a certa EqSF buscada, a profissional pode não lhe oferecer o serviço em questão e justificar tal atitude com base no pretexto de que deve obedecer ao que o sistema eletrônico lhe apresenta como informação.

Noutro sentido, o Gestão Saúde em Rede pode ser utilizado para facilitar o acesso das pacientes ao serviço, quando o cumprimento rígido das regras estabelecidas para com ele produziria dificuldades. Ao longo do trabalho de campo presenciei circunstâncias nas quais, para que pacientes pudessem ser atendidas, as profissionais inseriam seus dados de forma provisória no sistema antes que as ACS as visitassem. Estes casos normalmente ocorriam

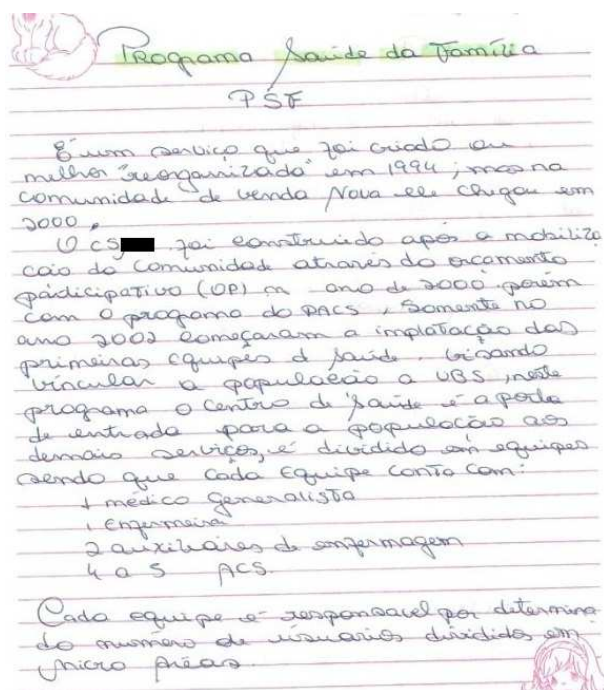
quando a paciente procurava o Centro de Saúde pela primeira vez, ou então quando necessitava de algum tipo de atenção mais imediata. Após empreender este cadastro temporário, a profissional solicitava que a ACS visitasse a casa da paciente e completasse seu cadastramento. De forma similar, tive inclusive a oportunidade de observar profissionais inserirem seus próprios nomes em suas programações de trabalho dispostas no Gestão Saúde em Rede para possibilitar que pacientes tivessem seus atendimentos agendados. Em situações limites, quando o cadastramento de uma paciente por qualquer motivo é muito complicado, a profissional deixa até mesmo de registrar seu atendimento no sistema eletrônico, o que a prejudica do ponto de vista da avaliação de sua produtividade.

Cartões de Centros de Saúde, cadernos de EqSF, “*tempos para efetivação de cadastro*” e manipulações do uso do Gestão Saúde em Rede, tal como descritos acima, são técnicas de transformação dos objetos das políticas de saúde da família utilizadas pelas profissionais em direção, sobretudo, ao controle do acesso das pacientes aos serviços. No entanto, as profissionais também desenvolvem instrumentos para atuarem no plano da criação de perspectivas sobre a composição das populações pelas quais são responsáveis. Dentre eles, uns dos mais importantes são certos cadernos nos quais as ACS registram informações sobre as pacientes de suas microáreas. Diferentemente dos cadernos das EqSF acima citados, estes ficam em posse das ACS, e geralmente recebem anotações mais amplas, formuladas de acordo com os interesses de cada uma destas profissionais.

As ACS que produzem estes cadernos comumente reservam uma ou duas de suas páginas para cada família, nas quais anotam seu endereço, os nomes de seus integrantes, além de múltiplas outras informações que julgam relevantes. Quando uma nova família se muda para uma casa – anteriormente ocupada por outra – situada em seu território de atuação, a ACS apenas apaga os dados da família anterior e os substitui pelos da nova. Quando surge alguma modificação ou novidade relacionada à condição de uma família, a ACS a insere no espaço a ela reservado no caderno. Sendo assim, as demais profissionais das EqSF normalmente concebem que estes cadernos são as mais confiáveis fontes de informação sobre as populações. Além disso, naturalmente entendem também que através deles podem obter informações de forma mais prática e ágil do que por meio do Gestão Saúde em Rede. Sendo assim, as ACS que os produzem geralmente são reconhecidas por suas companheiras de trabalho como profissionais dedicadas e organizadas.

As Figuras 52 a 58, abaixo, apresentam algumas páginas do caderno mais complexo produzido por uma ACS com o qual tive contato durante o trabalho de campo em Belo Horizonte. A análise delas permite vislumbrar ajustes pontuais empreendidos com relação aos objetos de seu trabalho. Em suas primeiras páginas a ACS escreveu diversos pequenos textos relacionados à política de saúde da família. A Figura 52, abaixo, apresenta a página na qual a ACS apontou certa definição desta política.

Figura 52: Definição de Programa Saúde da Família no caderno de uma ACS



Programa Saúde da Família
PSF

É um serviço que foi criado ou melhor "reorganizado" em 1994, mas na comunidade de Venda Nova ele chegou em 2000.

O CSXX foi construído após a mobilização da comunidade através do orçamento participativo (OP) no ano de 2000 porém com o programa do PACS, somente no ano 2002 começaram a implantação das primeiras equipes de saúde, visando vincular a população à UBS, neste programa o Centro de Saúde é a porta de entrada para a população aos demais serviços, é dividido em equipes sendo que cada Equipe conta com:

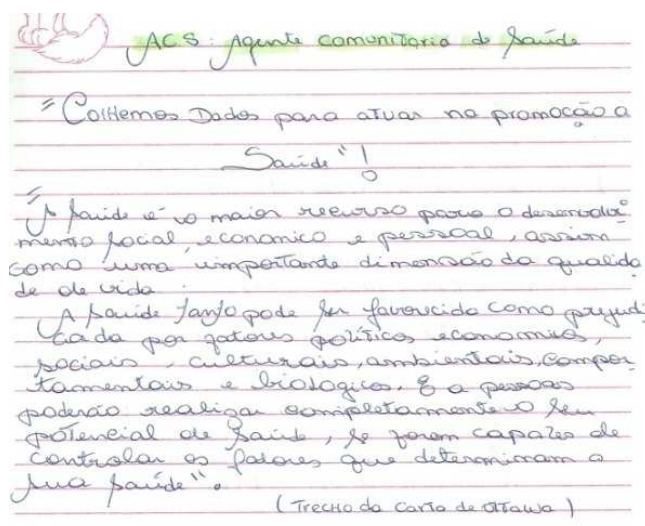
- 1 médico generalista
- 1 enfermeira
- 2 auxiliares de enfermagem
- 4 a 5 ACS.

Cada equipe é responsável por determinado número de usuários divididos em micro-áreas.

Texto da Figura 52: Programa Saúde da Família / PSF / É um serviço que foi criado ou melhor "reorganizado" em 1994, mas na comunidade de Venda Nova ele chegou em 2000. / O CSXX foi construído após a mobilização da comunidade através do orçamento participativo (OP) no ano de 2000. Porém com o programa do PACS, somente no ano 2002 começaram a implantação das primeiras equipes de saúde visando vincular a população à UBS, neste programa o Centro de Saúde é a porta de entrada para a população aos demais serviços, é dividido em equipes sendo que cada equipe conta com: / 1 médico generalista / 1 enfermeira / 2 auxiliares de enfermagem / 4 a 5 ACS / Cada equipe é responsável por determinado número de usuários divididos em micro-áreas.

A Figura 53, abaixo, apresenta a página na qual a ACS apontou certa definição de sua profissão.

Figura 53: Definição de ACS no caderno de uma ACS



ACS: agente comunitária de saúde

"Coletamos Dados para atuar na promoção a Saúde!"

A saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida.

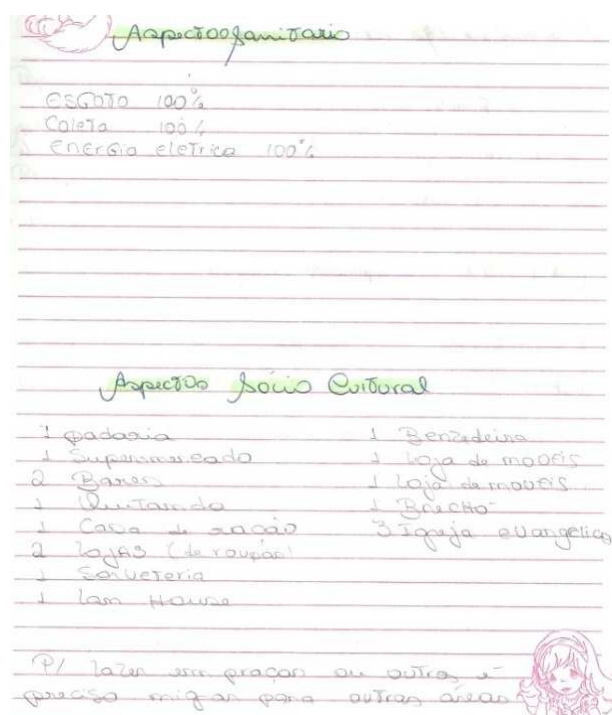
A saúde tanto pode ser favorecida como prejudicada por fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos. É a pessoa que poderá realizar completamente o seu potencial de saúde, se for capaz de controlar os fatores que determinaram a sua saúde".

(Trecho da Carta de Ottawa)

Texto da Figura 53: ACS: Agente Comunitário de Saúde / “Colhemos dados para atuar na promoção à Saúde!” / “A saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. / A saúde tanto pode ser favorecida como prejudicada por fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos. E as pessoas poderão realizar completamente o seu potencial de saúde, se forem capazes de controlar os fatores que determinam a sua saúde”. / (Trecho da Carta de Ottawa)

Nas páginas seguintes do seu caderno a ACS inseriu diversas informações sobre a microárea pela qual é responsável, apresentando-as enquanto um “diagnóstico da área”. Fez apontamentos sobre “aspectos geográficos”, nos quais indicou com quais outras microáreas ela possui fronteira. Fez apontamentos sobre “recursos socioeconômicos”, nos quais abordou o recebimento de bolsa família pelos residentes na área, a quantidade deles que têm trabalhos informais e a quantidade daqueles que são assalariados. Fez apontamentos sobre “aspectos epidemiológicos”, nos quais reservou espaço para o registro do número de hipertensos, de diabéticos, de portadores de sofrimento mental, de crianças asmáticas, de adultos asmáticos, de crianças com baixo peso e de gestantes. Fez apontamentos sobre “dados demográficos”, nos quais reservou espaço para o registro do número total de habitantes da microárea, do número de famílias, do número de “recusas”, do número de “lotes vagos”, do número de mulheres em idade fértil, além da distribuição da população entre as seguintes faixas etárias: 0 a 5, 6 a 11, 12 a 19, 20 a 59 e maiores de 60 anos. A ACS dedicou ainda uma das páginas à apresentação de aspectos sanitários e socioculturais, tal como apresentado pela Figura 54, abaixo.

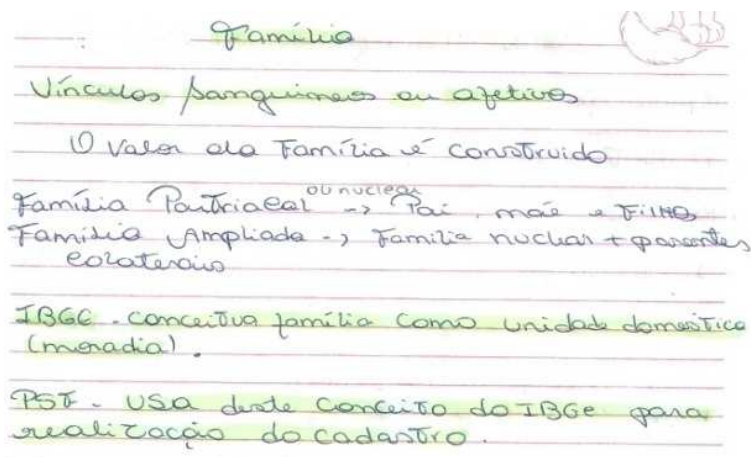
Figura 54: Aspectos sanitários e socioculturais no caderno de uma ACS



Texto da Figura 54: Aspectos sanitários / Esgoto 100% / Coleta 100% / Energia elétrica 100% / Aspectos socioculturais / 1 padaria / 1 supermercado / 2 bares / 1 quitanda / 1 casa de ração / 2 lojas (de roupas) / 1 sorveteria / 1 benzedeira / 1 loja de móveis / 1 brechó / 3 Igrejas evangélicas / 1 lan house / Para lazer em praças ou outros é preciso migrar para outras áreas.

A seguir a ACS dedicou uma página à descrição de certa definição do termo “família”, conforme apresentado pela Figura 55, abaixo.

Figura 55: Definição de família no caderno de uma ACS



Texto da Figura 55: Família / Vínculos sanguíneos ou afetivos / O valor da família é construído / Família patriarcal ou nuclear → pai, mãe e filhos / Família ampliada → família nuclear + parentes colaterais / IBGE. Conceitua família como unidade doméstica (moradia). PSF – usa deste conceito do IBGE para realização do cadastro.

Nas páginas seguintes a ACS registrou os nomes, as datas de nascimento e os endereços das pacientes que residem em sua microárea de atuação e que pertencem a alguns dos grupos mais comumente atendidos pelas EqSF, a saber: diabéticas, gestantes, asmáticas, crianças com baixo peso e portadoras de sofrimento mental. Em seguida ela escreveu pequenos textos acerca da análise das condições de saúde individuais por meio da verificação dos sinais vitais. Ao final desta seção registrou um resumo do procedimento de realização do “teste do laço”, utilizado no diagnóstico da dengue.

Após estas páginas iniciais, tem início a porção principal e mais volumosa do caderno, na qual a ACS empreende uma síntese do cadastramento das famílias residentes em sua microárea de atuação. Ela a divide em partes que correspondem às ruas em que trabalha. Cada parte tem início com uma fotografia da rua em questão, a seguir é dedicada uma página para cada família, que se sucedem de acordo com a numeração de suas residências, em ordem crescente. Basicamente, o registro de cada família contém a indicação de se sua residência é alugada, própria ou “cedida”, seu endereço, o número de seu cadastro, seu telefone, os nomes de seus integrantes, suas datas de nascimento,

observações sobre suas condições de saúde e algumas informações sobre o que denomina como “fator socioeconômico”, que geralmente constituem em certa classificação de risco ou em dados sobre as rendas de seus integrantes. As Figuras 56 e 57, abaixo, apresentam duas destas páginas nas quais foram registradas sínteses dos cadastros de duas famílias.

Figura 56: Cadastro de uma família no caderno de uma ACS – 1

Própria

Obs: < que 210 é Vespasiano

Rua [REDACTED] nº [REDACTED]

Cadastro: 47 [REDACTED] Fone: 34 [REDACTED] 86 [REDACTED]

1 Jorcelina [REDACTED] DN: 19. [REDACTED] [REDACTED]

2 Vanir [REDACTED] DN: 15. [REDACTED] [REDACTED]

Vanir é Diabético faz uso de: insulina 22UI
 Tem aparelho de Glicosímetro (que comprou)
 Pega fitas no CS [REDACTED]



Lúpus → Nefropatia - Crônica
 - insuficiência renal

Colesterol - Sivastatina 20mg, furosemida

Obs: Fará Gastroendoscopia dia 15.06 7hs no P.C.S
 à marcar PM tipo 2 no hosp. das clínicas
 à marcar exames no PPE
 Exames de Hemograma no CSXX 07.06
 prevenções em dia: 2

Obs: Apenas 1 dos componentes tem 1 patologia crônica (1 Pto)

: Risco Baixo

Texto da Figura 56: Própria / Obs: < que 210 é Vespasiano / Rua XX nº XX / Cadastro: 47XX / Fone: 34XX 86XX / 1 Jorcelina XX DN: 19.XX.XX / 2 Vanir XX DN: 15.XX.XX Vanir é diabética faz uso de insulina 22UI / Tem aparelho de glicosímetro (que comprou) / Pega fitas no CSXX / Lúpus → nefropatia crônica → insuficiência renal / Colesterol – Sivastatina 20mg furosemida / Obs: fará gastroendoscopia dia 15.06 7hs no P.C.S. / à marcar PM tipo 2 no hosp. das clínicas / à marcar exames no PPE. / Exames de Hemograma no CSXX 07.06 / Prevenções em dia: 2 / Obs: apenas 1 dos componentes tem 1 patologia crônica (1 pto) / Risco Baixo

Figura 57: Cadastro de uma família no caderno de uma ACS – 2

n.º [redacted] Cad. 60 [redacted]
34 [redacted]


1. Dilhermano [redacted] 17. [redacted]
2. Vanderleia [redacted] 08. [redacted]
3. Rayanne [redacted] 11. [redacted]
4. Karina [redacted] 21. [redacted]
5. Breno [redacted] 26. [redacted]
6. Eder [redacted] 15. [redacted]

1. Sofreu derrame em 04/2009 comprometeu a fala.
1. hipertensão enalapril – HDTZ
1. colesterol sivistatino 40mg dias alternados

4. Fazia controle com endócrino precisa continuar “negligência” (?)

Fator Socio econômico
Bolsa Família

1. encostado → sofreu derrame 04/09
2. Assalariado
4. estudante



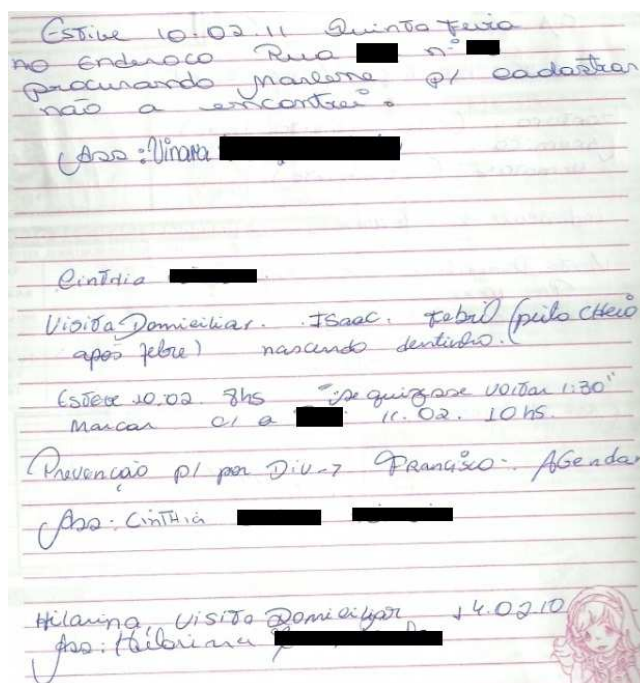
Texto da Figura 57: n.º XX / Cad. 60XX / 34XX / 1. Dilhermano XX 17.XX.XX / 2. Vanderleia XX 08.XX.XX / 3. Rayanne XX 11.XX.XX / 4. Karina XX 21.XX.XX / 5. Breno XX 26.XX.XX / 6. Eder XX 15.XX.XX / 1. Sofreu derrame em 04/2009 comprometeu a fala. / 1. hipertensão enalapril – HDTZ / 1. colesterol sivistatino 40mg dias alternados / 4. Fazia controle com endócrino precisa continuar. “negligência” (?) / Fator sócio econômico / Bolsa-família / 1. encostado → sofreu derrame 04/09 / 2. assalariado / 4. estudante

Nessa avaliação chama atenção a tentativa da ACS em articular problemáticas de distintas naturezas. De uma só vez ela aborda questões que dizem respeito a condições de saúde individuais, a aspectos territoriais e a certas características “sociais”. Ao fazê-lo, empreende diálogos com diferentes saberes. Nesse sentido, é interessante destacar a forma como se apropria dos saberes médicos. Ao escolher como lidar com as condições de saúde das pacientes, ela opta por assinalar certos diagnósticos médicos já estabelecidos para com elas, suas participações em tratamentos e o uso de medicamentos. Nunes et. al. (2002) discutiram como as ACS possuiriam uma dupla tarefa: melhorar as condições de saúde das populações e levar informações sobre elas para as demais integrantes das EqSF. No entanto, de acordo com as autoras, na medida em que são incitadas a desenvolverem

conhecimentos sobre estas populações, seus saberes seriam englobados pela perspectiva médica (2002:1641). As anotações feitas neste caderno pela ACS vêm reforçar este argumento, uma vez que as condições de saúde das pacientes não são caracterizadas por saberes outros compartilhados pela ACS e pelos demais residentes no território. No limite, poder-se-ia afirmar algo semelhante para com suas análises acerca dos aspectos territoriais e sociais. Não há dúvidas de que existem saberes dominantes no campo da política de saúde da família. Entretanto, é igualmente importante observarmos como as profissionais estão sempre tentando ajustar e manipular estes saberes de acordo com as necessidades surgidas quando da execução de seus trabalhos.

Depois desta seção que contém informações sobre as famílias, a ACS ocupou duas páginas com registros sobre suas visitas domiciliares, nas quais descreve demandas de pacientes e suas condições de saúde. Após cada observação há a assinatura da paciente visitada, o que confirma a visita realizada. Este tipo de confirmação geralmente é usado pelas ACS em situações conflituosas nas quais há ou poderá haver algum questionamento quanto à realização de seus trabalhos. Estas normalmente envolvem pacientes que afirmam não estarem recebendo visitas das ACS, suas assinaturas servindo como comprovações de que as profissionais de fato estiveram em suas casas; ou então pacientes cujas condições de saúde são delicadas, as assinaturas servindo então como demonstrações de que as ACS estiveram atentas aos seus problemas, uma vez que as visitaram. A Figura 58, abaixo, apresenta uma destas páginas.

Figura 58: Visitas domiciliares no caderno de uma ACS



Texto da Figura 58: Estive 10.02.11 quinta-feira no endereço Rua XX nº XX procurando Marlene para cadastrar. Não a encontrei. / Ass: Virara XX / Cinthia XX / Visita domiciliar. Issac. Febril (peito cheio após febre) nascendo dentinho. / Estive 10.02 8hs “se quisesse voltar 1:30” / Marcar com a XX 11.02 10hs. / Prevenção para por Diu → Francisca. Agendar. / Ass: Cinthia XX / Hilarina, visita domiciliar 14.02.10 / Ass: Hilarina XX

Por fim, nas últimas páginas de seu caderno, a ACS colou uma cópia de um pequeno compêndio com informações sobre práticas de enfermagem. Questionei-a sobre porque ela teria construído seu caderno de modo tão completo. Ela me respondeu que nas fichas padronizadas para a realização dos cadastros e das visitas domiciliares a ACS poderia apenas “*marcar x*”, enquanto no caderno possuiria liberdade para registrar todas as informações que julgasse necessárias.

Assim como esta ACS fez nas primeiras páginas de seu caderno, é comum que a estas profissionais seja solicitado que produzam listas das pacientes que residem em suas áreas de atuação e que podem ser enquadradas em grupos aos quais são dirigidas atenções especiais. As mais comuns compreendem as crianças, as grávidas, as hipertensas, as idosas, as diabéticas, as “*acamadas*” e as pacientes que possuem feridas que carecem de curativos. Em tese, tais listas poderiam ser obtidas através do Gestão Saúde em Rede. No entanto, como as profissionais geralmente confiam mais nas informações fornecidas diretamente pelas ACS, tendem a utilizar aquelas que são por elas produzidas. Normalmente as listas criadas pelas ACS de uma mesma EqSF são agregadas pela enfermeira para a composição de uma única lista com todas as pacientes residentes no território desta EqSF. Tal como ocorre com os demais instrumentos descritos anteriormente, as informações registradas nestas listas são muito variadas, pois dependem dos interesses das profissionais. A Figura 59, abaixo, apresenta o modelo de uma destas listas, na qual seriam registrados dados sobre crianças entre 7 e 10 anos de idade.

Todas estas ferramentas descritas acima existem não como uma decorrência imediata do fato de que aquelas padronizadas para a execução da política de saúde da família de Belo Horizonte sejam falhas. As profissionais as desenvolvem porque entendem ser necessário adotarem uma atitude ativa diante da produção dos objetos de seus trabalhos. Estas ferramentas se ajustam às formas como concebem o exercício de suas funções e à natureza de seus alvos. Como são mais controláveis por elas, podem ser moldadas de acordo com seus entendimentos.

Figura 59: Modelo de lista de crianças entre 7 e 10 anos de idade produzido por uma EqSF

3

Flanilha de Acompanhamento das Crianças de 7 a 10 Anos

Equipe Amarela MicroÁrea: Acs:

№	NOME	D.M	G.INDEREÇO	MÃE	P.E	Peso	Alt	OBSER	VACINA	CONS	GRUP	CONS	GRUP	FOME

22. Benéficas aos outros

Em Cuba e no Brasil muitas são as narrativas que justificam a produção da vida por meio de agenciamentos estatais nos campos de suas políticas de saúde da família. Nos dois países afirma-se que esta política consiste numa prática socialmente legitimada. Afirma-se que ela consiste numa conquista civilizacional. Afirma-se que ela consiste no atendimento a um princípio ético. Afirma-se que ela consiste num direito de cidadania. Afirma-se que ela consiste numa alternativa de baixo custo para a solução de problemas populacionais. Afirma-se que ela consiste num empreendimento tecnicamente eficaz. Afirma-se que ela consiste num aparelho ideológico. E assim se sucedem as razões de ser acionadas na avaliação de seus sentidos. Contudo, independentemente da narrativa que a envolva, é indubitável que tal produção da vida advém de uma escolha.

Tal forma de produção da vida, de melhoramento da população, de aprimoramento de suas condições de existência, é histórica e socialmente localizada. Embora atualmente pareça haver ampla concordância em torno dos benefícios deste tipo de empreendimento, para compreendê-lo é interessante não associá-lo imediatamente a um juízo de valor. Isto posto, igualmente não se pode deixar de considerar que esta empresa possui duas implicações. Primeiro, que também seus objetos advirão de uma seleção. Segundo, que ela gera múltiplas consequências para com estes objetos. Sendo assim, do ponto de vista destes alvos, a concordância em torno das vantagens para com a produção da vida por meio da política de saúde da família não significa necessariamente uma aceitação das consequências resultantes desta posição. Por isso, sujeitos, famílias, comunidades, grupos sociais etc. podem compartilhar de certa avaliação positiva para com este mecanismo, mas simultaneamente resistirem em serem por ele objetificados.

Se no âmbito da execução das políticas de saúde da família as profissionais podem desenvolver instrumentos de transformação dos alvos de suas ações, de forma semelhante potenciais pacientes podem também atuarem no sentido de ajustarem a constituição destes alvos, colocando-se de modo mais ou menos engajado nesta condição. Nesse sentido, parece haver, nos contextos das políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil, certo procedimento de ajuizamento em torno de suas efetivações que pondera seus benefícios em função da posição ocupada por aquela que realiza a avaliação. Não é raro que brasileiras e cubanas concebam que a produção da vida por meio dos processos de estatização engendrados pela política de saúde da família é, a princípio, positiva, mas apenas quando direcionada a outros sujeitos. Entendem que tais processos devem existir, mas não desejam estarem na condição de objetos deles.

Ao longo de todo o trabalho de campo em Belo Horizonte deparei-me constantemente com pacientes que diziam utilizar os serviços dos Centros de Saúde somente porque deles

dependiam. Afirmavam que aceitavam suas implicações apenas porque não podiam evitá-las. Nas oportunidades em que pude acompanhar visitas domiciliares feitas por ACS a residências de pessoas que tinham acesso aos serviços privados de saúde, ouvi delas seguidas vezes que o trabalho das profissionais das EqSF seria louvável, mas que não iriam utilizá-lo, uma vez que possuíam outra alternativa. Já entre as profissionais não era difícil encontrar fortes defensoras da política de saúde da família, enquanto não me recordo de haver conhecido alguma que, mesmo possuindo condições econômicas suficientes para se servir do sistema privado de saúde, deixava de fazê-lo para se colocar na condição de paciente de algum Centro de Saúde.

A extensão consideravelmente menor do trabalho de campo em Cuba não me permite asseverar que neste país tal concepção exista de maneira tão forte quanto no Brasil. Não obstante, minha experiência indicou que ela não deixa de estar presente. Tal como em Belo Horizonte, conheci em Havana pessoas que defendiam a política de saúde da família, e outras que eram bastante críticas para com ela. Contudo, essas apreciações negativas, assim como no Brasil, normalmente se dirigiam para a forma como esta política existia na realidade, e não para o seu modelo. Ouvi comentários de que as médicas dos CMF não seriam bem formadas, que a quantidade delas não seria suficiente, que faltariam equipamentos, que alguns medicamentos seriam difíceis de serem conseguidos etc. Por outro lado, mesmo as pessoas que se apresentavam como defensoras da política de saúde da família muitas vezes me manifestaram insatisfações com relação à possibilidade de atenderem a todas as demandas inerentes à condição de serem dela pacientes. Provavelmente o fato de que em Cuba não existe um sistema privado de saúde torne este tipo de juízo menos agudo, embora não o faça desprezível. Recordo-me que uma das amigas com quem mais gostava de conversar sobre o tema da política de saúde da família, e que se dizia ser-lhe totalmente favorável, classificando-a inclusive com uma das grandes conquistas alcançadas pela revolução, surpreendeu-me quando me explicitou que não utilizava o CMF responsável pelo local onde residia. Não confiava nas suas profissionais, e preferia consultar-se com médicas com quem possuía relações pessoais. Outra amiga, também muito elogiosa para com a política, não deixava de usar os serviços de seu CMF, mas dizia que evitaria o quanto pudesse que sua casa fosse visitada por suas profissionais, pois não gostaria de nela receber “*pessoas estranhas*”.

Este mecanismo que caracteriza a política de saúde da família como “benéfica aos outros” se manifesta de maneiras variadas, conquanto dificilmente de forma evidente, e talvez raramente seja admitida. As pessoas podem afirmar que consideram adequado que exista um cadastramento, mas ao mesmo tempo não cedam seus dados completamente. Podem entender como positivo que as profissionais visitem as residências, mas ao mesmo tempo não desejarem que elas avaliem como vivem suas famílias. Podem conceber como

salutar que as instituições desenvolvam ações de promoção da saúde, mas ao mesmo tempo se mostrarem descontentes quando são alvos de discursos que intentam modificar seus hábitos. Podem concordar que crianças e idosas recebam atenções especiais, mas ao mesmo tempo ficarem insatisfeitas quando suas relações para com elas são controladas. Podem reconhecer certa necessidade de que as gestantes sejam acompanhadas de perto, mas ao mesmo tempo reclamarem das inúmeras demandas que advêm desta observação minuciosa. Sob este prisma, tal concepção se torna perceptível apenas quando se confronta discursos gerais com julgamentos proferidos em situações específicas, na medida em que depende de se suas produtoras encontram-se ou não na condição de objetos.

Em contraposição ao argumento aqui exposto, se poderia afirmar que, tanto em Cuba quanto no Brasil, tais percepções se devem não a uma diferença entre discursos proferidos desde um lugar interno ou externo à posição de alvo da política de saúde da família, mas a avaliações acerca da qualidade de seus serviços. Os sujeitos poderiam avaliar como benéfica a proposta desta política, mas não almejem se tornarem seus alvos porque entendem que seus serviços são de baixa qualidade. Num certo sentido tal contraposição é verdadeira. Apreciações negativas contribuem para que estas percepções sejam mais recorrentes e fortes. Entretanto, não esgotam totalmente a problemática em questão. Mesmo as pacientes que utilizam a política de saúde da família, que se consideram bem atendidas pelas instituições, que têm seus problemas solucionados, muitas vezes entendem que são indesejáveis os custos para que tais ganhos sejam alcançados.

Pacientes que se servem unicamente dos serviços da política de saúde da família comumente também evitam assumir as consequências inerentes à assunção da condição de alvo. Tentam impedir que as profissionais estejam sempre em suas casas, esquivam-se de determinadas perguntas, procuram minimizar certas formas de controle etc. De modo que a concordância para com tais consequências depende de certo cálculo para com os possíveis ganhos a serem obtidos a partir da aceitação dos termos estabelecidos na utilização dos serviços. Quanto mais as pacientes anteveem proveitos por assumirem a condição de objetos, mais tendem a aceitar as implicações daí advindas. Quanto menos anteveem proveitos, menos tendem a aceitar tais implicações. Em suma, independentemente do maior ou menor grau de necessidade possuído pela paciente para com a política de saúde da família, quando de sua utilização ela pode, com maior ou menor chance de sucesso, agir no sentido de regular as implicações para si advindas desta situação.

Como anteriormente sugerido, não há dúvidas de que a ideia de que as políticas de saúde da família são “benéficas aos outros” não é compartilhada por todos os sujeitos. Todavia, isso não significa que ela não seja comum, tampouco que não seja relevante. Sendo assim, a compreensão dos contextos de efetivação de tais políticas precisa levá-la

em conta. Esta parece ser, por conseguinte, uma contradição inescapável das formas como as políticas de saúde da família são estruturadas. Por isso é preciso considerar não apenas a constituição de seus fundamentos e de suas propostas, mas também os processos através dos quais são definidos os objetos aos quais se dirigirão tais fundamentos e propostas.

IV. Sobre as instituições

23. As instituições: suas profissionais, suas atividades e seus horários

Quando da concepção teórico-metodológica da pesquisa que originou este trabalho, optou-se pela realização do trabalho de campo nas instituições mais periféricas que efetivam as políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil. Instituições que não possuíssem outras a elas subordinadas, que fossem responsáveis por territórios mais reduzidos, assim como por porções populacionais menores e cujas atuações estivessem relacionadas, ao menos teoricamente, aos primeiros contatos entre as pacientes e as políticas de saúde da família. A intenção subjacente a esta escolha era a de concentrar a investigação naqueles contextos em que a produção de vínculos entre sujeitos, populações, instituições etc. se desse por meio de técnicas, procedimentos, práticas etc. mais capilares e particulares. Sendo assim, no caso de Belo Horizonte decidiu-se por levar a efeito o estudo nos Centros de Saúde e, no caso de Havana, nos Consultórios de Médico da Família (CMF).

No entanto, do ponto de vista da comparação pretendida, esta estratégia implicou num viés a ser considerado. Os Centros de Saúde e os CMF não cumprem exatamente as mesmas funções nas totalidades das políticas nas quais estão inseridos, tampouco são responsáveis pela execução das mesmas atividades. Os serviços oferecidos nos CMF se restringem quase que apenas às consultas realizadas pelas médicas e pelas enfermeiras. Por seu turno, nos Centros de Saúde ocorrem diversas outras ações para além destes tipos de consultas. Em sua maioria, tais ações não encontram similares nos CMF, mas nas Policlínicas – que, como exposto anteriormente, congregam certo número de CMF⁵³. Sendo assim, no que tange ao lugar que ocupam na política de saúde da família de Belo Horizonte, os Centros de Saúde mais adequadamente correspondem, em Havana, aos conjuntos formados pelas Policlínicas e pelos CMF.

A investigação bibliográfica empreendida anteriormente à ida a Cuba já havia me indicado tal questão, embora não tenha oferecido a mais profunda compreensão que posteriormente pude obter ao longo da permanência no país. Não obstante, mesmo durante minha estada em Havana, as limitações de tempo e de recursos indicaram a necessidade de insistir na proposta inicial de concentrar minhas atenções nos CMF, ainda que uma análise mais detalhada das dinâmicas das Policlínicas certamente viesse a enriquecer a comparação. Isto posto, as discussões subseqüentes apresentadas neste capítulo serão

⁵³ Ver capítulo I, item 13, pág. 71 e capítulo II, item 14, pág. 92.

construídas ponderando as diferenças entre as atividades desenvolvidas nos Centros de Saúde e nos CMF.

Embora no interior de suas respectivas políticas de saúde da família os Centros de Saúde e os CMF sejam as instituições mais periféricas, nos primeiros trabalham um número de profissionais muito superior àquele que encontramos nas instituições cubanas. No período da pesquisa, em cada Centro de Saúde geralmente atuavam cerca de cinquenta profissionais, que realizavam atividades de distintas naturezas. Cada Centro de Saúde normalmente possuía de três a cinco Equipes de Saúde da Família (EqSF), a depender do território e da população sob sua responsabilidade. Cada EqSF era integrada por uma médica, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem⁵⁴ e quatro ou cinco agentes comunitárias de saúde (ACS). Mas, para além destas, cujas ações constituem o núcleo da política de saúde da família, outras profissionais executavam trabalhos em múltiplos campos dentro dos Centros de Saúde. Atuando de forma relativamente integrada às EqSF, havia as profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Em Belo Horizonte, o projeto era executado através de equipes multiprofissionais que, em geral, atendiam de três a quatro Centros de Saúde. Durante o trabalho de campo, as equipes do NASF com as quais tive contato eram formadas por uma fonoaudióloga, uma nutricionista, uma terapeuta ocupacional e uma farmacêutica. Nos meses finais de minhas visitas aos Centros de Saúde, a Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) inseriu psicólogas nas equipes⁵⁵. Cada Centro de Saúde geralmente possuía também duas equipes de saúde bucal, cada uma delas normalmente composta por uma cirurgiã-dentista e por duas auxiliares em saúde bucal⁵⁶. Havia ainda as equipes de controle de zoonoses⁵⁷, geralmente formadas por uma encarregada de campo e por cerca de oito agentes de combate a endemias⁵⁸. Alguns Centros de Saúde contavam também com uma assistente social. Aqueles que eram referências regionais para atendimentos de saúde mental recebiam uma psiquiatra, que por

⁵⁴ No Brasil, ao longo dos anos a formação das profissionais de enfermagem de nível não-superior variou em suas características, bem como em suas denominações. Por isso, nos Centros de Saúde podiam encontrar-se profissionais formadas, por exemplo, enquanto “técnicas”, “assistentes” ou “auxiliares”. Além disso, as épocas de suas formações também variavam enormemente. Conheci profissionais recém-contratadas que haviam se formado há dois ou três anos. Por outro lado, também conheci diversas outras que haviam se formado há mais de vinte anos. Durante o trabalho de campo não tive a oportunidade de verificar a exatidão de qual destas classes pertencia cada uma das profissionais com as quais tive contato. Por isso me referirei a elas utilizando o termo “auxiliar”, que é o comumente utilizado entre as profissionais dos Centros de Saúde. É importante assinalar ainda que, independentemente de se haviam ou não diferenças quanto às suas formações, suas responsabilidades e obrigações eram as mesmas nas EqSF.

⁵⁵ Para mais detalhes acerca do NASF, à época da realização do trabalho de campo, ver Brasil (2008a e 2009).

⁵⁶ De forma semelhante ao que ocorre com as profissionais de enfermagem, a formação e denominação das profissionais de saúde bucal em nível não-superior também é variada. Há as “auxiliares em saúde bucal”, as “auxiliares de consultório dentário”, as “técnicas em saúde bucal”, as “técnicas em higiene dental” e as “atendentes de consultório dentário”. Mais uma vez, não pude verificar a quais classes pertenciam as profissionais com as quais tive contato. Por isso refiro-me a elas como “auxiliares”, que me parece ser o termo mais utilizado nos Centros de Saúde. Para uma análise da inserção das equipes de saúde bucal na política de saúde da família brasileira, ver Lourenço et al. (2009).

⁵⁷ “Controle de zoonoses” é a expressão mais usada nos Centros de Saúde para fazer referência às equipes formadas pelos agentes de combate a endemias (ACE) e, por isso, a utilizo aqui.

⁵⁸ Para mais detalhes sobre as equipes de controle de zoonoses em Belo Horizonte, ver Turci (2008:75-81).

vezes trabalhava com o apoio de uma auxiliar. Executando tarefas administrativas e/ou de suporte às profissionais ligadas às intervenções no campo da saúde em sentido estreito, os Centros de Saúde também contavam com uma gerente, três a quatro auxiliares administrativas, duas faxineiras, dois porteiros, um guarda municipal e duas ou três universitárias que atuavam no projeto “Posso Ajudar? Amigos da Saúde”⁵⁹.

Ao longo do trabalho de campo pude conhecer um pouco as ações de cada uma destas profissionais. Em boa medida, a atuação das EqSF influencia e, ao mesmo tempo, é influenciada pelos trabalhos de todas as demais profissionais presentes nos Centros de Saúde. Nesse sentido, seria proveitoso explorar analiticamente as tarefas que executam. No entanto, dados os objetivos centrais desta tese, a pretensão de estabelecer comparações para com a realidade cubana e a necessidade de definir prioridades em torno das questões a serem discutidas, restringirei meu foco às atividades das EqSF.

Já nos CMF geralmente trabalham diretamente apenas uma médica e uma enfermeira. Apenas naqueles CMF com mais de uma Equipe Básica de Saúde (EBS) encontram-se mais de uma médica e de uma enfermeira. Por conseguinte, muito em decorrência disso, há nos CMF uma diversidade menor de atividades em comparação com os Centros de Saúde. Um número maior de atividades e de funcionárias pode ser encontrado nas Policlínicas. Dependendo das composições dos Grupos Básicos de Trabalho (GBT) que nelas atuam, as Policlínicas podem contar com ginecologistas, obstetras, pediatras, especialistas em medicina interna⁶⁰, dentistas, psicólogas, trabalhadoras sociais⁶¹, messageiras⁶², operadoras de raios-X etc. Muitas destas profissionais, especialmente as obstetras e as pediatras, visitam regularmente os CMF vinculados às Policlínicas nas quais atuam. Geralmente, obstetras e pediatras visitam quinzenalmente um CMF, com o objetivo de incrementar a atenção para com as grávidas e as crianças. Vale registrar que tive notícia de que por vezes as Policlínicas também podem receber visitas de determinadas profissionais que normalmente não possuem, tais como oftalmologistas e técnicas de ultrassom.

Enquanto as obrigações das profissionais que integram as EqSF se restringem às dinâmicas dos Centros de Saúde, as médicas e enfermeiras da política de saúde da família de Havana dividem suas funções entre os CMF e as Policlínicas. Constantemente vão às Policlínicas, e nelas realizam plantões semanais, tarefas docentes, exames etc. Na maioria

⁵⁹ O projeto utilizava estudantes universitárias de cursos do campo da saúde ou afins que eram contratadas enquanto estagiárias. Estas geralmente permaneciam nas entradas dos Centros de Saúde, direcionando as pacientes com dúvidas com relação ao acesso aos serviços.

⁶⁰ A médica em Cuba se gradua enquanto “médica geral integral”. A medicina interna é uma especialidade que, no Brasil, estaria próxima à clínica médica. Para mais informações sobre a formação das profissionais de saúde no país, ver Alvarez & Osa (2002:94-102).

⁶¹ As trabalhadoras sociais são profissionais dedicadas à identificação e intervenção em problemas sociais de ordens diversas. Embora não possuam formação em nível de graduação, suas práticas e concepções teóricas são próximas às das assistentes sociais brasileiras. Para mais detalhes, ver Moraes (2011).

⁶² Até onde pude saber, as messageiras são funcionárias cuja função principal é fazer o transporte de documentos entre instituições, especialmente entre as Policlínicas e os CMF.

das vezes em que, conhecendo uma médica, perguntei-lhe onde trabalhava, obtive como resposta a indicação de uma Policlínica, ainda que ela atuasse em um CMF. De modo que, nos contatos que estabeleci com médicas e enfermeiras da política de saúde da família, elas me sugeriram que seriam funcionárias das Policlínicas, e que prestariam serviços nos CMF. Nesse sentido, o pertencimento ao GBT precederia o pertencimento à EBS.

Em sintonia com a diversidade de profissionais que neles trabalham, muitas são as atividades que ocorrem nos Centros de Saúde de Belo Horizonte. Creio que, dentre aquelas que são direcionadas à atenção às pacientes, e que constituem as formas centrais de execução da política de saúde da família na cidade, poderíamos citar os acolhimentos de pacientes, as consultas realizadas por médicas e enfermeiras, as atividades realizadas com grupos de pacientes e as diversas atividades desenvolvidas pelas profissionais de enfermagem: aquelas ocorridas na sala de observação, na farmácia, na sala de vacina, na sala de curativo e na sala de coleta de materiais biológicos. Por sua relevância do ponto de vista da organização do trabalho das EqSF, são destacáveis também os momentos em que as profissionais se reúnem para discutir suas ações. Obviamente, dada a diversidade de profissionais presentes nos Centros de Saúde, neles acontecem inúmeras outras atividades. Contudo, do ponto de vista da execução da política de saúde da família, pode-se afirmar que elas são – apenas sob este prisma – menos relevantes. Some-se a isso o fato de que elas, ao contrário daquelas acima citadas, nem sempre são efetuadas em todos os Centros de Saúde.

Por seu turno, como afirmado acima, minhas vivências em campo indicam que no interior dos CMF acontecem sobretudo as consultas com as médicas e as enfermeiras. Sendo assim, nos CMF não existe uma atividade que corresponda exatamente aos acolhimentos realizados nos Centros de Saúde. Além disso, não conheci nenhuma atividade realizada com grupos de pacientes nos CMF. Por fim, nos CMF não existem espaços tais como a farmácia e as salas de observação, de vacina, de curativo e de coleta, sempre presentes nos Centros de Saúde. Em Havana, tais atividades encontram correspondência apenas com dinâmicas que se dão fora dos CMF, nas farmácias estatais e nas Policlínicas⁶³.

As maiores ou menores complexidades dos Centros de Saúde e dos CMF impactam tanto as atuações das profissionais quanto as experiências das pacientes. A diversidade interna aos Centros de Saúde demanda uma inextricável organização das ações, com grande interdependência entre as profissionais. Isso em regra produz disputas por espaços,

⁶³ Os itens 25 e 26, do capítulo V, discutem, respectivamente, os acolhimento de pacientes nos Centros de Saúde (com um contraponto a partir dos contextos de recepção de pacientes nos CMF) e as consultas realizadas pelas médicas. No item 28 abordo tangencialmente as problemáticas das atividades com grupos de pacientes e as reuniões entre as profissionais dos Centros de Saúde (ver páginas 332 e 343). Espero, no futuro, ter a oportunidade de discutir as demais atividades desenvolvidas nos Centros de Saúde e que neste trabalho não serão exploradas com profundidade – especialmente aquelas efetuadas pelas profissionais de enfermagem.

por tempos, por prioridades etc., assim como conflitos em torno de responsabilidades. Por isso, são constantes as discussões acerca da melhor forma de organização das atividades. Além disso, o ajuste entre os deveres de cada membro do conjunto de trabalhadores quase sempre se torna tenso. Já a maior simplicidade dos CMF, se por um lado reduz a potencialidade de suas ações, por outro torna mais evidentes seus escopos e possibilidades de atuação. Em Havana, cheguei a ouvir reclamações de profissionais acerca de suas colegas, mas estas estavam dirigidas às formas pelas quais elas executavam ou deixavam de executar suas tarefas, que pareceram estar sempre bem definidas.

Do ponto de vista das pacientes, entre aquelas que se servem dos Centros de Saúde é comum que surjam dúvidas quanto às formas como devem utilizar estas instituições. Mesmo entre as pacientes que regularmente fazem uso dos serviços oferecidos pelas EqSF, não é raro que se confundam quanto ao que devem fazer, quando devem fazer, com quem devem fazer, como devem fazer etc. De certa forma, aprender a lidar com tais trâmites institucionais é parte central das experiências das pacientes que utilizam o sistema público de saúde brasileiro (PEREIRA, 2011). Noutro sentido, não conheci em Cuba nenhuma paciente que parecesse desconhecer o que um CMF poderia ou não lhe oferecer. As insatisfações experimentadas e problemas enfrentados pelas pacientes cubanas com relação aos CMF não pareceram incluir tal problemática.

Enquanto executores privilegiados das políticas de saúde da família, os Centros de Saúde e os CMF são concebidos como espaços para o desenvolvimento de ações de prevenção e de promoção da saúde. Entretanto, tal delineamento conceitual não significa necessariamente que as atividades que neles ocorrem devam assim ser caracterizadas. Postas as inúmeras atividades desenvolvidas nos Centros de Saúde, a possibilidade de classificá-las como ações de prevenção ou de promoção da saúde é um tema candente entre suas profissionais. Para além da constatação de que tais definições são controversas⁶⁴, as profissionais constantemente debatem em que medida seus trabalhos estariam ou não de acordo com o objetivo mais amplo da política de saúde de família de atuar preventivamente e de promover a saúde das populações atendidas. E tais avaliações dependem sempre dos parâmetros utilizados, o que faz com que as atividades sejam classificadas diferentemente.

Certa vez conversava com uma enfermeira que no passado havia trabalhado em outro município. Tecendo comparações entre as políticas de saúde da família das duas cidades, afirmou-me que a de Belo Horizonte “*não funciona porque as profissionais fazem de tudo*”. Estávamos ainda no meio de uma manhã e, naquele dia, ela anteriormente havia estado responsável pela atividade de coleta. Disse-me que tal atividade a impedira de realizar o que

⁶⁴ Ver capítulo I, item 8, pág. 38.

seria mais adequado, não a permitindo “*fazer nada de PSF*”. Indicou-me que apenas nos minutos seguintes poderia começar a “*fazer PSF*”, pois iniciaria o acolhimento das pacientes de sua EqSF. De forma distinta, em outro Centro de Saúde, ao final de um acolhimento que eu acompanhara totalmente, conversava com a enfermeira que o executara sobre o que havia acontecido. Ela se disse extremamente insatisfeita com aquele tipo de atividade, pois sentia que desempenhava tão somente um “*papel de secretária*”, uma vez que passara boa parte de seu dia apenas agendando consultas para a médica de sua EqSF.

Entre as auxiliares de enfermagem, são comuns as queixas em torno das obrigações relativas à farmácia e às salas de observação, de vacina, de curativo e de coleta. Elas geralmente dedicam metade de seus esforços a estes espaços, e muitas afirmam que isso as impediria de atuar nos campos da prevenção e da promoção da saúde. Uma destas profissionais expôs-me que entendia que a atuação nestes ambientes representaria um “*desvio de função*”. Segundo ela, o adequado seria que o Centro de Saúde possuísse profissionais contratadas para executarem exclusivamente tais tarefas, o que permitiria que as auxiliares de enfermagem das EqSF se dedicassem somente às atividades de suas equipes. Apontou que tal tipo de organização do trabalho não ofereceria tempo para que as EqSF criassem mais “*grupos operativos*”, que seriam meios de oferecer outro tipo de atenção às pacientes. Por outro lado, no primeiro dia em que visitei certo Centro de Saúde fui recepcionado por uma enfermeira, que me apresentou a instituição e suas atividades. Ao descrever os trabalhos que eram ali realizados, afirmou que o contexto da vacina seria aquele onde as profissionais atuariam preventivamente e promoveriam a saúde de forma mais intensa. Destacou inclusive que nele surgiriam laços fortes entre profissionais e pacientes, uma vez que as profissionais poderiam acompanhar o crescimento das crianças vacinadas. Em outra oportunidade eu participava de uma reunião geral entre as profissionais de um Centro de Saúde, planejada para que elas refletissem sobre a organização de seus trabalhos. Uma das médicas presentes posicionou-se criticamente acerca dos “*grupos*” que eram realizados na instituição. Asseverou que, na verdade, estes seriam “*consultas em grupo*”, levadas a cabo não com o fim de prevenir e de promover a saúde, mas tão somente com o objetivo de diminuir a demanda dos acolhimentos.

Com relação às consultas realizadas pelas médicas também ouvi opiniões divergentes. Conheci uma ACS que constantemente procurava se aproximar da equipe do NASF que atuava naquele Centro de Saúde. Esta ACS dizia que gostava do trabalho do NASF, pois suas ações seriam de prevenção e de promoção da saúde. Ainda segundo ela, as médicas do Centro de Saúde “*servem só para passar receita*”. Na maioria das vezes, se uma paciente encontrava-se doente, esta ACS indicava que ela buscasse a médica de sua EqSF. Para os demais casos, investia seus esforços em tentar conseguir que as profissionais do NASF visitassem as pacientes que residiam em sua microárea de atuação. Contudo, eu

havia tido a oportunidade de acompanhar uma manhã de consultas com a médica da EqSF desta ACS. Nesta ocasião a médica me disse que trabalhava na política de saúde da família há alguns anos, e que com o tempo havia aprendido a promover a saúde de suas pacientes durante as consultas. O contato constante com elas teria feito com que modificasse suas estratégias de intervenção, passando a ser capaz de identificar as características das pacientes e a conseguir modificar seus comportamentos e suas relações com seus problemas de saúde.

Portanto, com relação a estas distintas avaliações para com as atividades dos Centros de Saúde, uma perspectiva recorrente entre as profissionais associa a real execução da política de saúde da família a apenas parte de suas obrigações. Muitas profissionais entendem que estariam de fato efetivando a política de saúde da família somente quando suas ações pudessem ser caracterizadas como preventivas ou de promoção da saúde. Atividades organizacionais, burocráticas, de tratamento, de cura etc., conquanto possam ser cotidianas e demandarem muito de seus esforços, não seriam, sob este prisma, “*saúde da família*”. Entretanto, nem sempre os mesmos aspectos são levados em conta para que uma atividade seja ou não classificada como de prevenção ou de promoção da saúde. O que significa que não há um consenso entre as profissionais sobre se os acolhimentos, as consultas, os grupos e as ações na farmácia e nas salas de observação, de curativo e de coleta são ou não de prevenção ou de promoção da saúde. Associadamente, não há consenso entre elas se estas atividades constituem ou não formas de execução da política de saúde da família.

Tais dissonâncias não me pareceram ser tão constantes entre as profissionais cubanas. Algumas médicas e enfermeiras dos CMF me afirmaram que a política de saúde da família do país não funcionaria exatamente de acordo com suas definições programáticas. Porém, esta distância entre o real e o concebido estaria mais relacionada à impossibilidade dos CMF realizarem tudo o que seria esperado, e não a uma modificação de sentido nas atividades executadas. Ou seja, as profissionais me afirmaram que não seriam capazes de efetuar todas as ações devidas, mas, ao mesmo tempo, aquelas que conseguiam efetuar seriam de prevenção e de promoção da saúde. Não conseguiriam, por exemplo, registrar adequadamente as informações das pacientes em seus prontuários, ou então dedicar nas consultas o tempo devido ao atendimento das pacientes. Entretanto, isso não faria com que as ações dos CMF deixassem de ser, fundamentalmente, de prevenção e de promoção da saúde.

As profissionais dos Centros de Saúde e dos CMF parecem concordar que o excesso de demanda por seus trabalhos seria um limitador para com a ampliação de suas atividades de prevenção e de promoção da saúde. Com muitas pacientes a receber, com muitos documentos a manipular, com muitas obrigações a cumprir etc., não seria possível levar a

efeito todas as ações desejadas ou esperadas. A diferença é que, entre as profissionais dos CMF, tal excesso de trabalho produziria uma diminuição do alcance de suas intervenções. Já entre as profissionais dos Centros de Saúde, tal excesso de trabalho produziria uma modificação no sentido de suas intervenções, uma vez que seriam obrigadas a priorizar aquelas atividades mais distantes aos ideais de prevenção e de promoção da saúde.

Do ponto de vista de seus horários de funcionamento, as instituições de Belo Horizonte e de Havana aqui discutidas não são muito diferentes. Os Centros de Saúde geralmente estão abertos ininterruptamente entre 7h e 19h. Conheci apenas um Centro de Saúde da cidade que fechava suas portas às 18h. Este se situava próximo a uma favela e tal medida era anunciada como uma forma de garantir maior segurança às suas funcionárias. Por sua vez, os CMF a princípio geralmente estão abertos de segunda a sexta-feira entre 8h e 17h (sempre com uma interrupção de uma hora para almoço) e, aos sábados, entre 8h e 12h. No entanto, as médicas e enfermeiras separam, ao longo da semana, de duas a cinco manhãs e/ou tardes para a realização de visitas domiciliares. Nestes períodos os CMF normalmente permanecem fechados. Além disso, uma vez por semana os CMF funcionam de 17h às 19h. Este período é denominado *deslizante*, sendo concebido para o atendimento daquelas pacientes, comumente trabalhadoras, que, por qualquer razão, não podem utilizar os serviços dos CMF nos horários diurnos. Quando precisam se ausentar das instituições durante os horários em que elas estavam programadas para estarem abertas, a maioria das médicas e enfermeiras deixa anotado em suas portas os locais onde se encontram, para que as pacientes possam encontrá-las, caso necessitem.

Também é comum que um ou dois períodos de trabalho semanais sejam reservados pelas médicas e enfermeiras para a realização de consultas com gestantes e/ou lactantes. Algumas *pancartas informativas* dos CMF chegam a informar quais seriam estes períodos. Uma manhã em que estive visitando um CMF correspondia a um destes períodos que as profissionais reservavam para a recepção de mães e seus filhos recém-nascidos. Acompanhei a busca por atendimento de três pacientes que não se encontravam nesta situação. Uma delas precisava que a médica telefonasse para um hospital onde seu neto estava internado para que ele pudesse receber alta e, por isso, foi atendida imediatamente. As outras duas, que desejavam receitas para medicamentos, foram recebidas apenas naqueles momentos em que não havia mães aguardando para serem atendidas. Considerando-se que além destes períodos reservados pelas médicas e enfermeiras existem também aqueles em que especialistas, sobretudo pediatras e obstetras, visitam os CMF, é bastante comum neles observar grupos de pacientes aguardando atendimento que são formados apenas por grávidas ou por mães e seus filhos recém-nascidos. Em várias circunstâncias, nas quais estive por poucos minutos em alguns CMF, deparei-me com tais situações. Até onde pude notar enquanto estive nestas instituições, e a partir de conversas

com algumas pacientes, minha impressão é que a população reconhece que esta destacada reserva de tempo e de atenção para com estes grupos faz parte das funções dos CMF e, por isso, tendem a evitar procurá-los nestes momentos.

O documento regulador da política de saúde da família cubana prevê que os CMF possam adaptar seus horários de funcionamento às necessidades das populações sob suas responsabilidades. Entretanto, em Havana não conheci nenhuma situação em que tal possibilidade houvesse sido aproveitada. Na Figura 60, abaixo, pode-se ver a *pancarta informativa* disposta na entrada de um CMF, na qual constam informações referentes aos seus horários de funcionamento e, abaixo dela, o envelope no qual a médica e a enfermeira informam os locais onde se encontram quando a instituição é fechada durante seu horário de funcionamento.

Figura 60: *Pancarta informativa* de um CMF

PANCARTA INFORMATIVA

ATENCIÓN PRIMARIA

DOCTOR (A) _____
ENFERMERO (A) _____

CONSULTORIO # 7 POBLACIÓN 1285

SISTEMA DE DÚOS Y TRÍOS (CONSULTORIOS ALTERNATIVOS MÁS CERCANOS)

CONSULTORIO # 4 DIRECCIÓN 13 al 64 y 66
CONSULTORIO # 5 DIRECCIÓN 60 y 62 y 64 y 66
CONSULTORIO # 3 DIRECCIÓN 11 y 68

CDR DIRECCIONES

1. Calle 11, 13, 15, 17 desde 60 a 64
2. 60 desde 11 a 13
3. 62 desde 11 a 17
4. 64 desde 11 a 17
5. _____
6. _____

PLANIFICACIÓN DE CONSULTAS, TERRENOS Y DESLIZANTES

SECCIÓN DE TRABAJO	HORARIO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
MAÑANA	8.00 am - 12.00 m	consultas		consultas	consultas	consultas	consultas
TARDE	1.00 pm - 5.00 pm	consultas	consultas	consultas	consultas	consultas	
DESLIZANTE	5.00 pm - 9.00 pm	consultas					

GUARDIA MÉDICA DÍA _____ HORARIO _____
DOCENCIA DÍA _____ HORARIO _____

REUNIÓN DEL GRUPO BÁSICO DE TRABAJO (GBT)
DÍA 1er viernes de mes HORARIO 1-5. Pm.

INTERCONSULTAS CON LAS ESPECIALIDADES BÁSICAS

- MEDICINA INTERNA DÍA _____ HORARIO _____
- PEDIATRIA DÍA _____ HORARIO _____
- OBSTETRICIA DÍA _____ HORARIO _____
- PSICOLOGÍA DÍA _____ HORARIO _____

Recoger

Parece-me que a maior parte das médicas e enfermeiras cubanas reservam os períodos da tarde para a realização das visitas domiciliares, o que gera uma concentração das consultas nas manhãs. Além disso, elas foram unânimes em me afirmar que a maioria

das pacientes prefere procurar os CMF durante as manhãs, o que reforça a concentração dos serviços neste período do dia. Não obstante todos os Centros de Saúde permaneçam abertos durante todo o dia, neles também ocorre uma condensação dos trabalhos no período matutino. Suas funcionárias e EqSF dividem seus horários de trabalho ao longo do dia de modo a possibilitar que os Centros de Saúde permaneçam em funcionamento desde as 7h até as 19h. Sobretudo em função da necessidade de gerir o uso dos espaços disponíveis, há uma tentativa comum em fazer com que especialmente os horários dos acolhimentos e das consultas oferecidos pelas EqSF não coincidam entre si. Por exemplo, num Centro de Saúde que possua quatro EqSF, duas delas podem começar seus acolhimentos às 7h, outra às 8h e outra às 10h. Por outro lado, muitas vezes as funcionárias das EqSF não trabalham exatamente nos mesmos horários. Não obstante isso ocorra, dificilmente os horários de trabalho das profissionais se dividem de tal forma que as EqSF mantenham pelo menos uma de suas integrantes trabalhando desde a abertura até o fechamento dos Centros de Saúde. Dessa forma, cada EqSF ajusta o momento de realização de suas atividades de acordo com o horário de trabalho de suas integrantes e com o momento de realização das atividades das demais EqSF de seu Centro de Saúde.

Conquanto haja essa pretensão em distribuir as atividades ao longo de todo o dia, por diversas razões não deixa de haver uma intensa concentração das atividades no período da manhã. O serviço de coleta de materiais biológicos sempre tem início logo que o Centro de Saúde é aberto. A farmácia, que constitui um setor diariamente buscado por grande número de pacientes, sempre funciona pela manhã, e geralmente é fechada no decorrer da tarde. Os acolhimentos, que são as atividades que mais mobilizam as profissionais e as pacientes, dificilmente têm início à tarde. Ademais, privilegia-se a marcação de consultas, de grupos e de curativos para o período matutino. A manutenção em funcionamento da farmácia, da sala de vacinas e da sala de observação é uma responsabilidade compartilhada por todas as EqSF de um Centro de Saúde, o que possibilita que elas permaneçam em atividade por períodos mais largos no decorrer do dia. Contudo, as profissionais tentam fazer com que a demanda por elas se direcione para as primeiras horas da manhã.

Quando me dirigia aos Centros de Saúde de Belo Horizonte no período da manhã quase sempre os encontrava bastante movimentados. Se não todas, ao menos boa parte das cadeiras de espera geralmente encontravam-se tomadas pelas pacientes. Por sua vez, as profissionais encontravam-se bastante ocupadas com suas atividades. Havia muita agitação por toda parte, com muitas pessoas chegando, saindo, conversando, manipulando medicamentos, entregando, preenchendo ou transportando papéis, além de portas se abrindo e fechando, impressoras barulhentas e estridentes funcionando, filas sendo formadas etc. Próximo às 12h, quando muitas das profissionais interrompiam seus trabalhos para almoçarem, tal movimento começava a diminuir consideravelmente, sendo retomado a

partir de 13h. Entre 13h e 16h havia sempre algum movimento, mas já consideravelmente menor do que aquele do período da manhã. A partir das 16h até as 19h o movimento diminuía vertiginosamente. A maioria das profissionais terminava suas jornadas de trabalho até as 17h, já não havia mais acolhimentos ou grupos sendo realizados, restando apenas algumas consultas ou outras atividades, já sendo encerradas. Se próximo às 7h podia-se facilmente observar cerca de trinta profissionais e sessenta pacientes dentro da instituição, próximo às 19h raramente nela se encontraria mais do que dez pessoas, dentre profissionais e pacientes.

24. Espaços das instituições

Políticas de saúde da família possuem objetivos, princípios, parâmetros conceituais, estruturas organizacionais etc. Contudo, independentemente de quais sejam estes, elas não podem prescindir de espaços para se efetivarem – quer sejam os territórios nos quais interveem, quer sejam as instituições nas quais concentram suas profissionais e suas ações. Sendo assim, para a compreensão das formas pelas quais as políticas de saúde da família são executadas é imprescindível considerar como são compostos os espaços das instituições que as abrigam. Anteriormente, o capítulo II deste trabalho explorou a dimensão territorial das políticas de saúde da família de Havana e de Belo Horizonte. Agora, este item se dedica a refletir sobre os espaços internos dos Centros de Saúde e dos CMF. As diferenças entre estas instituições se devem não apenas às suas funções no conjunto de suas respectivas políticas de saúde da família, às profissionais que nelas atuam e às atividades que são nelas desenvolvidas, mas também às formas pelas quais seus espaços são constituídos.

Enquanto acompanhava uma visita domiciliar realizada por uma médica de Belo Horizonte, conversávamos acerca dos procedimentos que as profissionais adotavam nestas circunstâncias. Ela explicitou-me que entendia que, do ponto de vista das condições de realização de seu trabalho, a principal diferença entre as situações da visita domiciliar e do atendimento no Centro de Saúde seria que, no domicílio da paciente, esta estabeleceria as regras da relação, ao passo que, enquanto profissional, no Centro de Saúde as regras da relação seriam por ela estabelecidas. Por conseguinte, de acordo com minha interlocutora, profissionais e pacientes precisariam se adaptar às normas estipuladas por umas e outras dependendo do local de seus encontros. Ao manifestar-me sua opinião, esta médica alertava-me para os fatos de que os espaços seriam regulados, e de que tais regras, ao serem estabelecidas, definiriam limites e possibilidades para os sujeitos que os utilizam.

Avalio que a perspectiva enunciada por esta médica é compartilhada por muitas profissionais, conquanto, em nossas interações, poucas tenham se expressado exatamente

nestes mesmos termos acerca deste tema. Em inúmeras ocasiões nas quais acompanhava visitas domiciliares realizadas por médicas e enfermeiras, presenciei seus pedidos para que as pacientes as procurassem nos Centros de Saúde em outros momentos para que seus atendimentos tivessem continuidade. Tais pedidos eram extremamente recorrentes quando as visitas eram dirigidas a pacientes que não possuíam dificuldades de locomoção. Ao término destas visitas, quando já havíamos deixado as casas das pacientes, algumas destas profissionais me confidenciavam seus incômodos com as atividades que haviam acabado de realizar. Seus argumentos – com os quais justificavam seus pedidos às pacientes e também me explicavam a razão de suas insatisfações – eram de que nos Centros de Saúde tinham disponíveis uma série de “*tecnologias*” que possibilitariam o oferecimento de serviços mais completos. A meu ver, tal argumento se sustentaria tão somente com relação a algumas poucas ocasiões. Raríssimas eram as visitas domiciliares nas quais as profissionais não conseguiam atender plenamente as necessidades das pacientes porque lhes faltava algum recurso qualquer. A maioria dos atendimentos se fazia basicamente por meio do diálogo da profissional com a paciente, do exame clínico, da análise de prontuário, da prescrição de medicamentos e da oferta de orientações variadas. Elementos que não faltavam nas visitas domiciliares. Além disso, tais visitas eram quase sempre planejadas, de modo que as profissionais já possuíam panoramas gerais sobre as condições das pacientes e, com base neles, levavam consigo artifícios outros (gazes, medicamentos, informações etc.) que possivelmente iriam ser requeridos. Por isso entendo que o aspecto determinante com relação à insistência das profissionais dos Centros de Saúde para que suas pacientes fossem atendidas nas instituições e não em suas casas não diz respeito à qualidade de seus trabalhos em um ou em outro espaço, mas à margem de controle que possuem para com estes espaços e, conseqüentemente, também para com as relações que estabelecem com as pacientes. Aos espaços são associados tempos, ações, hierarquias, valores, procedimentos etc. Nas instituições as profissionais têm um controle muito maior sobre tais questões do que nas casas de suas pacientes.

Durante o trabalho de campo em Belo Horizonte possuía grande liberdade de circular pelos Centros de Saúde. Mantendo sempre um respeito para com o desenvolvimento de suas atividades, podia transitar por praticamente todos os seus espaços quando desejava. Podia me deslocar até áreas restritas às funcionárias, tais como as cozinhas e alguns banheiros. Num certo sentido, transitava mais pelos diferentes espaços dos Centros de Saúde do que as próprias profissionais. Por exemplo, frequentava suas farmácias e salas de recepção, espaços pouco utilizados pelas médicas. Frequentava as salas de consulta, espaços pouco utilizados pelas ACS. Visitava as salas das equipes de controle de zoonoses e as salas de atendimento odontológico, espaços pouco utilizados pelas enfermeiras. Tal liberdade de circulação era percebida pelas pacientes, e contribuía para que por vezes me

identificassem com as profissionais. Embora não me vestisse de branco (como faziam muitas profissionais) e não tivesse jamais oferecido atendimento a ninguém, diversas vezes fui abordado por pacientes que me dirigiam pedidos diversos, pois imaginavam que eu trabalhava nas instituições.

Várias vezes me sentava nas cadeiras de espera reservadas às pacientes. Geralmente o fazia quando pretendia observar algo, abordar uma paciente ou simplesmente esperar alguns minutos pelo início de alguma atividade que iria acompanhar. Curiosamente, em diversas ocasiões ouvi de diferentes profissionais o seguinte gracejo: “*hoje você está de paciente?*”. Aquele era um espaço fortemente associado às pacientes. Apenas em circunstâncias excepcionais as profissionais se sentavam naquelas cadeiras. Assim como circular pelas áreas internas das instituições fazia com que eu fosse percebido pelas pacientes como um profissional, estar sentado naquelas cadeiras fazia com que eu fosse associado à condição de paciente.

As cadeiras nas quais as pacientes aguardam atendimento geraram também outra interessante experiência. Com o passar dos dias nos Centros de Saúde estabelecia relações mais próximas com algumas profissionais. Pessoas com as quais conversava mais, e com as quais sempre estava a trocar palavras, saudações. Mas aconteceu algumas vezes de, estando sentado nas cadeiras de espera das pacientes, tais pessoas passarem por mim sem me saudarem, algo que jamais acontecia quando nos encontrávamos em outros espaços. Era como se, aos olhos das profissionais, estas cadeiras gerassem certa “zona de invisibilidade”. Certamente, durante a execução intensa de alguma atividade, com as cadeiras estando repletas de pacientes, dificilmente uma profissional distinguiria cada uma das pessoas ali sentadas. Mas não era sempre este o caso. Aconteceu de eu não ser percebido enquanto estava sentado nas cadeiras junto a pouquíssimas pessoas, e por profissionais que passavam bastante próximas a mim com absoluta tranquilidade. As cadeiras das pacientes são, para as profissionais, espaços ocupados por pessoas desconhecidas, espaços aos quais não se direciona o olhar, espaços que, enfim, não pertencem ao campo de suas interações. Daí minha sensação de que para com eles as profissionais desenvolvem certa indiferença.

Como os Centros de Saúde possuíam um grande número de profissionais, especialmente durante a primeira etapa do trabalho de campo em Belo Horizonte, quando os visitei por apenas cinco dias, normalmente não possuía tempo suficiente para me apresentar a todas que neles trabalhavam. Começava a permanecer neles durante períodos muito mais amplos do que os comumente gastos pelas pacientes para seus atendimentos, a transitar por suas instalações e a acompanhar suas atividades antes que todas as profissionais soubessem quem eu era e o que estava fazendo. Nestes contextos, percebia olhares de estranhamento dirigidos a mim, olhares carregados de dúvida e com certa dose

de desconforto. Em três dos nove Centros de Saúde visitados durante a primeira etapa do trabalho de campo cheguei a ser abordado pelos guardas municipais que neles atuavam, sendo solicitado a explicar minha presença. Tais percepções não derivavam do fato de que eu me fazia uma pessoa desconhecida, pois as profissionais certamente reconhecem apenas uma pequena parte das pacientes que frequentam os Centros de Saúde. Mas eu não executava alguma atividade conhecida, não me servia de nenhuma atividade oferecida, não conversava somente com as profissionais ou somente com as pacientes, mas também – e este é o aspecto a ser destacado – não me restringia a estar em apenas um ou outro local. Caso permanecesse em apenas um espaço, possivelmente seria menos estranhado, pois provavelmente seria associado àquele espaço e às atividades nele desenvolvidas.

Minhas experiências nos CMF de Havana me indicaram que suas médicas e enfermeiras são capazes de identificar quase todas as suas pacientes. Isso fazia com que, ao me dirigir aos seus locais de trabalho, elas facilmente percebessem que eu não era uma delas. Por outro lado, minhas experiências também mostraram que dificilmente as pacientes desconheciam quem eram as médicas e as enfermeiras dos CMF aos quais estavam vinculadas. Isso certamente auxiliou para que nas oportunidades em que pude estar nestas instituições, mesmo enquanto estive próximo as profissionais, não tenha jamais sido confundido e abordado como médico ou enfermeiro. Some-se a isso o fato de que meu sotaque e meus erros linguísticos imediatamente denunciavam minha condição de estrangeiro quando iniciava algum diálogo.

Mas numa certa tarde dirigi-me ao CMF que atendia a residência onde estava vivendo. Pretendendo tão somente pesar-me, adentrei na instituição e sentei-me num dos bancos da sala de entrada. Ali já estavam duas mães e um casal, todos eles trazendo seus filhos ainda bebês. Naquela tarde encontrava-se no CMF apenas uma pediatra, que no momento em que cheguei atendia outro casal e seu filho. Permanecendo calado, acredito que as pacientes que aguardavam atendimento não tenham me reconhecido enquanto estrangeiro, mas como um paciente qualquer, pois após um ou dois minutos de espera apenas me avisaram que quem se encontrava trabalhando ali no momento era uma pediatra e não a médica. A condição de estrangeiro, incomum entre as frequentadoras da instituição, provavelmente houvesse gerado reações distintas. Afora isso, independentemente deste aspecto ter ou não sido relevante, muito porque compartilhei com elas os bancos de espera, aquelas pacientes entenderam que eu me dirigira ao CMF enquanto um paciente com o intuito de ser atendido pela médica.

Sempre que fui recebido nos CMF por médicas que permitiam que eu acompanhasse suas consultas, elas me ofereceram cadeiras para que eu me sentasse próximo às suas mesas. No início das consultas explicávamos quem eu era e o fazia, solicitando às pacientes suas permissões para que eu permanecesse no local. No entanto, em alguns

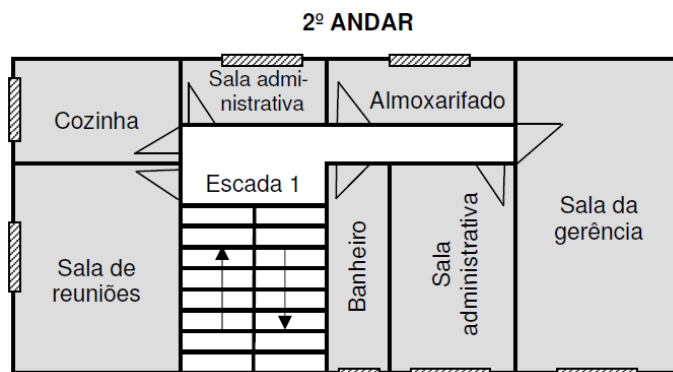
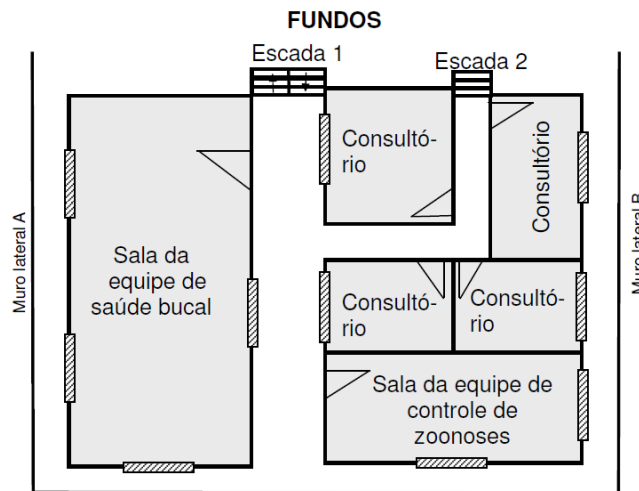
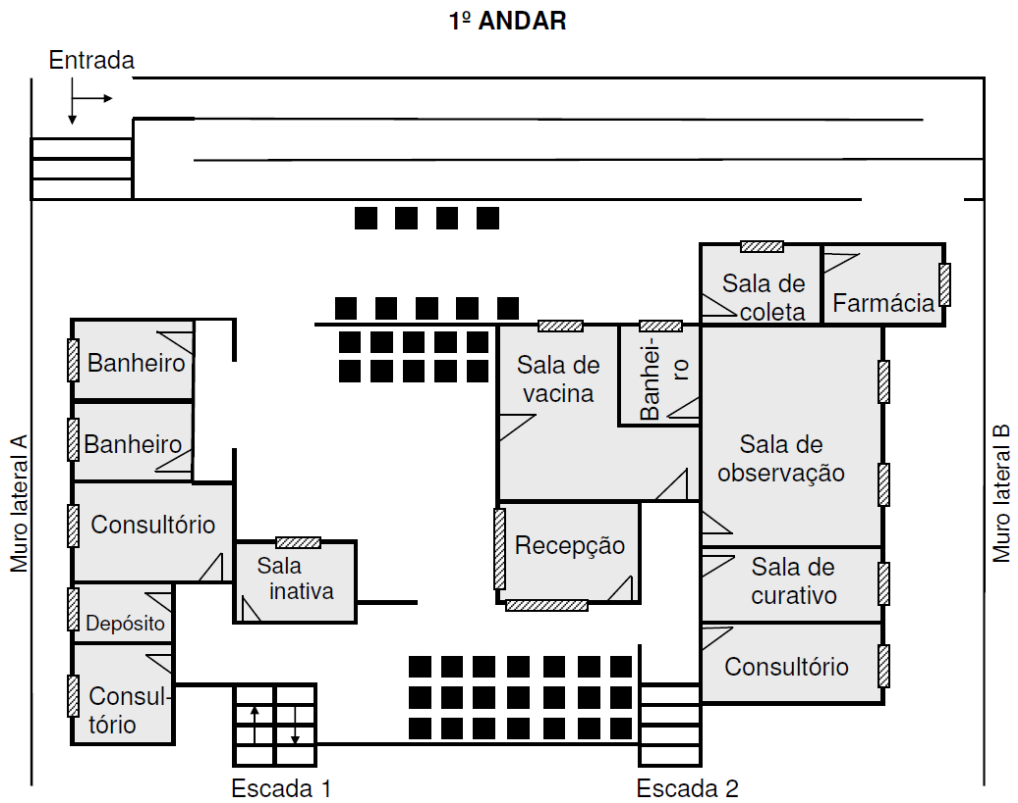
atendimentos elas não me apresentavam imediatamente, sobretudo quando percebiam que as pacientes desejavam apenas informações ou receitas de medicamentos. Isso fazia com que, num primeiro momento, estas pacientes não soubessem quem eu era e o que fazia. Algumas, mais curiosas ou desacanhadas, me interpelaram acerca destas questões. Dentre elas, muitas me perguntaram diretamente se eu seria um estudante. Provavelmente diversos fatores contribuíam para que tal tipo de percepção fosse construído. Mas o fato de estar sentado naquele lugar, e não em outro qualquer da instituição, era fundamental. Ocupava um espaço que não era o da médica, tampouco das pacientes; um espaço de quem claramente estava a observar o que se passava na sala.

Estas e outras situações vividas ao longo do trabalho de campo indicam que os espaços dos CMF e dos Centros de Saúde são sempre associados aos diferentes tipos de sujeitos que os utilizam. Em decorrência disso, são também associados a ações e expectativas imbricadas às posições destes sujeitos. À primeira vista, tal questão talvez possa parecer bastante simples. Todavia, é extremamente relevante no que tange às experiências de profissionais e pacientes, já que diferenças nas composições dos espaços se relacionam com diferenças nas composições de suas relações.

As edificações dos Centros de Saúde de Belo Horizonte e dos CMF de Havana não apresentam um padrão absoluto. Variam os tamanhos dos espaços, seus formatos, suas interconexões etc. Não obstante, nota-se que as instituições de cada uma destas cidades possuem, entre si, praticamente os mesmos tipos de espaços, variando quase que apenas suas disposições nos conjuntos dos edifícios. Com o propósito de contribuir com a discussão em torno de seus espaços, apresentarei abaixo esboços das plantas de dois Centros de Saúde e de dois CMF. Todas estas instituições foram por mim visitadas, de forma que as plantas aqui apresentadas foram produzidas a partir destas visitas. É importante ressaltar que tais desenhos não são reproduções perfeitas das formas reais possuídas pelas instituições. Certamente em alguns detalhes possuem equívocos com relação às suas escalas e à disposição ou formato de certos espaços. Não obstante, de um ponto de vista geral, estes desenhos seguramente oferecem uma imagem bastante verossímil para com as instituições que os inspiraram.

A Figura 61, abaixo, apresenta a planta de um Centro de Saúde de Belo Horizonte instalado em uma edificação recente, erguida para tal fim. Ele está situado em um terreno bastante íngreme. Seu prédio se situa numa porção aplanada do terreno e mais afastada da rua. Por isso, entre a edificação principal e a rua existem uma grande rampa e uma grande escada. Também em função desta inclinação, a parte de suas instalações que se situa nos fundos de sua área foi construída a meia-altura entre o primeiro e o segundo andares de sua parte localizada mais à frente no terreno.

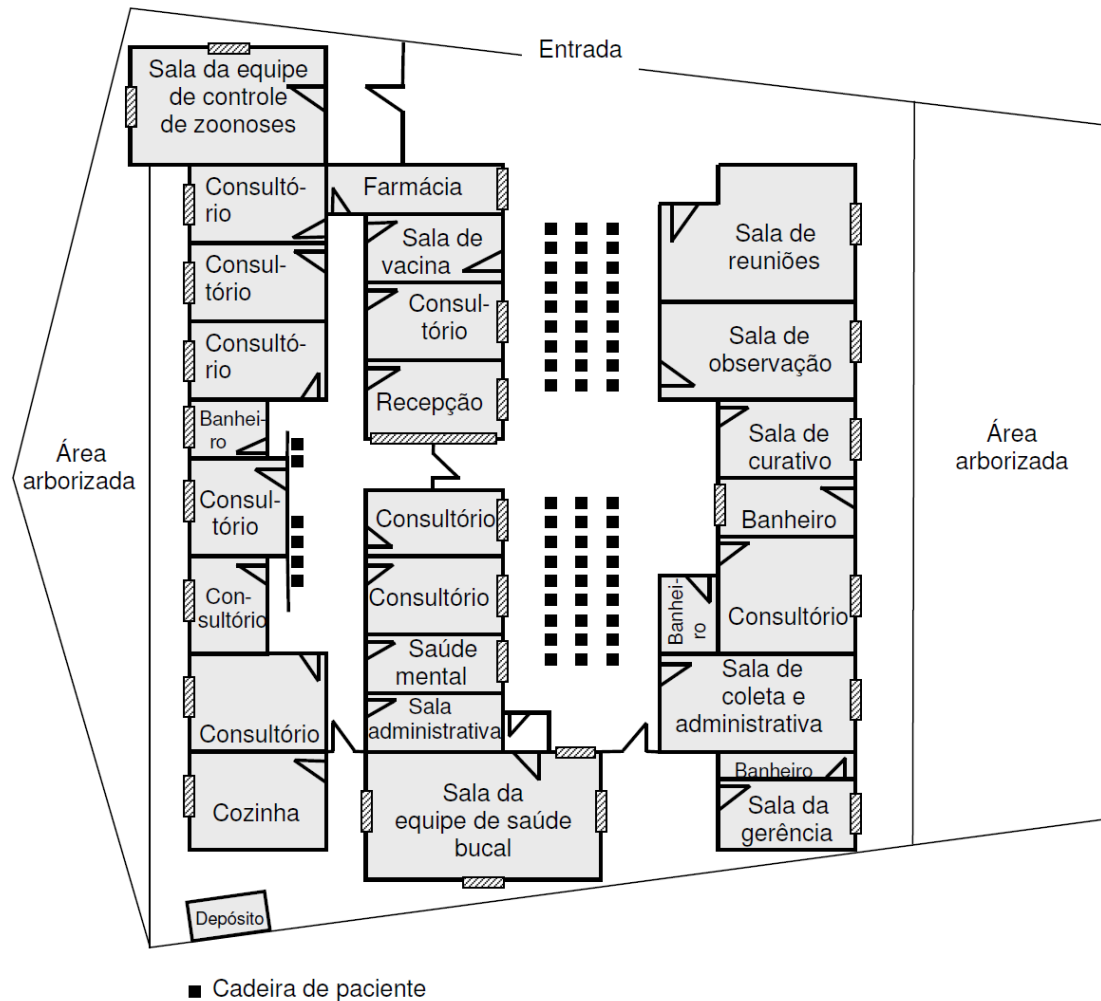
Figura 61: Planta de um Centro de Saúde de Belo Horizonte de construção recente



■ Cadeira de paciente

Por seu turno, a Figura 62, abaixo, apresenta a planta de um Centro de Saúde de Belo Horizonte instalado em uma edificação antiga. De acordo com algumas de suas profissionais, ele originalmente teria sido alojado apenas na parte da edificação mais à esquerda da imagem. Posteriormente teria sido ampliado, com a construção da porção mais à direita.

Figura 62: Planta de um Centro de Saúde de Belo Horizonte de construção antiga



Assim como aconteceu com os demais Centros de Saúde que visitei, demorei vários dias para conhecer completamente os apresentados pelas Figuras 61 e 62. Dentre aqueles que compuseram a primeira etapa do trabalho de campo, alguns sequer cheguei a conhecer completamente. Era necessário certo tempo para que eu aprendesse a reconhecê-los, para que aprendesse a neles me localizar, para aprender a distinguir as especificidades de cada espaço e a entender como elas se relacionavam com o desenvolvimento das atividades. Num certo sentido, ao longo do trabalho de campo, o aprendizado sobre a organização dos espaços dos Centros de Saúde se confundia com o aprendizado sobre seus funcionamentos

e sobre os trabalhos das EqSF. Ao visitar o primeiro Centro de Saúde, não sabia exatamente o que era uma sala de observação, desconhecia que todas estas instituições possuíam farmácias etc. Quando cheguei ao último dos Centros de Saúde que participaram da pesquisa já sabia reconhecer cada um de seus espaços e, em igual medida, já conhecia o lugar que ocupavam em seu funcionamento.

É possível estabelecer uma relação entre, por um lado, a associação entre espaços e sujeitos que venho discutindo neste item e, por outro, o que as profissionais denominam como “fluxos”. Fluxos são formas por meio das quais as profissionais tentam organizar os trajetos das pacientes pelos serviços e pelos espaços dos Centros de Saúde. Por exemplo, se uma paciente se dirige ao Centro de Saúde com o desejo de realizar um exame ginecológico, quem deve recepcioná-la inicialmente? A médica, a enfermeira, a auxiliar de enfermagem, a estagiária do projeto “Posso Ajudar?” ou o porteiro? Quando isso deve ocorrer? Em seguida, esta pessoa que a recebe deve direcioná-la para qual serviço ou profissional? Por outro lado, se a paciente desejar que sua residência seja cadastrada, quais seriam as modificações nessa trajetória? Regular tais processos que congregam demandas, sujeitos, tempos e procedimentos consistiria em regular os “fluxos” da instituição. Tais “fluxos” estão constantemente a ser debatidos, organizados e ajustados, com a intenção de economizar recursos, poupar tempo e aprimorar o atendimento às pacientes. Cada modificação na organização do trabalho das EqSF implica numa reorganização destes “fluxos”. Eles a princípio são pensados como formas de organizar os processos de trabalho, porém percebe-se que inevitavelmente se relacionam com a organização dos espaços.

Por exemplo, num percurso absolutamente comum no cotidiano dos Centros de Saúde, se uma paciente procura o acolhimento de sua EqSF, ela primeiro é abordada próximo à portaria pela estagiária do projeto “Posso Ajudar?” ou pelo porteiro. Depois se dirige à recepção. Em seguida senta-se nas cadeiras de espera tomando a fila do acolhimento. Posteriormente é atendida pela auxiliar de enfermagem em alguma área aberta – tal como um corredor ou um espaço ao lado das cadeiras de espera. Retorna às cadeiras de espera. Depois é recebida pela enfermeira numa sala qualquer. Novamente retorna às cadeiras de espera. Em seguida a médica a atende em outra sala. Dali a paciente se dirige à recepção para o agendamento de alguma consulta ou exame. Por fim, antes de se retirar do Centro de Saúde, passa pela farmácia para obter algum medicamento prescrito pela médica.

Tal relação entre a organização das atividades e a disposição dos espaços é evidenciada pela reiterada forma como eles são alocados nos edifícios dos Centros de Saúde. Observando conjuntamente as plantas apresentadas pelas Figuras 61 e 62, acima, percebe-se como os Centros de Saúde possuem apenas uma passagem principal entre sua edificação e a rua. Não é raro que existam outras áreas de acesso, mas, em regra, são

consideravelmente mais reduzidas e permanecem fechadas quase todo o tempo. De qualquer forma, cada Centro de Saúde possui apenas um local planejado para a entrada e saída de pessoas. Isso certamente facilita a organização do trânsito das pacientes pela instituição. Ademais, percebe-se que as farmácias são sempre colocadas em áreas próximas a estes locais, possuindo janelas por meio das quais as pacientes são atendidas. Tal arranjo possibilita que este setor, que sempre recebe uma grande quantidade de pacientes, funcione sem que elas, para acessá-lo, precisem adentrar na porção interna da instituição. Algo similar ocorre com as salas de vacina e de coleta, que geralmente são colocadas em áreas próximas à entrada, e que possuem portas para a área externa das instituições, de modo que as pacientes possam ser atendidas sem que adentrem no prédio.

Em contraposição, os consultórios encontram-se sempre na periferia das partes internas dos edifícios, não possuindo acessos desde as áreas externas. Isso implica que, para chegarem até eles, as pacientes precisam atravessar outros espaços, o que quase sempre significa ter contato com outras profissionais e outros serviços. É interessante assinalar que as pacientes que abordam as médicas “*pelos corredores*” e que “*não aguardam sua vez*” são bastante criticadas pelas profissionais. Crítica que, por sinal, não é tão forte e constante com relação às pacientes que fazem o mesmo para com as enfermeiras e auxiliares de enfermagem. A ideia é que, para preservar a organização do trabalho das EqSF, os contatos com as médicas devem se restringir aos locais adequados às consultas, ou seja, aos consultórios. Controlar o acesso a estes espaços é uma forma de controlar o acesso às atividades que neles ocorrem. Portanto, as pacientes que subvertem tal desígnio ao se servirem das médicas em outros espaços desmontariam a organização das atividades. É interessante assinalar também que durante o trabalho de campo tive a impressão de que as médicas evitam circular pelas áreas de espera das pacientes. Não é raro que elas sejam interpeladas pelas pacientes, que as abordam enquanto por lá passam e aproveitam para com elas tratar sem terem de esperar. As médicas podem então esquivarem-se de tal tipo de assédio evitando transitar pelos espaços mais frequentados pelas pacientes.

Em quase todos os Centros de Saúde que visitei – sobretudo naqueles de construção recente e que foram erguidos para tal fim – nota-se que as salas de observação são colocadas nas partes internas dos edifícios, a meio caminho entre os consultórios e as áreas de espera das pacientes. Ali as pacientes permanecem próximas às áreas onde as médicas trabalham e, ao mesmo tempo, próximas às áreas de espera das pacientes, indicando o tipo de atendimento provisório que lhes é oferecido nestes espaços. Observando-se a planta apresentada pela Figura 62, acima, percebe-se que neste Centro de Saúde a sala de observação possui uma localização distinta. Mas isso provavelmente se deva ao fato de que a construção desta instituição não foi planejada em seu conjunto.

Percebe-se ainda que as salas das gerências encontram-se dispostas em partes mais periféricas das edificações, também sem acesso pela área externa. Sendo assim, para nelas adentrarem o sujeito precisa antes atravessar vários outros espaços. São salas menos frequentadas por profissionais e pacientes, o que contribui para que sejam instaladas em porções afastadas das áreas de entrada. Por fim, nota-se que as salas das equipes de saúde bucal e de controle de zoonoses ficam deslocadas dos demais espaços. Estas salas geralmente possuem acesso desde a área externa do edifício, indicando certa independência para com o restante das atividades da instituição.

Tais regulações dos espaços têm origem mormente na concepção da edificação dos Centros de Saúde. Entretanto, têm continuidade no cotidiano de trabalho das profissionais, que as aproveitam e/ou reelaboram de acordo com seus desígnios. Na Figura 62, acima, pode-se perceber a representação de algumas poucas cadeiras destinadas às pacientes no interior da parte mais à esquerda da edificação. Este tipo de localização não é usual nos Centros de Saúde. Estes locais de espera geralmente ficam concentrados em áreas externas e/ou próximas às portas de entrada. No caso deste Centro de Saúde, tais cadeiras eram utilizadas pelas auxiliares de enfermagem de algumas EqSF para a primeira etapa de seus acolhimentos. Durante os acolhimentos, a paciente, que se encontrava na área externa, era chamada para este setor, onde se sentava junto à auxiliar de enfermagem. Ao final deste atendimento inicial, a paciente retornava à área externa, onde aguardava ser chamada pela enfermeira ou pela médica. Portanto, nessas situações, a paciente permanecia nesta área interna por um curto período, e acompanhada por uma profissional. Contudo, uma dentre as EqSF que trabalhavam nesta instituição utilizavam estas cadeiras durante seus acolhimentos também para que algumas de suas pacientes aguardassem atendimento. As profissionais desta EqSF mantinham nelas sentadas as duas, três ou quatro próximas pacientes que seriam atendidas, o que agilizava para que elas se dirigissem às salas onde se encontravam a enfermeira ou a médica. Sendo assim, parte das pacientes a serem atendidas no acolhimento desta EqSF aguardava na porção interna do Centro de Saúde, enquanto as demais aguardavam na área externa. Tal prática gerava certo desconforto entre algumas profissionais das outras EqSF, que entendiam que ela tumultuava o ambiente interno da instituição, especialmente com relação ao aumento do barulho. Essa insatisfação foi explicitada numa reunião entre todas as profissionais deste Centro de Saúde que tive oportunidade de acompanhar. Nesta ocasião as reclamantes reforçaram a necessidade de manter as pacientes fora da parte interna da instituição, alegando que tal estratégia seria fundamental ao bom exercício de suas atividades.

Para além deste controle comum em torno do acesso das pacientes às áreas internas dos Centros de Saúde, há certa expectativa entre as profissionais de que as pacientes permaneçam em silêncio enquanto aguardam atendimento sentadas nas cadeiras de

espera. Diversas foram as vezes em que ouvi reclamações de que as pacientes conversariam com um tom de voz elevado, o que prejudicaria o ambiente. Sem dúvida, num certo sentido, tal expectativa é razoável. Por outro lado, há que se considerar que tais locais por vezes recebem mais de quarenta pacientes. Elas ali permanecem sem nada o que fazer, aguardando muitos minutos. Em alguns Centros de Saúde – dentre eles os apresentados pelas plantas das Figuras 61 e 62, acima – são instalados televisores nas áreas de espera para que as pacientes os assistam enquanto ali permanecerem. Todavia, curiosamente, usualmente estas televisões são ligadas sem áudio, ou então com um volume muito baixo, tornando o som inaudível. Sentadas em cadeiras desconfortáveis para esperas que durem mais do que quinze ou vinte minutos, sem nada o que fazer, muitas vezes acompanhadas ou encontrando pessoas conhecidas, as pacientes acabam por conversar entre si. Comportamento, a meu ver, presumível, mas que para diversas profissionais serve de indicativo de que suas pacientes seriam “*mal-educadas*”, e que se torna tema recorrente de debates e contendas.

A insatisfação para com o suposto tumulto gerado pelo excesso de pacientes presentes nos Centros de Saúde geralmente vem acompanhada de recorrentes reclamações quanto a certa “*falta de espaço*”. Estas reclamações foram-me explicitadas em absolutamente todos os Centros de Saúde que visitei. As profissionais alegam que não possuem salas em quantidade suficiente para realizarem suas atividades da maneira adequada, com a privacidade que requereriam, nos horários que desejariam e com o conforto devido. Durante as manhãs, quando normalmente todas as EqSF estão realizando atendimentos, e num período no qual cada EqSF pode estar trabalhando com uma médica, uma enfermeira e uma auxiliar de enfermagem em espaços distintos, essa limitação atinge seu ápice. Diante desta escassez, a preferência para a utilização dos consultórios é sempre das médicas. A ideia é que, primeiro, cada médica deve ter uma sala à sua disposição. Em seguida, havendo outras salas disponíveis, as enfermeiras podem delas se servirem. Por fim, numa situação raríssima, as auxiliares de enfermagem podem usar as salas que ainda restarem. Por isso, geralmente elas fazem suas partes dos acolhimentos nos corredores ou mesmo nas salas de espera. Durante as tardes é mais comum que uma médica e uma enfermeira de uma mesma EqSF trabalhem simultaneamente em salas distintas. Contudo, no planejamento da distribuição dos espaços entre as EqSF, caso ocorra que uma médica necessite de uma sala em determinado horário, o mais comum é que a enfermeira modifique seu atendimento para outro horário, cedendo-a à médica.

A associação entre os espaços e as atividades reverbera então numa associação entre eles e as profissionais. Em todos os Centros de Saúde algumas profissionais têm certa ascendência para com o uso de determinados espaços. Estas profissionais possuem preferência diante das demais para utilizá-los, e é comum que neles insiram objetos

decorativos de acordo com seus gostos. As recepções normalmente são associadas às auxiliares administrativas. As salas de observação e de vacina geralmente são associadas às enfermeiras e às auxiliares de enfermagem. São elas que as organizam, que colam avisos nas paredes, que os enfeitam etc. Com as farmácias ocorre algo semelhante, embora com menor intensidade, pois também são organizadas pelas farmacêuticas do NASF, além de serem percebidos como espaços mais austeros, nos quais é menos adequado que sejam inseridos ornamentos. Entretanto, estas salas são compartilhadas pelas profissionais de todas as EqSF, o que dificulta que elas sejam associadas a profissionais específicas. Já as salas dos consultórios comumente são mais diretamente associadas às médicas que nelas trabalham. Em muitos Centros de Saúde existe uma tentativa de reservar um consultório para cada EqSF. Nestes casos, cada EqSF passa a possuir um consultório, cuja utilização é feita de acordo com o planejamento de suas atividades. Porém, nestes casos, ainda que a princípio o consultório compusesse um ambiente a ser compartilhado pelo conjunto das profissionais da EqSF, a associação dele com a médica se torna mais forte. Como a médica possui preferência para utilizá-lo, sendo a profissional que passa a maior parte do tempo trabalhando sozinha dentro dele, em boa medida o consultório deixa de ser “da EqSF” e passa a ser “da médica”. Nestas circunstâncias não é raro que em suas paredes, estantes, portas de armário etc. sejam encontrados objetos de uso pessoal da médica ou adornos com ela identificados (uma fotografia, uma imagem religiosa etc.).

Algumas assistentes sociais e integrantes do NASF me relataram que teriam muita dificuldade em encontrar espaços e horários para atuarem dentro dos Centros de Saúde. Há que se considerar que a maioria deles foi projetada antes ou apesar da inserção destas profissionais. Conversando com elas acerca deste obstáculo, algumas me afirmaram que entendiam que parte do alcance do reconhecimento por seus trabalhos incluiria a consecução de espaços para desenvolverem atividades dentro dos Centros de Saúde. Num contexto semelhante, foi-me relatado que, no passado, houve gerentes de determinados Centros de Saúde que impediam que as ACS permanecessem em seus interiores. Elas não poderiam, por exemplo, utilizarem as cozinhas das instituições ou frequentarem as salas de suas EqSF. De acordo com as profissionais que me explicitaram tais ocorrências, subjazia a tal proibição a equivocada ideia de que o trabalho das ACS se daria tão somente nas ruas e nas residências das pacientes, de forma que não faria sentido que elas usassem as dependências das instituições. Entendo que se este tipo de processo realmente ocorreu, certamente esteve relacionado não apenas a certa avaliação em torno do exercício profissional das ACS, mas também a certo controle para com a associação entre espaços e prestígio profissional.

A diferença entre a quantidade de profissionais e de atividades existentes nos Centros de Saúde de Belo Horizonte e nos CMF de Havana transparece na comparação entre as

plantas destas instituições. A Figura 63, abaixo, apresenta a planta de um CMF instalado em uma das edificações clássicas da política de saúde da família cubana. A imagem ilustra a conformação apenas do primeiro andar da edificação. Por sobre este localizava-se a residência de uma profissional, à qual não tive acesso.

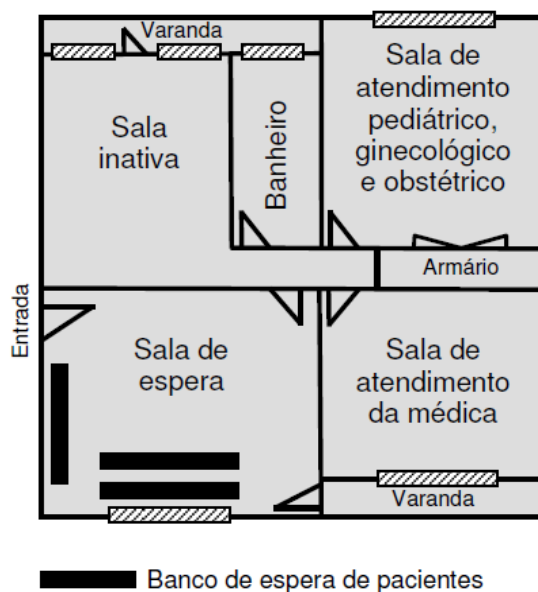
Figura 63:

Planta de um Consultório de Médico da Família de Havana em edificação clássica



Já a Figura 64, abaixo, apresenta a planta de um CMF instalado em uma edificação que não corresponde ao modelo clássico. Neste caso, encontrava-se no primeiro andar de um edifício residencial.

Figura 64: Planta de um Consultório de Médico da Família de Havana em edifício residencial



Fica evidente, se comparamos as Figuras 61 e 62 com as Figuras 63 e 64, que, do ponto de vista de seus espaços internos, os Centros de Saúde são muito mais diferenciados do que os CMF. Possuem mais salas, dedicadas a atividades mais variadas. Diversos espaços presentes nos Centros de Saúde (sala da gerência, farmácia, sala de atendimento odontológico etc.) inexistem nos CMF. Como afirmado anteriormente, de acordo com a organização da política de saúde da família cubana, muitos destes espaços e serviços encontram-se nas Policlínicas. Por outro lado, notamos que, assim como os Centros de Saúde, os CMF possuem salas para a realização de consultas e para que as pacientes aguardem atendimento. Contudo, estas últimas são consideravelmente menores nos CMF do que nos Centros de Saúde.

Tais diferenças têm um impacto imediato e extremamente relevante no que tange às relações entre as pacientes e as profissionais. A menor quantidade de espaços e de profissionais nos CMF, em comparação com o que ocorre nos Centros de Saúde, contribui para que os contatos entre as pacientes e as profissionais sejam mais diretos. Tal distinção ganha ainda mais destaque se consideramos a centralidade das consultas médicas na composição das políticas de saúde da família de ambos os contextos. A sinergia entre profissionais, atividades e espaços faz com que, num Centro de Saúde, uma paciente possa necessitar estar com três ou quatro profissionais, participar de três ou quatro procedimentos e atravessar três ou quatro espaços antes de obter uma consulta médica. Em contraponto – como descrito no capítulo II, item 16, deste trabalho – é comum que as pacientes dos CMF adentrem nestas instituições e abordem diretamente suas médicas, inclusive interrompendo consultas em curso. Nos CMF, independentemente das demandas das pacientes, elas inevitavelmente são recepcionadas pelas enfermeiras ou pelas médicas, o que contribui para que a proximidade entre elas seja elevada.

No âmbito da análise comparativa almejada a partir do trabalho de campo no Brasil e em Cuba, o contato com os espaços físicos dos CMF ajudou-me no processo de desnaturalização das formas pelas quais a política de saúde da família é executada em Belo Horizonte. A primeira vez em que visitei um CMF somente percebi que o estava fazendo quando adentrei na sala onde uma médica atendia uma paciente. Encontrava-me em Havana há duas ou três semanas, e ainda começava a aprender a reconhecer os distintos elementos da paisagem da cidade. Neste dia fazia uma visita à sede de um Conselho Popular localizado numa área central da cidade, pois havia agendado um encontro com um de seus integrantes. Dias antes havia sido levado a este Conselho Popular por um amigo cubano para que conhecesse um projeto em elaboração no local que objetivava criar em parte de suas instalações uma sala dedicada ao intercâmbio cultural entre Brasil e Cuba. Coincidentemente, neste Conselho Popular eram desenvolvidas atividades por alunos de sociologia da FLACSO. Em função desta visita anterior e desta proximidade entre ele e a

FLACSO, avalei que poderia conseguir apoio para ter acesso ao CMF responsável pelo território no qual estava localizado. Em seguida à conversa com o integrante deste Conselho Popular que me recebera, e diante de sua concordância em me ajudar a conseguir uma visita ao CMF mais próximo, saímos caminhando em direção a ele.

Após nos deslocarmos não mais que cinquenta metros, conversávamos já sobre outro assunto qualquer quando meu amigo adentrou por uma porta que dava diretamente para o passeio. Neste momento disse-me que eu também poderia fazê-lo, ao que segui seu convite. Diante de mim havia um salão de aproximadamente trinta metros quadrados, pouco iluminado com apenas a luz que adentrava pela porta que eu cruzara, e no qual se via apenas três ou quatro bancos compridos e desocupados. Ninguém se encontrava no ambiente. À primeira vista não notei que já havíamos chegado ao CMF. Nenhuma placa externa o identificava, nenhuma de suas instalações mais evidentes se assemelhava de maneira óbvia com os Centros de Saúde de Belo Horizonte. Lateralmente, à direita, havia três ou quatro portas, que davam acesso a salas. Durante alguns instantes imaginei que meu amigo aproveitara nossa caminhada para visitar outro lugar qualquer. O local me pareceu uma residência comum, e não uma instalação sanitária. Mas dando quatro ou cinco passos entramos por uma destas salas, e foi quando me deparei com uma médica sentada em uma mesa atendendo uma paciente. Somente assim, ao perceber uma maca num canto da sala, ao ver a médica vestida com um jaleco branco e tendo diante de si diversos papéis, com a paciente sentada ao lado de sua mesa, foi que percebi que estávamos num CMF. Este, como diversos outros que vim a conhecer posteriormente, havia sido instalado num local que não correspondia ao modelo clássico das edificações da política de saúde da família cubana.

Essa impressão de que não me encontrava em uma instalação sanitária se reproduziu em algumas das seguintes oportunidades em que visitei CMF. Somente mais ao final de minha estadia em Havana ela havia praticamente desaparecido. De um modo geral, os CMF da cidade, comparativamente com os Centros de Saúde de Belo Horizonte, chamam atenção pela simplicidade de suas instalações físicas. Como se pode notar pelas Figuras 63 e 64, acima, geralmente são compostos por uma sala de espera que constitui o primeiro ambiente ao qual se chega quando neles se adentra, por outra na qual a médica realiza suas consultas e por uma terceira destinada, ao que parece, sobretudo a consultas ou exames que requerem maior privacidade. Nestas últimas ocorrem especialmente os atendimentos de puericultura, ginecológicos e obstétricos. Nelas sempre se encontram pias, balanças para pesagem de bebês, além de macas e instrumentos para exames ginecológicos. Nas salas onde as médicas realizam as consultas sempre se encontram mesas e armários onde são arquivados os prontuários das pacientes. Em apenas alguns CMF que visitei havia macas nestas salas. Por fim, nas salas de espera das pacientes, que

constituem sempre o primeiro ambiente pelo qual se passa quando se chega às instituições, são colocados bancos compridos para que as pacientes aguardem atendimento e mesas, que por vezes são utilizadas pelas enfermeiras.

Normalmente todas as mobílias dos CMF são simples e aparentam já estarem velhas ou desgastadas. As fachadas e as partes internas dos edifícios em geral têm suas pinturas, portas e janelas também velhas e desgastadas. Não se encontram computadores ou quaisquer outros equipamentos eletrônicos. Tal “simplicidade” foi-me apontada, por diversos cubanos com os quais conversei, como efeito da condição econômica do país. Contudo, acredito que ela também esteja relacionada à própria concepção relativa ao lugar ocupado pelos CMF na política de saúde do país, uma vez que neles não há mais do que o necessário ao contato direto entre as profissionais e as pacientes. Entretanto, embora num primeiro momento tais condições aparentes possam chamar a atenção do estrangeiro que vem a conhecer os CMF cubanos, a rigor elas são analiticamente pouco relevantes. Visitei CMF que possuíam melhores estados de conservação do que alguns Centros de Saúde de Belo Horizonte. A diferença importante entre os espaços destas instituições não reside em suas aparências mais ou menos bem conservadas, mas nas suas composições.

Nesta direção, vale registrar que, tanto em Cuba quanto no Brasil, exceto por parte de uma ou outra profissional, não ouvi reclamações recorrentes em torno dos estados de conservação das instituições. Como assinalado anteriormente, as profissionais brasileiras constantemente me relataram dificuldades relacionadas à disponibilidade de salas para a execução de suas atividades, mas raramente me manifestaram insatisfações em torno de suas condições de conservação. Se este é um problema para as profissionais dos Centros de Saúde ou dos CMF, certamente não constitui um dentre os que mais as incomodam. Algo semelhante parece ocorrer com as pacientes. Conquanto elas constantemente tenham me declarado insatisfações diversas (demora no atendimento, falta de medicamentos, incompetências das profissionais etc.), raras foram as vezes em que se mostraram gravemente incomodadas com os estados de conservação das instituições.

Sob este prisma, vale ressaltar que, por exemplo, a presença de farmácias nos Centros de Saúde indica a relevância deste serviço para a instituição e a associação dele para com as demais atividades que nele ocorrem. Em contraposição, a ausência das farmácias nos CMF indica que neles há uma distinta articulação entre o trabalho das médicas e enfermeiras e o acesso a medicamentos. Por outro lado, tendo em vista que os CMF geralmente são formados basicamente por apenas três salas, o fato de que uma delas é dedicada sobretudo ao atendimento de gestantes, lactantes e bebês indica a importância deste tipo de serviço no âmbito da política de saúde da família de Cuba.

Em torno das comparações entre os Centros de Saúde e os CMF, outro aspecto que também chama a atenção é que em ambos sempre se percebe que as paredes de suas

salas de entrada estão repletas de cartazes, avisos etc. Certa vez saí com a coordenadora de um GBT para realizar visitas a três CMF. Como parte de suas tarefas rotineiras, ela estava a verificar o desenvolvimento das obrigações das médicas e enfermeiras destes CMF. Em todos eles pude observar sua cobrança para que as profissionais atualizassem os cartazes pregados nas salas de espera. No entanto, embora os cartazes façam parte dos ambientes tanto dos Centros de Saúde quanto dos CMF, seus conteúdos apresentam uma diferença importante. Dentre aqueles pregados nas instituições de Belo Horizonte, uma parte importante deles diz respeito à organização dos serviços: horários de atendimento, avisos de dias em que a instituição estará fechada, listas de documentos para o acesso a determinados serviços, indicações de locais para realização de filas etc. Isso indica a diversidade das atividades que neles ocorrem e a necessidade de estar sempre a orientar as pacientes sobre as formas de acessá-las. Já em Cuba, exceto pela *pancarta informativa*, não me recordo de haver visto qualquer cartaz com tal tipo de informação. Nas salas de espera notei expostas apenas estatísticas acerca das populações residentes nos territórios atendidos pelos CMF, além de informações sobre comportamentos e práticas saudáveis, tais como sobre alimentação, exercícios físicos etc. Outro detalhe importante a ser observado é que, nos Centros de Saúde, os cartazes que versam sobre o acesso aos serviços são produzidos pelas profissionais da instituição, enquanto aqueles que versam mais diretamente sobre temas de saúde são enviados pela PBH ou pelo Ministério da Saúde (MS). Já em Havana, minha impressão é que a maioria dos cartazes, independentemente de seus conteúdos, são produzidos pelas profissionais. Geralmente são textos impressos em folhas brancas de tamanho A4 (normalmente utilizadas em impressoras domésticas), textos escritos à mão nestas mesmas folhas, ou então cartazes feitos predominantemente com recortes de revistas. Tal distinção sugere certa diferença no escopo de preocupações próprias às profissionais das políticas de saúde da família das duas cidades.

É interessante notar ainda que nem os Centros de Saúde, nem os CMF, possuem espaços mais amplos concebidos para a realização de atividades com grupos de pacientes. Este tipo de atividade é comumente associado a ações de promoção da saúde, e a preparação de um espaço destinado a ele indicaria certa preocupação para com seu desenvolvimento. Quando as EqSF realizam tais ações dentro dos Centros de Saúde, por vezes são utilizadas as salas de reuniões, ou mesmo consultórios que possuem dimensões maiores. Contudo, o fazem sempre de modo improvisado, pois estes espaços não oferecem condições perfeitamente adequadas para tal.

Se o suposto excesso de pacientes dentro dos Centros de Saúde incomoda algumas profissionais, ainda que as áreas dos CMF sejam consideravelmente menores, parece-me que tal aborrecimento não é parte importante das experiências das profissionais cubanas. Algumas delas me relataram insatisfações com o elevado número de pacientes que

deveriam atender, mas nunca com algum potencial tumulto gerado por elas dentro das instituições. Ao longo do tempo acostumei-me com a movimentação e o burburinho característicos dos Centros de Saúde, sobretudo durante o período da manhã. Ao estar nos CMF, algo que sempre me chamou a atenção era como seus ambientes me pareciam consideravelmente mais silenciosos e tranquilos. Enquanto nos momentos de maior movimento os Centros de Saúde recebiam em torno de cinquenta pacientes, jamais vi mais do que sete ou oito nos CMF.

Devido à centralidade das consultas médicas nos contextos das políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil, faz-se proveitosa uma análise mais pormenorizada dos espaços nos quais elas ocorrem. A Figura 65, abaixo, apresenta o esboço de uma sala comum na qual as médicas dos Centros de Saúde de Belo Horizonte realizam suas consultas. Na sequência, a Figura 66, abaixo, apresenta o esboço de uma sala comum na qual as médicas dos CMF de Havana realizam suas consultas. Exceto por variações em alguns detalhes, ambos os esboços descrevem com grande verossimilhança a maioria destes espaços.

Figura 65: Sala para consultas médicas em um Centro de Saúde de Belo Horizonte

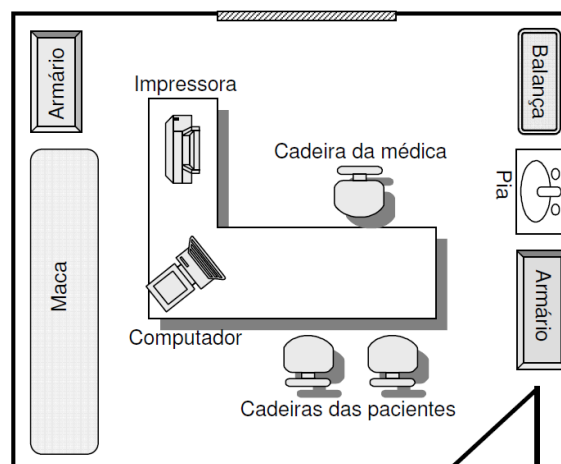
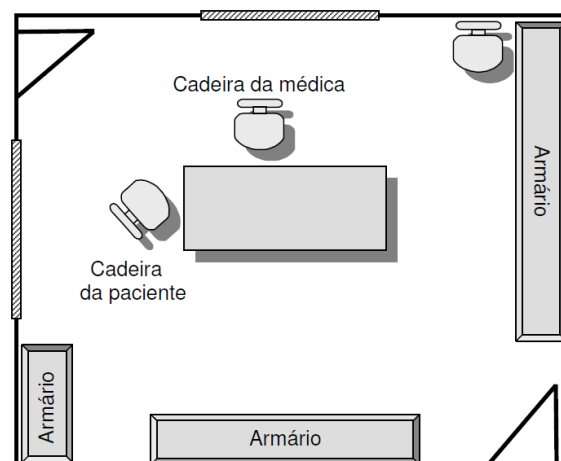


Figura 66: Sala para consultas médicas em um Consultório de Médico da Família de Havana



Comparando-se os dois esboços, é possível perceber que em ambas as salas é recorrente a presença de armários. No entanto, seus conteúdos são distintos. Nos Centros de Saúde eles normalmente estão cheios de artigos próprios aos atendimentos médicos: luvas, tesouras, lençóis, soros fisiológicos etc. Já nos CMF eles são predominantemente utilizados para a armazenagem dos prontuários das pacientes. Note-se que, nos Centros de Saúde, estes prontuários são sempre armazenados nas recepções. Em regra, estas salas dos Centros de Saúde possuem macas, embora elas não sejam utilizadas com frequência. Por seu turno, a maioria destas salas nos CMF não as possuem. Como assinalado anteriormente, as macas geralmente se encontram nas salas dos CMF dedicadas predominantemente aos atendimentos pediátricos ou ginecológicos. Percebe-se ainda que na maioria absoluta destas salas dos Centros de Saúde encontram-se computadores e impressoras, sendo raríssimos os atendimentos nos quais estes aparelhos não são utilizados. Já em Havana não conheci sequer um CMF que possuísse um computador. A presença/ausência desta tecnologia se relaciona intimamente com a forma como as informações das pacientes são manipuladas pelas profissionais. Durante o trabalho de campo em Belo Horizonte, por mais de uma vez acompanhei os atendimentos ordinários serem temporariamente paralisados diante de interrupções no fornecimento de energia elétrica, ou então porque o Gestão Saúde em Rede se encontrava “*fora do ar*”. Nestas circunstâncias as profissionais mantinham o atendimento apenas das pacientes que constituíam “*casos agudos*”, e cujas observações não poderiam esperar. Embora cópias impressas dos prontuários se encontrassem arquivadas nas instituições, as profissionais alegavam que a impossibilidade de utilizar os computadores impedia que os atendimentos tivessem continuidade.

Entretanto, concebo que a principal diferença no arranjo destes espaços diz respeito a um detalhe aparentemente circunstancial: as posições das cadeiras das pacientes. Nos Centros de Saúde as pacientes sentam-se diante da mesa ocupada pela médica, no lado oposto ao ocupado por esta. Entre elas, estão sempre dispostos o computador e uma série de papéis que, em boa medida, mediam suas relações. Nos CMF as pacientes sentam-se ao lado da mesa ocupada pela médica. Entre elas encontra-se disposta apenas uma série de papéis que, igualmente, em boa medida mediam suas relações. Certo dia, acompanhando as consultas realizadas por uma médica de um CMF, ela me pediu que me sentasse ao lado de sua mesa, para que pudesse observar melhor seus atendimentos. Sentei-me justamente no local onde habitualmente era colocada a cadeira das pacientes. O lado oposto da mesa se encontrava encostado numa parede, de modo que, às pacientes, a médica posicionou outra cadeira diante de sua mesa, na posição utilizada nos Centros de Saúde. Com isso, várias foram as pacientes que, ao adentrarem na sala, se mostraram perdidas com relação ao local onde deveriam permanecer. Algumas inclusive aguardaram

em pé alguns segundos, esperando que eu me levantasse para que elas pudessem tomar o lugar ao qual estavam acostumadas. Por outro lado, jamais acompanhei uma consulta realizada num Centro de Saúde na qual a paciente não tenha se sentado diante da médica.

Perguntei a duas médicas cubanas a razão desta disposição diferente das cadeiras das pacientes. Ambas me explicaram que se entendia que quando a paciente se postava diante da médica criava-se uma situação de “*oposição*”. Já quando a paciente se postava lateralmente à médica criava-se uma situação de “*ajuda*” ou de “*colaboração*”. Considerando o curto período do trabalho de campo em Cuba, considero difícil avaliar o quanto tal mudança de posição reverbera sobre as relações entre profissionais e pacientes. Não obstante, entendo ser relevante destacar que tal intenção demonstra, por um lado, certa preocupação presente na política de saúde da família do país em torno do estabelecimento de relações mais próximas entre pacientes e profissionais e, por outro lado, a consciência de que detalhes relacionados às composições dos espaços têm significância para com estas relações.

É uma prática comum nos CMF que durante as consultas a enfermeira se sente junto à mesa na qual a médica atende as pacientes. Vi isso acontecer algumas vezes, em oportunidades nas quais estive rapidamente nos CMF junto com amigos que buscavam atendimento. Porém, isso não ocorreu nas ocasiões em que fui recepcionado pelas médicas, podendo acompanhar seguidas consultas. Sendo assim, não posso avaliar com profundidade como se dá esta dinâmica de trabalho conjunto entre as médicas e as enfermeiras. Segundo elas me relataram, nestes casos as enfermeiras ficariam responsáveis sobretudo pelo registro das informações das pacientes em seus prontuários, ou pela realização de alguns procedimentos, tais como a aferição da pressão arterial ou a aplicação de injeções. De todo modo, é interessante apontar que tal tipo de trabalho coletivo inexistente nos Centros de Saúde. Médicas e enfermeiras sempre realizam suas consultas em separado. Mesmo quando suas ações estão articuladas – tal como nos acolhimentos ou nas atividades com grupos de pacientes, por exemplo –, não acontecem de maneira tão próxima. Nos Centros de Saúde este nível de proximidade talvez ocorra apenas entre enfermeiras e auxiliares de enfermagem durante a realização de atividades com grupos de pacientes – e ainda assim não são comuns. Somente nestas ocasiões elas podem atender juntas uma mesma paciente.

V. Algumas atividades

25. Acolhimentos

Quando da realização do trabalho de campo nos Centros de Saúde de Belo Horizonte os acolhimentos eram, provavelmente, o processo mais controverso dentre aqueles com os quais as equipes de saúde da família (EqSF) se envolviam. Seus princípios davam sentido a boa parte de suas ações. Contudo, simultaneamente, os limites e as possibilidades relacionados à execução destes princípios eram temas de constantes debates. Havia uma constante tensão entre as múltiplas formas por meio das quais o acolhimento se constituiria, sobretudo enquanto uma “postura”, uma “disposição”, uma “atividade”, uma “estratégia” ou uma “técnica”. Embora houvesse um constante trânsito entre estas distintas formas de tradução da ideia de acolhimento, ocorria uma maior convergência para com a sua efetivação enquanto uma atividade. Qualquer paciente que chegasse a um Centro de Saúde à época de meu trabalho de campo seria informada dos dias e horários em que seriam realizados os acolhimentos da EqSF à qual estaria vinculada. Independentemente de qual fosse sua demanda, para a sua solução provavelmente lhe seria solicitado que buscasse o Centro de Saúde nestes dias e horários. De modo que todas as EqSF possuíam uma atividade que denominavam de acolhimento. A ela direcionavam grande parte de suas energias e de seus tempos. Além disso, ela consistia no eixo principal a partir do qual todas as suas demais atividades eram organizadas. Era também aquela que, segundo as profissionais, marcaria a principal distinção entre o tipo de atenção oferecida pela política de saúde da família e aqueles próprios aos outros serviços de saúde. Este item é dedicado à análise desta atividade.

Nos Consultórios de Médico da Família (CMF) de Havana não existe uma noção exatamente equivalente à de acolhimento. Os elementos que dela fazem parte podem ser encontrados na política de saúde da família de Cuba, mas sob outros termos. A recepção das pacientes nas instituições, a forma de profissionais e pacientes se relacionarem, a organização de atendimentos diferenciados para com as distintas demandas etc. são aspectos levados em conta na concepção e na execução dos serviços, mas possuem outros fundamentos conceituais, outras organizações práticas, outras articulações. No decorrer deste item, ao explorar o tema dos acolhimentos nos Centros de Saúde, procurarei indicar algumas destas diferenças.

A noção de acolhimento encontra sua formatação basilar no âmbito da Política Nacional de Humanização (PNH), do Ministério da Saúde (MS), criada no ano de 2003 e mais comumente referenciada como Humaniza-SUS. Esse projeto tem como objetivo central

modificar o padrão das relações entre os sujeitos envolvidos nas múltiplas instâncias do SUS. De forma similar ao que ocorre com a mudança de denominação da política de saúde da família de *programa* para *estratégia*⁶⁵, a PNH é anunciada não como um *programa*, mas como uma *política pública*, com o intuito de apontar que ela possuiria certo caráter transversal, a abranger todas as instâncias do SUS (BRASIL, 2004:6-7 e 2008b:17). Daí sua inserção na política de saúde da família⁶⁶. O escopo de ação da PNH é amplo, devido não somente à sua pretensão de transversalidade, mas também a partir da complexidade do conceito de “humanização”. Tal como demonstram os excertos abaixo, extraídos de documentos orientadores do MS, a definição de humanização encerra elementos de diferentes ordens:

A Humanização se define [por] aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde, implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. Tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários, é garantir os direitos dos usuários e seus familiares, é estimular a que eles se coloquem como atores do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social, mas é também ter melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações e que possam participar como co-gestores de seu processo de trabalho (BRASIL, 2004:7).

No campo da Saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e co-responsáveis. Estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas. Política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS. O compromisso ético-estético-político da humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de co-responsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2008b:62).

A PNH mereceria uma discussão específica, que foge aos objetivos deste trabalho. No entanto, vale ressaltar sua intenção em, de uma só vez, modificar “atitudes”, “subjetividades”, “responsabilidades”, “culturas” e “organizações sociais e institucionais”. Além disso, é interessante destacar também a adoção da ideia de vínculo como um de seus valores, tendo como fim o melhoramento das relações entre profissionais e pacientes. Para a viabilização destas metas são definidas algumas diretrizes, ou seja, algumas orientações

⁶⁵ Ver capítulo I, item 12, pág. 61, e item 13, pág. 71.

⁶⁶ É interessante observar que o texto de 2006 da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) faz apenas uma menção direta à noção de acolhimento, quando afirma que a implementação das diretrizes da PNH seria uma das características do processo de trabalho das equipes de atenção básica (BRASIL, 2006b). Já o texto de 2011 da PNAB não faz qualquer menção direta à PNH, mas incorpora a noção de acolhimento tanto na definição de atenção básica proposta, quanto na definição de seus fundamentos e diretrizes, nas orientações quanto à infraestrutura das instituições, na descrição das características do processo de trabalho das equipes e na exposição das atribuições das profissionais (BRASIL, 2011). Tal mudança sugere que a noção de acolhimento ganhou relevância nestes últimos anos, enquanto simultaneamente adquiriu certa independência para com o restante das proposições da PNH, tornando-se um arranjo de ideias com força própria. É interessante observar também que a versão de 2011 da PNAB associa à noção de acolhimento o conceito de “classificação de risco” que, como se verá mais adiante, caminha no sentido de reforçar o caráter procedimental dos acolhimentos.

gerais para a sua execução. Uma destas diretrizes seria o acolhimento, que, na esfera da PNH, é assim definido:

Processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário (BRASIL: 2008b:51).

Nota-se que o acolhimento é apresentado como um “processo” ou, em outras palavras, como uma “forma de se fazer”. Para que as profissionais o realizem seria necessário que acionassem certa “responsabilização” e certa “escuta qualificada”, com vistas a ofertar atenções integrais às pacientes. Poder-se-ia afirmar que se trata de estabelecer certa postura, certo tipo de engajamento diante das necessidades e demandas das pacientes. Neste prisma, o acolhimento não consistiria numa fórmula, num procedimento ou numa metodologia previamente estabelecidos. Por conseguinte, em tese sua execução não se daria por meio de uma profissional, uma organização, um momento ou um local específicos.

De modo análogo ao que ocorre com a noção de humanização, a proposta de acolhimento é complexa e de difícil aplicação, pois envolve, por um lado, condições institucionais e, por outro, maneiras de agir. Especialmente em consideração ao seu conteúdo moral e comportamental, é de se esperar que sua inserção nas práticas das profissionais seja tão intrincada quanto custosa. Em estudo sobre sua efetuação no âmbito da política de saúde da família, Nery et al. (2009) a qualificam como uma “tecnologia leve” relacionada ao processo de trabalho das EqSF. Embora assumam a perspectiva da PNH, ao afirmarem que “o acolhimento pressupõe que o encontro entre trabalhadores de saúde com os usuários seja marcado pela disponibilidade em receber, escutar e tratar humanizadamente, considerando suas necessidades e potencialidades, estabelecendo, desta maneira, uma relação de interesse, confiança e apoio mútuo” (2009:1413), as autoras não deixam de concluir que existem limitadores para sua plena efetivação. Segundo elas, estes não estariam relacionados às “disposições” intrínsecas às profissionais, mas às suas condições de trabalho, tais como a elevada demanda por serviços, os espaços físicos inadequados e a escassez de profissionais.

Esta tensão entre a organização dos serviços e a completa efetivação da proposta de acolhimento também foi apontada por outros estudos. Schimith & Lima, a partir de pesquisa com uma EqSF, afirmam que teriam identificado “alguns entraves no acolhimento à demanda e estabelecimento de vínculo com os usuários em função da organização do trabalho da enfermagem” (2004:1489). Já Franco et. al. (1999), ao descreverem a implantação do processo de acolhimento na política de saúde da família de determinado

município, indicam que, na esfera desta tensão entre as “disposições” das profissionais e o “processo de trabalho”, houve uma evidente tendência de associação da noção de acolhimento com a organização das atividades oferecidas pelas instituições. Os autores não explicitam grandes modificações nas formas pessoais como profissionais e pacientes se relacionariam, mas demonstram múltiplas alterações importantes nas formas como as profissionais trabalhariam. As ilações apresentadas por estes três trabalhos citados sugerem a existência, no que tange à proposta de acolhimento, de um deslocamento de foco dos indivíduos para os contextos nos quais as relações entre eles se dão.

Ao longo deste item tentarei demonstrar que nos Centros de Saúde de Belo Horizonte há um aprofundamento deste deslocamento. Os acolhimentos realizados nestas instituições envolvem o uso de certas concepções sobre as características da atenção primária à saúde, a formação de afetividades, a organização de ações, a ordenação de espaços, a utilização de saberes e a construção de dispositivos para a produção da saúde. Entretanto, a experiência de campo indicou que tais aspectos são arregimentados no sentido de um distanciamento para com a dimensão relacional, com uma aproximação para com a dimensão procedimental. Isso não significa que o acolhimento se transforme num simples procedimento, mas apenas que as “disposições” das profissionais perdem importância frente ao imperativo de satisfazer determinadas necessidades diante das quais elas se veem. O que está em questão é o feitiço predominante que a noção de acolhimento adquire no campo das práticas das EqSF.

Sempre que chegava aos Centros de Saúde de Belo Horizonte encontrava dezenas de pacientes que ali estavam buscando os acolhimentos das EqSF responsáveis pelos locais onde residiam. Em todos os Centros de Saúde havia acolhimentos acontecendo todos os dias e sendo realizados por praticamente todas as EqSF. Na manhã de uma sexta-feira conheci Vanessa, que havia ido ao Centro de Saúde buscar atendimento para sua filha Jéssica, que tinha cerca de três anos de idade. Apresentei-me a elas quando estavam começando a participar do acolhimento da EqSF à qual estavam vinculadas, e pude lhes acompanhar até o momento em que deixaram a instituição.

Vanessa contou-me que residia há seis anos no bairro onde o Centro de Saúde estava localizado. Disse ser frequentadora constante da instituição, já o tendo procurado por razões diversas. Naquela manhã, como havia feito em outras oportunidades, tentava obter uma consulta médica para sua filha. Jéssica se sentia mal desde a terça-feira da semana anterior. Havia perdido o apetite e estava com diarreia. Dois dias após o início dos sintomas sua situação se agravou. Na noite da quinta-feira foi levada a um hospital particular. Mas Vanessa trabalhava como empregada doméstica numa casa de família e, em função de seu baixo salário, afirmou-me que não possuía condições econômicas para pagar o valor de cem reais pela consulta particular. Segundo ela, havia sido sua patroa quem teria decidido

levar Jéssica ao médico e arcado com os custos. O médico que a atendeu diagnosticou que Jéssica padecia de sinusite e lhe receitou vários medicamentos. De acordo com Vanessa, três destes medicamentos haviam acabado ainda no final de semana, enquanto os demais acabariam justamente naquele dia em que nos conhecemos.

Por outras razões, seu marido já havia planejado ir ao Centro de Saúde naquela sexta-feira. Vanessa deslocou-se até ele às 6h30 para lhe reservar um lugar na fila das pacientes que procurariam o acolhimento. Ao chegar encontrou algumas pessoas já aguardando o início da atividade do lado de fora da instituição, que abriria às 7h. Próximo desse horário seu marido chegou para tomar seu lugar na fila, e Vanessa retornou para casa. Decidiu então levar Jéssica ao acolhimento. Ela havia melhorado no começo da semana, mas no dia anterior um caroço teria aparecido em seu olho. Vanessa temia que algo pudesse ocorrer com o olho de Jéssica, pois uma tia sua havia tido uma febre que resultou na perda de sua visão. Voltou ao Centro de Saúde por volta de 7h30. Contou-me que naquele momento imaginava que de lá teria que se deslocar até a Santa Casa, que está localizada em outra parte da cidade, e onde funciona um serviço de urgência oftalmológica. No passado Jéssica havia contraído conjuntivite e sido nele atendida. Acreditava que se o problema no olho de sua filha fosse grave as profissionais do Centro de Saúde não poderiam solucioná-lo, fazendo-se necessário buscar uma atenção especializada.

Vanessa poderia ter optado por ir ao acolhimento em qualquer outro dia da semana, pois sua EqSF realizava esta atividade de segunda a sexta-feira. No caso deste Centro de Saúde essa era a estratégia adotada por quatro das cinco EqSF que nele trabalhavam. Mas embora essa seja uma prática comum, nem todas as EqSF da cidade organizam suas ações dessa forma. Em alguns Centros de Saúde, para com a realização dos acolhimentos, as EqSF dividem os dias da semana entre si. Nessas situações, geralmente cada EqSF faz seu acolhimento em dois períodos da semana, ou seja, em duas manhãs, duas tardes ou em uma manhã e em uma tarde. A ideia é que em cada um dos cinco dias da semana haja pelo menos uma EqSF realizando acolhimento. No momento em que estivesse realizando seu acolhimento cada EqSF receberia preferencialmente suas pacientes, mas também atenderia aquelas que residissem nos territórios adscritos às demais EqSF. Dentre estas vinculadas a outras EqSF o atendimento imediato seria dado apenas àquelas que se caracterizariam como “casos agudos”. As demais seriam encaminhadas para os serviços organizados por suas EqSF de origem, a acontecer em outros momentos. No entanto, isso consiste somente num planejamento anunciado, que nem sempre é executado. Nestes Centros de Saúde as pacientes são sempre orientadas a procurar a instituição nos dias e horários em que suas EqSF realizam acolhimento. Se elas o fazem no momento em que outras EqSF estão realizando o acolhimento, e necessitam de algum tipo de atenção mais complexa (renovação de receitas, solicitação de exames etc.), o que acontece é que as profissionais

as orientam a retornar ao Centro de Saúde no momento em que suas EqSF estiverem realizando seus acolhimentos. Somente se apresentam uma “condição aguda” elas têm a possibilidade de serem atendidas pela EqSF à qual não estão vinculadas. De modo que, ao começarem a utilizar um Centro de Saúde, as pacientes aprendem que dificilmente terão suas demandas atendidas se não se dirigirem a ele nos momentos específicos em que suas EqSF fazem seus acolhimentos. Ao final, em seus acolhimentos, cada EqSF acaba recebendo praticamente apenas as pacientes a ela vinculadas⁶⁷.

Como acontecia com a EqSF à qual Vanessa estava vinculada, a maioria das EqSF inicia suas jornadas de trabalho diárias com a realização de seus acolhimentos. Como a maior parte das EqSF começa a trabalhar às 7h, a maioria dos acolhimentos tem início neste horário. Algumas EqSF podem iniciar seus acolhimentos no meio da manhã, sobretudo quando suas médicas começam a trabalhar às 8h, às 9h ou às 10h. Mais raramente as EqSF iniciam seus acolhimentos no começo da tarde, geralmente às 13h, ainda que suas profissionais já estejam no Centro de Saúde desde a manhã. Como os acolhimentos fazem com que um grande número de pacientes se dirija ao Centro de Saúde num mesmo horário, tal processo está intimamente relacionado à concentração das atividades das EqSF no período da manhã.

Porque o início da maioria dos acolhimentos normalmente coincide com o começo da jornada de trabalho das profissionais, não é raro que, do ponto de vista das pacientes, eles tenham início do lado de fora da instituição, enquanto ela ainda está fechada. Foi o que aconteceu com Vanessa, que chegou à porta de seu Centro de Saúde às 6h30. Tal procedimento está relacionado a certa insegurança das pacientes em não conseguirem atendimento quando se dirigem às instituições. Muitas delas concebem que o serviço dos Centros de Saúde funcionaria de acordo o modelo de “atendimento por fichas”⁶⁸. Temem que poderão não ser atendidas se não estiverem entre as primeiras a chegarem à instituição. Vanessa inclusive me disse que, quando retornou ao Centro de Saúde com sua filha às 7h30, tendo sido a última da fila do acolhimento, ficou feliz por ter “*conseguido senha*”. Disse-me que as profissionais acolheriam apenas por volta de vinte pacientes e que, quando ocorre deste número ser excedido, atenderiam somente as pessoas cujas condições de saúde momentâneas fossem “*realmente graves*”. As profissionais estão conscientes de

⁶⁷ O processo de acolhimento observado por mim ao longo dos oito meses em que visitei os Centros de Saúde de Belo Horizonte, e que é descrito neste item, foi-me apresentado pelas profissionais como sendo uma estratégia adotada pelas EqSF há muitos anos. Entretanto, durante todo o período da pesquisa havia entre as profissionais uma expectativa de que tal estratégia fosse reformulada, a partir de uma nova diretriz da PBH. Segundo as profissionais, a PBH havia decidido implantar certo “acolhimento com classificação de risco” em todos os Centros de Saúde. Com ele, a cada dia apenas uma EqSF realizaria o acolhimento e, através dele, classificaria as pacientes de acordo com suas necessidades, atendendo imediatamente aquelas que se encontrassem em “situações agudas” e encaminhando as demais para as atividades de suas respectivas EqSF, a ocorrerem em outros dias. Isso nunca chegou a ser de fato implantando no período da pesquisa. Não tenho notícia se mais recentemente tal procedimento foi adotado.

⁶⁸ Ver capítulo II, item 15, pág. 101.

que muitas pacientes pensam desta forma, de que procuram chegar adiantadas em relação ao horário de início dos acolhimentos e de que temem não serem atendidas. Afirmam que tal prática não possuiria sentido, pois não haveria um limite de acolhimentos por dia, além do que suas posições na fila não seriam relevantes, uma vez que as pacientes não seriam atendidas de acordo com suas ordens de chegada. No entanto, isso não é absolutamente verdade, como será discutido mais à frente.

Em Havana também ocorre de pacientes se dirigirem aos CMF antes deles iniciarem suas atividades. Não é raro que por volta de 7h30 já existam pacientes aguardando que a instituição comece a funcionar. As pacientes que desejam ser atendidas por suas médicas devem se dirigir aos CMF nos horários em que suas profissionais não estão realizando visitas domiciliares, o que geralmente ocorre no período da tarde. Sendo assim, as pacientes normalmente devem ir aos CMF entre 8h e 12h. Neles a ordem de atendimento estabelecida é a da chegada das pacientes. Não há uma noção tão forte quanto em Belo Horizonte de que as pacientes presentes à instituição sejam avaliadas e, a partir daí, atendidas antes ou depois de acordo com suas necessidades. Entretanto, as profissionais afirmam que tal procedimento não é adotado de forma absoluta. Se acontecer de alguma paciente apresentar uma situação delicada, esta tem preferência para ser atendida. Certa vez eu acompanhava as consultas realizadas por uma médica que, naquele dia, não tinha a companhia da enfermeira, que estava doente. Em dado momento uma das pacientes que se encontrava na sala de espera interrompeu a consulta que estava sendo realizada e informou à médica que outra paciente que também aguardava atendimento estaria passando mal. A médica se dirigiu então à sala de espera, verificou a pressão arterial desta paciente, conversou com ela e concluiu que seu mal-estar era momentâneo. Retornou ao atendimento que estava realizando e continuou a atender as pacientes de acordo com a ordem de chegada. Somente recebeu a paciente que se sentira mal quando chegou a sua vez. Imagino que, quando a examinou ainda na sala de espera, poderia ter lhe ofertado algum tipo de atenção diferenciada se houvesse concluído que isso se fazia necessário.

Todas as profissionais cubanas com as quais conversei sobre essa questão das filas externas aos CMF que ocorrem antes deles estarem abertos me disseram que elas são quase sempre formadas por pessoas idosas. Explicaram-me que elas ocorrem porque essas senhoras saíam de suas casas pela manhã, normalmente iriam à padaria buscar o pão ao qual têm direito e dali se dirigiriam diretamente ao CMF⁶⁹. Aproveitariam o fato de já estarem na rua para buscarem as consultas que desejam. Elas estariam conscientes de que o atendimento seria por ordem de chegada, e por isso ali permaneceriam, para estarem entre as primeiras a serem recebidas e poderem logo retornar às suas casas. Nesse sentido, a fila

⁶⁹ Todo cubano tem direito a adquirir, nas padarias estatais, um pão diário a preço subsidiado.

externa estaria relacionada não a um temor das pacientes de que pudessem não ser atendidas, mas à organização de seus cotidianos. Uma paciente que chegasse ao CMF no decorrer da manhã – como, pelo que pude observar, é o caso da maioria delas – não deixaria de ser atendida. Acrescente-se a isso o fato de que uma paciente que se julgasse necessitada de atendimento imediato para com alguma complicação grave tenderia a buscar não o CMF, mas a Policlínica.

Conquanto nos CMF, assim como nos Centros de Saúde, não exista um limite pré-determinado de atendimentos diários, por duas ou três vezes, quando os estive visitando e neles havia uma fila de espera um pouco maior, presenciei as médicas encerrarem a recepção de pacientes antes do horário de fechamento da instituição. Nestas circunstâncias a médica solicitava à última pessoa da fila que informasse às próximas que ali chegassem que elas não seriam atendidas naquele período do dia, ou então fechava o portão do CMF que dava para a rua, num indicativo às pacientes que se dirigissem à instituição a partir daquele momento que o atendimento havia sido encerrado. Presenciei tais ações serem levadas a cabo por volta de 11h ou 11h30, quando na sala de espera havia cinco ou seis pacientes aguardando consultas. As médicas pareciam calcular a quantidade de pacientes que poderiam receber até às 12h, quando o CMF seria fechado para o almoço. Minha percepção é que essa interrupção do atendimento não gerava incômodos destacados entre as pacientes. Acredito que essa aceitação está relacionada à segurança que as pacientes possuem de que, quando se dirigissem ao CMF em outro dia ou num horário mais cedo não deixariam de ser atendidas, mas também ao tipo de atendimento comumente oferecido nos CMF. Seria improvável que, por exemplo, uma paciente, ao chegar a um CMF às 10h deixasse de ser atendida porque lá haveria uma grande fila de espera. Ademais, como assinalado acima, se a paciente julgasse que seu atendimento deveria ser imediato, contaria principalmente com os serviços da Policlínica, e não com os do CMF.

Em contraposição, uma paciente que se dirige a um Centro de Saúde às 7h, ainda que o acolhimento de sua EqSF tenha início neste horário, teme não ser atendida neste mesmo dia. Embora as profissionais afirmem que isso jamais ocorreria, tal ideia é compartilhada por muitas pacientes. Noção que creio ser impulsionada pelo fato de que nos acolhimentos muitas pacientes são recebidas pela auxiliar de enfermagem ou pela enfermeira, mas não pela médica e, por conseguinte, não obtêm as consultas que, na maior parte das vezes, são seus objetivos. Isso pode ocorrer por inúmeras razões, mas normalmente se dá em função da ausência da médica, da indisponibilidade dela em atender a paciente no momento ou da avaliação das demais profissionais de que a situação da paciente não requer uma consulta médica. Há que se considerar também que o tempo de espera cotidiano de ambas as instituições é distinto. Uma paciente que chega a um Centro de Saúde às 7h não raramente

deixa-o apenas por volta de 11h ou 12h. Por outro lado, não tive notícias de que uma paciente que chegou a um CMF às 8h veio a deixá-lo apenas por volta de 11h ou 12h.

Nos CMF a ordem inicial das filas de atendimento é organizada pelas próprias pacientes. Essa organização nem sempre se dá com base na disposição dos corpos das pacientes no espaço, a partir de uma fila indiana ou algo do gênero. É usual que ao chegar à sala de espera de um CMF a paciente pergunte às demais que ali se encontrem qual é a última da fila, e com isso passa a saber depois de quem será atendida. Como as filas geralmente não são compostas por mais do que cinco ou seis pessoas, tal esquema funciona sem que confusões sejam geradas. Com a fila organizada pelas pacientes, é comum que a médica, mesmo estando sentada em sua mesa, apenas chame pela próxima a ser atendida, que deixa a sala de espera e se dirige até aquela onde a profissional se encontra. É igualmente habitual que, mesmo antes de ser chamada, a próxima paciente da fila já se desloque até a porta da sala onde a médica realiza suas consultas quando percebe que a paciente que antes estava sendo atendida deixou o local.

Nos Centros de Saúde as próprias pacientes também organizam a fila inicial dos acolhimentos. Como estas instituições possuem grandes quantidades de bancos para que as pacientes aguardem seus atendimentos, é comum que já esteja estabelecido que elas neles se posicionem de acordo suas ordens de chegada. São convencionadas certas sequências de bancos a serem ocupados pelas pacientes que participam do acolhimento de tal ou qual EqSF. A minoria das pacientes que desconhecem tal sistema – geralmente aquelas que estão começando a utilizar o Centro de Saúde – são orientadas pelas estagiárias do projeto “Posso Ajudar?” a ocuparem tais cadeiras posicionando-se lado a lado às demais pacientes. Certa vez eu estava sentado num destes bancos, esperando a chegada de uma ACS com quem sairia para fazer visitas domiciliares. Em poucos minutos uma EqSF iria iniciar seu acolhimento, e as pacientes já estavam chegando para a atividade. O banco que eu ocupava fazia parte daqueles direcionados à organização da fila deste acolhimento. Em dado momento a fila em formação atingiu o assento no qual eu me encontrava. A próxima paciente que se apresentou para o acolhimento perguntou-me se eu estaria ali aguardando pelo acolhimento. Diante de minha resposta negativa ela se mostrou incomodada com o fato de eu estar ocupando a cadeira que deveria ser por ela utilizada. Recusou-se a se sentar na cadeira seguinte, permanecendo em pé ao meu lado, explicitamente demonstrando que eu deveria sair dali. Provavelmente temia que, ao não ocupar aquele espaço, outra pessoa pudesse tomar seu lugar na fila quando eu me levantasse.

Vanessa, usuária ordinária do Centro de Saúde, já sabia que a fila do acolhimento de sua EqSF era assim organizada. Chegou ao Centro de Saúde e logo tomou seu assento e, por conseguinte, seu lugar na fila, satisfeita pela primeira etapa do acolhimento não estar

encerrada. Conhecedora dos procedimentos assumidos no acolhimento, ela trazia consigo a certidão de nascimento de Jéssica. Minutos antes de sua chegada a auxiliar de enfermagem havia começado a chamar as pacientes que estavam na sua frente. Esse procedimento geralmente começa dez ou quinze minutos após o horário marcado para o início do acolhimento. Tempo este necessário para que as pacientes cheguem e se ajeitem nas cadeiras. Nestes momentos é comum observarmos as pessoas portando em suas mãos suas carteiras de identidade e seus cartões do Centro de Saúde. Tais documentos serão necessários para que elas participem da atividade. A primeira profissional com a qual virão a ter contato inescapavelmente lhes solicitará que elas apresentem seus documentos pessoais, podendo o cartão do Centro de Saúde ser ou não solicitado, dependendo dele ser ou não adotado pela EqSF⁷⁰. Acontece também, embora não seja usual, que as demais profissionais com as quais virão a ter contato também peçam que elas apresentem tais documentos.

A primeira etapa pela qual as pacientes passam num acolhimento é geralmente denominada como “*dar o nome*”. Seguindo a fila já organizada pelas pacientes, uma a uma elas vão sendo recepcionadas pela auxiliar de enfermagem da EqSF, que “*recolhe os nomes*”. Esse atendimento inicial normalmente acontece na própria área de espera, com a auxiliar de enfermagem em pé circulando por entre as pacientes, ou então em algum corredor do Centro de Saúde situado próximo às cadeiras de espera. Após “*pegar o nome*” da paciente a auxiliar de enfermagem solicita que ela retorne à área de espera e lhe informa que “*será chamada pelo nome*”. Para que a paciente participe das próximas etapas do acolhimento a enfermeira ou a médica da EqSF geralmente vão até a sala de espera e gritam seu nome, para que ela as acompanhe até as salas onde seu acolhimento terá prosseguimento. Por vezes se ouve, numa área de espera das pacientes, alguma profissional questionar em voz alta, para que todas as presentes escutem: “*tem mais alguém da equipe ‘x’ que ainda não deu o nome?*”. “*Dar o nome*” significa, portanto, ser integrado ao grupo de pacientes que participarão do acolhimento. Nesse sentido, o ato de “*dar/pegar o nome*” representa a certeza de que a EqSF está ciente de que a paciente se encontra na instituição e de que mais cedo ou mais tarde irá lhe atender. Se, por exemplo, uma paciente que participa de um acolhimento acaso se incomoda com o tempo que leva esperando para ser atendida e procura alguma profissional para lhe questionar a razão desta demora, esta provavelmente lhe perguntará: “*você já deu seu nome?*”. Se as profissionais estão com o nome da paciente, então isso significa que a demora está se dando em função da dinâmica da atividade, e não porque as profissionais porventura se esqueceram dela. Por vezes a paciente “*deixa seu nome*” com uma profissional em certo momento, na expectativa de que

⁷⁰ Para mais detalhes sobre os cartões dos Centros de Saúde, ver capítulo III, item 21, pág. 186.

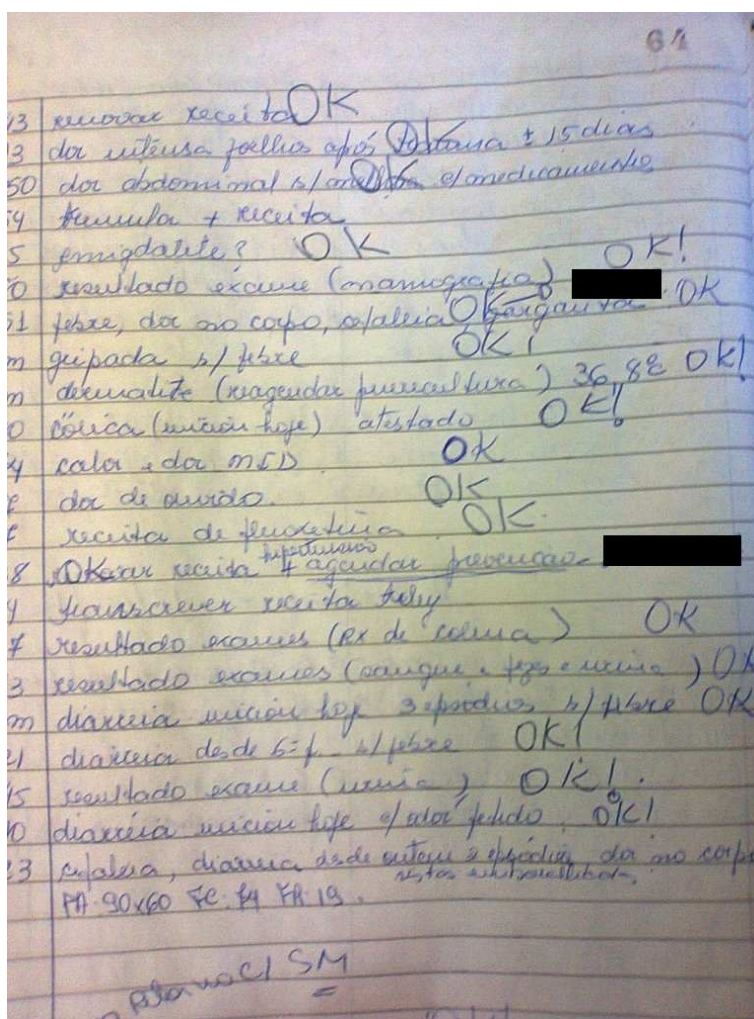
ela lhe realize algum serviço. Se este não é efetuado a paciente pode procurar pela EqSF e reclamar afirmando que, na medida em que “*deixou seu nome*”, a profissional assumiu o compromisso de atender sua solicitação. Apenas uma EqSF que conheci ao longo do trabalho de campo não adotava esta prática em seus acolhimentos. Ao invés de “*recolher os nomes*” esta EqSF distribuía às pacientes pedaços de papel numerados de acordo com suas ordens de chegada. As pacientes eram então chamadas por estes números, e não por seus nomes.

Mas a auxiliar de enfermagem, neste primeiro contato com a paciente, faz mais do que apenas “*pegar seu nome*”. Inicialmente ela pede que a paciente apresente sua carteira de identidade (ou algum documento similar). Com ela esta profissional geralmente registra o nome e a data de nascimento da paciente. Em algumas circunstâncias, como assinalado anteriormente, o cartão do Centro de Saúde pode também ser solicitado. Tais dados servirão para que, posteriormente, as profissionais da EqSF confirmem no sistema Gestão Saúde em Rede se a paciente de fato pertence ao território pelo qual são responsáveis e para que nele encontrem seu prontuário eletrônico. Quando a auxiliar de enfermagem desconfia que a paciente não está vinculada à EqSF ela pode logo neste primeiro contato questionar se a paciente realmente reside em sua área de abrangência. Somente após tais informações – que dizem respeito mais propriamente à situação cadastral da paciente – serem anotadas a auxiliar de enfermagem pede que a paciente explicita a demanda que a levou ao acolhimento. Ao que a paciente o faz em apenas alguns instantes. A profissional então registra a demanda da paciente e pede que ela retorne à sala de espera. O conjunto destas informações terá, portanto, uma tripla serventia para as profissionais. Primeiro, para a verificação do cadastro da paciente. Segundo, para a busca antecipada de seu prontuário, que será utilizado nas próximas etapas do acolhimento. Terceiro, para, a partir das demandas de todas as pacientes, a definição da ordem dos atendimentos.

Todas estas informações geralmente são anotadas no que as profissionais denominam de “*caderno de acolhimento*”. Algumas EqSF utilizam folhas soltas, que são descartadas ao final da atividade. Mas a maioria delas utiliza cadernos, nos quais os registros dos acolhimentos diários se seguem página após página. A cada novo acolhimento a auxiliar de enfermagem prepara um cabeçalho com a data da atividade e abaixo insere os dados obtidos neste primeiro contato com as pacientes. Normalmente é reservada uma linha para o registro das informações de cada uma delas. Embora a princípio todos estes registros pudessem ser feitos diretamente no sistema Gestão Saúde em Rede, as profissionais entendem que o caderno permite uma abordagem inicial mais rápida para com o conjunto das pacientes, além de oferecer maior flexibilidade para com a organização da ordem dos atendimentos. A Figura 67, abaixo, apresenta uma fotografia de uma página de um destes cadernos. Nela pode-se ver apenas a página do lado direito do caderno, onde as

profissionais assinalavam a idade e a demanda da paciente. Na página do lado esquerdo eram anotados dados pessoais da paciente, tais como seu nome e, em alguns casos, sua data de nascimento e seu endereço. Pode-se observar também que ao final de quase todas as demandas está escrito “ok”. Esta sigla era inserida quando o acolhimento da paciente chegava ao fim.

Figura 67: Página de um caderno de acolhimento



Quando chega a vez de Vanessa passar por esta etapa do acolhimento, a auxiliar de enfermagem de sua EqSF a busca nas cadeiras de espera e elas se dirigem à parte interna do Centro de Saúde. Vanessa e Jéssica sentam-se diante da auxiliar de enfermagem numa carteira escolar disposta num dos corredores da instituição. Vanessa entrega a certidão de nascimento de sua filha e explica à profissional o que ela sentia. A EqSF à qual estava vinculada ainda utilizava o “cartão do posto”, mas este não é solicitado à Vanessa. A auxiliar de enfermagem, que já havia lhe atendido anteriormente, reconheceu-a e deduziu que ela ainda residiria no território adscrito à sua EqSF. As informações de Jéssica foram

registradas no caderno de acolhimento. Estava ao lado delas durante o procedimento e, pelo que pude observar, foi anotado que a criança estava com sinusite há uma semana, tendo apresentado diarreia. Ao final, a auxiliar de enfermagem solicita que Vanessa retorne para as cadeiras de espera e informa que ela seria chamada em seguida. Este contato durou entre 3 e 4 minutos.

As profissionais da política de saúde da família cubana não possuem um artifício exatamente equivalente aos cadernos de acolhimento. Mas há uma ficha utilizada para o registro dos serviços realizados nos CMF. Tal ficha é denominada *Actividades de Medicina Familiar*. Ela é preenchida pelas médicas durante a realização de suas consultas. Sua diferença principal para com os cadernos de acolhimento é que a ficha cubana constitui um documento padronizado, que deve ser tão somente preenchido pelas profissionais. Por sua vez, os cadernos de acolhimento são instrumentos criados pelas integrantes das EqSF, de modo que elas possuem ampla liberdade de formatá-los e usá-los da maneira que melhor entendam. Segundo as profissionais com as quais conversei, é utilizada uma ficha *Actividades de Medicina Familiar* a cada dia e, de tempos em tempos, um conjunto delas é enviado à Policlínica, servindo de fonte para a produção de estatísticas em torno dos serviços prestados pelos CMF e dos problemas de saúde da população atendida. As Figuras 68 e 69, abaixo, apresentam esta ficha.

Se comparamos as informações captadas por esta ficha com aquelas registradas nos cadernos de acolhimento podemos perceber algumas semelhanças. Dados tais como o número da história clínica, o nome da paciente, sua idade, seu sexo e seu problema de saúde podem também ser encontrados nos cadernos de acolhimento – embora o número de prontuário eletrônico não seja sempre registrado e a idade da paciente geralmente seja observada por meio de sua data de nascimento. As demais informações captadas pela ficha *Actividades de Medicina Familiar* (tipo de atividade, diagnóstico, lugar e conduta) também fazem parte do acolhimento das EqSF. Entretanto, estas não constam do caderno de acolhimento, sendo registradas posteriormente quando médicas e enfermeiras adentram no prontuário eletrônico da paciente. É interessante observar que, quando estive nos CMF, pude observar que as médicas muitas vezes registram nesta ficha apenas as informações que encontram similaridades com aquelas dos cadernos de acolhimento. Além disso, igualmente me pareceu comum que, ao lado do nome da paciente, elas anotem também seu endereço, o que torna ainda mais semelhante o processo de registro de informações quando da recepção de pacientes nos CMF e nos Centros de Saúde.

Nas fichas *Atividades de Medicina Familiar* em tese deveria constar o registro de todas as ações desenvolvidas pelas profissionais dos CMF. No entanto, em diversas consultas acompanhadas por mim pude notar que as médicas não apontavam nestas fichas os atendimentos realizados. Questionei-as a razão desta ausência de anotação. Elas foram unânimes em me responder que não registram o atendimento daquelas pacientes cujas demandas julgam serem muito pontuais, demandas que não implicam num exame clínico ou num diagnóstico, tais como, por exemplo, o pedido de uma informação ou a prescrição de um medicamento simples. Talvez por isso fosse de praxe que – ao contrário do que ocorre nos Centros de Saúde – tais dados das pacientes fossem solicitados apenas após elas explicitarem suas demandas. De forma simplificada, tudo se passa como se nos Centros de Saúde a solução da demanda da paciente, independentemente de qual esta seja, dependesse de certa consideração para com suas informações pessoais. Por seu turno, nos CMF tudo se passa como se a consideração para com as informações pessoais da paciente dependesse de sua demanda.

Para com os procedimentos adotados pelas EqSF, outra diferença importante a ser notada é que as profissionais dos CMF na maioria absoluta dos casos não solicitam às pacientes documentos que comprovem as informações registradas na ficha *Atividades de Medicina Familiar*. Enquanto nos Centros de Saúde a apresentação da carteira de identidade (quando não também do “cartão do posto”) é uma obrigatoriedade, apenas uma vez presenciei uma paciente de um CMF exibir seu documento pessoal à médica. Esta se apresentou à médica solicitando uma receita de certo medicamento. Afirmou que era paciente de outro CMF próximo, mas que havia estado lá e não encontrado a médica. Gostaria de obter a receita naquele momento e, por isso, procurou um CMF ao qual não estava vinculada. A médica que a atendeu não chegou a tomar sua carteira de identidade, mas questionou à enfermeira se ela sabia algo sobre a ausência desta médica do outro CMF. Ao que a enfermeira confirmou que ela de fato provavelmente não estaria trabalhando naquela manhã. A médica então imediatamente produziu a receita que a paciente havia solicitado. Acredito que as profissionais não exijam que as pacientes apresentem seus documentos porque conhecem a maioria delas. Por outro lado, creio também que isso se deve à inexistência de razões constantes e importantes para que as pacientes mintam sobre seus locais de residência. Enquanto em Belo Horizonte os pertencimentos territoriais das pacientes podem lhes definir acessos a serviços consideravelmente diferenciados, em Havana isso não parece acontecer de maneira destacada.

O contato de Vanessa com a auxiliar de enfermagem esteve engendrado por este processo que congregava de maneira particular, dentre outras coisas, o ato da profissional em “ouvi-la”, a organização de seu acesso aos serviços da EqSF, o uso dos espaços da instituição e a avaliação em torno da condição de saúde de sua filha. Geralmente as

auxiliares de enfermagem demoram cerca de trinta minutos para realizarem este procedimento com todas as pacientes. Como Vanessa era a última da fila, por volta de 7h45 a auxiliar de enfermagem encerrou esta etapa do acolhimento.

Como é comum em todos os Centros de Saúde, se até este momento fora obedecida a ordem de chegada das pacientes, nas etapas seguinte este princípio passaria a ser mesclado com outros dois. Passa a ser considerado, por um lado, certa avaliação para com as demandas anunciadas pelas pacientes e, por outro, a disponibilidade momentânea da enfermeira e da médica em atendê-las. Numa situação hipotética em que todas as pacientes apresentassem uma mesma demanda e uma mesma condição de saúde, elas continuariam a ser atendidas de acordo com a ordem de chegada. Todavia, o mais comum é que uma ou outra paciente apresente uma situação que se caracteriza como “aguda”. Em razão disso esta é, como dizem pacientes e profissionais, “*passada na frente*”. Ainda que ela tenha sido a última a chegar ao acolhimento, provavelmente será a primeira a ser recebida pela médica ou pela enfermeira. Além disso, se, por exemplo, também numa situação hipotética, as profissionais avaliam que todas as pacientes devem ser atendidas pela médica, com exceção de uma que foi a décima a chegar ao acolhimento, mas cujo atendimento requer contato apenas com a enfermeira, o que ocorrerá é que a primeira a chegar será recebida pela médica, enquanto a décima será “*passada na frente*”, sendo recebida pela enfermeira antes das demais. Tais avaliações são feitas predominantemente pela enfermeira e pela auxiliar de enfermagem e, inicialmente, a partir das informações registradas no caderno de acolhimento. Elas podem ser reformuladas a partir do contato da enfermeira com as pacientes, que constitui a segunda etapa do acolhimento. Somente em casos de dúvida a médica é consultada acerca desta ordem de atendimento, sua opinião também sendo formulada, inicialmente, com base nos dados apontados no caderno de acolhimento, mas podendo ser acrescidas das observações que a enfermeira porventura lhe forneça a partir do contato que tenha tido com as pacientes.

Como tal processo é complexo, envolvendo ações diversas que se dão simultaneamente, mas também porque cada paciente desconhece as necessidades das demais que com ela participam do acolhimento, é comum que surjam incômodos entre as pacientes quando algumas são “*passadas na frente*”. Algumas consideram que tal procedimento seria errado, pois entendem que ele consistiria numa subversão ao princípio da ordem de chegada – que, por sinal, é o fator que elas podem melhor controlar. Por exemplo, a terceira paciente a chegar ao acolhimento pode considerar uma injustiça que aquela que chegou trinta minutos depois dela seja atendida “*na sua frente*”. A primeira etapa de “*recolhimento dos nomes*” é realizada pela auxiliar de enfermagem com todas as pacientes de uma só vez e ocorre num período de tempo relativamente curto. No entanto, após a sua conclusão cria-se certa expectativa entre as pacientes, pois, tendo em vista que

elas “*deram seus nomes*”, imaginam que serão logo recebidas pela médica ou pela enfermeira. Estas profissionais recebem as primeiras pacientes cinco ou dez minutos após a conclusão da atividade pela auxiliar de enfermagem. Porém as últimas a serem por elas chamadas podem precisar esperar duas ou até mesmo três horas, dependendo da quantidade de pacientes presentes no acolhimento e das suas demandas. Se, por um lado, as profissionais procuram organizar os atendimentos de acordo com as necessidades de todas as pacientes, por outro as pacientes têm como parâmetro para avaliarem os momentos de seus atendimentos apenas suas posições na ordem de chegada e a avaliação que empreendem para com suas próprias necessidades. De forma inevitável o encontro entre estas perspectivas cotidianamente gera tensões.

O incômodo ordinário vivenciado pelas pacientes com relação ao tempo de espera pelos atendimentos nos acolhimentos também se deve à gestão dos horários definidos para com a ocorrência destas atividades nos Centros de Saúde. Não obstante a noção de acolhimento forjada na esfera da PNH indique que ele não possui horários previamente estabelecidos para acontecer, as atividades das EqSF que levam este nome têm pré-definidos seus momentos de início e de término. Contudo, isso se dá apenas do ponto de vista das profissionais. Do ponto de vista das pacientes seus acolhimentos têm hora marcada apenas para começar, mas não para terminar. Às pacientes é exigido que cheguem ao Centro de Saúde no horário definido para o início da atividade. Já o horário em que deixarão a instituição dependerá da forma como as profissionais ordenarem o atendimento de todas as pacientes. As EqSF geralmente se organizam para que todo o processo do acolhimento dure de três a quatro horas, de modo que normalmente é separado o período de uma manhã ou de uma tarde para a sua realização. Sendo assim, se, por exemplo, certo acolhimento tem início às 7h, todas as pacientes devem chegar ao Centro de Saúde neste horário. As profissionais se esforçarão em acolhê-las até o horário estabelecido para o término da atividade, que provavelmente será às 11h ou às 12h. Contudo, algumas pacientes terão seus acolhimentos finalizados às 9h, outras às 10h15 e assim por diante. Destarte, ao chegarem para a atividade elas não podem prever quando a deixarão.

Ainda por hipótese, se um acolhimento se inicia às 7h e certa paciente a ele se apresenta apenas às 8h30, é bastante provável que as profissionais se aborreçam com tal atitude. Neste momento provavelmente já terão encerrado a primeira parte da atividade, já terão estabelecido a ordem dos atendimentos, além do que as enfermeiras e as médicas já estarão recebendo as pacientes. Ao não participar da atividade desde seu início esta paciente estaria, do ponto de vista das profissionais, atrapalhando sua organização. Se sua condição é “aguda” as profissionais tendem a relevar seu atraso e atendê-la. Caso contrário, a possibilidade da paciente ser ou não atendida dependerá fundamentalmente da disposição

em fazê-lo possuída pela EqSF que a receber. O mais provável é que à paciente seja solicitado que retorne ao Centro de Saúde em outro momento e no horário adequado. Especialmente se a demanda da paciente implicar numa consulta médica. Não são todas as profissionais que, independentemente das demandas das pacientes, tendem a atendê-las quando elas chegam aos acolhimentos após eles já estarem se desenrolando. Sendo assim, foi porque havia chegado às 7h30 e não às 7h que Vanessa cogitou a possibilidade de Jéssica não ser atendida. Talvez isso chegasse mesmo a ocorrer. No seu caso o que se passou foi que ela ocupou seu lugar na fila enquanto a auxiliar de enfermagem ainda recebia as pacientes que estavam posicionadas à sua frente. Se acaso houvesse chegado após a conclusão dessa etapa suas chances de ser atendida cairiam consideravelmente.

O ordenamento dos atendimentos que se segue ao “*recolhimento dos nomes*” não é feito de uma só vez, tampouco de maneira fixa. Esse é um procedimento feito em conjunto pela auxiliar de enfermagem e pela enfermeira. Normalmente a auxiliar de enfermagem leva o caderno do acolhimento até a sala em que a enfermeira se encontra, lá elas fazem uma leitura das anotações produzidas e ensaiam uma organização provisória dos atendimentos: quais pacientes serão atendidas primeiro, quais serão recebidas pela médica, quais serão recebidas pela enfermeira, quais devem ser levadas para a sala de observação, quais devem ser orientadas a retornar ao Centro de Saúde em outro momento etc. Este ordenamento vai sendo constantemente refeito ao longo de todo o processo do acolhimento, sendo ajustado de acordo com a disponibilidade momentânea das profissionais em atender, com as alterações nas condições de saúde das pacientes, com o encontro de documentos necessários aos atendimentos etc.

Após estabelecerem este delineamento inicial da ordem com que as pacientes serão atendidas as profissionais se dividem para a execução de distintas tarefas. A auxiliar de enfermagem passa a buscar os prontuários das pacientes que estão impressos e arquivados, utilizando, para tanto, seus nomes e suas datas de nascimento. Se existe dúvida com relação ao pertencimento de alguma paciente à área de abrangência da EqSF a enfermeira imediatamente confere seu cadastro no sistema Gestão Saúde em Rede. Com a conferência do cadastro das primeiras a serem atendidas e de posse de seus prontuários impressos, a enfermeira passa a recebê-las e/ou a encaminhá-las para que a médica as receba. Todavia, como as informações recolhidas inicialmente pela auxiliar de enfermagem em geral não são suficientes para que seja produzida uma avaliação precisa das necessidades das pacientes, a enfermeira acaba por receber praticamente todas elas. A segunda etapa do acolhimento envolve este contato das pacientes com a enfermeira. Ela novamente ouve a paciente, algumas vezes examina seus dados e, com base neste segundo conjunto de informações, define qual será o tipo de atendimento ofertado a ela. No decorrer do acolhimento a enfermeira intercala a conferência do cadastro das pacientes, a

avaliação para com a ordem dos atendimentos, a organização do uso dos prontuários impressos e o recebimento das pacientes⁷¹.

Em Cuba as enfermeiras têm uma tarefa semelhante. De acordo com o documento regulador da política de saúde da família do país (CUBA, 2011b), parte de suas obrigações seria permanecer na sala de espera dos CMF e ali estabelecer prioridades de atendimentos. Nas oportunidades em que estive visitando estas instituições vi a enfermeira alterar a ordem de atendimento das pacientes uma única vez. O fato deste tipo de atuação não ser tão constante e relevante quanto nos Centros de Saúde está diretamente relacionado à inexistência nos CMF de um procedimento equivalente aos acolhimentos realizados pelas EqSF. O estabelecimento de prioridades para o atendimento das pacientes que se dirigem diariamente às instituições é uma prática esporádica entre as profissionais cubanas, enquanto é estruturante das ações das profissionais brasileiras.

Durante os acolhimentos ocorridos nos Centros de Saúde, quando do contato inicial com a auxiliar de enfermagem a paciente explicita tão somente uma descrição bastante genérica e sucinta de sua demanda. De modo que este contato acaba por servir, sobretudo, para que sejam obtidas informações que permitam a conferência dos cadastros das pacientes e para que sejam mais rapidamente identificadas aquelas pacientes que se encontram em “condições agudas”. É interessante então empreendermos certa digressão com vistas à análise da noção de “caso agudo”.

A noção de “caso agudo” participa da organização de praticamente todas as atividades das EqSF. A princípio, os “casos agudos” seriam aqueles que mereceriam atenção imediata, que não poderiam deixar de ser atendidos e que justificariam modificações na disposição estabelecida para os atendimentos. Dessa forma, não importando o que esteja acontecendo no Centro de Saúde ou na EqSF, os “casos agudos” devem ser observados e gozam de preferência para tal. Por isso é muito comum encontrarmos nos Centros de Saúde avisos pregados nas paredes informando que, por motivos diversos que causam certa redução na oferta dos serviços (ausência ou paralisação de profissionais, realização de reuniões etc.), somente serão atendidos os “casos agudos”. Se, por exemplo, uma paciente se dirige ao Centro de Saúde num certo momento em que a médica de sua EqSF nele não se encontra, as médicas das outras EqSF não se sentem na obrigação de atendê-la, exceto se ela se encontra numa “condição aguda”. Se, também por exemplo, uma médica ou uma enfermeira está realizando algum atendimento, pode precisar interrompê-lo se é informada de que uma paciente em “condição aguda” chegou à instituição.

⁷¹ Nos Centros de Saúde de Belo Horizonte as enfermeiras assumem, portanto, uma condição mais ativa e resolutiva do que aquela apontada pela pesquisa de Schimith & Lima. No contexto pesquisado pelas autoras as enfermeiras assumiriam papéis de destaque apenas nas atividades administrativas e educativas coletivas (2004:1489).

No entanto, existem tensões no que tange à definição do que caracterizaria a situação de uma paciente como “aguda”. Incomoda algumas profissionais que, tal como entendem, a maioria das pacientes não entenda perfeitamente o que constitui um “caso agudo” e que, em função disso, incorretamente demandem atenção afirmando que suas condições são “agudas”, quando na verdade não seriam. Todavia, mesmo entre as profissionais não parece haver critérios precisos e plenamente compartilhados em torno do que corresponderia a um “caso agudo”. Diante da recorrência com que tal noção era acionada, por diversas vezes questionei as profissionais sobre quais seriam os parâmetros adotados para defini-la. Elas normalmente me diziam que existiriam critérios para que os “casos agudos” fossem definidos enquanto tais. Nesse contexto, se destacariam a presença de febre e de pressão arterial alterada. No entanto, sempre que lhes pedia que me indicassem critérios mais precisos elas me afirmavam que, no limite, não seria possível determinar tais parâmetros de maneira abstrata e/ou fixa, pois os sintomas apresentados por uma paciente dependeriam de interpretações que apenas o conhecimento completo de sua situação poderia indicar. Nesse sentido, seria necessário um contato direto da profissional com a paciente para que se pudesse avaliar se seu “caso” seria ou não “agudo”. Nessas conversas algumas profissionais chegaram também a me dizer que, mesmo diante de uma situação concreta apresentada por uma paciente, existiria a possibilidade de que surgissem divergências acerca de sua caracterização ou não como um “caso agudo”. A avaliação da condição de uma paciente dependeria sempre de certa interpretação e, por conseguinte, poderia gerar divergências entre as profissionais.

Esta flexibilidade inerente à noção de “caso agudo” possibilita que ela seja manejada pelas profissionais no âmbito da organização de suas atividades. Sempre que a redução de seus volumes de trabalho se faz inevitável elas adotam um princípio de priorização, ou seja, uma vez que nem todas as pacientes podem ser atendidas, aquelas que mais necessitam têm preferência para utilizarem os serviços. Nestes casos o mais comum é que seja anunciado que somente os “casos agudos” serão atendidos. Entretanto, as profissionais podem ser mais ou menos rigorosas em apreciarem se as situações das pacientes são “agudas” e, por conseguinte, podem regular o limiar que definirá a possibilidade delas serem atendidas. O que significa que a avaliação para com os “casos agudos” é um instrumento de controle para com a oferta dos serviços. Obviamente, se, por exemplo, uma paciente apresenta uma condição evidentemente delicada que, no limite, coloca sua vida em risco, é absolutamente improvável que ela não seja classificada como um “caso agudo”. Contudo, o conteúdo das demandas ordinárias recebidas pelos Centros de Saúde, como é próprio dos serviços de atenção primária à saúde, em regra não envolve tais situações, mas necessidades e problemas de saúde bastante difusos e muito menos graves.

A maioria das pacientes julga que o procedimento de priorização do atendimento aos “casos agudos” seria, a princípio, adequado. Mas não é raro que surjam divergências quanto à sua aplicação, na medida em que as pacientes têm suas próprias concepções acerca do que definiria um “caso agudo” e de em quais momentos tal noção deveria ser utilizada. É recorrente entre diversas profissionais a ideia de que a dinâmica dos Centros de Saúde seria prejudicada pelo fato de que muitas pacientes os procurariam sem de fato necessitarem de qualquer tipo de atenção, ou então, inversamente, somente quando suas condições já estivessem “agudas”. No entanto, é interessante considerar que a busca dos serviços de uma EqSF por parte de uma paciente depende sempre da avaliação que esta realiza para com a situação de sua própria saúde. Se tal avaliação pode nem sempre ser unânime mesmo entre as profissionais, é de se esperar que aquela produzida pela paciente, e que a motiva a ir até a instituição, não corresponda exatamente àquela que receberá quando for atendida. Posta esta dissonância, o mais comum é que as pacientes tendam a mais constantemente entenderem que suas condições são “agudas” do que o fazem as profissionais.

Certa vez observei a conversa entre duas pacientes que se encontravam sentadas numa área de espera. Uma delas disse à outra que mais cedo havia telefonado ao Centro de Saúde, sendo informada que sua EqSF estaria atendendo apenas os “casos agudos”, pois a médica naquele dia estaria participando de um curso qualquer. Embora essa informação de certa forma consistisse numa sugestão para que ela não se dirigisse à instituição naquele dia, decidiu fazê-lo. Naquele momento em que conversava com a outra paciente pairava certa dúvida sobre se ela seria ou não atendida. Havia conversado com a enfermeira de sua EqSF, que lhe disse que tentaria fazer com que a médica de outra EqSF a recebesse. Diante desta incerteza, comentou: *“Aqui eles estão escolhendo? Se eu estou aqui é porque estou precisando!”*. Para ela não fazia sentido que as profissionais julgassem se necessitava ou não de atendimento. O simples fato de ter se deslocado até a instituição comprovaria sua necessidade.

A condição de Jéssica não foi classificada pela auxiliar de enfermagem e pela enfermeira como um “caso agudo”. Por isso Vanessa e a filha não foram logo atendidas. Somente por volta de 9h30 a enfermeira foi até a sala de espera e bradou o nome de Jéssica, convidando mãe e filha para a acompanharem até uma das salas localizadas na parte interna do Centro de Saúde. A enfermeira tomou seu assento colocado por detrás da mesa que se encontrava no local. Vanessa sentou-se no lado oposto da mesa, colocando a filha por sobre as suas pernas. A enfermeira então pede que Vanessa explique o que se passava com sua filha. Vanessa repete o que mais cedo havia dito à auxiliar de enfermagem. Mas desta vez a enfermeira pede que ela dê mais informações sobre os episódios de febre que Jéssica havia apresentado e sobre os medicamentos que vinha

consumindo. Após ouvir a resposta de Vanessa a enfermeira digita algumas palavras no computador que tinha diante de si, provavelmente no prontuário eletrônico de Jéssica, que já deveria estar aberto quando ela as convidou para se dirigirem até a sala. Ao longo de todo o atendimento eu permaneci em pé próximo à porta. Desta posição, assim como Vanessa, não podia enxergar o que exatamente a enfermeira escrevia no computador. Mas pude perceber que por sobre a mesa se encontrava o envelope que continha o prontuário impresso de Jéssica. Após ouvir e digitar as informações transmitidas por Vanessa a enfermeira as imprimiu e as colocou por sobre o envelope. Pediu então que Vanessa e a filha retornassem para as cadeiras de espera, e que lá aguardassem até que a médica as chamasse. Esse contato durou cerca de dez minutos.

Ao conversar com Vanessa a enfermeira decidiu que Jéssica carecia de ser atendida pela médica, concluindo que nem ela nem a auxiliar de enfermagem poderiam solucionar sua demanda. Se à auxiliar de enfermagem cabe um primeiro registro das informações das pacientes no caderno de acolhimento, à enfermeira cabe um trabalho mais difuso de classificação e organização das demandas. A enfermeira deve analisar a demanda da paciente, avaliar qual a possibilidade da EqSF atendê-la e calcular quando e como pode fazê-lo. No entanto, tanto profissionais quanto pacientes comumente afirmam que esse procedimento na prática se constituiria como um tipo de “*triagem*”. Ao invés da inserção da enfermeira no acolhimento se fazer um instrumento amplo de organização do trabalho da EqSF, ao fim e ao cabo ela se tornaria tão somente uma seleção das pacientes que irão ou não receber consultas médicas naquele dia. Acontece de algumas demandas serem já solucionadas por ela. A enfermeira pode dirimir dúvidas, marcar consultas, agendar exames, orientar condutas etc. Entretanto, tais ações sucedem em apenas uma pequena parte dos contatos que ela estabelece com as pacientes nos acolhimentos.

Tal como aconteceu com Vanessa, a maioria das pacientes que buscam os acolhimentos das EqSF desejam obter consultas médicas. Mas como também foi a experiência de Vanessa, para obtê-las as pacientes normalmente precisam, num primeiro momento, serem recebidas pelas auxiliares de enfermagem, em seguida pelas enfermeiras e, somente depois deste trânsito, chegam a estar com as médicas. Sem falar nos aspectos relacionados aos seus cadastramentos nos Centros de Saúde. Estes procedimentos são concebidos pelas profissionais com o objetivo de atenderem todas as demandas das pacientes da maneira mais adequada e ágil quanto possível. Contudo, muitas pacientes interpretam tais artifícios como uma “*burocracia*” criada para dificultar seus acessos aos serviços que desejam. Reclamam do fato de precisarem explicar seguidas vezes o que estão sentindo ou necessitando para que tenham seus problemas resolvidos. E não é raro que, num acolhimento, uma paciente que deseja uma consulta aguarde certo tempo para ser recebida pela auxiliar de enfermagem, em seguida aguarde novamente para ser

recebida pela enfermeira e, somente durante este contato, seja informada de que sua consulta será agendada para outro dia. Nestas circunstâncias a paciente tende a crer que o agendamento de sua consulta deveria ter sido feito logo quando a EqSF soube de sua demanda, o que inescapavelmente gera insatisfações. Além disso, algumas pacientes que passam por isso chegam a avaliar que seus deslocamentos até os Centros de Saúde foram inúteis, já que não obtiveram o que almejavam. É pouco provável que a primeira profissional com a qual a paciente tem contato quando se dirige ao Centro de Saúde solucione seu problema. É comum que esta solução não chegue imediatamente.

Certa vez, enquanto acompanhava um acolhimento em dado Centro de Saúde, por volta de 9h15 presenciei o contato de uma paciente com a enfermeira de sua EqSF. Esta paciente havia chegado ao Centro de Saúde às 7h. Minutos depois, enquanto ainda estava sentada na fila de espera, explicitou sua demanda à auxiliar de enfermagem. Disse-lhe que queria agendar uma consulta médica para apresentar os resultados de um exame que havia realizado. Permaneceu então aguardando na fila por duas horas, enquanto as demais pacientes eram atendidas. Quando foi recebida pela enfermeira, esta lhe pediu para ver os resultados do exame. A paciente não os tinha em mãos. À vista disso foi informada que a consulta médica para a apresentação de resultados de exames não era agendada sem que a paciente os apresentasse no momento do agendamento. Ao ouvir isso a paciente se pôs a reclamar, dizendo que havia estado inutilmente esperando por mais de duas horas. Questionou porque a auxiliar de enfermagem não havia lhe dado esta informação anteriormente. Quando a paciente deixou a sala a enfermeira me disse que aquela paciente, antiga usuária do Centro de Saúde, deveria já conhecer o procedimento para a marcação daquele tipo de consulta. Explicou-me ainda que tal diretriz havia sido tomada para evitar que as pacientes chegassem às consultas sem que tais resultados estivessem prontos, desperdiçando assim os tempos a elas reservados. Além disso, tal prática serviria para que a enfermeira pudesse fazer uma análise prévia destes resultados e, dependendo deles, definir se as consultas das pacientes seriam ou não prioritárias.

Vanessa era usuária costumeira do Centro de Saúde e, por isso, a auxiliar de enfermagem e a enfermeira não cogitaram que ela e a filha pudessem não estar cadastradas. Caso existissem dúvidas quanto aos seus cadastramentos, o momento do contato com a enfermeira seria decisivo para que estas fossem elucidadas. Durante um acolhimento o último momento em que o cadastro da paciente participa do processo de deliberação em torno da possibilidade dela receber um serviço geralmente é o contato dela com a enfermeira. Neste momento a enfermeira pode acessar o sistema Gestão Saúde em Rede e confrontar os dados fornecidos por ele com quaisquer informações fornecidas pela paciente. Enfim, é com a enfermeira que o acolhimento da paciente adquire uma trajetória

mais definitiva, pois são concluídas as avaliações para com sua condição de saúde e para com sua condição cadastral.

Por volta de 10h30, aproximadamente uma hora após haver sido recebida pela enfermeira, enquanto ainda nos encontrávamos nas cadeiras de espera, Vanessa percebeu que Jéssica começava a apresentar um estado febril. Foi então que me contou que naquela manhã ela havia despertado com febre e que, para controlá-la, teria lhe dado um medicamento antitérmico. Embora houvesse relatado à auxiliar de enfermagem e à enfermeira que Jéssica vinha sentindo febre nos últimos dias, Vanessa não lhes contou sobre o episódio daquela manhã. Avaliando que algo deveria ser feito para que a febre da filha não se elevasse, Vanessa deixou as cadeiras de espera e procurou pela enfermeira. Encontrou-a próximo à área de espera ocupada pelas pacientes, e lhe explicou o que se passava com Jéssica no momento. Instantes depois a enfermeira se dirigiu até onde estávamos e colocou um termômetro em Jéssica. Logo soubemos que sua temperatura estava em 38°C. Ao constatar isso a enfermeira avisou a Vanessa que sua filha seria “*passada na frente*”. Até este momento o atendimento delas estava se dando com base em suas posições na ordem de chegada. A constatação da febre fez com que elas adquirissem prioridade, encurtando seus tempos de espera pela terceira e última etapa do acolhimento.

Aproximadamente cinco minutos depois a enfermeira retornou e informou que Vanessa poderia encaminhar-se até a sala da médica, pois ela iria lhes atender naquele instante. Acompanhei-as até lá e logo que entramos na sala percebi que o envelope com o prontuário de Jéssica já se encontrava na mesa da médica. Por sobre ele estava o papel anteriormente impresso pela enfermeira. Notei também que, logo após cumprimentar as pacientes, a médica acessou o prontuário eletrônico de Jéssica. Entretanto, ao longo da consulta não chegou a utilizá-lo. A médica então pediu que Vanessa relatasse o que vinha acontecendo com sua filha e, mais uma vez, ela relatou os fatos das últimas duas semanas. Em seguida a médica auscultou algo no tórax de Jéssica e examinou sua garganta e seu ouvido. Chamou minha atenção que, tal como eu havia entendido, sobretudo a partir de nossas conversas na área de espera, a preocupação principal de Vanessa estava relacionada com o caroço surgido no olho de Jéssica. No entanto, este problema não ocupou sequer um minuto da consulta. Logo que Vanessa comentou sobre ele a médica afirmou que o olho da criança estaria daquela forma devido às inúmeras vezes em que ela o teria coçado. A médica parecia estar concentrada nas questões relacionadas à já diagnosticada sinusite e à recorrência da febre. Ao terminar de examiná-la a médica afirmou que o que teria acontecido é que Jéssica havia “*pegado uma virose por cima da sinusite*”. Sugeriu que Vanessa levasse a filha para casa e lhe desse um banho, explicou como deveria proceder para controlar a febre e indicou o uso de um medicamento antitérmico. Por volta de 11h

deixamos a sala da médica e despedimo-nos. O acolhimento de Vanessa e Jéssica se encerrava com aquelas orientações ofertadas pela médica.

O procedimento de fazer com que o envelope no qual está arquivado o prontuário impresso da paciente esteja sempre junto à profissional que a está atendendo no acolhimento é utilizado por todas as EqSF que conheci. Mas raras são as médicas que os abrem e examinam os documentos neles contidos. A maioria delas busca informações sobre as pacientes em seus prontuários eletrônicos. Isso em geral é feito antes que a paciente adentre em sua sala, como uma forma de preparação para a consulta a ser realizada. Ademais, nos acolhimentos é comum que, antes das consultas, enfermeiras e médicas conversem sobre as situações das pacientes. Tal conversa também serve como uma fonte de informações que contribui na definição da conduta a ser tomada pelas médicas em suas consultas. Sendo assim, a posse destes envelopes serve mais para que novos documentos sejam arquivados do que para que as profissionais pesquem seus conteúdos.

Este intrincado e multifacetado processo que Vanessa precisou atravessar para obter a consulta de sua filha não existe nos CMF de Havana. A paciente que busca uma destas instituições para obter uma consulta médica participa de um processo notadamente mais simples. Adentra na instituição, marca sua posição numa fila de espera que geralmente é composta por quatro a seis pessoas, espera sua vez de ser atendida, quando esta chega adentra na sala da médica, expõe sua demanda e é atendida. Enquanto isso a enfermeira geralmente busca sua história clínica, que recebe novas anotações durante seu atendimento. Essa quantidade menor de procedimentos se relaciona intimamente com o menor tempo médio de espera por atendimento ao qual as pacientes de Havana são submetidas comparativamente àquele experimentado pelas pacientes de Belo Horizonte. Dificilmente as pacientes cubanas aguardam mais do que uma hora para serem atendidas pelas médicas dos CMF. De modo que a espera por atendimento não parece constituir um problema destacado entre as pacientes que procuram os CMF. Por outro lado, o mesmo não acontece com as pacientes dos Centros de Saúde, que constantemente se mostram incomodadas com a espera que experimentam nos acolhimentos. Como assinalado anteriormente, a sobreposição entre três classes de fatores (ordem de chegada das pacientes, necessidades das pacientes e disponibilidade momentânea das profissionais) pode fazer com que uma paciente espere por um tempo mais ou menos prolongado. Mas não é raro que elas precisem aguardar de duas a quatro horas para que seus acolhimentos sejam finalizados.

As organizações das atividades das EqSF geralmente são justificadas pelas profissionais não em função das necessidades das pacientes, mas a partir do volume de demandas com as quais precisam lidar cotidianamente. A carência de “grupos operativos”, a ausência de uma classificação das pacientes residentes em suas áreas de abrangência de

acordo com suas situações de saúde, a inexistência de um planejamento de ações específicas dirigidas a certos tipos de pacientes etc. são descritas como funções do fato de que as “*demandas espontâneas*” diárias seriam muito elevadas. Dito de outra forma, a grande quantidade de pacientes presentes nos acolhimentos, somada à necessidade de atender a todas as suas demandas, ocupariam a maior parte do tempo e das energias das profissionais. Por isso a compreensão do conjunto das atividades executadas pelas EqSF deve levar em conta a quantidade de pacientes que participam dos acolhimentos.

Durante o trabalho de campo tive a oportunidade de fazer um levantamento estatístico dos registros contidos nos cadernos de acolhimento de três EqSF pertencentes a dois Centros de Saúde. Parte das informações recolhidas dizia respeito à quantidade de pacientes que participaram de cada um dos acolhimentos registrados nestes cadernos⁷². Os números obtidos oferecem uma boa representação do volume de atendimentos oferecidos nestas atividades. Entretanto, é importante ressaltar que eles não correspondem perfeitamente às estatísticas produzidas por meio do sistema Gestão Saúde em Rede. Nem todas as pacientes que participam da primeira parte dos acolhimentos, na qual as auxiliares de enfermagem “*recolhem os nomes*”, chegam a ser atendidas com o uso deste sistema. Por outro lado, como nem todas as pacientes que são atendidas nos acolhimentos participam de sua primeira etapa, pode acontecer de determinado atendimento ser registrado no Gestão Saúde em Rede e não no caderno de acolhimento. Sendo assim, os dados apresentados pelos cadernos representam mais adequadamente certo retrato das pacientes que participaram do início dos acolhimentos. De modo que não nos permitem inferir o que veio a acontecer com estas pacientes. Embora não exista dúvida de que apenas uma parte das pacientes que procuram os acolhimentos chega a obter consultas médicas ainda no decorrer destas atividades.

Quando as páginas de um caderno de acolhimento se esgotam ele em geral é descartado pela EqSF. Sendo assim, não existe um padrão com relação aos períodos cobertos por estes instrumentos. Realizei o levantamento estatístico citado acima por volta do mês de abril de 2011. Os cadernos das duas EqSF que pertenciam ao mesmo Centro de Saúde apresentavam registros dos acolhimentos realizados desde os meses finais de 2009. A estas denominarei aqui de EqSF Laranja e EqSF Verde. Já o caderno da EqSF que pertencia a outro Centro de Saúde apresentava registros dos acolhimentos realizados apenas a partir de fevereiro de 2010. A esta denominarei de EqSF Azul. Isto posto, para melhor comparar os dados apresentados por cada um destes cadernos, abaixo apresentarei a quantidade de pacientes acolhidos por suas EqSF ao longo do período de um ano. Para com as EqSF Laranja e Verde serão considerados os doze meses do ano de 2010. Já para

⁷² Tendo em vista os objetivos deste trabalho, aqui não explorarei completamente o conjunto destes dados recolhidos. Espero fazê-lo no futuro, possivelmente por meio de um artigo.

com a EqSF Azul serão consideradas as informações referentes ao período de 01 de março de 2010 a 28 de fevereiro de 2011. Vale dizer que, a princípio, estas três EqSF realizariam acolhimentos todos os dias da semana, aspecto que será relevante mais à frente. A Tabela 9, abaixo, apresenta a frequência da quantidade de pacientes atendidas por estas três EqSF nos cinco dias da semana ao longo dos períodos considerados.

Tabela 9: Número de pacientes acolhidas por três EqSF ao longo de um ano

Número de pacientes acolhidas em um dia	Quantidade de vezes ao longo de um ano em que este número de pacientes foram acolhidas pela EqSF Laranja	Porcentagem representada pela quantidade de vezes em que este número de pacientes foram acolhidas pela EqSF Laranja no total de dias do período de um ano	Quantidade de vezes ao longo de um ano em que este número de pacientes foram acolhidas pela EqSF Verde	Porcentagem representada pela quantidade de vezes em que este número de pacientes foram acolhidas pela EqSF Verde no total de dias do período de um ano	Quantidade de vezes ao longo de um ano em que este número de pacientes foram acolhidas pela EqSF Azul	Porcentagem representada pela quantidade de vezes em que este número de pacientes foram acolhidas pela EqSF Azul no total de dias do período de um ano
0	32	12,3	44	16,9	42	16,1
1	0	0	4	1,5	1	0,4
2	2	0,8	10	3,8	2	0,8
3	2	0,8	13	5,0	1	0,4
4	3	1,1	7	2,7	1	0,4
5	4	1,5	10	3,8	8	3,1
6	4	1,5	12	4,6	9	3,4
7	8	3,1	11	4,2	10	3,8
8	14	5,4	5	1,9	5	1,9
9	9	3,4	7	2,7	8	3,1
10	16	6,1	14	5,4	12	4,6
11	15	5,7	7	2,7	17	6,5
12	18	6,9	13	5,0	14	5,4
13	18	6,9	9	3,4	8	3,1
14	13	5,0	12	4,6	10	3,8
15	15	5,7	15	5,7	7	2,7
16	20	7,7	11	4,2	12	4,6
17	15	5,7	16	6,1	6	2,3
18	9	3,4	8	3,1	14	5,4
19	6	2,3	9	3,4	11	4,2
20	15	5,7	7	2,7	10	3,8
21	8	3,1	4	1,5	10	3,8
22	5	1,9	6	2,3	11	4,2
23	3	1,1	1	0,4	5	1,9
24	3	1,1	1	0,4	8	3,1
25	0	0	1	0,4	4	1,5
26	1	0,4	3	1,1	2	0,8
27	1	0,4	0	0	3	1,1
28	1	0,4	1	0,4	2	0,8
29	0	0	0	0	0	0
30	1	0,4	0	0	4	1,5
31	0	0	0	0	1	0,4
32	0	0	0	0	2	0,8
33	0	0	0	0	1	0,4
Total	261	100%	261	100%	261	100%

A tabela acima foi composta levando-se em conta todas as segundas, terças, quartas, quintas e sextas-feiras ao longo do período de um ano, totalizando 261 dias. Não foram excluídos os dias em que a EqSF ou o Centro de Saúde deliberadamente não receberam pacientes. Quer porque se tratava de um feriado, quer porque as profissionais estavam reunidas em algum tipo de reunião, quer porque estivesse ocorrendo algum tipo de paralisação das funcionárias da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) etc.

Consideremos então, por exemplo, a situação em que 10 pacientes foram aos acolhimentos destas EqSF (coluna 1). Isso aconteceu com a EqSF Laranja por 16 vezes ao longo do período de um ano (coluna 2), ou seja, em 6,1% dos dias do período em questão (coluna 3). Já com a EqSF Verde, nota-se que ela recebeu 10 pacientes (coluna 1) por 14 vezes ao longo do período de um ano (coluna 4), o que representou 5,4% dos dias deste período (coluna 5). Por fim, nota-se que a EqSF Azul recebeu 10 pacientes (coluna 1) por 12 vezes ao longo do período de um ano (coluna 6), ou seja, em 4,6% dos dias do período em questão (coluna 7).

É importante considerar que nestas três EqSF há uma elevada quantidade de dias em que nenhuma paciente participou do acolhimento. Ao longo do período de um ano, entre segundas e sextas-feiras, isso ocorreu em 32 dias (12,3% do total) com a EqSF Laranja; em 44 dias (16,9% do total) com a EqSF Verde; e em 42 dias (16,1% do total) com a EqSF Azul. Poder-se-ia argumentar que isso se deu devido à ocorrência de feriados ou outras datas do gênero. Mas estas provavelmente aconteceram em, no máximo, quinze dentre todos os dias do período considerado. O que, ainda assim, não faz com que a quantidade de dias em que nenhuma paciente participou do acolhimento deixe de ser um aspecto destacável. Também se poderia argumentar que nestes dias não houve acolhimentos porque nenhuma paciente se apresentou para a atividade. Em tese, tal possibilidade seria possível. Contudo, ao longo dos oito meses de trabalho de campo jamais vi isso acontecer, e tampouco tive notícia de que alguma vez tenha ocorrido com alguma EqSF.

Se multiplicarmos o número de pacientes que foram acolhidas por dia pela quantidade de vezes em que isso se deu, concluímos que a EqSF Laranja registrou em seu caderno de acolhimento, no período considerado, um total de 3.178 pacientes. Por sua vez, a EqSF Verde registrou um total de 2.573 pacientes. Já a EqSF Azul registrou um total de 3.363 pacientes. A partir destes totais podemos calcular uma média dos acolhimentos diários destas EqSF.

Como assinalado anteriormente, a Tabela 9, acima, foi composta levando em conta todos os dias de segunda a sexta-feira no período considerado, totalizando 261 dias. Se, por exemplo, considerarmos que nestes 261 dias houve 10 feriados, teríamos 251 dias em que, em tese, as EqSF estariam realizando acolhimentos. Sendo assim, a EqSF Laranja teria recebido uma média de 12,66 pacientes em seus acolhimentos. Por sua vez, a EqSF Verde

teria recebido uma média de 10,25 pacientes. Já a EqSF Azul teria recebido uma média de 13,39 pacientes.

Noutro sentido, poderíamos calcular esta média levando em conta apenas os dias nos quais houve registro de pelo menos uma paciente participando do acolhimento. Teríamos assim um total de 229 dias na EqSF Laranja; 217 dias na EqSF Verde; e 219 dias na EqSF Azul. A média de pacientes acolhidas pela EqSF subiria então para 13,87. Por sua vez, a média da EqSF Verde seria de 11,85. Já a EqSF Azul passaria a apresentar uma média de 15,35 pacientes acolhidas ao dia.

Antes de realizar este levantamento estatístico, quando conversava com as profissionais acerca da quantidade de pacientes que iam aos acolhimentos, elas comumente me afirmavam que recebiam uma média de vinte a vinte e cinco pessoas nessas atividades. Minha impressão era um pouco distinta. Cogitava que esta média giraria em torno de quinze a vinte pessoas. Por isso estes números, quando viemos a discuti-los, foram surpreendentes tanto para mim quanto para elas. Cinco a dez pacientes a menos recebidas diariamente constituía uma diferença notável. Ponderamos que esta média inferior às nossas expectativas se devia, em boa medida, ao impacto gerado pelos dias em que até cerca de cinco pacientes foram recebidas. Em sua grande maioria, estes dias corresponderiam àqueles nos quais, por inúmeras razões, os acolhimentos se restringiram aos “casos agudos”. Era como se estes dias adquirissem um caráter de excepcionalidade, não vindo a participar da construção de nossas percepções.

Conquanto uma observação para com estes números se faça necessária, uma vez que estão profundamente relacionados à organização dos trabalhos das EqSF, é preciso assentir que tais estatísticas não encerram uma verdade que desqualifique as percepções dos sujeitos. Sendo assim, parece-me que elas são proveitosas, sobretudo, como uma indicação de que é necessário considerar a partir de qual perspectiva se analisa o volume da demanda diária presente nos acolhimentos. Se do ponto de vista da abstrata estatística, que desconsidera os contextos que envolvem a produção de cada um de seus números; se do ponto de vista mais geral da política de saúde da família, que tem como objetivo solucionar todas as demandas não imediatamente, mas ao longo de um período de tempo razoável; se do ponto de vista das pacientes, que tiveram seus atendimentos restringidos em todos aqueles dias em que até cerca de cinco pessoas foram recebidas nos acolhimentos; ou se do ponto de vista das profissionais, que têm como parâmetro principal os dias em que trabalharam e nos quais tentaram atender às demandas que lhes foram dirigidas.

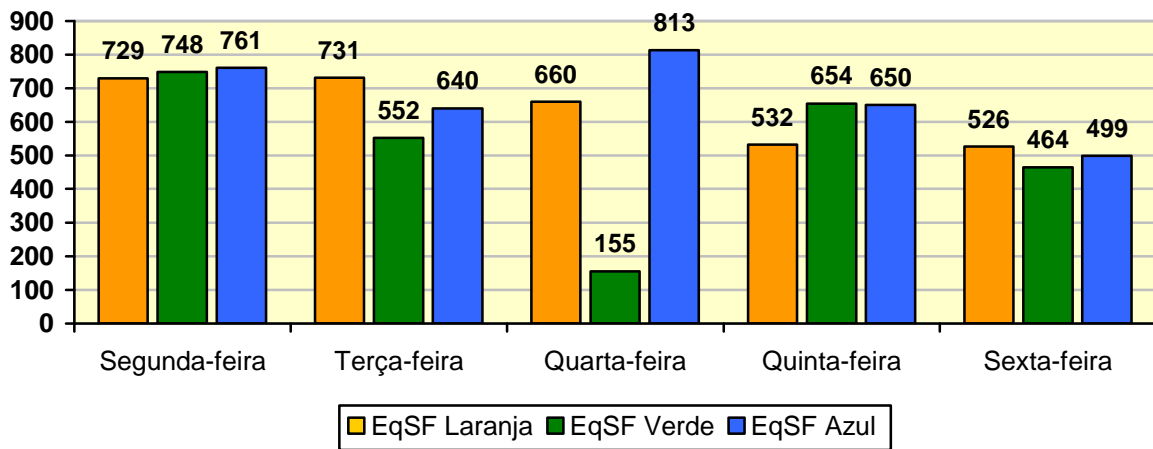
Esse levantamento estatístico teve início a partir de conversas que mantive com as profissionais acerca dos motivos que faziam com que alguns dias recebessem mais pacientes do que outros. Discutíamos se os dias de maior movimento seriam aqueles das

primeiras ou das últimas semanas dos meses, se seriam aqueles compreendidos pelos períodos de férias, se seriam aqueles dos primeiros dias de cada semana, se seriam aqueles contidos em tal ou qual estação climática etc. Associadamente, um argumento recorrente entre as profissionais era de que as EqSF cujas áreas de abrangência estavam mais próximas ao Centro de Saúde recebiam uma quantidade maior de pacientes. Nesta época eu acompanhava as atividades da EqSF Laranja, cujo território adscrito circunda o Centro de Saúde. Como não havia consenso mesmo entre as profissionais em torno destas questões, elas sugeriram que eu comparasse os dados do caderno de acolhimento desta EqSF Laranja, cuja área de abrangência era a mais próxima do Centro de Saúde, com aqueles do caderno da EqSF Verde, cuja área de abrangência era a mais distante da instituição. Note-se que, ademais, a área da EqSF Laranja era geralmente caracterizada como de “médio risco”, enquanto a área da EqSF Verde era geralmente caracterizada como de “risco elevado”⁷³. Em tese, quanto maior o patamar de risco de um território, maiores seriam as necessidades de saúde de sua população e, por conseguinte, maior a quantidade de indivíduos que buscariam os Centros de Saúde. Ao cotejar a quantidade de acolhimentos realizados por cada uma destas EqSF ao longo do ano de 2010 constatei que, no tange apenas ao aspecto distância para com o Centro de Saúde, de alguma forma fazia sentido o argumento de que quanto mais próximo uma paciente reside da instituição, mais ela tende a procurá-la. A EqSF Laranja havia recebido 3.178 pacientes, enquanto a EqSF Verde havia recebido 2.573.

Mas ao distribuir estes números pelos dias da semana algo me chamou atenção. A Figura 70, abaixo, apresenta um gráfico com a quantidade de pacientes recebidas nos cinco dias da semana, ao longo do período de um ano, pelas três EqSF que tiveram seus cadernos de acolhimento analisados.

⁷³ Para mais informações sobre estas classificações de risco, ver capítulo II, item 17, pág. 125.

Figura 70: Total de acolhimentos das EqSF Laranja, Verde e Azul ao longo do período de um ano, por dia da semana



As profissionais me afirmavam que haveria uma tendência comum de diminuição na quantidade de acolhimentos realizados nos últimos dias da semana, especialmente nas sextas-feiras. Tendência esta que o gráfico da Figura 70 permite vislumbrar. No entanto, chamou minha atenção a notável redução no número de acolhimentos realizados pela EqSF Verde às quartas-feiras. Eu não conhecia de perto o trabalho desta EqSF, e desconhecia a razão para que isso se desse. Questionei então suas integrantes acerca deste fato. Elas me explicaram que às quartas-feiras a médica desta EqSF não ia ao Centro de Saúde, pois trabalhava com plantonista em certo hospital. Com isso nestes dias eram atendidos apenas os “casos agudos”. Cogitamos então que a elevação no número de pacientes nas quintas-feiras, revertendo a tendência de queda ao longo da semana, estaria relacionada à solução da demanda reprimida nas quartas-feiras. As profissionais da EqSF Azul também compartilhavam desta ideia de que o número de acolhimentos diminuía ao longo da semana. Mas, coincidentemente, no caso desta EqSF havia um processo inverso ao da EqSF Verde. A EqSF Azul havia recebido mais pacientes nos seus acolhimentos às quartas-feiras do que em qualquer outro dia da semana. Conversamos sobre as razões para que isso houvesse se dado, mas não chegamos a nenhuma conclusão.

Diante especialmente do contraste entre as situações das EqSF Laranja e Verde, quando retornei aos Centros de Saúde com estes dados tabulados e me pus a discuti-los com as profissionais, afirmei que eles indicavam duas questões. Primeiro, que a demanda pelos serviços dos Centros de Saúde não dependia apenas das necessidades de saúde das populações, mas também da forma como estes serviços eram ofertados. Segundo, que na esfera dos acolhimentos haveria uma centralização das ações na prática médica. A primeira destas observações encontrou ressonância quase unânime entre as profissionais. Já a segunda foi motivo de acalorado debate. Especialmente a enfermeira da EqSF Verde

discordou veementemente desta interpretação. Afirmou que a organização dos acolhimentos era coordenada pelas enfermeiras e que, além disso, elas solucionavam grande parte das demandas, de modo que as médicas não chegavam a ter contato com muitas das pacientes que participavam da atividade.

Num certo sentido esta enfermeira estava correta. Acredito que o aspecto a ser considerado é em que consiste esta “centralização”. Nos acolhimentos as enfermeiras de fato possuem uma atuação mais difusa e organizativa. São elas as principais responsáveis pela análise do conjunto das demandas, pelo estabelecimento das prioridades, pelo ordenamento das pacientes em grupos de acordo com características arbitrariamente postuladas e pela distribuição dos atendimentos em escalas de tempo. Sob este prisma, os acolhimentos estariam nelas “centralizados”. Por outro lado, enquanto as médicas participam dos acolhimentos predominantemente através da oferta de consultas, praticamente toda a atividade é organizada para que isso se dê. Se quando uma médica realiza uma consulta durante um acolhimento fez-se necessário uma série de ações anteriores, estas ocorreram, em larga medida, porque não havia a possibilidade de que a médica recebesse todas as pacientes. Por isso quando a médica não está presente no Centro de Saúde o acolhimento acontece apenas para com os “casos agudos”, quando não chega a ser cancelado. Tal fato contrasta com a noção ideal de acolhimento, mas não deixa de ser uma realidade no cotidiano das EqSF. Sob este outro prisma, os acolhimentos estariam “centralizados” nas médicas⁷⁴.

Não possuo tais tipos de dados sobre a frequência de pacientes que procuram os CMF. Mas é interessante assinalar que as profissionais cubanas me indicaram a existência de diversas similaridades para com o contexto dos Centros de Saúde. Assim como as profissionais brasileiras, elas me afirmaram que a política de saúde da família do país não chegava a ser executada tal como idealmente concebida em função da elevada demanda enfrentada pelos CMF. Quase todas as médicas com as quais tive contato me disseram que diariamente, enquanto permaneciam dentro das instituições, realizavam entre quinze e vinte consultas. Todavia, elas também me alertaram que estes números dependiam da forma como a noção de “consulta” fosse definida. Quinze a vinte corresponderiam àquelas pacientes cujos atendimentos eram registrados na ficha *Actividades de Medicina Familiar*. Algumas outras, normalmente aquelas que apenas buscavam informações rápidas ou receitas para medicamentos simples, não tinham seus atendimentos registrados, pois estes não constituiriam consultas num sentido estrito. Ademais, conversei com duas médicas acerca dos dias da semana de maior movimento nos CMF. Ambas me disseram que as

⁷⁴ É interessante observar que certa “centralização” da ação médica no contexto dos acolhimentos também foi indicado por Franco et al. (1999:349) e por Schimith & Lima (2004:1490). Ambos os estudos apontam que a atuação das médicas ficaria restrita ao atendimento de demandas clínicas por meio de consultas, sendo pouco afetada pelas transformações trazidas pela lógica do acolhimento.

segundas-feiras seriam certamente os dias nos quais uma maior quantidade de pacientes a eles se dirigiriam. Afirmaram ainda que a tendência de diminuição da demanda ao longo da semana também existiria em Cuba. Por fim, tal como as profissionais das EqSF avaliam que a proximidade das residências das pacientes para com o Centro de Saúde geraria uma elevação em suas demandas, algumas médicas e enfermeiras cubanas me declararam que muitas de suas pacientes as buscariam porque seus serviços seriam muito acessíveis. Enfatizaram os fatos de que os CMF estariam localizados muito próximos às casas das pacientes e de que seus serviços eram gratuitos.

O levantamento estatístico feito com os cadernos de acolhimento das EqSF Laranja, Verde e Azul também permitiu um vislumbre sobre a divisão de gênero entre as pacientes que participam desta atividade. Vanessa e Jéssica, cujas experiências foram exploradas anteriormente, faziam parte da maioria de mulheres que procura os acolhimentos dos Centros de Saúde. Tal maioria era apontada por todas as profissionais, e confirmada pela minha percepção durante minhas visitas às instituições, quando notava uma presença muito superior de mulheres em comparação com a de homens. Recolhi do caderno da EqSF Laranja uma amostra de 69 dias de acolhimentos, dos quais participaram 918 pacientes. Deste total, 64% eram compostos por mulheres. Do caderno da EqSF Verde recolhi uma amostra de 11 dias de acolhimentos, dos quais participaram 155 pacientes. Deste total, 72% eram compostos por mulheres. Do caderno da EqSF Azul recolhi uma amostra de 18 dias de acolhimentos, dos quais participaram 289 pacientes. Deste total, 63% eram compostos por mulheres.

Essa maioria de mulheres presentes nos acolhimentos se reproduzia também nos demais tipos de serviços oferecidos pelas EqSF. Há que se considerar que diversos serviços têm foco nas mulheres, especialmente no que tange à regularidade com que são feitos atendimentos ginecológicos e à quantidade mais elevada de atendimentos realizados com grávidas. Além disso, essa presença destacada de mulheres também se apresentava entre as profissionais. Havia uma maioria absoluta de mulheres ocupando as funções de ACS e de auxiliar de enfermagem. Havia também uma evidente maioria de mulheres ocupando a função de enfermeira. Creio ser possível afirmar que elas representavam aproximadamente 60 ou 70% destas profissionais. Apenas entre as profissionais da medicina havia maior equilíbrio entre homens e mulheres. Não obstante, acredito que nesta função também havia uma maioria, embora sutil, de mulheres.

Nos CMF de Havana o predomínio de mulheres era igualmente evidente. Em todos os CMF nos quais estive conheci apenas um médico, e nenhum enfermeiro. Entre as pacientes também era perceptível que havia uma maioria formada por mulheres, sobretudo em função da destacada atenção concedida nestas instituições às gestantes e às lactantes. Em sintonia com essa percepção construída no decorrer do trabalho de campo, de acordo com

César (2004:141), no ano de 1996 as mulheres representaram 61,8% do total de atendimentos da política de saúde da família de Cuba⁷⁵.

Os acolhimentos também são contextos privilegiados para a compreensão dos tipos de demandas mais comuns apresentados pelas pacientes dos Centros de Saúde. Uma análise em torno de suas condições de saúde foge aos limites de abordagem deste trabalho, uma vez que requereria o uso de saberes mais específicos de disciplinas do campo da saúde. Apesar disso, interessa-nos aqui entrever quais são as impressões gerais das profissionais sobre essa questão, bem como as traduções pelas quais as demandas das pacientes passam na execução de suas atividades.

Certa vez pedi à médica de uma EqSF cujo trabalho eu vinha acompanhando que me sistematizasse quais seriam as demandas mais recorrentes em seus acolhimentos. Ela então me apontou que estas seriam as seguintes, em ordem decrescente de frequência:

1. *Dores (de cabeça e articulares)*
2. *Sintomas gripais (principalmente em crianças)*
3. *Distúrbios de ansiedade, depressão*
4. *Hipertensão*
5. *Diabetes*
6. *Sintomas urinários*
7. *Queixas ginecológicas*
8. *Buscas por métodos anticoncepcionais*
9. *Acompanhamento de crescimento/desenvolvimento de crianças*
10. *Exames ginecológicos preventivos*

A médica afirmou-me que esta seria uma ordem bastante verossímil, mas que não estava plenamente segura quanto à posição de um ou outro tipo de demanda. Para que eu pudesse assegurar-me destas informações, sugeri que eu verificasse os registros do caderno de acolhimento de sua EqSF. Procedi então uma reprodução de todos os registros dispostos em onze dias de acolhimentos contidos no caderno. A Tabela 10, abaixo, apresenta essa reprodução, que preserva a forma como as informações foram nele anotadas. As linhas mais grossas indicam a divisão entre os dias de acolhimento. Alguns dados foram suprimidos para preservar o anonimato das pacientes e profissionais às quais eles faziam referência.

⁷⁵ Os dados numéricos apresentados nos três últimos parágrafos reforçam minha convicção – já anunciada logo no início deste trabalho (ver nota 1, pág. 5) – de que a problemática das diferenças de gênero é extremamente relevante nos âmbitos das políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil. Entretanto, uma discussão qualificada em torno dela requer o domínio de certa literatura especializada. Minha formação ao longo da graduação e da pós-graduação se concentrou no campo da antropologia da saúde. Sendo assim, apenas tangencialmente tomei contato com os debates sobre gênero. Por isso, uma análise profunda desta temática neste trabalho exigiria um investimento que, dada a amplitude das demais questões por ele enfrentadas, infelizmente não foi possível empreender.

Tabela 10: Registros de demandas de pacientes num caderno de acolhimento

Dia	Demanda da paciente
1	Resultado ECA. Quer pedido de ultrassom abdominal
	Dor em todo o corpo há 15 dias, acha que está com depressão, perdeu esposa e irmão
	Tosse (relatório para INSS)
	Dor na coluna há 15 dias sem melhora com medicamento. Unha inflamada
	Dor intensa MSD +- 15 dias
	Gestante três meses com dor na barriga e cefaléia. Perdeu consulta pré-natal. Reagendar. [nº de tel.]
	Tosse desde ontem, falta de ar
	Agendar consulta com [médica]. Controle diabetes. [nº de tel.]. Suspende insulina
2	Peito cheio, falta de ar.
	Dor e ardência para urinar
	Diarréia, vômitos
	Resultado exames (urocultura)
	Resultado exames (fezes)
	Agendar com doutora [médica + nº de tel.]
	Otorréia – Dr. [médico]
	Resultado exames
3	Resultado exames
	Febre não termometrada desde domingo, cefaléia, dor de barriga
	Chiando e febre
	Nódulos região pescoço – agendar. [nº de tel.]
	Resultado exames + dor flanko
	Dermatite, nega febre
	Nervosa, agitada
	Lesões dispersas pelo corpo que coçam
	Resultado exames fezes Entamoeba coli
	Agendar consulta (moradora retornou para casa) [nº de tel.]
	Dor e edema pé esquerdo
	Quer iniciar anticoncepcional. Agendar [nº de tel.]
	Febre, dor de cabeça e dor no corpo + vômito. 36,58
	Raio-x de tórax. Foi medicada 12:15
	Pés descascando + sono agitado. [nº de tel.]
	Erisipela? (seis dias de amoxicilina) Sem melhora
	Nódulo seio e + hemorragia há 15 dias
	Resultado exames (sangue, uréia. Us)
	Fezes com sangue (pe: 183XXXX)
	Resultado exames (us vias urinárias)
Resultado exames (us tireóide) [nº de tel.]	
Agendar consulta com [médica] [nº de tel.] (não terça e quinta)	
Cefaléia, febre, vômitos.	
Agendar consulta (puericultura com [médica])	
Renovar receita	
Febre. Às 14:40. 38,2°C	
Dor abdominal, não urina desde ontem	
4	Tosse sem febre
	Caroço no ânus (uma carne mole)
	Febre, peito cheio, tosse e dor no corpo
	Tosse, febre de 38,5°. Medicada duas horas da manhã. 37,3°
	Agendar retorno com exames (raio-x cabeça e coluna) [nº de tel.]
	Abscesso pé d.
	Febre, dor no corpo e na nuca, cefaléia
	Ardência para urinar +- duas semanas (agendar [nº de tel.]
	Fezes com sangue. Quer orientações sobre asma + enc.
	Reagendar pré-natal. [nº de tel.]. Tem audiência 07/04 9:00
5	Tosse a três dias sem febre
	Dor articulação ombro D. Já em uso de diclofenaco
	Déficit visual. Quer enc.
	Dor MIE +- cinco dias (sem melhora com medicamento)
	Tontura esporádica já fez uso de carbamazepina + receita. Agendar
	Moradora nova precisa de consulta. É hipertensa [nº de tel.]
	Edema MS. Dor na nuca, queimação peito. Resultado e. agendar prevenção
	Receita de rivotril + queimação estômago, barriga inchada

	Tonteira, cefaléia, falta de ar desde segunda.
	Resultado exames (sangue + ecg). Depois das 18:00
	Resultado exames (sangue, raio-x). depois de 18:00 [nº de tel.]
	Receita de diazepam
	Dor no corpo, não está ouvindo direito, perdendo visão +- 3d
	Declaração comparecimento
	Quer enc para psicólogo (parou trat quer retornar. [nº de tel.])
	Quer pedido bhcg
	Dor na coluna. Agendar com resultado exame
	Intestino preso funcionando só com laxantes
	Encaminhamento vasectomia
6	Dor abdominal há dois dias e fraqueza
	Manchas que coçam
	Tosse – chiando sem febre em uso de berotec
	Relatório para carvedilol + enc cardiologista
	Está surdo ouvido d. agendar
	Quer encaminhamento oftalmo. Não está enxergando de perto e longe. Agendar
	Agendar consulta com pediatra. [nº de tel.]
	Hipertensa, quatro dias com cefaléia e insônia
	Hipertensa, diabética, dor de garganta, nervosa
	Feridas no couro cabeludo
	Mal estar, desânimo, fraqueza (tsh alterado). Agendar.
	PA 190/100
	Quer pedido exame de fezes sem mif
	Agendar prevenção [nº de tel.]
	Quer orientações sobre leite, substituir leite materno
	Tosse seca desde ontem + pico febril
	Dor no estômago
	Amigdalite
7	Renovar receita
	Dor intensa joelhos após fratura +- 15 dias
	Dor abdominal sem melhora com medicamento
	Trêmula + receita
	Amigdalite?
	Resultado exame (mamografia)
	Febre, dor no corpo, cefaléia, garganta
	Gripada sem febre
	Dermatite (reagendar puericultura) 36,8º
	Cólica (iniciou hoje) Atestado
	Calor e dor MID
	Dor de ouvido
	Receita de fluoxetina
	Renovar receita hipertensão + agendar prevenção [nº de tel.]
	Transcrever receita [ilegível]
	Resultado exames (raio-x de coluna)
	Resultado exames (sangue, fezes e urina)
	Diarréia iniciou hoje. 3 episódios. Sem febre
	Diarréia desde sexta-feira sem febre
	Resultado exame (urina)
	Diarréia iniciou hoje com odor fétido
	Cefaléia, diarréia desde ontem. 2 episódios. Dor no corpo, vistas embaralhadas.
8	Quer troca remédio de depressão, coração disparado. Cansaço
	Quer fazer exames, está perdendo peso 5 kilos em 30 dias.
	Carocinhos no corpo. Catapora?
	Dor de garganta. Quer agendar prevenção.
	Quer pedido de urina. Não colheu com sangue
	Dor na coluna + renovar receita
	Cefaléia e tonteira há cinco dias
	Cefaléia, dor no corpo, fraqueza desde sábado
	Resultado exames (urina US vias urinarias)
	Dor na coluna + agendar prevenção
	Dor no peito +- 1 semana + intensa há dois dias
	Tonteira, tremor dor de cabeça
	Quer passar no Dr. [médico]

	Gripado, olhos irritados sem febre
	Cefaléia + feridas nas costas
	Dor na coluna
	Tosse, obstrução nasal
	Vômitos
9	Crise bronquite sem febre 36,8°C
	Dor lado e barriga sem febre desde 6º f. 36,4º
	Gripe, sem febre
	Dor na coluna
	Dor de cabeça, dor no corpo, sem febre
10	Dor na porção interna joelhos. Renovar receita
	Dor garganta, febre ontem
	Sangramento nasal constante, dor de cabeça constante +- 2 m
	Tosse cansaço, coriza sem febre
	Tosse cansaço, coriza sem febre
	Dor de ouvido
	Tosse, peito cheio, sem febre
	Dor MSD e tórax + falta de ar
	Dor tórax respondendo nas costas +- 3 dias
	Retornará 2ª feira
	Vômitos desde a madrugada hoje, sem febre
	Resultado exames (Rx, ECG, sangue, urina)
	Resultado exames (sangue, ECG, urina, fezes)
	Dor no pé +- 4 anos (moradora nova, HIV positivo. [nome de ACS])
	Febre não termometrada há +- 2 dias
	Feridas pernas e nádegas, nuca (não é morador)
	Resultado US de abdômen, sangue e urina
	Resultado exames (RX joelho, sangue)
	Novo pedido fezes com MIF
	Enc para fisioterapia NASF
	Dor de garganta
	Febre desde ontem de 39°C
	Resultado exames (sangue, urina) + dermatite
	Resultado exame (sangue, urina)
	Dor na coluna (sem melhora com medicamentos)
	Dor no peito, queimação pescoço
11	Tremores, tosse, falta de ar, dor corpo
	PA 190/90 tontura
	Início ontem dor cabeça frontal falta de ar
	Início há uma semana, febre, dor garg, dor corpo
	Lesões no corpinho sem melhora. Impetigo
	Res exames Anemia [nº de tel.]
	Controle
	Erupções na face ([nº de tel.] Agendar)
	Agendar gineco / [nome de faculdade que realiza atividades no Centro de Saúde]
	Relata gripe há dois dias evoluindo com dor na nuca. Corpo febril
	Início ontem diarreia / vômito, Res exames. Agendar
	Conjuntivite visão embaçada, secreção ocular amarelada. Deseja atestado médico
	Há 3 meses apresentando prurido ocular com óculos + lacrimejamento [nº de tel.]. Para oftalmo
	Deseja consulta médica (zumbido) [nº de tel.]
	Cefaléia, febre, dor garganta sem sintomas resp. dor corpo, foi medica sem melhora
	Receita anticoncepcional (perdeu receita – tem tomar injetável, dor andar, diarreia, gripe
	Agendar PN (32 semanas)
	Tonteira, cefaléia, falta de ar há quatro meses, HAS 5 tent + res. Exame + receita rivotril

A leitura dos registros apresentados pela Tabela 10 vem confirmar como os serviços de atenção primária à saúde lidam com problemas de saúde de múltiplas ordens. Se comparamos a sistematização sugerida pela médica desta EqSF acerca das demandas mais comuns com as anotações presentes no caderno de acolhimento, percebemos que a maioria dos pontos por ela indicados parecem não serem explicitamente registrados

enquanto tais. Aspectos relacionados a dores, sintomas gripais, sintomas urinários e queixas ginecológicas se misturam ou não são descritos exatamente nestes termos. É preciso considerar, entretanto, que estes são registros feitos rapidamente pela auxiliar de enfermagem ainda na primeira parte dos acolhimentos, não constituindo diagnósticos definitivos. Daí também a grande quantidade de abreviaturas e de informações imprecisas encontradas nestas anotações, o que explicita que o caderno de acolhimento consiste num instrumento a ser utilizado circunstancialmente, não havendo uma preocupação de que seu conteúdo venha a ser usado posteriormente. Outra questão a ser considerada é que algumas das pacientes que participaram destes acolhimentos não chegaram a ter contato com a médica. A recorrência desta dinâmica pode produzir uma diferença entre sua percepção para com as demandas recebidas na atividade e o panorama apresentado pelo caderno de acolhimento.

Chama minha atenção que o quarto e o quinto grupos de demandas apontadas pela médica, respectivamente hipertensão e diabetes, não parecem encontrar uma recorrência equivalente no caderno de acolhimento. Esta EqSF realizava semanalmente um “grupo” com hipertensas e diabéticas, e para esta atividade eram direcionadas todas as pacientes assim diagnosticadas. Creio ser possível que a elevada quantidade de pacientes que participavam deste “grupo” tenha influenciado a percepção da médica com relação à presença de suas demandas no acolhimento. Por outro lado, é também possível que as demandas destas pacientes tenham sido registradas entre aquelas que, na Tabela 10, foram por mim destacadas em amarelo.

Procurei destacar em amarelo todas as demandas que foram registradas como intenções de apresentar resultados de exames. Como se pode notar, elas estão relacionadas a uma parcela importante das pacientes que participaram da atividade. Diversas profissionais já haviam inclusive me alertado que a apresentação de resultados de exames é um fator importante na elevação da quantidade de pacientes nos acolhimentos. Por isso muitas EqSF, na intenção de evitar que isso se aconteça, estabelecem que as consultas para apresentação destes resultados devem ocorrer somente mediante agendamento. Quando este é o caso, o agendamento geralmente pode ser feito diretamente na recepção do Centro de Saúde, não se fazendo necessário que a paciente participe do acolhimento.

Parece-me interessante observar também que, de acordo com a médica desta EqSF, a terceira demanda mais recorrente seriam os “*distúrbios de ansiedade, depressão*”. Tentei destacar em laranja os registros que apontavam para tais demandas. Nota-se que estes “*distúrbios*” aparecem mais explicitamente apontados desta forma apenas sete vezes. Ademais, dentre estas sete, em quatro delas eles são sugeridos não pelas condições da paciente, mas pelo consumo de certos medicamentos. Acredito que tal dissonância se deva

à distância entre aquilo que é explicitado pela paciente quando é recebida pela auxiliar de enfermagem – sendo então registrado no caderno de acolhimento – e a interpretação que a médica produz em torno da condição da paciente durante sua consulta. Uma paciente pode, por exemplo, afirmar que sente algum tipo de “dor muscular”, mas, ao conversar com a médica, esta pode concluir que ela não padece exatamente de um “problema físico”, mas de um sintoma de depressão.

Destaquei ainda em azul um terceiro grupo de demandas que me parece importante ser observado. Trata-se daquelas que envolvem algum tipo de encaminhamento. Quer este encaminhamento seja diretamente solicitado pela paciente (por exemplo, uma consulta com uma profissional do NASF que atende no Centro de Saúde), quer ele seja definido pela própria EqSF para que a paciente seja recebida por suas profissionais em um outro momento. A constância deste tipo de registro demonstra como os acolhimentos servem não apenas para atender imediatamente as pacientes que os procuram, mas também como um instrumento organizador do conjunto das atividades das EqSF.

Por seu turno, diversas profissionais dos CMF de Havana me disseram que as demandas mais recorrentes com quais precisariam lidar se concentrariam em três grupos. Primeiro, o daquelas pacientes hipertensas e/ou diabéticas. Segundo, o das pacientes idosas que, em grande medida, se confundiria com o primeiro grupo. Por fim, haveria um terceiro grupo de atividades relacionadas à atenção dirigida às gestantes, às lactantes e às crianças. Afora estes, existiria também, mas com menor recorrência, demandas relacionadas a problemas de asma ou gripais. Nestas conversas que mantive com as médicas e enfermeiras cubanas me chamava a atenção o fato delas não mencionarem uma presença importante de problemas “psicológicos” e/ou “emocionais”, algo que sempre aparecia nas descrições que as profissionais brasileiras faziam de suas pacientes. Estas, tal como o fez a médica da EqSF cujo caderno de acolhimento foi analisado, sempre citavam que suas pacientes padeciam de “*nervosismo*”, “*depressão*”, “*abatimento*”, “*ansiedade*”, “*estresse*” etc. Isso sugere que, nos Centros de Saúde, a questão das “emoções” e das “afetividades” ganha contornos importantes no que tange às formas como as profissionais percebem as motivações das pacientes em utilizarem os serviços das EqSF. Há, num certo sentido, por parte das profissionais uma atribuição de determinadas afetividades negativas às pacientes.

À guisa de conclusão, podemos agora comparar estes diversos aspectos que envolvem a realização dos acolhimentos pelas EqSF dos Centros de Saúde de Belo Horizonte com os princípios trazidos pela PNH. Primeiro, é imperativo considerar que as profissionais assumem a noção de acolhimento como um dos fundamentos da organização de suas ações. Entendem que ele deveria se constituir enquanto uma certa “postura”, uma certa “disposição” constante em estabelecer certo tipo de relação com as pacientes e com

suas necessidades. No entanto, reconhecem que ao fim e ao cabo o acolhimento acaba por assumir um caráter predominantemente procedimental, possuindo horários, lugares, instrumentos etc. pré-determinados. Afirmam que isso sucede devido à impossibilidade prática de executarem plenamente a ideia de acolhimento e todas as propostas que ela traz consigo. A transformação do acolhimento numa atividade seria a melhor forma encontrada para garantir que todas as pacientes fossem minimamente “ouvidas” e atendidas em suas necessidades. O acolhimento asseguraria que nenhuma paciente que se dirija ao Centro de Saúde no momento adequado retorne para sua casa sem que alguma solução de seu problema seja ao menos iniciada. Elas podem não chegar a ser sempre “ouvidas” de modo exatamente “qualificado” ou “humanizado”, mas, por outro lado, suas demandas não seriam jamais desconsideradas. As limitações de recursos, a escassez de tempo, o excesso de demandas etc. tornariam praticamente inviável a oferta constante de uma “atenção integral, resolutiva e responsável” a todas as pacientes. Isto posto, os procedimentos estabelecidos para com a atividade do acolhimento constituiriam numa estratégia para viabilizar que a prática das EqSF se aproximasse o máximo possível desse ideal.

As profissionais geralmente sintetizam esta intenção de atender a todas as pacientes, independentemente de quais sejam suas demandas, assinalando que a diferença entre os Centros de Saúde e as demais instituições de saúde seria que eles teriam as “*portas abertas*”, enquanto elas teriam as “*portas fechadas*”. As EqSF não limitariam a quantidade de atendimentos que realizariam diariamente, tampouco pré-definiriam quais problemas estariam disponíveis para lidar. Entretanto, esta abertura para com as pacientes e suas demandas produz uma constante tensão nos acolhimentos entre programar seus atendimentos para outros momentos ou então procurar realizá-los imediatamente. Tensão que é composta por diversas dimensões. Passa pelo balanceamento em constante ajuste entre, por um lado, a adaptação das ações das EqSF às realidades das populações pelas quais são responsáveis e, por outro, a adaptação dos indivíduos que compõem estas populações às formas como as EqSF organizam suas atividades. Passa também pelo desejo das profissionais em solucionar rapidamente as demandas das pacientes, mas sem que isso implique numa perda de foco em relação aos objetivos mais amplos de suas ações, que seriam a prevenção e a promoção da saúde. Passa ainda pela predominância, entre as pacientes, da expectativa de que os acolhimentos culminem com a realização de consultas médicas. Por sua vez, esta expectativa está intimamente relacionada tanto às condições de saúde apresentadas pelas pacientes quando se dirigem aos Centros de Saúde, quanto a determinadas concepções existentes acerca da política de saúde da família – muitas vezes percebida como uma ferramenta de regulação da atenção médica e não como um dispositivo de produção da vida cujos fundamentos seriam a prevenção e a promoção da saúde.

26. Consultas

Como discutido no item anterior, se os acolhimentos são o principal mecanismo de organização das ações das EqSF, as consultas realizadas pelas médicas são, em boa medida, as atividades para as quais estas ações se convergem. Com o cuidado de não restringir o entendimento destes arranjos a certo reducionismo, num sentido limite poder-se-ia afirmar que os acolhimentos são formas de regular a oferta de consultas médicas. Se os acolhimentos são formas de recebimento, avaliação e ordenamento da solução das demandas das pacientes, as consultas médicas são tidas como o mais importante instrumento de resolução destas demandas.

Por seu turno, se nos CMF de Havana não existe um tipo de atividade que corresponda exatamente aos acolhimentos efetuados nos Centros de Saúde de Belo Horizonte, as condições assumidas pelas consultas médicas em ambos os contextos parecem ser análogas. Também nos CMF estas consultas são concebidas como a ferramenta fundamental de atendimento aos problemas possuídos pelas pacientes. Note-se que, como discutido no item 23 deste trabalho, enquanto dentro dos Centros de Saúde são desenvolvidas diversas atividades, no interior dos CMF são desenvolvidas quase que somente consultas médicas.

Isto posto, as consultas merecem uma análise específica. Como procurarei discutir ao longo deste item, no que tange apenas aos procedimentos médicos compreendidos em sentido estrito, as consultas realizadas pelas médicas cubanas e brasileiras são bastante semelhantes. A partir desta proposição argumentarei que suas principais diferenças se devem às relações que estabelecem para com os conjuntos das políticas de saúde da família das quais fazem parte: especialmente no que se refere às formas como são organizadas, aos instrumentos nelas utilizados, aos lugares que assumem diante das demais atividades, aos seus efeitos para com estas outras atividades e, finalmente, à conformação específica dos seus alvos e dos elementos que as compõem. Não é necessário dizer que cada consulta possui sua particularidade, dada em função, sobretudo, da especificidade da condição de saúde da paciente, das interpretações e ações levadas a cabo por cada profissional, da relação existente entre a paciente e a médica e, por fim, das relações que ambas estabelecem com a política de saúde da família. Não obstante, apresentarei abaixo algumas consultas acompanhadas por mim durante os trabalhos de campo em Havana e em Belo Horizonte, e que me parecem ser significativas para a análise das questões que envolvem estas atividades.

Consulta 1: Eu estava a acompanhar as consultas realizadas pela médica de um CMF durante uma de suas manhãs de trabalho. A enfermeira com quem ela compunha uma EBS se encontrava na instituição, mas não permanecia dentro da sala onde as consultas eram

realizadas. As pacientes eram atendidas de acordo com o princípio da ordem de chegada. Em sua maioria elas traziam demandas rápidas e bastante objetivas, sobretudo pedidos por receitas médicas ou a produção de determinados documentos (atestados de saúde, renovação de *tarjetones*⁷⁶ etc.). A terceira destas pacientes cujas consultas tive a oportunidade de observar possuía aproximadamente quarenta e cinco anos, e adentrou na sala acompanhada por uma senhora, que provavelmente tinha entre sessenta e setenta anos. A paciente cumprimentou a profissional e sentou-se numa cadeira colocada no lado oposto àquele ocupado pela médica em sua mesa, pois eu me encontrava sentado no local usualmente destinado às pacientes. Enquanto isso, sua acompanhante permaneceu em pé no fundo da sala ao longo de toda a atividade. Sua presença na consulta era consideravelmente incomum. Dentre todas as consultas que pude observar, exceto por aquelas realizadas com bebês, que geralmente eram levados aos CMF pelos seus pais e mães, não me recorro de haver observado outra na qual a paciente não tivesse buscado o atendimento sozinha. Neste caso em particular, talvez isso estivesse relacionado ao fato de que a paciente parecia estar bastante abatida e temerosa. A médica então lhe pergunta o que ela desejava. Ao que a paciente lhe responde que possuía “*muitas dúvidas*”. Ela então passa a explicitar diversas sensações e experiências que me lembravam sintomas de problemas de gastrite ou algo do gênero. Descreveu incômodos na região do abdome e os associou a diversos acontecimentos que já não me lembro com precisão quais eram. A médica lhe diz que ela não deveria se preocupar demasiadamente com estes incômodos. Sugere algumas mudanças nos seus hábitos alimentares e pede que ela retorne ao CMF caso os incômodos não desaparecessem. Em seguida a paciente começa a descrever outro conjunto de sensações e experiências. Expôs que sentia uma quase permanente vontade de urinar, mas que quando tentava fazê-lo expelia apenas uma pequena quantidade de urina, que ademais lhe causava uma forte ardência. A médica lhe diz que ela provavelmente estaria com um tipo de infecção que determinado medicamento poderia eliminar. À vista disso começa a preencher a receita deste medicamento. Enquanto o fazia, outra paciente que aguardava por seu atendimento aparece na porta da sala onde estávamos e, em tom de reclamação, questiona se a consulta ainda iria demorar muito. A porta da sala se encontrava aberta, o que fez com que sua atitude imediatamente chamasse a nossa atenção. A paciente que estava sendo atendida se vira para ela e afirma que já estaria terminando. Nesse momento a médica aproveita a interrupção e pede que a paciente lhe forneça alguns dados (nome completo, idade e endereço), com os quais preenche a ficha *Actividades de Medicina Familiar*⁷⁷. Termina de produzir a receita do medicamento num formulário

⁷⁶ *Tarjetón* é como é usualmente denominado o documento que possibilita às pacientes terem acesso, durante certos períodos de tempo, a medicamentos de uso contínuo cujas vendas são controladas.

⁷⁷ Ver neste capítulo, item 25, pág. 249.

padronizado e, num pequeno pedaço de papel avulso, anota o modo como a paciente deveria consumi-lo – documento este denominado pelas profissionais de *método*. Faz uma leitura do *método* para a paciente, pergunta se ela possuía alguma dúvida e lhe entrega ambos os documentos. Por fim a paciente diz à médica que gostaria de obter uma consulta ginecológica para dar continuidade a certo tratamento que já vinha realizando, sem chegar a explicitar qual seria este. A médica aceita seu pedido e afirma que iria lhe agendar uma consulta com a ginecologista que visitava aquele CMF – não me lembro bem se semanalmente ou quinzenalmente. Como a paciente lhe informa que não tinha mais demandas a apresentar, a médica pergunta então se a mãe da paciente também necessitava de algo. Até este momento eu desconhecia a relação que a paciente mantinha com sua acompanhante, pois tal questão não havia sido abordada durante a consulta. O questionamento da médica indicou-me assim que ela já conhecia tanto a paciente quanto a sua mãe. Ao final, antes que se levantasse, a paciente retirou da bolsa que trazia a tiracolo um pequeno embrulho, muito bem embalado em um papel pardo e revestido com uma folha plástica, e o entregou à médica junto com um pequeno saquinho plástico que trazia um garfo e uma faca descartáveis. Não era possível enxergar o que o embrulho continha, mas o garfo e a faca indicavam que seguramente se tratava de algum alimento. A médica diz que tal oferta não era necessária, mas, com naturalidade, o recebe. Ambas se despedem, a paciente deixa a sala, a médica coloca seu presente num canto de sua mesa e espera que a próxima pessoa a ser atendida adentre na sala.

Consulta 2: Semanas depois pude acompanhar as consultas realizadas por uma médica de outro CMF. Desta feita passei todo um dia junto com esta profissional, enquanto ela recebia as pacientes que procuravam a instituição. Neste CMF trabalhava apenas uma EBS, cuja enfermeira se encontrava doente, de modo que a médica desenvolvia as atividades sozinha. Ao longo do dia ela realizou um total de dezessete consultas, fez uma rápida visita domiciliar durante o horário de almoço e no período da tarde tratou por telefone de algumas questões que envolviam a Policlínica. Ela me ofereceu uma cadeira colocada junto a uma das paredes de sua sala para que eu pudesse observar as consultas, preservando assim, ao lado de sua mesa, o local a ser ocupado pelas pacientes. No meio do período da manhã ela recebeu um jovem casal que trazia seu filho de cerca de dois anos de idade para ser observado pela médica. Como assinalado no item 23 deste capítulo, é comum que os CMF reservem momentos específicos para este tipo de atendimento, mas não era isso que acontecia neste dia. Dentre as dezessete consultas realizadas, apenas duas se deram com crianças. Em ambas as circunstâncias estas crianças e seus pais se mesclaram às demais pacientes e foram atendidas de acordo com a ordem de suas chegadas à instituição. Este casal havia levado seu filho ao CMF não porque ele se encontrasse doente, mas para que passasse por uma das inúmeras consultas

preestabelecidas que as crianças devem receber ao longo dos seus primeiros anos de vida. A mãe sentou-se na cadeira reservada às pacientes, o pai posicionou-se em pé ao seu lado, enquanto ambos tentavam controlar o garotinho, que ora queria caminhar pela sala, ora queria que seus pais o tomassem no colo. Os pais então entregaram à médica um documento, que parecia conter o registro de diversas informações relativas ao crescimento de seu filho. A médica passou rapidamente os olhos pelo documento e pediu que o casal os acompanhasse até a sala ao lado, onde normalmente são realizados atendimentos ginecológicos, para que ela pudesse examinar a criança. Os quatro dirigiram-se até esta outra sala e por lá permaneceram durante alguns minutos, com a porta fechada. Não acompanhei este procedimento, tendo permanecido no mesmo local aguardando que retornassem. Após voltar a se sentar em sua mesa a médica se pôs a fazer diversas anotações no documento que os pais haviam lhe entregado no início da consulta. Em seguida, pelo que pude perceber, copiou algumas informações que constavam deste documento para a ficha *Atividades de Medicina Familiar*. Terminada esta série de registros a médica devolveu o tal documento ao casal, que se despediu dela e deixou o CMF. Ao longo de toda a consulta, pelo menos enquanto permaneceram na sala onde eu me encontrava, a profissional e os dois jovens conversaram muitíssimo pouco. Quase não intercambiaram ideias sobre a condição da criança, como se o sentido da consulta fosse dado pelo documento que o casal havia trazido, e como se todos reconhecessem isso, não se fazendo necessária nenhuma explicação ou justificativa suplementar. Depois que os três deixaram a sala, a médica buscou a *Historia Clínica Individual*⁷⁸ da criança e durante cerca de três minutos fez nela algumas anotações. Enquanto o fazia reclamou comigo que o preenchimento destas histórias clínicas era muito desgastante e que tomava muito de seu tempo. Acredito que este procedimento de fato a incomodava demasiadamente, uma vez que ela repetiu tal queixa por diversas vezes ao longo do dia. Além disso, a médica me disse ainda que aquele casal consistiria num *caso social*. Isso porque a criança atendida seria o primeiro filho daquela mãe, mas ela possuiria apenas dezessete anos e estaria grávida novamente.

Consulta 3: Com o trabalho de campo em Belo Horizonte também pude acompanhar consultas realizadas pelas médicas das EqSF. Certo dia eu estava na sala de uma destas profissionais conversando com ela sobre as mudanças que a política de saúde da família havia trazido para a organização das atividades desenvolvidas nos Centros de Saúde. Em dado momento a enfermeira de uma EqSF distinta daquela à qual a médica com quem eu conversava era integrante surgiu na porta solicitando que ela atendesse uma paciente. Sua EqSF se encontrava sem médica naquele período, e ela havia julgado que a paciente

⁷⁸ Ver capítulo III, item 20, pág. 179.

necessitava de uma consulta. A médica prontamente se dispôs a atendê-la. A enfermeira entregou alguns papéis à médica – provavelmente os registros que havia produzido no acolhimento da paciente –, que os analisou rapidamente. Dirigimo-nos então à sala desta outra EqSF, onde a paciente se encontrava. Durante o deslocamento até lá a médica comentou comigo que o atendimento que eu iria acompanhar seria para ela mais complicado, pois não conhecia a paciente. Chegando à sala a médica tomou seu assento posicionado atrás de uma mesa que suportava um computador, enquanto eu permaneci em pé próximo à porta. A paciente já se encontrava sentada no lugar costumeiro, no lado da mesa oposto àquele ocupado pela médica. As duas conversaram por não mais que cinco minutos e, ao final deste diálogo, a médica utilizou o computador para produzir e imprimir a receita de um medicamento. Não pude observar os detalhes desta conversa, pois enquanto ela se dava a enfermeira questionou-me quem eu era e o que fazia no Centro de Saúde. Enquanto a consulta se desenrolava eu solucionava estas dúvidas da enfermeira. Após encerrar a consulta a médica se dirigiu à área de espera da instituição e lá convidou a próxima paciente de sua EqSF que aguardava atendimento para acompanhá-la até sua sala. Ao retornarmos à sala da médica voltei a ocupar a cadeira que mais cedo havia sido a mim oferecida, num canto lateral à mesa que lá estava, ao passo que elas ocuparam seus lugares habituais. A médica solicitou que a paciente lhe entregasse sua carteira de identidade e, com ela, acessou seu prontuário eletrônico. Após fazer isso perguntou o que a paciente desejava. Esta então lhe descreveu incômodos que me pareceram estar relacionados a uma gripe ou a alguma doença similar: febre, corrimento nasal e tosse. Após ouvir o que a paciente dizia a médica digitou algo em seu prontuário e imprimiu a receita de um medicamento. Entregou a receita à paciente e perguntou-lhe se nos últimos dias ela havia utilizado algum medicamento para combater aquele problema. Ela respondeu que havia comprado um e que pretendia começar a usá-lo, caso não tivesse obtido a consulta naquele dia. A médica então lhe diz que ela não deveria utilizar o medicamento que havia comprado, pois seria alérgica a ele. A paciente contesta sua orientação, dizendo que, na verdade, seria alérgica a outro medicamento. Ao que a médica lhe explica que o princípio ativo de ambos seria o mesmo, e que o termo pelo qual ela reconhecia aquele que havia comprado tratava-se de um nome comercial. Bastaria ela consultar sua bula e assim verificaria que se tratava do mesmo medicamento ao qual ela sabia que era alérgica. Em seguida a paciente solicita que a médica lhe produza um “atestado de comparecimento” ao Centro de Saúde. Diz que precisaria apresentá-lo em seu emprego enquanto justificativa pelo fato de não haver ido trabalhar naquele dia. A médica acolhe seu pedido e passa a produzir o atestado no computador. Simultaneamente, pergunta-lhe sobre o atual estado de saúde de sua mãe, dizendo que não a via há cerca de dois meses. A paciente lhe responde que ela estaria bem, não tendo sofrido nenhuma alteração recente em sua condição. Em

seguida elas se despedem e a paciente deixa a sala, levando consigo a receita do medicamento e o atestado de comparecimento. A médica guarda cópias dos documentos produzidos durante a consulta no envelope que continha o prontuário da paciente e que já estava por sobre sua mesa e dá por encerrado aquele atendimento. Resgatando a conversa que estávamos tendo antes destas duas consultas, ela então me afirma que o problema de saúde destas duas pacientes seria o mesmo: “*rinofaringite*”. Além disso, me diz que, apesar das pacientes terem apresentado uma mesma demanda, sua conduta nos dois episódios havia sido distinta. Com a primeira paciente fora necessário explicá-la que não existiria diferença alguma entre ela ingerir o medicamento receitado na forma sólida ou líquida. Ao que parece, a paciente havia explicitado que não desejava consumir comprimidos. Por sua vez, na segunda consulta, posto que ela conhecia a paciente e sua família há algum tempo, teria podido aproveitar a ocasião para obter informações não apenas sobre a paciente, mas também sobre sua família, e assim tomar contato com eventuais novidades nas condições de saúde de seus integrantes.

Consulta 4: A quarta consulta a ser aqui mencionada se deu quando eu iniciava minhas visitas a outro Centro de Saúde de Belo Horizonte. Na manhã em que ela ocorreu a EqSF que me receberia estava executando sua tarefa de acolhimento. Entre a recepção a uma ou outra paciente eu discutia com a enfermeira como iria acompanhar as atividades de sua EqSF. Estávamos conversando sobre este planejamento quando a médica que com ela trabalhava chegou à sala onde nos encontrávamos. Fomos apresentados e eu lhe expliquei em quê consistia minha pesquisa, quais eram seus objetivos e temas principais. Ela imediatamente se mostrou interessada na possibilidade de se empreender uma análise das relações que as profissionais estabeleciam com as pacientes a partir de uma perspectiva das ciências sociais. Disse-me que avaliava que, coincidentemente, a próxima consulta que iria realizar provavelmente seria muito proveitosa para meu estudo. Segundo ela, a paciente a ser atendida teria pouco mais de sessenta anos, seria “*etilista*”, teria diversos “*problemas emocionais*” e viveria apenas com sua mãe, de pouco mais de noventa anos, numa área bastante pobre do bairro onde o Centro de Saúde estava situado. Aceito seu convite para acompanhar a consulta e dirijo-me à sala ao lado, onde ela aconteceria. Por alguns instantes lá permaneço, aguardando em pé encostado em uma maca, enquanto a médica ia até a sala de espera buscar a paciente. Poucos minutos depois elas já haviam tomado seus lugares e estavam prontas para iniciar a consulta. A médica então pergunta à paciente se estaria tudo bem com ela. Esta responde que não teria nada específico do que se queixar, e que estaria ali tão somente porque, dois ou três meses antes, a médica havia lhe pedido que fosse ao Centro de Saúde naquele dia. Em seguida a médica lhe dirige uma série de questionamentos relativamente amplos e diversos, tais como se estaria ingerindo seus medicamentos corretamente, se sua mãe estaria com algum problema de saúde e se havia

solucionado certo conflito com um de seus vizinhos. A paciente respondia às questões de modo vago, até que, em certo momento, começou a chorar e a dizer de forma repetida que seu maior problema seria que ninguém lhe daria “*atenção em casa*”. Sua mãe não lhe “*ouviria*” e sua filha, que também morava no bairro, não lhe respeitaria. Diante de seu choro pergunto à médica se não seria mais apropriado que eu deixasse a sala, mas ela me responde que isso não seria necessário, ao que a paciente, através de gestos de mão, confirma que eu poderia permanecer no local. A consulta continua, com a médica questionando à paciente por mais de uma vez se ela continuava consumindo bebidas alcoólicas. Diante de todas estas perguntas a paciente respondia negativamente, com uma ênfase que me pareceu desmesurada, como se não estivesse a dizer a verdade. Em seguida a médica lhe pergunta sobre os medicamentos dos quais fazia uso. Ela afirma que os estaria consumindo, mas confessa que não se atentava para os horários corretos, ingerindo-os de forma completamente desregrada. Como se não estivesse interessada em discutir os procedimentos relacionados aos medicamentos, explicita então que, em sua opinião, o que de fato poderia lhe ajudar seria “*arrumar alguma coisa para fazer em casa*”, algo que a ocupasse e a distraísse. A médica declara que concordaria com ela e lhe oferece diversas sugestões de atividades com as quais poderia se envolver. Surpreendeu-me a quantidade de informações que a médica possuía sobre o bairro, sobre a vida doméstica da paciente e sobre os hábitos de algumas de suas vizinhas. Dentre outras coisas, citou as ações que eram desenvolvidas na associação comunitária local, os espaços da casa da paciente que eram usualmente utilizados por sua mãe em seu cotidiano e o fato de que algumas pessoas que residiam próximo a ela trabalhavam reformando roupas. Depois de conversarem sobre algumas possibilidades de “*coisas para fazer*”, sem que a paciente demonstrasse entusiasmo para com nenhuma delas, a médica lhe questiona sobre as datas de vencimento das receitas de seus medicamentos. Produz então duas ou três novas receitas no computador, as imprime e entrega à paciente. Pede que ela retorne ao Centro de Saúde quando aquelas novas receitas estivessem prestes a vencer, dali dois ou três meses. A consulta é encerrada e a paciente deixa a sala. A médica digita mais alguma coisa no prontuário eletrônico da paciente e se levanta, para que retornássemos à sala onde a enfermeira se encontrava. Imediatamente passamos a comentar o que havia sucedido. Ela me afirma que “*a parte do medicamento é a mais fácil do tratamento. É só estudar que se receita o remédio certo*”. Segundo ela, a dificuldade maior estaria em lidar com os “*problemas sociais*”. Expõe ainda que, em seus contatos com as pacientes, poderia “*focar apenas na parte biomédica, mas assim os tratamentos não funcionam. Fingiria que atendo e o paciente fingiria que é tratado*”.

Obviamente, estes quatro eventos não sintetizam, tampouco representam uma amostra fidedigna da enorme diversidade de consultas que são realizadas nos CMF e nos

Centros de Saúde. Suas descrições têm como propósito apenas colocar em questão certas problemáticas relevantes das quais elas tomam parte. Algumas destas problemáticas dizem respeito aos contextos específicos das políticas de saúde da família. Outras têm como referência processos mais gerais que envolvem, por exemplo, os encontros entre leigos e iniciados no saber médico, as organizações institucionais para o exercício deste saber, os arranjos amplos dos sistemas de saúde que abrigam as consultas médicas etc.

No que tange mais precisamente à compreensão do fenômeno do encontro entre pacientes e médicas, foram já produzidas diversas abordagens analíticas que almejam discutir seus aspectos centrais. Sem pretender empreender uma revisão exaustiva desta bibliografia, poderíamos citar alguns enfoques que explicitam essa diversidade de perspectivas teóricas e/ou de temas de pesquisa. Um destes pontos de vista encontra forte ressonância no trabalho de Parsons (1951). O autor privilegia o estudo da forma como o encontro entre médicas e pacientes estaria relacionado à padronização de certos valores associados às posições socialmente construídas e ocupadas pelos sujeitos no conjunto da sociedade. Estaria em questão a observação dos “papéis sociais” assumidos por pacientes e médicas no interior do “sistema social”, enquanto um tipo específico de encontro entre leigos e profissionais. Esta relação entre “papéis sociais” se daria por meio do acionamento de “expectativas institucionalizadas”, às quais corresponderiam “sentimentos e ações” apropriados. Sendo assim, Parsons afirma que:

The doctor patient relationship is thus focus on these pattern elements. The patient has a need for technical services because he doesn't – nor do his lay associates, family members, etc. – “know” what is the matter or what to do about it, nor does he control the necessary facilities. The physician is a technical expert who by special training and experience, and by an institutionally validated status, is qualified to “help” the patient in a situation institutionally defined as legitimate in a relative sense but as needing help (1951:439).

Com esta abordagem poderíamos, por exemplo, pensar como, apesar das quatro consultas acima citadas envolverem condições de saúde divergentes, suas dinâmicas foram configuradas de maneira similar devido à proximidade que os papéis sociais de médica e de paciente apresentam em Cuba e no Brasil. Poderíamos ainda avaliar em que medida as expectativas dirigidas aos comportamentos destas médicas e pacientes envolveram valores que transcendiam suas experiências individuais, suas origens, seus desejos, seus interesses etc., uma vez que estes comportamentos obedeciam a determinados padrões sociais já estabelecidos.

Uma abordagem diferente pode ser encontrada nos estudos que tomam como ponto de partida a ideia de que as formas de apropriação e de atuação no mundo derivam, fundamentalmente, das posições dos sujeitos na ordem social conformada pelas distintas “classes sociais”. As experiências relacionadas aos fenômenos de saúde/doença, bem como os encontros entre médicas e pacientes, se dariam no interior deste panorama mais geral a

partir do qual todos os processos da vida social seriam erigidos. É nesse sentido que Boltanski declara:

Longe de ser uma simples relação “de homem para homem” ou, como quer a ideologia médica – que ensina a ver no doente apenas um ser abstrato e indiferenciado, sem levar em consideração, por exemplo, sua classe social ou sua religião – “o encontro de uma consciência e de uma confiança”, ou ainda, como descrevem alguns sociólogos, apenas a relação entre um especialista e um profano, a relação doente-médico é também sempre uma relação de classe, modificando-se a atitude do médico em função principalmente da classe social do doente (2004:40-1).

Sob este prisma, para a compreensão das consultas médicas seria imprescindível considerar a quais classes sociais pertenceriam as médicas e as pacientes, quais seriam as formas específicas de significação dos fenômenos de saúde/doença próprias a estas classes sociais e, além disso, como estas diferenças afetariam os intercâmbios, as concepções e as possibilidades de ação das médicas e das pacientes. Por isso essa abordagem seria bastante produtiva para compararmos os contextos próprios às consultas realizadas nos CMF e aquelas realizadas nos Centros de Saúde. As quatro descritas acima foram selecionadas com a intenção deliberada de que pudessem expor questões bastante diversificadas. Não obstante, ainda que elas envolvessem problemas de saúde e procedimentos análogos, seria interessante cotejar as diferenças resultantes do fato de que, nos Centros de Saúde, os encontros entre pacientes e médicas trazem evidentes contrastes de classe, enquanto nos CMF estes encontros não envolvem marcantes diferenças de classe.

Outra abordagem possível é apresentada pelo estudo de Kleinman (1980). De acordo com ela, a compreensão das consultas médicas se daria através da inserção destes eventos no esquema mais amplo engendrado pelos distintos “sistemas médicos” (tomados enquanto “sistemas culturais”). Em cada contexto existiriam sempre três tipos destes sistemas: o popular, o tradicional⁷⁹ e o profissional. Os encontros entre as médicas e as pacientes seriam um caso particular do encontro entre pacientes e especialistas do campo da saúde, se dando então a partir das composições destes sistemas e de suas inter-relações específicas em cada contexto. Desse modo, o autor argumenta:

The single most important concept for cross-cultural studies of medicine is a radical appreciation that in all societies health care activities are more or less interrelated. Therefore, they need to be studied in a holistic manner as socially organized responses to disease that constitute a special cultural system: the *health care system*. In the same sense in which we speak of religion or language or kinship as cultural systems, we can view medicine as a cultural system, a system of symbolic meanings anchored in particular arrangements of social institutions and patterns of interpersonal interactions. In every culture, illness, the responses to it, individuals experiencing it and treating it, and the social institutions relating to it are all systematically interconnected. The totality of these interrelationships is the health care system. Put somewhat differently, the health care system, like other cultural systems, integrates the health-related

⁷⁹ Folk, no original.

components of society. These includes patterns of belief about the causes of illness; norms governing choice and evaluation of treatment; socially-legitimated statuses, roles, power relationships, interaction settings, and institutions (1980:24).

A perspectiva de Kleinman poderia nos levar a deslocar nosso foco de atenção do interior dos Centros de Saúde e dos CMF para o conjunto de opções de atenção à saúde dadas às pacientes que os procuram. Poderíamos analisar como as políticas de saúde da família participariam de sistemas simbólicos culturalmente construídos, como as pacientes optariam por seus serviços e como as consultas médicas atuariam sobre suas formas de experimentar a realidade.

Uma quarta abordagem, que também demonstra as múltiplas possibilidades de interpretação acerca do encontro entre médicas e pacientes, pode ser buscada no trabalho de Goffman (1961). O autor discute como o sistema de prestação de serviços médicos seria uma versão do esquema de interação mais geral oferecido pelas “relações de serviço profissional”. Segundo ele,

O fato de entregarmos nossos corpos para o servidor médico, e o seu tratamento racional e empírico desses corpos é, certamente, um dos pontos altos do complexo de serviço. É interessante observar que o gradual estabelecimento do corpo como um bem que pode ser “consertado” – um tipo de máquina físico-química – é muitas vezes citado como um triunfo do espírito científico secular, quando na realidade tal triunfo parece, em parte, ter sido causa e efeito da crescente consideração por todos os tipos de serviço especializado (1961:277).

Goffman concebe que o modelo de serviço indicaria formas padronizadas de interação entre servidores, serviços, objetos a serem reparados e clientes. Estes esquemas de interação seriam utilizados na prestação de serviços médicos. No entanto, nesta esfera em particular, as especificidades apresentadas pelos elementos que participam das interações implicariam em diversos limites e tensões. O autor explora estes limites e tensões especialmente para com o procedimento da internação psiquiátrica. Mas poderíamos arriscar fazer o mesmo para com as atividades das EqSF e das EBS, sobretudo para com as consultas médicas.

Outro movimento analítico poderia ser empreendido por meio de um deslocamento de foco das figuras da médica e da paciente em direção às associações entre os saberes médicos e certas “tecnologias políticas” próprias a cada contexto histórico e social. É basicamente por meio desta estratégia que Foucault (1979c) procura discutir as origens da medicalização dos hospitais. Ele afirma:

É, portanto, o ajuste desses dois processos, deslocamento da intervenção médica e disciplinarização do espaço hospitalar, que está na origem do hospital médico. Esses dois fenômenos, distintos em sua origem, vão poder se ajustar com o aparecimento de uma disciplina hospitalar que terá por função assegurar o esquadramento, a vigilância, a disciplinarização do mundo confuso do doente e da doença, como também transformar as condições do meio em que os doentes são colocados. Se individualizará e distribuirá os doentes em um espaço onde possam ser vigiados e onde seja registrado o que acontece; ao mesmo tempo se modificará o ar que respiram, a temperatura do meio, a água que bebem, o regime, de

modo que o quadro hospitalar que os disciplina seja um instrumento de modificação com função terapêutica (1979c:107-8).

Neste prisma, o exercício da medicina estaria intimamente vinculado a técnicas de exercício do poder. A compreensão das consultas médicas passaria, por conseguinte, pela compreensão dos arranjos entre saberes e poderes nos quais elas se constituiriam. Ao utilizar esta perspectiva no exame das quatro consultas acima descritas teríamos nossa atenção voltada, por exemplo, para os controles exercidos sobre os espaços nos quais elas se deram, para os mecanismos de registro e de produção de saberes nelas utilizados ou ainda para a forma como as subjetividades individuais foram afetadas nos transcurso destes eventos.

Por fim, num ambiente de pesquisa mais próximo ao das políticas de saúde da família, mas com uma abordagem igualmente diversa, poderíamos citar o texto de Machado (2003). Ao analisar a dinâmica de funcionamento de uma instituição de saúde de pronto-atendimento, a autora sugeriu que os eventos isolados de contato entre pacientes e médicas poderiam ser observados como componentes de certa “rede de reciprocidade de dons diferenciais”. A ideia é que as relações entre pacientes e médicas se dariam através da circulação tanto negativa quanto positiva de dádivas. Machado assinala:

A metáfora da *barreira invisível* remete ao que gostaria de denominar de circulação negativa da reciprocidade de formas de prestígio a serem trocadas como dádivas entre médicos e usuários. Dos médicos, esperam-se os dons da atenção/escuta/cuidado e os atos curativos; dos usuários, esperam-se os dons da atenção/fala/gratidão e os atos de adesão aos procedimentos de cura. Médicos e usuários parecem compartilhar e participar de uma mesma definição do que esperar de uns e outros. Se os dons esperados diferem, todos podem ser entendidos como circulação de formas de prestígio (2003:5).

Este ponto de vista nos possibilitaria pensar o estabelecimento de boas relações ou de conflitos entre pacientes e profissionais a partir de certo modelo de interação construído através da circulação de dádivas. As consultas médicas poderiam ser então analisadas como eventos privilegiados nos quais estas trocas se dariam. Com isso perceberíamos que as quatro consultas acima descritas envolveram, mormente, dádivas no interior de ciclos positivos de reciprocidade. O que nos ajudaria a compreender, com base nas diferentes formas de troca, como outras consultas podem resultar em interações conflituosas.

Uma revisão mais profunda da literatura dedicada ao tema em questão certamente resultaria na emergência de diversas outras perspectivas⁸⁰. Por outro lado, não pretendi esgotar todas as possibilidades de análise que cada um destes enfoques proporciona. Não há dúvidas de que todos eles – embora cada qual à sua maneira – iluminam aspectos relevantes. Esta larga digressão teve como objetivo tão somente explicitar que a inescapável complexidade das consultas médicas permite que elas sejam analisadas sob

⁸⁰ Para outras reflexões acerca das relações entre pacientes e médicas, mas constituídas com abordagens mais distantes das ciências sociais, ver, p. ex., Caprara & Rodrigues (2004) e Silva (2006).

diversos ângulos. Ademais, pretendeu também evidenciar o reduzido alcance da discussão proposta por este item. Embora fosse possível, o objetivo aqui não é tanto analisar estas consultas à luz de um esquema teórico particular, mas apenas explorar algumas diferenças existentes entre os procedimentos que circundam as consultas realizadas nos Centros de Saúde e nos CMF.

Sendo assim, um primeiro aspecto a ser observado é que todas as quatro consultas descritas no início deste item foram realizadas por médicas. Em Havana não tive notícia de que as enfermeiras realizassem consultas. Ademais, o documento orientador da política de saúde da família do país não aponta que essa seria uma de suas tarefas. Por seu turno, nos Centros de Saúde é comum que as enfermeiras também realizem consultas. No entanto, as consultas realizadas pelas enfermeiras são consideravelmente diferentes daquelas praticadas pelas médicas. As enfermeiras efetuam basicamente dois tipos de consultas: recebem mulheres para a coleta de material ginecológico e crianças para atendimentos de puericultura. Ao contrário das consultas desenvolvidas pelas médicas, estas são sempre agendadas, e quase não envolvem dinâmicas de diagnóstico e de tratamento. Ainda que as médicas possam conhecer as pacientes, que as tenham atendido por mais de uma vez ou mesmo que possam recebê-las depois que elas já tenham estado com outros profissionais que produziram informações sobre suas condições de saúde, suas consultas em regra envolvem imponderáveis dados por suas demandas circunstanciais. Nesse sentido, as consultas das enfermeiras se caracterizam fundamentalmente pelo desempenho de procedimentos já preestabelecidos. Sob este prisma, elas se aproximam da consulta 2, descrita acima, cujo desenvolvimento esteve formatado pelo documento entregue à médica pelo casal. Embora as consultas realizadas pelas enfermeiras nos Centros de Saúde também sejam relevantes no conjunto geral das atividades das EqSF, sobretudo no que tange à efetivação de propostas de prevenção e de promoção da saúde, privilegiarei a discussão das consultas médicas. Estas são consideravelmente mais numerosas e ocupam uma posição de maior destaque na forma como profissionais e pacientes concebem o conjunto das ações das EqSF.

Mas se as enfermeiras dos CMF de Havana não executam suas próprias consultas, como o fazem as enfermeiras dos Centros de Saúde, elas participam diretamente das consultas realizadas pelas médicas, algo que não ocorre em Belo Horizonte. Isso pode acontecer de uma maneira mais distanciada, especialmente se o atendimento se dá com crianças, quando as enfermeiras examinam estas pacientes imediatamente antes de elas serem recebidas pelas médicas. Mas pode também acontecer de modo mais próximo, quando a enfermeira permanece sentada junto à mesa da médica enquanto ela recebe as pacientes. Infelizmente não pude observar com detalhes este segundo tipo de cooperação. Todas as circunstâncias nas quais acompanhei sequências de consultas estas aconteceram

sem que as enfermeiras estivessem presentes nas salas onde elas ocorriam. Em apenas duas ou três oportunidades, nas quais estive nos CMF acompanhando outras pessoas, vi isso acontecer. De acordo com as enfermeiras e médicas com as quais conversei, nestes casos as enfermeiras ficariam responsáveis, sobretudo, pelo preenchimento das *Historias Clínicas Individuales* das pacientes, pela medição de seus dados vitais e pela aplicação de medicamentos. Sendo assim, estas tarefas de apoio às consultas desempenhadas pelas enfermeiras durante as consultas nos CMF estariam próximas às ações desenvolvidas pelas enfermeiras e auxiliares de enfermagem dos Centros de Saúde em circunstâncias anteriores às consultas, especialmente nos momentos de acolhimento e nas salas de observação.

As quatro consultas descritas acima se deram sem que houvessem sido agendadas. Esta parece ser a regra vigente nos CMF. Conquanto certos dias sejam preservados para o atendimento de gestantes e lactantes, não parece ser comum que as pacientes tenham consultas individualmente programadas para dias e horários determinados. Já nos Centros de Saúde, não obstante as consultas surgidas a partir da atividade de acolhimento sejam as mais numerosas, as médicas também realizam consultas agendadas.

Os conteúdos destas consultas programadas são tão variados quanto as demandas das pacientes. Podem ocorrer para a observação de problemas levados pelas pacientes às atividades de acolhimento mas que não foram avaliadas como carecendo de atenção imediata, para que as pacientes apresentem resultados de exames anteriormente solicitados, para que se dê continuidade ao tratamento de doenças crônicas, para o acompanhamento do desenvolvimento de crianças, para o acompanhamento de processos de gestação etc. É interessante observar que o agendamento de consultas para o atendimento de doenças crônicas depende muito de se a EqSF realiza atividades com grupos de pacientes, que geralmente são direcionados para as pacientes hipertensas e diabéticas⁸¹. Por sua vez, o agendamento de consultas para o atendimento de gestantes e infantes depende fundamentalmente da forma como a EqSF organiza a atenção dirigida a elas. Em algumas EqSF a atenção dirigida a estas pacientes fica restrita praticamente às consultas realizadas pelas enfermeiras e pelas pediatras que visitam os Centros de Saúde. No entanto, minha percepção é que o fato de uma consulta haver sido ou não agendada não modifica de modo importante as práticas levadas a cabo pelas médicas. A programação das consultas constitui, por conseguinte, principalmente uma forma de organização da solução das demandas das pacientes, e não um mecanismo de alteração das estratégias de intervenção.

Talvez uma diferença importante entre as consultas agendadas e aquelas não-agendadas resida não em suas dinâmicas internas, mas nas técnicas de preparação que as

⁸¹ Para mais informações, ver item 28, pág. 332.

antecedem. Pode-se notar que as consultas 1 e 2, acima apresentadas, como é próprio da dinâmica de funcionamento dos CMF, foram antecedidas apenas pelas esperas das pacientes para serem atendidas. Já as consultas 3 e 4 foram antecedidas pelas dinâmicas próprias às atividades de acolhimento. Estas foram discutidas no item anterior deste trabalho. Por isso vale a pena apontar apenas que, nos casos em que as consultas são agendadas, suas preparações envolvem inicialmente a passagem da paciente pela recepção, onde anuncia sua presença no Centro de Saúde. Esta informação é então inserida no Gestão Saúde em Rede pela profissional que lá se encontra, podendo ser verificada pela médica e/ou pela enfermeira da EqSF em questão em seus computadores. Os envelopes com os prontuários impressos das pacientes com consultas agendadas devem estar em posse das médicas nos momentos de execução destas atividades. Mas as EqSF organizam de formas distintas a busca destes prontuários no local onde são arquivados. Isso pode ser feito tanto pela médica, quanto pela enfermeira ou pela auxiliar de enfermagem. Pode ser feito na medida em que as pacientes chegam à instituição ou então previamente, quando são buscados os prontuários de todas as pacientes que possuem consultas agendadas para um período do dia. Entretanto, embora existam essas variações, o mais comum é que a auxiliar de enfermagem desempenhe essa tarefa, buscando todos os prontuários das pacientes que têm consultas agendadas para um período do dia.

Isso faz com que, ao contrário do que ocorre nos CMF, onde as médicas geralmente têm contato com informações sobre as pacientes somente no decorrer das consultas, nas consultas realizadas nos Centros de Saúde as médicas normalmente tenham contato com informações sobre as pacientes, ou pelo menos com registros destas informações, antes de se encontrarem diretamente com elas. Porém, embora as médicas tenham em mãos os prontuários impressos e, além disso, tenham a possibilidade de acessar suas versões eletrônicas, somente extraordinariamente elas os consultam pormenorizadamente antes das consultas. Geralmente o fazem quando preveem que a demanda da paciente será um pouco mais complexa e, mesmo nestes casos, normalmente apenas os fitam rapidamente, por não mais que um minuto. De modo que conquanto haja um apreço pela produção e registro de informações sobre as pacientes, as determinantes para o desenvolvimento das consultas são aquelas que derivam dos contatos diretos entre as pacientes e as médicas, e que têm origem nas falas das pacientes.

Outro processo relacionado à preparação das consultas diz respeito à necessidade das pacientes apresentarem documentos para que tenham acesso a estes serviços. Para obter uma consulta médica num Centro de Saúde a paciente inevitavelmente necessitará apresentar sua carteira de identidade e/ou seu "*cartão do posto*". Nas consultas que se dão no âmbito dos acolhimentos estas apresentações geralmente são feitas à enfermeira e/ou à auxiliar de enfermagem. Naquelas que são agendadas as pacientes o fazem quando se

dirigem às recepções para anunciarem suas presenças. As médicas podem solicitar que as pacientes lhes entreguem estes documentos, mas normalmente o fazem apenas para obterem dados que lhes permitam acessar seus prontuários eletrônicos, raramente para verificarem suas condições cadastrais.

Nos CMF de Havana há, portanto, uma menor quantidade de procedimentos que antecedem as consultas. Neles as consultas são realizadas sem que ocorram buscas por prontuários, verificações de cadastro, anúncios de presença na instituição e registros prévios de demandas. Antes das consultas as pacientes dos CMF devem apenas, como também o fazem as que utilizam os Centros de Saúde, se posicionarem numa ordem de espera e aguardarem por seus atendimentos.

Uma diferença aparentemente sutil entre as consultas realizadas nos Centros de Saúde e nos CMF consiste na organização dos espaços nos quais elas se dão. Não obstante a princípio esta diferença possa parecer irrelevante, a sistematicidade com que é acionada sugere que ela participa da construção das relações entre médicas e pacientes. No item 24 deste trabalho abordei as questões da localização das salas onde as consultas médicas se dão e da posição das cadeiras das pacientes nestas atividades. Outro aspecto que merece ser mencionado é que todas as consultas que acompanhei nos CMF se deram com as portas das salas abertas. Nas situações em que se fazia necessária alguma privacidade, pacientes e profissionais se deslocavam para a sala ao lado, preparada especialmente para atendimentos ginecológicos. Isso aconteceu no caso da consulta 2, descrita acima, mas também, por exemplo, quando em outra consulta por mim acompanhada a médica precisou examinar os seios de uma paciente. Já nos Centros de Saúde não há um padrão quanto ao fechamento ou não das portas das salas onde ocorrem as consultas. Algumas médicas optam por fazê-lo, outras por não fazê-lo. Em algumas instituições esta decisão é influenciada pela proximidade entre a sala onde a médica trabalha e a área de espera das pacientes. O barulho produzido neste local pode perturbar a médica, incentivando-a a manter a porta fechada. Mas esta é apenas uma tendência, e não uma regra. Mesmo em ambientes silenciosos algumas médicas decidem por fechar as portas de suas salas. Suspeito que tal decisão está relacionada à forma como a profissional interpreta seu trabalho, ao peso que concede à necessidade de manter com a paciente uma relação isolada do restante do Centro de Saúde. Poder-se-ia conceber que, por outro lado, esta escolha se desse pela importância concedida pela médica ao imperativo de preservar a privacidade da paciente. Porém, é preciso considerar que tal opção geralmente é feita para com todas as consultas, independentemente da demanda da paciente. Ou seja, as médicas que decidem por manter as portas de suas salas fechadas o fazem com todas as pacientes, enquanto aquelas que decidem por manter as portas de suas salas abertas também o fazem com todas as pacientes. Neste segundo caso as portas são fechadas apenas quando há a

necessidade de algum exame físico que expõe demasiadamente o corpo das pacientes, o que é raro. Além disso, é preciso lembrar que nos acolhimentos, especialmente junto às auxiliares de enfermagem, as pacientes comumente expõem suas demandas em áreas abertas. O que indica que o maior ou menor cuidado com a privacidade das pacientes nas consultas é uma opção das médicas, e não um delineamento institucional.

Como ocorreu na consulta 3, descrita acima, nos Centros de Saúde as consultas têm início com a abertura pela médica do prontuário eletrônico da paciente. No caso da consulta 4, isso provavelmente houvesse sido feito pela médica antes da atividade, pois quando de nossa primeira conversa ela já estava preparada para iniciá-la. O prontuário eletrônico pode sequer chegar a ser utilizado na consulta, mas seu acesso se faz necessário, pois é ele que possibilita o registro formal da ocorrência da atividade. Além disso, o fato de que esse acesso ao prontuário eletrônico acontece logo no princípio da consulta indica que ele é um importante regulador desta atividade, além de um importante mediador da relação entre a médica e a paciente. Mas apesar de ser acionado, seu conteúdo geralmente não é examinado no princípio das consultas. Por seu turno, no início das consultas realizadas pelas médicas cubanas não se percebe uma prática similar de busca pelo prontuário da paciente. Noutro sentido, nota-se, portanto, certa similaridade no fato de que no começo de suas consultas elas também não empreendem uma verificação anterior de informações sobre as pacientes.

Postas estas diferenças entre as dinâmicas anteriores e aquelas localizadas nos princípios das consultas que se dão nos CMF e nos Centros de Saúde, nota-se que o desenrolar delas é bastante semelhante. É possível afirmar que, quanto a este aspecto em particular, ambas obedecem a um mesmo padrão, apresentando variações apenas quanto aos seus conteúdos. Tanto no contexto de Belo Horizonte quanto no de Havana, o núcleo das consultas é iniciado com a exposição de uma demanda pela paciente. A partir daí procede-se um diálogo entre a paciente e médica, cujos contornos são dados predominantemente pela profissional, que formula perguntas, seleciona temas a serem explorados e solicita maiores detalhamentos. Nesta esfera se destacam as questões sobre o consumo de medicamentos. As médicas estão sempre interessadas em saber se, quando, quanto, como e com qual resultado as pacientes consomem medicamentos. De modo que a avaliação que a médica empreende em torno deste consumo é fundamental para o conjunto de suas interpretações e ações. Quando a exposição da paciente não basta para que a médica formule uma interpretação sobre a demanda em questão, pode buscar informações por outros meios: conferir os dados contidos no prontuário eletrônico ou na história clínica da paciente, examinar seu corpo ou verificar resultados de exames que ela traga consigo. Quando julga que alcançou condições suficientes para avaliar a demanda da paciente, a médica decide por algum tipo de intervenção, cuja execução e efeitos normalmente se darão

após a atividade. Somente nas consultas previamente agendadas para a apresentação de resultados de exames estes tendem a ser preponderantes, tornando as exposições das pacientes menos importantes para a composição da atividade.

Isso quer dizer que tanto as médicas dos Centros de Saúde quanto as dos CMF decidem pelos procedimentos a serem direcionados às necessidades das pacientes principalmente através do diálogo que com elas estabelecem. Isso ocorreu na consulta 1, descrita acima, quando a médica apresentou soluções a três diferentes demandas. Ocorreu também na consulta 2, na qual a médica tentou intervir em distintos aspectos da vida da paciente. E da mesma forma ocorreu com os dois atendimentos apresentados pela consulta 3 que, embora envolvessem um mesmo problema de saúde, como a própria médica me alertou, se deram a partir de relações muito diferentes entre ela e as pacientes. Não obstante, ainda que estes diálogos sejam os mecanismos mais relevantes para a produção das interpretações e para a definição dos procedimentos a serem assumidos, as falas das pacientes não são determinantes. Quando as informações trazidas por elas são comparadas com aquelas obtidas através de exames físicos ou laboratoriais previamente realizados, esta segunda classe de informações tende a se sobrepor. Tudo se passa como se as informações obtidas por meio de exames fossem mais precisas e concedessem maior segurança para com o direcionamento das ações a serem tomadas pelas médicas.

Em boa medida porque as consultas médicas têm como um de seus núcleos o diálogo entre a profissional e a paciente, elas são eventos privilegiados para que se possa observar o embate entre as perspectivas dos diferentes sujeitos acerca das questões de saúde/doença. Nos CMF, como praticamente não são realizados outros tipos de atividades, obviamente é nas consultas que estes confrontos mais tomam lugar. Mas nos Centros de Saúde, onde diversas outras atividades são desenvolvidas, nota-se que é nas consultas onde as pacientes têm mais oportunidade para se manifestarem, para explicitarem as formas como concebem suas experiências e também para de forma manifesta contrastá-las àquelas anunciadas pelas profissionais. Este encontro de concepções, interpretações, saberes, sistemas classificatórios etc. envolve um complexo conjunto de aspectos cuja análise foge ao escopo da discussão aqui proposta⁸². Apesar disso, é interessante assinalar que mesmo nas circunstâncias das consultas as interações entre as pacientes e as profissionais não são marcadas pelo que poderia ser concebido como certo intercâmbio de ideias. Os diálogos entre pacientes e médicas são constituídos com vistas à produção de certas interpretações pelas médicas, e para que estas possam assumir decisões diante das demandas das pacientes. Servem assim como fontes de informações para as médicas, e

⁸² Para estudos que tangenciam esta problemática desde o ponto de vista das profissionais, ver, p.ex., Davis (1960) e Tesser (2007). Para aqueles que a tangenciam desde o ponto de vista das pacientes, ver, p. ex., Oliveira (1998), Mogensen (2005) e Pereira (2010).

não como mecanismos de troca de ideias. Raríssimas são as pacientes que, durante as consultas, contestam as afirmações das médicas.

As quatro consultas acima descritas se deram com pacientes que as médicas já conheciam. Como foi diversas vezes discutido ao longo deste trabalho, este é um processo recorrente tanto nos Centros de Saúde quanto nos CMF, ademais de uma importante questão no contexto da noção de atenção primária à saúde. Não é raro que as médicas conheçam os nomes de suas pacientes, sabiam onde elas residem, tenham noções sobre suas condições de saúde mais gerais etc. Mas embora isso seja comum nos contextos das políticas de saúde da família de ambas as cidades, parece ser mais constante em Havana. Como também já foi discutido anteriormente, isso se deve a diversos fatores, dentre eles os fatos de que as médicas dos CMF têm sob seus cuidados um número menor de pacientes e de que permaneçam trabalhando nas mesmas instituições por períodos de tempo mais prolongados. O mesmo poderia ser dito acerca do conhecimento que as pacientes possuem de suas médicas. Isto posto, é interessante notar que embora esse conhecimento pessoal possa impactar (positivamente ou negativamente) a relação de afetividade entre médicas e pacientes, não reverbera em modificações no padrão de desenvolvimento das consultas. Talvez as avaliações produzidas pelas médicas sejam influenciadas pelo maior ou menor conhecimento que possuem de suas pacientes, mas seguramente ele não modifica a dinâmica de suas consultas.

As consultas 1 e 2, acima descritas, apresentam em comum o fato de terem envolvido diálogos ou procedimentos mais longos. Na primeira a médica conversou com a paciente durante um período de tempo mais largo, o que inclusive motivou o incômodo de outra paciente que aguardava ser atendida. Na segunda a médica demorou-se no exame da criança e no preenchimento de documentos. Mas como sugerido na descrição da consulta 1, nas oportunidades em que pude acompanhar a realização de seguidas consultas nestas instituições, chamou minha atenção como muitas delas se davam de maneira rápida. Nelas as pacientes explicitavam rapidamente o que julgavam serem seus problemas de saúde e logo solicitavam por tal ou qual medicamento, ou então por determinado encaminhamento para algum especialista. Ao que as médicas geralmente pouco contestavam seus pedidos, logo produzindo a receita do medicamento pedido ou o encaminhamento. Esse tipo de consulta mais objetiva, mais direta, é raro nos Centros de Saúde. Dificilmente uma receita ou um encaminhamento produzido por uma médica de Belo Horizonte deixa de se dar sem que antes a paciente tenha sido inquirida com mais profundidade acerca de suas necessidades. Assim como me pareceram incomuns as consultas nas quais as pacientes explicitavam de forma direta seus desejos por receitas ou por encaminhamentos. Não saberia avaliar se isso se deve a uma possível postura menos ativa assumida pelas pacientes brasileiras diante de suas condições de saúde, ou então aos constrangimentos

institucionais estabelecidos para que as pacientes obtenham estes produtos das consultas médicas. O fato é que, nos Centros de Saúde de Belo Horizonte, para que as pacientes obtenham receitas médicas, pedidos de exames, encaminhamentos ou outros documentos do gênero é necessário que elas tanto enfrentem uma dinâmica institucional mais complexa (passar pelo acolhimento, agendar consultas etc.), quanto apresentem justificativas para que estes documentos sejam produzidos e, ademais, que estas justificativas sejam avaliadas como legítimas pelas médicas.

É preciso considerar que as formas como as médicas atendem demandas convivem com as formas como as pacientes interpretam suas necessidades e a dinâmica de oferta de serviços pelos Centros de Saúde. Ao acompanhar pacientes antes e durante suas consultas, pude perceber que muitas delas, embora não compreendam com profundidade o que se passa com seus problemas de saúde, têm uma noção bem acabada de quais serão os procedimentos acionados pelas profissionais para com eles. Podem não compreender perfeitamente quais as causas de seus problemas de saúde, quais relações eles mantêm com suas experiências corporais, como os medicamentos atuam sobre eles etc., mas são capazes de antecipar como a EqSF organizará seus atendimentos, o que lhes será solicitado, quais medicamentos lhes serão indicados, qual a probabilidade de serem ou não encaminhadas para outras médicas etc. Esse tipo de perspectiva diferencial adquire ainda maior densidade entre as pacientes que padecem de problemas crônicos e em decorrência dos quais precisam utilizar os Centros de Saúde com maior frequência. É preciso ponderar, contudo, que no caso dos problemas crônicos as pacientes também têm a possibilidade de potencializarem suas compreensões acerca de suas condições de saúde, ainda que estas pareçam não alcançar o mesmo grau de amplitude de suas compreensões em torno das atividades das profissionais.

A lógica das consultas é montada para a resolução de problemas de saúde entendidos num sentido estreito. Entretanto, talvez porque as pacientes tenham certo domínio sobre os procedimentos nelas assumidos – embora não tenham, repito, um domínio equivalente dos saberes nelas exercidos –, mas também porque os serviços dos Centros de Saúde e dos CMF não são organizados para o atendimento de problemas de saúde específicos, é comum que nas consultas sejam acionados problemas de outras ordens. Isso ocorreu nas consultas 2 e 4 acima descritas. Especialmente na consulta 4, o cerne do problema apresentado pela paciente não consistia exatamente numa perturbação física entendida num sentido médico. Já no caso da consulta 2, após o seu término a médica me apontou a colocação em questão de um aspecto que transcendia a situação de saúde da criança, ao afirmar que aquela família seria um “*caso social*”. A diferença entre os contextos cubano e brasileiro, nesse quesito particular, parece residir no fato de que as profissionais dos CMF

têm uma ferramenta classificatória consagrada a tais tipos de situações (a noção de “caso social”), enquanto as profissionais dos Centros de Saúde as abordam de forma mais difusa.

Outro aspecto desse surgimento nas consultas de demandas que não se enquadram propriamente numa noção estreita de problema de saúde foi-me apontado tanto pelas médicas de Belo Horizonte quanto pelas de Havana com relação ao fato de que muitas pacientes procurariam as instituições porque “*querem atenção*”. De forma interessante, profissionais das duas cidades me afirmaram que diversas pacientes procurariam obter consultas médicas porque elas seriam gratuitas e facilmente acessáveis. Sob este prisma, estas pacientes procurariam as consultas sem de fato necessitarem delas. Algumas profissionais brasileiras, talvez porque mantive com elas contatos mais prolongados, me confidenciaram que suas interpretações durante as consultas de determinadas pacientes chegavam a ser influenciadas pela percepção de que elas teriam como hábito se dirigirem ao Centro de Saúde apenas em busca de atenção. Nesses casos as demandas das pacientes tenderiam a ser mais desconsideradas e desvalorizadas, recebendo menos importância. Obviamente, este tipo de comportamento, embora aparentemente seja comum, não constitui uma regra absoluta. Como explicitado pela consulta 4, há médicas que incorporam em suas preocupações o bem-estar das pacientes levando em conta não apenas a solução médica de seus problemas de saúde.

Outra faceta deste deslocamento do tipo de demanda supostamente adequado às consultas me foi apontada por diversas profissionais dos Centros de Saúde como uma tentativa das pacientes em obterem documentos que lhes possibilitem benefícios em outros campos de suas vidas. Segundo elas, muitas pacientes “*inventariam demandas*” para que pudessem receber consultas médicas e, a partir delas, terem a possibilidade de obter determinados documentos. Cotidianamente isso se daria com pacientes que desejam obter licenças ou atestados médicos, sobretudo para que adquiram dispensas em seus trabalhos ou então para que neles possam justificar determinadas ausências. Em situações menos comuns as pacientes buscariam atestados médicos que lhes auxiliariam a obter benefícios sociais oferecidos pelo “Estado” através de recursos financeiros.

No entanto, estes ajustes entre as demandas das pacientes e a forma das médicas responderem a elas, apresentados nos últimos parágrafos, não alteram a lógica das consultas. Sendo assim, independentemente de qual seja a motivação ou a origem da demanda da paciente, a médica na maioria das vezes a engloba no dispositivo prevalecente de resolução de problemas de saúde. Nesse sentido, uma primeira dificuldade enfrentada pelas médicas é compreender o que ocorre com a paciente. A partir dessa compreensão ela passa a enfrentar a dificuldade de adequar suas alternativas de ação às possibilidades de solução das demandas das pacientes. Nessa esfera de ação os medicamentos aparecem como instrumentos consideravelmente maleáveis e aplicáveis a distintas situações. Mas não

apenas porque existem medicamentos variados que produzem efeitos igualmente variados, mas também porque eles podem ser utilizados de distintas maneiras e desempenhar funções que não estão imediatamente relacionadas às suas capacidades curativas. É em boa medida em razão disso que muito do tempo das consultas é ocupado com discussões sobre o consumo de medicamentos. As médicas estão constantemente questionando as pacientes sobre quais medicamentos consomem, mudando suas dosagens, avaliando seus efeitos, associando seus consumos às possibilidades das pacientes modificarem suas condições de saúde e vinculando-os à capacidade do saber médico de atuar sobre as experiências das pacientes. Podemos notar, por exemplo, que três das quatro consultas descritas no início deste item envolveram a utilização de medicamentos enquanto ferramentas de intervenção. Na consulta 1, na ponderação da médica para com as duas primeiras demandas explicitadas pela paciente colocou-se em questão a necessidade ou não da prescrição de um medicamento. E, de certa forma, a solução da primeira demanda se deu a partir da avaliação de que a prescrição não se fazia necessária, enquanto a solução da segunda demanda se deu a partir de uma avaliação oposta. Já na consulta 3, a solução das demandas das duas pacientes se deu com base na prescrição de medicamentos (provavelmente de um mesmo, aliás), não obstante as diferenças existentes no que tange às relações entre as pacientes e a médica. Por fim, na consulta 4, apesar de nela terem se apresentado questões de diversas outras ordens, ao final o evento se encaminhou para uma discussão sobre os medicamentos consumidos pela paciente. Além disso, ficou evidente que a médica utilizou-se dos medicamentos prescritos como uma maneira de não permitir que sua relação com a paciente desaparecesse.

Ainda mais constantes que os medicamentos são os diversos registros produzidos no decorrer das consultas. Na consulta 1 a médica produziu uma receita, um *método*, preencheu a ficha *Actividades de Medicina Familiar* e programou encaminhar a paciente para uma ginecologista, o que, provavelmente, também implicaria na produção de um documento. Na consulta 2 a médica fez registros no documento levado pelo casal, na ficha *Actividades de Medicina Familiar* e na *Historia Clínica Individual* da criança. Na consulta 3 a médica fez registros nos prontuários das pacientes, produziu receitas e um atestado de comparecimento. Na consulta 4 a médica também produziu receitas e fez registros no prontuário da paciente. Sendo assim, tanto nos Centros de Saúde quanto nos CMF as consultas envolvem a produção, armazenamento e manipulação de informações sobre as pacientes. Este processo chega a ser tão amplo e constante que as médicas de ambos os países por diversas vezes queixaram-se comigo que ele tomava muito de seus tempos, chegando a ser exaustivo.

Mas conquanto sejam significativos tanto em Belo Horizonte quanto em Havana, a forma geral como estes registros são forjados apresenta diferenças importantes entre estes

contextos. Nos Centros de Saúde a produção de informações durante as consultas parece ser mais constante, centralizada e institucionalmente mais pré-formatada. Como se deu no caso da consulta 1, é possível que uma médica de um CMF atenda uma paciente e não utilize sua *Historia Clínica Individual*. Algo similar dificilmente se daria num Centro de Saúde. Somente em raras ocasiões uma médica não registraria informações sobre uma paciente no decurso de uma consulta. Ainda que as informações registradas sejam bastante sintéticas e pouco significativas, o apontamento formal da realização da atividade se dá especialmente através destes acréscimos nos prontuários eletrônicos.

Além disso, o Gestão Saúde em Rede permite uma maior centralização dos registros relacionados às pacientes. Receitas, atestados, orientações, resultados de exames etc. são todos produzidos e/ou inseridos nesta plataforma digital, que congrega todos estes documentos. Já nos CMF não existe um suporte único que reúna todos os registros produzidos pelas médicas. Em tese as *Historias Clínicas Individuais* desempenhariam esta função, mas para que assim se desse seria necessário que as médicas nelas incessantemente inserissem todas as suas ações, o que nem sempre acontece. Por exemplo, como a entrega das receitas à paciente que participou da consulta 1 não foi registrada, num encontro posterior entre ela e a médica a recuperação deste procedimento dependeria da possibilidade de uma delas se recordar de que isso foi feito. Por seu turno, as próprias condições de trabalho dadas às médicas que executaram as consultas 3 e 4 implicaram num nível maior de centralização dos registros nelas produzidos. Cada uma das receitas produzidas permanecerá arquivada e associada aos prontuários das pacientes. O mesmo teria acontecido com quaisquer outros documentos, tais como solicitações de exames ou encaminhamentos.

Este nível de centralização das informações no âmbito da política de saúde da família de Belo Horizonte é concebido como uma ferramenta de elevação da eficiência das ações desenvolvidas pelas profissionais. Supostamente permitiria uma maior integração, um maior controle e uma maior avaliação global das condutas assumidas por cada profissional. Note-se que, embora sejam raras, existem médicas que dispensam o uso do Gestão Saúde em Rede e optam por produzir estes registros de forma, como se costuma dizer nos Centros de Saúde, "*manual*", ou seja, os manuscovem diretamente em papéis. Entretanto, elas são comumente percebidas pelas demais profissionais como sujeitos que "*atrapalham o sistema*".


Os registros médicos produzidos nas consultas que se dão nos CMF e nos Centros de Saúde também parecem diferir quanto à formatação física que assumem. A plataforma dada pelo Gestão Saúde em Rede faz com que os registros nele produzidos assumam um aspecto, num certo sentido, mais padronizado e formalizado. A Figura 71, abaixo, apresenta este formato. Qualquer que seja o documento produzido (uma receita de medicamento, a

indicação de como certo medicamento deve ser consumido, a solicitação de um exame etc.), ele acaba por assumir este formato. Após serem impressos, todos eles devem ser assinados e carimbados pelas médicas, mas tudo indica que essa padronização vem lhes agregar certo convencionalismo, ademais de torná-los mais facilmente controláveis. Por sua vez, às profissionais cubanas também estão disponíveis formulários próprios para a produção destes mesmos documentos. Mas uma primeira diferença a ser considerada é que todos eles devem ser preenchidos à mão. Todavia, mais do que isto, é importante notar que estes formulários padronizados nem sempre são utilizados. Muitos destes documentos são produzidos pelas médicas em pedaços de papel em branco. Neste caso, o que os consagra como documentos formais é apenas a assinatura e o carimbo inseridos pelas médicas. As Figuras 72 e 73, abaixo, apresentam exemplos destes documentos produzidos sem uma maior padronização. Ao compararmos estas duas Figuras com a Figura 71 as diferenças de composição entre elas se tornam evidentes.

É importante considerar que estes documentos são mais do que simples ferramentas burocráticas. Eles atuam de forma importante na construção das relações que pacientes e profissionais estabelecem entre si e com as demais dinâmicas das políticas de saúde da família. Não são apenas acessórios destas relações, mas partes fundamentais delas. É imperativo ressaltar que existe – como discutido no capítulo III, item 18, deste trabalho –, no campo das políticas de saúde da família, certo apreço pela produção constante e ampla de informações. Isto posto, os modos com estes documentos são construídos são relevantes no que tange à consideração das formas como eles são utilizados. Nesse sentido, seus conteúdos são tão relevantes quanto seus formatos. Se seus conteúdos nos indicam as formas como os saberes médicos são efetivados, seus formatos nos indicam as formas como são construídas condições institucionalizadas para o exercício destes saberes.

Figura 71: Exemplo de documento produzido através do Gestão Saúde em Rede

Pagina 1 de 1

 **PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE** **Prontuário do Acolhimento** **Impresso Via Histórico**

RAZÃO SOCIAL :
Nome da Unidade de Saúde : C S [REDACTED] Prontuário : P - [REDACTED]
Nº do cadastro da família : [REDACTED]

DADOS DO PACIENTE :
Paciente : [REDACTED]
Data de Nascimento : [REDACTED] Escolaridade : 05) ENSINO MÉDIO Cor : 1) BRANCA
Endereço : 31 [REDACTED] - RUA [REDACTED], [REDACTED] [REDACTED] Telefone : [REDACTED]
Mãe [REDACTED]
Profissão : [REDACTED] Estado Civil : 99) SEM INFORMAÇÃO

DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO
Data do atendimento : 25 [REDACTED] / 20 [REDACTED] 13: [REDACTED]
PAS : 110 PAD : 80 Temperatura : Glicemia Capilar :
Situação Referida
[REDACTED]
Motivo da Procura
[REDACTED], Solicitação de Exames
Descritivo do Atendimento
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
Exames Solicitados
[REDACTED]
Conduta
[REDACTED]

Encaminhamento para consulta médica na unidade
[REDACTED]

Belo Horizonte
Data de Atendimento: 25 [REDACTED] / 20 [REDACTED] 13: [REDACTED]
Data de Impressão: 03 [REDACTED] / 20 [REDACTED] 17 [REDACTED]
Impresso por: [REDACTED]

Enf [REDACTED]
COREN - MG [REDACTED]

Figura 72: Exemplo de encaminhamento para consulta especializada produzido num CMF sem o uso de formulário padronizado

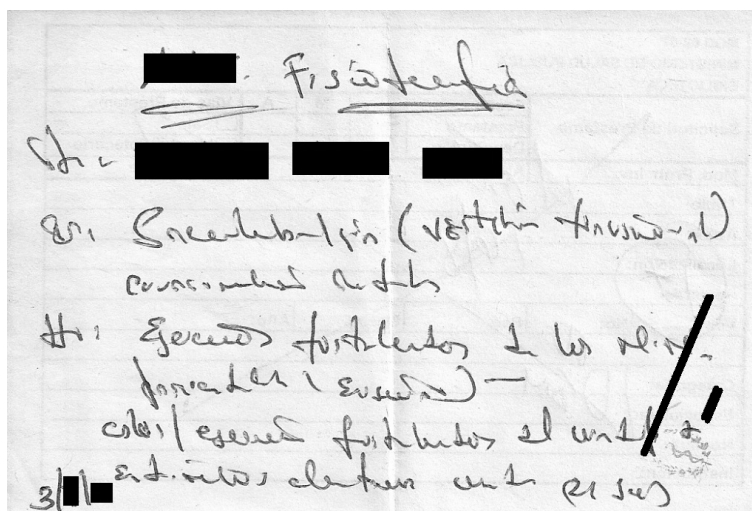
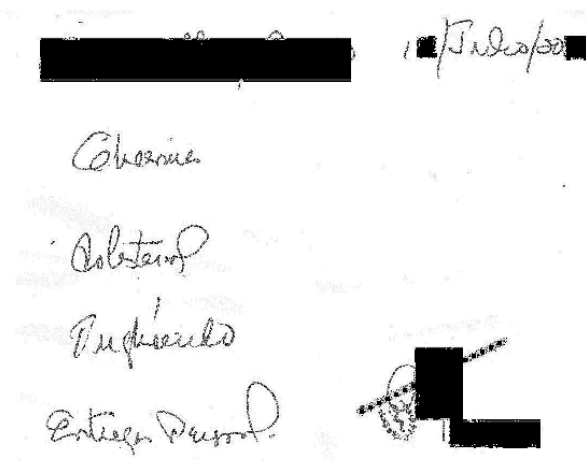


Figura 73: Exemplo de solicitação de exames produzida num CMF sem o uso de formulário padronizado



Ao compararmos as quatro consultas descritas anteriormente, outro aspecto importante que se torna perceptível são as diferenças geradas pelo fato das demandas das pacientes estarem ou não inseridas em processos de tratamento continuado. A primeira e a terceira demandas apresentadas pela paciente da consulta 1 envolveram a inserção de sua experiência em um processo de resolução de problemas que não se esgotava naquele evento. O mesmo ocorreu nos casos das pacientes que participaram das consultas 2 e 4. Já as soluções das demandas das pacientes da consulta 3, pelo menos a princípio, foram encontradas logo de seus contatos com a médica, não carecendo que novos encontros fossem previstos. Seguramente não existe uma fronteira clara entre as consultas que envolvem tratamentos continuados ou apenas intervenções pontuais. As situações específicas de diversas consultas envolvem dinâmicas que se encontram a meio caminho

entre estas possibilidades. Ademais, o direcionamento da solução das demandas das pacientes depende de diversos fatores que não se esgotam somente nas suas condições de saúde. Dentre outras coisas, depende da relação que as pacientes mantêm com as políticas de saúde família, de seus engajamentos com os procedimentos indicados pelas médicas e dos engajamentos destas com as alternativas de ação diante dos problemas das pacientes. Em situações como a descrita na consulta 2 há um forte constrangimento no sentido do estabelecimento de tratamentos continuados. Por sua vez, em situações como a descrita na consulta 3 há uma maior tendência de que soluções pontuais sejam encontradas. Já em situações como a descrita na consulta 4 o direcionamento no sentido de uma dentre estas duas possibilidades parece ser mais dependente do engajamento da profissional com a solução do problema de saúde da paciente.

Quanto a essas possibilidades de estabelecimento de tratamentos contínuos a serem empreendidos por meio das consultas médicas, é interessante observar suas relações com a percepção que as profissionais possuem acerca de suas responsabilidades. Nos Centros de Saúde, na medida em que a implantação da política de saúde da família em Belo Horizonte é recente, muitas médicas acompanharam a mudança de modelo ocorrida no começo da década de 2000. Ao longo do trabalho de campo várias delas me afirmaram que a política de saúde da família teria aumentado suas responsabilidades, pois passaram a ter um contato mais prolongado com suas pacientes. Nesse sentido, a responsabilização das EqSF para com as condições de saúde de populações residentes em territórios definidos impacta diretamente as formas como as médicas regulam suas condutas nas consultas que realizam. Mesmo naquelas consultas nas quais as soluções das demandas indicam ações pontuais, subjaz a elas certa noção de que os artifícios acionados devem ponderar o imperativo de que a atenção dispensada pela profissional não se restrinja a uma intervenção isolada. Num certo sentido, era quanto a isso que a médica que participou da consulta 3 chamou minha atenção. Desde um ponto de vista mais conceitual, essa ponderação está intimamente relacionada à efetivação do ideal de atenção primária à saúde. Em torno das consultas, é interessante observarmos que essa mudança da relação das médicas com as populações sob seus cuidados gera, por um lado, uma modificação no sentido assumido pelas intervenções pontuais e, por outro, o reforço de certo artifício de solução das demandas das pacientes. Diante de determinadas demandas apresentadas pelas pacientes as médicas podem adotar a estratégia de solicitar que elas retornem às instituições em outros momentos. Essa foi a estratégia adotada pela médica da consulta 1 diante da primeira demanda apresentada pela paciente, e também pela médica da consulta 4. Certamente esse artifício pode ser acionado por médicas que realizam consultas em outros tipos de arranjos político-institucionais. Mas acredito que o contexto das políticas de saúde

da família, que tem como suposto o contato prolongado entre pacientes e médicas, conceda maior força a esta alternativa.

Este contato prolongado, somado aos distintos engajamentos das profissionais com as políticas de saúde da família de Belo Horizonte e de Havana, está relacionado à forma como se dão relações pessoais durante as consultas, relações que transcendam as ações em saúde no âmbito dos serviços das instituições. Quando do trabalho de campo em Belo Horizonte me parecia difícil mensurar esse tipo de relação. Mas durante o trabalho de campo em Havana observei determinado tipo de acontecimento que me parece servir como um indicador do nível destas relações. Não me recordo de haver acompanhado consultas nos Centros de Saúde nas quais médicas e pacientes tenham, no decurso da atividade, se alongado em conversas sobre outros temas que não as demandas das pacientes. Já em Havana, conquanto eu tenha acompanhado uma quantidade muito menor de consultas, em algumas delas vi médicas e pacientes conversarem sobre outros temas – geralmente amenidades, tais como notícias da atualidade, o clima, o cotidiano do bairro etc. Era como se elas abrissem um parêntesis no procedimento padronizado da consulta e gastassem alguns instantes em um simples bate-papo. Isso não acontecia em absolutamente todas as consultas, tendo eu observado esse tipo de atitude cerca de quatro ou cinco vezes. Mas, uma vez que acompanhei uma quantidade muito menor de consultas nos CMF do que nos Centros de Saúde, essas poucas ocasiões me parecem ser significativas quanto ao fato de que em Havana há um distinto arranjo nas relações pessoais entre pacientes e médicas.

O episódio da consulta 1, descrito no início deste item, apresenta uma atitude que poderia ser, a princípio, associada a esta questão das relações pessoais existentes entre pacientes e médicas de Havana. Podemos lembrar que, ao final desta consulta, a paciente entrega um “presente” à médica, provavelmente um alimento. Eu acompanhei atitudes similares em outras três oportunidades. Em outra ocasião uma paciente, também ao final de uma consulta, entregou à médica um pacote que continha biscoitos. Num outro dia, em que a temperatura ambiente estava baixa, vi uma paciente levar à médica um par de luvas, que teriam sido buscadas pela paciente na casa da médica. Por fim, certa tarde vi uma paciente levar um copo de café à médica, o que me pareceu que ela fazia todos os dias. Após presenciar estes eventos conversei com algumas profissionais e com alguns amigos cubanos sobre o que motivaria tais atitudes das pacientes. Eles me alertaram que para compreender tais tipos de ações seria necessário considerar três aspectos. Primeiro, o fato de que as médicas dos CMF manteriam com as populações residentes em seus territórios de atuação uma relação próxima, uma relação que transcenderia seus trabalhos. Muitas vezes residindo próximo ou mesmo dentro destes territórios. Isso faria com que algumas de suas pacientes mantivessem com as médicas uma relação pessoal que poderia resultar em atitudes de auxílio, em pequenos favores ou agrados, tais como buscar algo na casa da

médica ou ofertar-lhe um pouco de café. Por outro lado, uma segunda questão a ser considerada estaria relacionada ao fato de que as médicas seriam reconhecidas por boa parte dos cubanos como profissionais que desempenham funções importantes na sociedade, e que ao desempenho destas funções corresponderia uma série de sacrifícios. As médicas teriam muitas responsabilidades, um grande volume de trabalho e receberiam baixos salários. Nesse sentido, o ato de uma paciente entregar um alimento ao final de uma consulta representaria uma demonstração de “reconhecimento”, ou de “agradecimento”. Por fim, as pessoas com as quais conversei sobre estas práticas me alertaram que eu não deveria confundi-las com algum tipo de “suborno”. Há certa discussão no país acerca da possibilidade de que muitas médicas receberiam benefícios materiais ilícitos para prestarem atenções diferenciadas. Algumas pessoas chegaram a me dizer que apenas por meio da oferta destes benefícios seria possível receber atenções de qualidade. No entanto, mesmo as pessoas que me afirmaram a necessidade deste tipo de oferta, disseram-me também que tais práticas se dariam em instituições de saúde dedicadas à prestação de serviços mais especializados. Posto que todos os serviços de saúde seriam gratuitos e universais, uma especialista que trabalha em um grande hospital poderia optar por atender com maior prontidão ou atenção uma paciente que lhe oferecesse algum dinheiro. Mas dados os limites de ação das médicas da política de saúde da família, o oferecimento de recompensas materiais por seus trabalhos não resultaria em atenções diferenciadas às pacientes. A reduzida margem de ação destas profissionais não lhes permitiria prestar atenções diferenciadas.

Talvez por isso estes “presentes” sejam oferecidos não no início das consultas, mas em seus encerramentos. Mas como apontado no parágrafo anterior, tais ações, embora não cheguem a ser extraordinárias, não ocorrem na maioria das consultas que se dão nos CMF. Sendo assim, é possível assumir que os termos das consultas realizadas nos Centros de Saúde e nos CMF obedecem a um mesmo padrão. Podemos observar parte deste padrão nas consultas descritas anteriormente. A consulta 1 foi encerrada com um encaminhamento. A consulta 3 foi encerrada com a prescrição de um medicamento. A consulta 4 foi encerrada com a prescrição de medicamentos e com o agendamento de uma nova consulta. Nesse sentido, é possível afirmar que as consultas – independentemente de quais sejam as demandas das pacientes, de quais sejam as interpretações das médicas e de quais sejam as relações que estes sujeitos estabeleçam entre si – tendem a ser encerradas com a prescrição de medicamentos, com o encaminhamento para outras consultas ou com a solicitação de exames. A imensa maioria das consultas que acompanhei tanto em Belo Horizonte quanto em Havana foram assim encerradas. Orientações diversas oferecidas pelas médicas também são bastante comuns (mudanças de comportamento, alterações na forma de consumir medicamentos, atenções para com determinados sintomas etc.), mas

apenas uma pequena parte das consultas são com elas encerradas. Geralmente essas orientações vêm acompanhadas de um ou mais dos três elementos anteriormente citados.

Numa manhã em que estive acompanhando consultas num CMF chamou minha atenção a quantidade de receitas que a médica havia produzido ao longo do período. Estas eram produzidas em pequenos formulários padronizados, que precisavam apenas ser preenchidos com dados sobre a médica, a paciente e o medicamento prescrito. A médica possuía um bloco destes formulários que, ao longo da manhã, foi-se reduzindo de tamanho rapidamente, na medida em que as receitas eram entregues às pacientes. No final da manhã comentei com a médica que a afinação do seu bloco de receitas havia sido um fato curioso observado por mim. Ao que ela me disse que a utilização constante das receitas fazia parte de seu cotidiano. Segundo ela, a Policlínica na qual trabalhava havia desenvolvido um estudo sobre isso, e concluído que cada paciente atendida receberia em média três receitas⁸³.

Esse privilégio da prescrição de medicamentos, da solicitação de exames e do encaminhamento para novas consultas enquanto resultados principais das consultas médicas gera um debate importante no campo da política de saúde da família de Belo Horizonte. De acordo com diversas profissionais, a ideia de que a política de saúde da família viria mudar a forma de prestação de atenção à saúde entraria em conflito com estes tipos de procedimentos, por vezes classificados como certa “*medicalização*” da atuação das EqSF. Quanto a este debate é necessário considerar a centralidade das consultas médicas no conjunto das atividades das EqSF. Não há então um consenso em torno das razões pelas quais medicamentos, exames e encaminhamentos seriam tão recorrentes e relevantes. Algumas profissionais sugerem que isso seria uma demonstração da incapacidade das médicas, mas também das EqSF de um modo geral, modificarem suas práticas. Já outras profissionais sugerem que isso seria um efeito da forma de conceber os serviços dos Centros de Saúde predominante entre as pacientes. De acordo com esta tese as pacientes não deixariam suas consultas de forma satisfeita se nelas não recebessem um destes três elementos.

De todo modo, é curioso observar que quando chegam aos Centros de Saúde as pacientes geralmente trazem em suas mãos documentos pessoais (carteiras de identidade, “*cartões do posto*”, comprovantes de residência etc.). Já quando saem de suas consultas elas geralmente trazem em suas mãos documentos médicos (mais uma vez, receitas de medicamentos, solicitações de exames, encaminhamentos para novas consultas etc.). Essa diferença nos serve como indicativo dos processos que estão relacionados, por um lado, ao acesso às consultas, por outro aos procedimentos nelas acionados e, por fim, às dinâmicas

⁸³ Para uma discussão sobre a presença dos medicamentos na ação médica, ver Dupuy & Karsenty (1974), sobretudo as páginas 92 a 102 e 181 a 189 para uma análise de como eles são utilizados nas consultas.

que às sucedem. Nos Centros de Saúde, após deixarem suas consultas as pacientes geralmente se dirigem imediatamente às suas recepções ou às suas farmácias. Nas recepções tratam das questões que envolvem a realização de exames e o agendamento de consultas. Nas farmácias, obviamente, buscam os medicamentos prescritos. Não tive a oportunidade de acompanhar as trajetórias das pacientes após elas deixarem suas consultas nos CMF. Mas provavelmente algo semelhante aconteça. A diferença parece consistir nos fatos de que as farmácias cubanas não estão localizadas dentro dos CMF e de que os exames e encaminhamentos são solucionados nas Policlínicas.

Com relação aos encaminhamentos é interessante assinalar que este é um processo que incomoda as pacientes dos Centros de Saúde de forma muito importante. Há em Belo Horizonte um grave problema relacionado às largas esperas que as pacientes devem vivenciar para obterem uma ampla gama de consultas especializadas. Essa é uma reclamação constante das pacientes, ademais de ser de amplo conhecimento público e, ao que tudo indica, ser recorrente em praticamente todo o país. Curiosamente, o problema da demora na obtenção destas consultas convive de forma simultânea com um nível importante de ausência das pacientes a elas. Esse elevado grau de não-comparecimento também é foco de reiterados debates nos Centros de Saúde. A concomitância destas duas dinâmicas parece ser, no limite, paradoxal. Ao longo de todo o trabalho de campo não tomei contato com nenhuma interpretação que as conjugasse. Normalmente se afirma que a demora na obtenção das consultas especializadas derivaria da “*precariedade do sistema*”, enquanto o elevado grau de ausência das pacientes derivaria de certa “*falta de responsabilidade*” por elas possuída. Todavia, acredito que estas dinâmicas estão interligadas. Creio que para entendermos o não-comparecimento das pacientes às consultas especializadas devemos considerar três fatores. Primeiro, que muitas vezes elas não possuem segurança que obterão tais consultas, o que as impulsiona a buscar outras soluções para seus problemas, de modo que estas soluções podem chegar antes do agendamento definitivo destas consultas. Segundo, há que se considerar também as dificuldades enfrentadas pelas pacientes para comparecerem a estas consultas. Terceiro, não se pode olvidar que as experiências de saúde/doença adquirem suas significações em contextos situados temporalmente. Uma espera de mais de seis meses para a obtenção de uma consulta pode ser tempo mais do que suficiente para que a paciente modifique sua percepção acerca de seu problema de saúde, fazendo com que sua interpretação sobre o tratamento médico não seja a mesma nos momentos em que procura o Centro de Saúde e em que recebe a marcação de um encaminhamento.

Por exemplo, durante uma visita domiciliar realizada junto com uma ACS conheci uma paciente que dizia ter um problema dermatológico em um de seus braços. O local coçava e apresentava uma textura diferente do restante da pele de seu corpo. Ela me afirmou que

havia procurado o Centro de Saúde, e lá a médica lhe encaminhou para uma dermatologista. Ela então entregou o encaminhamento no setor apropriado da instituição e começou a aguardar por seu agendamento. Como este não acontecia, dirigiu-se até a farmácia do bairro, onde lhe foi indicada certa pomada, que ela passou a utilizar, mas sem sucesso. Tempos depois foi informada de que sua consulta estava agendada. No entanto, esta aconteceria às 7h em uma instituição localizada numa parte da cidade muito distante de sua casa. Decidiu que não iria comparecer à consulta. Precisaria despertar de madrugada, utilizar mais de um transporte coletivo e ainda arriscar se perder pelo caminho, já que não conhecia a região onde a instituição estava localizada. Três ou quatro semanas depois da visita domiciliar na qual a conheci, voltei a me encontrar com esta paciente, mas desta vez no Centro de Saúde. Ela lá estava para levar seu filho para se consultar, pois este apresentava um problema respiratório. Mas aproveitou o contato com a médica para lhe pedir um novo encaminhamento.

As condições nas quais realizei o trabalho de campo em Havana não me permitiram vislumbrar com densidade como se dá na cidade o processo de encaminhamento para consultas especializadas. Pude apenas perguntar a várias profissionais e pacientes se, de um modo geral, este seria um problema relevante para os cubanos. Ouvi comentários diversos, com algumas pessoas tendo relatado a existência de determinadas dificuldades. Mas certamente seus discursos não indicavam que esta fosse uma dinâmica que se encontrasse entre seus principais problemas. Quando me relataram esperas mais prolongadas, estas duravam dois ou três meses, algo muito diferente dos comuns oito a dez meses de espera vivenciados pelas pacientes de Belo Horizonte. Além disso, as profissionais com as quais conversei sobre isso foram unânimes em me afirmar que poucas seriam as pacientes que deixariam de comparecer às suas consultas especializadas realizadas fora dos CMF.

Um último detalhe a ser considerado acerca das consultas médicas diz respeito às suas durações. É para mim bastante difícil apontar com exatidão quanto tempo as pacientes permanecem em contato com as médicas durante as consultas. Não apenas porque estes períodos são muito variados, mas também porque durante os trabalhos de campo em Belo Horizonte e em Havana não realizei uma contagem sistemática e precisa deles. Mas com segurança poder-se-ia afirmar que tanto nos Centros de Saúde quanto nos CMF as consultas duram, em média, cerca de dez a quinze minutos. Contudo, é indispensável se ter em mente que essa noção de um “tempo médio” é interessante tão somente para a construção de uma observação mais distanciada destes eventos. Existem consultas que não chegam a durar cinco minutos (geralmente quando envolvem apenas pedidos por receitas), enquanto outras chegam a gastar trinta minutos (geralmente quando envolvem gestantes, crianças ou pacientes com mais de uma demanda). Ademais, é igualmente necessário

entender que o tempo de duração das consultas não depende necessariamente apenas das demandas apresentadas pelas pacientes. Suas durações resultam da forma como a paciente explicita sua demanda, da forma como a médica a interpreta, das relações existentes entre a médica e a paciente e dos procedimentos padronizados que organizam estes eventos.

Enfim, na realização das consultas médicas nos Centros de Saúde e nos CMF são levados a efeito vários processos que atravessam as diversas esferas das políticas de saúde da família de ambos os países. Questões como a territorialização, a decomposição e classificação das populações em distintas classes de pacientes, a produção e armazenamento de informações, a construção de mecanismos de intervenção nas condições de saúde, a modificação de percepções sobre experiências de saúde/doença, a organização institucional de possibilidades de ação, a adoção de ideias sobre a prestação de serviços de saúde etc. convergem para o interior das consultas realizadas pelas médicas. Por outro lado, as consultas também são compostas pelas demandas das pacientes, pelas interpretações e condutas assumidas pelas médicas, pelas relações pessoais que existem entre elas, pelas formas como elas concebem e atuam sobre as regras estabelecidas etc. Parece, por conseguinte, haver certo movimento que poderíamos caracterizar como “pendular” na conexão entre as consultas médicas e os conjuntos das políticas de saúde da família. Ao mesmo tempo em que as consultas são conformadas por processos mais amplos que constituem as políticas de saúde da família, elas também atualizam, constroem e modificam esses processos.

Mas nas consultas isso se dá, como ocorre com os demais processos que constituem as políticas de saúde da família, a partir da concessão de maior peso relativo para determinados aspectos em detrimento de outros. Sendo assim, embora, por exemplo, fatores tais como o cadastro, o território, a família, a noção de atenção primária à saúde, o ideal de democracia, o ideal de revolução, a atuação multidisciplinar, a noção de população etc. participem das consultas, não são tão proeminentes. Nas consultas ressaltam aspectos tais como o exercício do saber médico, a situação de saúde individual da paciente, o registro de informações sobre esta condição, o encontro pessoal entre médica e paciente, a organização espacial interna da instituição, a transformação da condição corporal individual etc. Num sentido inverso, tais aspectos de maior destaque nas consultas também se fazem presentes em outros processos que envolvem as políticas de saúde da família, mas neles poderão encontrar menor relevância relativa.

Essa diferença na definição dos alvos das consultas, dos elementos que delas participarão e da forma como essa participação se dará é estabelecida, sobretudo, pelas técnicas nelas acionadas, pelos procedimentos padronizados que as organizam e pelas regras que instituem limites e possibilidades de ação. É pelo uso de tal ou qual plataforma

de registro de informações, pelos conteúdos destas plataformas, pela fixação dos tipos de demandas a serem apresentadas, pelo assentamento de formas de apropriação destas demandas, pelas alternativas de solução de problemas disponíveis, pela padronização do uso do tempo e do espaço etc. que esse ajuste de elementos e alvos é produzido nas consultas médicas. Isso significa que elas se integram às totalidades das políticas de saúde da família operando, de modos específicos, objetivos que as transcendem.

27. As médicas vão às casas

Em comparação com as consultas que as médicas realizam nos Centros de Saúde e nos CMF, as visitas domiciliares executadas por estas mesmas profissionais são consideravelmente menos numerosas. Ao longo de todo o trabalho de campo em Belo Horizonte acompanhei não mais que dez visitas domiciliares efetuadas por médicas. Em Havana pude acompanhar apenas uma visita domiciliar efetuada por uma médica. Apenas para que se tenha um contraponto, nos Centros de Saúde acompanhei um sem número de visitas domiciliares realizadas por enfermeiras. Já em Havana, embora eu não tenha tido a oportunidade de observar com profundidade o trabalho das enfermeiras dentro dos CMF, pude acompanhar cerca de cinco visitas domiciliares realizadas por elas. Essas diferenças na quantidade de visitas domiciliares das quais pude tomar parte com enfermeiras e médicas dos dois países certamente estão relacionadas às condições de produção dos trabalhos de campo, mas não deixam de também dizerem respeito às formas como são organizados os trabalhos destas profissionais em ambos os contextos. As atuações das médicas dos Centros de Saúde e dos CMF estão concentradas dentro destas instituições. Visitas domiciliares realizadas por elas – com maior ou menor grau de intensidade, a depender de situações específicas – não possuem a mesma sistematicidade e constância apresentada por suas consultas. Não obstante, tais atividades possuem destacada importância, pois apresentam significados de grande valor no que tange aos modos como as políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil procuram efetivar o ideal de atenção primária à saúde e, além disso, explicitam formas relevantes de redistribuição das questões que envolvem a composição dos campos de ação destas políticas.

Diferentemente do que ocorre com as visitas domiciliares concatenadas que as ACS costumam empreendem quando saem às ruas, entendo que cada uma das visitas efetuadas pelas médicas pode ser analisada enquanto um evento relativamente independente, podendo ser assim descrito⁸⁴. Em Belo Horizonte, as visitas domiciliares realizadas pelas

⁸⁴ Durante o trabalho de campo em Belo Horizonte foi possível perceber que, dentre as integrantes das EqSF, são as ACS as profissionais cujas atuações mais se dão fora dos Centros de Saúde. Em função da natureza de suas atribuições, as ações empreendidas pelas ACS fora das instituições são extremamente diversificadas. Estão relacionadas à busca e à divulgação de informações variadas, à observação e registro de situações

médicas mantêm relações mais fortes com as reuniões de equipe que as antecedem, e não entre si. Uma médica de um Centro de Saúde costuma deixá-lo para realizar apenas uma visita, retornando à instituição após o seu término. Conquanto não possa afirmar com plena segurança, acredito que algo semelhante acontece em Havana. Embora sejam reservados períodos inteiros de dias de trabalho para as visitas domiciliares, não me parece ser muito comum que as médicas dos CMF executem várias destas visitas de maneira sequenciada. Seguindo este sentido de relativa independência, neste item descreverei três visitas domiciliares tomadas enquanto eventos apartados. Apresentarei aquela que pude acompanhar em Havana, e duas dentre aquelas nas quais tomei parte em Belo Horizonte. Estas foram selecionadas porque suscitaram mais ricas e diversas questões frente às demais das quais participei.

A primeira destas visitas domiciliares se deu ainda na primeira etapa de minha pesquisa em Belo Horizonte. Nesta ocasião acompanhei a visita feita pela ACS e pela médica da EqSF que me recebia naquele Centro de Saúde, junto com mais quatro estudantes de medicina que estavam ali estagiando. Como meu período de permanência neste Centro de Saúde foi curto, não pude observar mais de perto o método utilizado por esta EqSF para escolher quais residências seriam visitadas. Perguntei à médica como procediam esta definição, ao que ela me informou apenas que a EqSF fazia uma seleção dentre aquelas pacientes “*restritas ao lar*”. Nesse sentido, seus critérios não diferiam muito daqueles mais comuns entre as EqSF da cidade, e que pude entrever no decorrer do conjunto do trabalho de campo.

No momento de nossa partida da instituição houve uma pequena discussão sobre se faríamos a visita de carro ou a pé. Pude notar ao longo do trabalho de campo que as visitas domiciliares realizadas pelas médicas se davam, na maioria absoluta das vezes, em veículos disponibilizados pela PBH⁸⁵. A associação entre a ocorrência das visitas domiciliares e a disponibilidade destes veículos inclusive era comumente acionada como explicação para a pouca quantidade de visitas realizadas. Afirmava-se que a indisponibilidade de meios de transporte impediria que as médicas fossem até as casas de

variadas, à criação das condições necessárias à realização de várias atividades, ao desenvolvimento de variadas articulações entre as pacientes e os Centros de Saúde etc. Por outro lado, em cada circunstância, as médicas, enfermeiras e auxiliares de enfermagem geralmente deixam os Centros de Saúde para a realização de apenas uma visita domiciliar. Dificilmente elas realizam múltiplas e seguidas visitas num mesmo dia. Já o cotidiano de trabalho das ACS é marcado pela execução de visitas concatenadas a partir de caminhadas pelas ruas das microáreas pelas quais são responsáveis. Ao percorrem as ruas elas desenvolvem diversas ações de modo articulado, em decorrência tanto da organização da dinâmica dos Centros de Saúde, quanto dos contatos com as pacientes que surgem ao longo destas caminhadas. Este é mais um dos processos ligados à política de saúde da família que espero ter a oportunidade de explorar em outro texto a ser escrito no futuro.

⁸⁵ Até onde pude saber, as Regionais Administrativas da PBH alugavam veículos para atenderem às suas instituições de saúde. Mas havia uma quantidade muito menor de veículos disponíveis em comparação com o número de instituições e de serviços que deles dependiam. Isso, aliás, era motivo de constantes reclamações entre profissionais e pacientes. De modo que, por exemplo, cada Centro de Saúde tinha um veículo à sua disposição tão somente uma ou duas tardes e/ou manhãs por semana.

suas pacientes. Neste dia não havia um veículo disponível à EqSF e, ao que tudo indicava, ele nem chegou a ser solicitado. Havia então de se decidir se faríamos a visita a pé ou utilizando os carros das estudantes ou da médica. Tanto a ACS quanto as estudantes desejavam ir de carro, mas a médica insistiu que fizéssemos a visita a pé, e assim foi feito. De forma interessante, a ACS, com quem eu já havia saído a pé para fazer visitas pelo bairro nos dois dias anteriores, protestou bastante desta decisão. A opção por irmos a pé ou de carro se apresentava como questão relevante para todos porque, como é próprio de grande parte do território de Belo Horizonte, a região que iríamos percorrer era formada por ladeiras muito íngremes e, além disso, naquele dia a temperatura estava consideravelmente elevada. Caminhando gastaríamos cerca de trinta minutos para chegarmos à residência à qual nos dirigíamos, o que fazia com que o deslocamento a pé parecesse, na avaliação da ACS e das estudantes, um transtorno desnecessário. Na medida em caminhávamos alguns detalhes explicitavam o descompasso entre as condições práticas para a realização daquele deslocamento a pé e a preparação, sobretudo das estudantes, para a efetuação da visita. Pouco a pouco jalecos brancos foram sendo retirados, maquiagens foram sendo desfeitas pelo suor e dificuldades para subir e descer as ruas foram surgindo devido aos calçados de salto que eram utilizados pelas estudantes. Ademais, nossas figuras em certos momentos me pareceram descoladas da paisagem de pobreza apresentada por alguns locais que cruzávamos. Tudo se passava como se a simples caminhada tivesse imposto um novo e inesperado contexto, um ambiente distinto daquele das consultas que ocorriam dentro do Centro de Saúde, e que consistiam no cerne dos estágios das estudantes.

Ainda principiando a pesquisa em Belo Horizonte, naquela ocasião eu estava bastante interessado em entender a razão da presença da ACS naquele tipo de atividade. Enquanto caminhávamos perguntei então à médica se ela já conhecia a família que iríamos visitar. Ela me respondeu que sim, que há algum tempo atrás já até havia estado em sua casa. Questionei em seguida se, sendo assim, ela se recordava onde a residência estava localizada, ao que ela tornou a me responder positivamente. À vista disso interroguei-a diretamente sobre porque a ACS estaria acompanhando-a na visita. Ela me redarguiu que as ACS seriam responsáveis por “*levarem*” as médicas às casas das pacientes, pois seriam elas que “*teriam contato com a população*”, podendo fazer com que as pessoas “*abram suas portas*”.

Durante a caminhada perguntei também à médica se, nas visitas, o fato de adentrar nas realidades domiciliares das pacientes influenciaria seu trabalho. Minha interlocutora inicialmente me respondeu que, para com esta questão, existiriam diferentes “*abordagens*”, mas que o sistema público de saúde não ofereceria “*instrumentos*” para lidar com estas realidades. Disse ainda que, na situação da visita domiciliar, a médica se depararia com a “*realidade bio-ecológica*” da paciente, conhecendo a forma como ela vive. Insisti então em

questionar-lhe de que forma isso modificaria suas avaliações e/ou ações. Ao que ela me afirmou que, a rigor, sua “*atuação clínica*” não seria modificada, tendo frisado que a prescrição de medicamentos seria a mesma, não importando se encontrava a paciente no Centro de Saúde ou em seu domicílio.

Quando chegamos à porta da residência à qual nos dirigíamos, médica e estudantes recolocaram seus jalecos e a ACS foi até a porta, para anunciar nossa presença. Desde o lado de fora era possível perceber que se tratava de uma casa cujos moradores não possuíam uma condição econômica confortável. Percepção que foi reforçada quando nela adentramos. Embora a residência fosse razoavelmente ampla, a maior parte de suas paredes e de seu piso se encontrava sem acabamento, havia poucos móveis, e estes estavam velhos e desgastados, não sendo perceptível qualquer signo evidente de riqueza. Nela residiam uma senhora e seu filho, e a visita estava planejada para que os dois fossem observados pela médica e pelas estudantes. Mas quem nos recebeu à porta foi um segundo filho desta senhora que, posteriormente, nos disse que iria ali quase todos os dias.

A visita se desenrolou através da sobreposição de três classes de problemáticas, três tipos de abordagens, três sujeitos interpelados e três espaços utilizados. Eu procurei direcionar minha observação para estes três feixes de relações, transitando pela casa e permanecendo ao menos um pouco junto com cada um dos sujeitos que lá estavam. A médica e duas estudantes (ao que parecia, aquelas que estavam em períodos mais iniciais de seus cursos) ficaram no quarto da casa onde se encontrava a senhora. As outras duas estudantes (ao que parecia, aquelas que estavam próximas de se formarem) ficaram em outro quarto, onde se encontrava o filho para o qual a visita estava dirigida. Por fim, a ACS e o segundo filho ficaram na sala.

A senhora conservou-se deitada em sua cama durante toda a visita. No princípio de sua conversa com a médica e as estudantes ela expôs que permanecia em seu quarto praticamente todo o tempo. O filho que a visitava constantemente teria inclusive tentado dispor naquele espaço tudo de que necessitava. De fato podia-se ver ali, além de uma televisão, um pequeno fogareiro, um filtro de água e uma pia. Ela era obesa, o que gerava certa dificuldade de locomoção. Mas a razão principal para evitar transitar pela casa seria que o filho com quem vivia seria usuário de drogas, não trabalharia, permaneceria quase todo o dia dentro da casa e constantemente ameaçaria agredi-la e roubá-la, com o objetivo de que ela lhe desse dinheiro para que pudesse comprar drogas. Ela então se trancava dentro do quarto, para que pudesse se sentir segura. Após ouvir essa descrição da forma como a senhora vivia, a médica lhe perguntou sobre seus problemas de saúde. Estava bastante evidente que, neste caso, o interesse maior da médica e das estudantes eram os problemas de saúde (em sentido estreito) daquela senhora. Conquanto sua situação cotidiana fosse evidentemente dramática, não lhes interessava discutir ou intervir neste

plano de questões. A paciente então ergueu sua blusa e mostrou um enorme caroço que possuía na região abdominal. Médica e estudantes fizeram algumas perguntas sobre ele e o examinaram. Em seguida a paciente explicitou que estava também com um problema ginecológico. A médica perguntou a uma das estudantes se ela gostaria de examinar esse problema. Elas então fecharam a porta do quarto para realizar o exame, e eu me dirigi ao outro quarto, onde se encontrava um dos seus filhos.

Este possuía cerca de cinquenta anos e, de forma similar à sua mãe, permaneceu deitado em sua cama a maior parte do tempo da visita. Ao lado de sua cama sentaram-se as duas estudantes. Chegaram a medir sua pressão arterial, mas suas ações se concentraram no diálogo que com ele estabeleceram. Estavam tentando convencê-lo a retomar um tratamento direcionado à sua dependência química. Após a visita uma destas estudantes contou-me que ele já havia iniciado este tipo de tratamento algumas vezes, tendo sempre os abandonado antes que fossem concluídos. As preocupações e elementos alçados pelas falas das estudantes não diziam respeito diretamente à condição corporal do paciente, mas aos modos como suas atitudes em geral repercutiam em sua saúde e na dinâmica de sua família. Mesclavam-se assim argumentos sobre a vitalidade de alguns de seus órgãos com outros sobre a necessidade de criar condições de vida mais tranquilas para sua mãe e sobre os riscos de que ele se ferisse ou fosse preso nas circunstâncias em que convivia com traficantes. Minha impressão foi de que o paciente reagia com desdém aos conselhos e ponderações das estudantes, conquanto manifestasse concordância para com eles.

Depois de permanecer alguns minutos acompanhando este diálogo fui, por fim, para a sala da residência, onde se encontravam a ACS e o segundo filho. Lá estes estavam, em pé, conversando especialmente sobre o comportamento do irmão que vivia naquela casa. O sujeito que nos recebera à porta dizia que seu irmão nada fazia para colaborar com a economia da família e que desde sempre criara vários problemas para sua mãe. Chegou a afirmar que diante das diversas profissionais que, no passado, já haviam visitado a casa, ele se mostrava “*bonzinho*”, mas que depois que elas deixavam a residência ele voltaria a se tornar “*vagabundo e perigoso*”. Disse que vivia em outra cidade da região metropolitana de Belo Horizonte, teria esposa, dois filhos e trabalharia e, por isso, praticamente não dispunha de tempo livre. Mesmo assim, para cuidar de sua mãe, a cada um ou dois dias ia até aquela casa com o intuito de garantir seu bem-estar. A ACS praticamente apenas ouvia suas detalhadas reclamações, que explicitavam o drama que envolvia a dinâmica da família. Diante de sua fala, ela se limitava a dizer que tinha consciência dos problemas por ele descritos e que vinha tentando fazer com que as profissionais do Centro de Saúde direcionassem maior atenção à família.

A visita durou cerca de trinta a quarenta minutos. Saímos de lá deixando algumas receitas de medicamentos para a senhora, o desabafo de um de seus filhos e a promessa do outro de que iria se tratar. Do ponto de vista das ações das profissionais, a complexidade das problemáticas que o contexto da família encerrava sem dúvida sugeria a possibilidade de múltiplas abordagens. Sendo assim, foi interessante constatar a não ocorrência de algum tipo de “abordagem familiar”. A situação da visita domiciliar não levou as profissionais, sobretudo a médica, a transformar suas formas de intervenção com base na assimilação dos novos fatores inevitavelmente trazidos pelo fato de que as relações entre elas e as pacientes se deram fora do Centro de Saúde. Tal como entendo, o que houve foi uma tentativa de redução dos múltiplos aspectos que nela emergiram no sentido de que eles convergissem para uma reprodução aproximada das ações levadas a cabo dentro do Centro de Saúde. Por um lado, a médica e as duas estudantes focaram suas ações na resolução do problema físico da senhora, uma vez que ela estava impossibilitada de se deslocar até a instituição para que isso lá fosse feito. Por outro lado, as duas outras estudantes se dedicaram a “convencer” ou “conscientizar” um dos filhos para que ele se engajasse num tratamento médico, sem que fossem enfrentados os diversos fatores que envolvem o consumo de drogas. Por fim, a ACS atuou apenas recolhendo maiores informações sobre a vida da família, o que futuramente lhe possibilitaria ponderar a possibilidade e a necessidade de que ela fosse alvo de novas atividades da EqSF. Em suma, a divisão de tarefas entre as profissionais, a execução de ações em espaços apartados e as distinções de foco me fizeram crer que o fato da atividade ocorrer na residência não levou a EqSF a procurar transformar suas ações em função dos novos termos trazidos por este contexto, mas a tentar ajustar estes termos aos parâmetros estabelecidos para com as ações que executam dentro do Centro de Saúde.

A segunda visita domiciliar que eu gostaria de descrever aqui ocorreu já na segunda etapa de meu trabalho de campo em Belo Horizonte, quando tive a oportunidade de acompanhar por um período de tempo mais prolongado as atividades de três EqSF pertencentes a três diferentes Centros de Saúde. Sendo assim, pude ter uma compreensão mais ampla de como as integrantes da EqSF percebiam a residência visitada. As ACS haviam comentado comigo diversas vezes sobre ela, afirmando que eu “deveria conhecer este caso”, pois ele evidenciaria diversos “problemas sociais” com os quais a EqSF teria que lidar seguidamente. Segundo as profissionais, o local seria uma “espécie de cortiço”, composto por diversas residências alugadas. Ali viveriam por períodos curtos diferentes tipos de pessoas, que elas apontavam como “problemáticas”: usuários de drogas, criminosos, viajantes que por múltiplas razões estavam fugindo de seus lugares de origem etc. A ACS responsável pela área onde ela estava localizada disse-me que constantemente tentava convencer as demais profissionais da EqSF e do Núcleo de Apoio à Saúde da

Família (NASF) a visitarem-na, mas que a rotatividade dos moradores impedia que ações mais eficazes fossem logradas.

Em um dia em que a ACS conseguiu articular a ida da médica até a residência, esta me convidou para acompanhá-las. Como de praxe, a ACS não deixou de ir com a médica para a realização da atividade. Todavia, diferentemente do que aconteceu na visita domiciliar anteriormente descrita, nesta a enfermeira também se fez presente. É interessante considerar, entretanto, que não se tratava de uma visita “feita pela médica e pela enfermeira”, mas sim “feita pela médica, com o acompanhamento da enfermeira”. Conquanto não fosse explicitamente verbalizado, uma vez que isso não se fazia necessário, a enfermeira assumia uma posição de assistência às ações da médica. Dessa forma, uma eventual ausência da enfermeira não chegaria a modificar substancialmente a dinâmica desta atividade em particular. A visita havia sido concebida para que a médica pudesse observar uma paciente que possuía dificuldades para se deslocar até o Centro de Saúde. A presença da enfermeira se dava tão somente para que ela pudesse auxiliar na solução de eventualidades imprevisíveis, como realmente veio a suceder.

Nosso deslocamento do Centro de Saúde até a residência foi feito em um dos veículos alugados pela PBH. Desde a rua se enxergava um edifício de três andares repleto de janelas, em muitas das quais se encontravam varais com roupas secando. Tudo que se podia ver desde fora estava em mau estado de conservação. Os rebocos das paredes estavam descascando, o portão de entrada estava enferrujado, as portas e janelas eram velhas e desgastadas. Imaginei que naquele edifício se situavam as residências alugadas sobre as quais as ACS haviam comentado. Mas não chegamos a entrar nele. Atravessamos uma passagem lateral e nos dirigimos ao fundo do terreno, onde se encontrava a residência que iríamos visitar. Contudo, entre esta residência e o edifício principal havia uma casa semi-demolidada. Dela restavam apenas algumas paredes. Não possuía telhado, portas ou janelas, tampouco qualquer coisa em seu interior. Ao chegarmos ao lado desta a médica pediu que eu a seguisse, enquanto adentrava por entre as paredes que ainda restavam de pé. A princípio não entendi a razão de seu pedido, mas a segui. Andamos pelo local, e não vimos mais do que tijolos jogados pelo chão e um banheiro desativado e imundo. Quando estávamos saindo de lá ela me perguntou: “*viu só?*”. Foi então que entendi que seu desejo era me mostrar a situação precária existente no local.

Nós quatro chegamos enfim à residência a ser visitada. Ela possuía dois quartos, um banheiro e uma cozinha. Todos os ambientes eram bastante apertados, sujos e escuros. A ventilação se dava apenas por uma porta e por uma janela, ambas situadas na cozinha. Toda a mobília era antiga e simples. Nela viviam a senhora a quem a visita estava direcionada, seu filho portador de deficiência mental e sua filha, que ali não se encontrava no momento.

Tal como se deu na visita domiciliar anteriormente descrita, nesta a paciente também permaneceu deitada em sua cama durante toda a atividade. A médica tomou uma cadeira e sentou-se perpendicularmente à cama. Por sua vez, a enfermeira conservou-se em pé ao lado da médica. Uma vez que não havia espaço no quarto, permaneci junto com a ACS na cozinha. Enquanto isso, o filho da senhora visitada, que possuía cerca de vinte e cinco anos, caminhava sem parar por dentro e por fora da casa, e vez ou outra a ACS pedia para que ele não atrapalhasse o desenvolvimento do trabalho da médica.

Seus constantes pedidos de atenção impediram que eu observasse com mais detalhes o diálogo entre a paciente e as duas profissionais. Mas pude notar que primeiramente ela explicou à médica quais seriam seus problemas de saúde. Aparentemente, era hipertensa e diabética. Findo este diálogo inicial a enfermeira aferiu sua pressão arterial. Em seguida a médica perguntou-lhe sobre quais medicamentos consumia e se vinha utilizando-os corretamente. Novamente de forma semelhante ao que se deu na visita anteriormente descrita, em certo momento a paciente afirmou que estava com um desconforto ginecológico. Como o quarto no qual se encontrava não possuía porta, a enfermeira buscou então um lençol e ergueu-o por sobre a região da barriga da paciente, para que a médica pudesse examiná-la sem que ela fosse exposta. Ao final do exame a médica informou à paciente que ela estaria com "*candidíase*", e que lhe indicaria alguns medicamentos para que pudesse tratá-la. Após o exame a médica perguntou à enfermeira se ela poderia buscar um glicosímetro no Centro de Saúde e retornar àquela residência ainda naquele dia para medir a glicose da paciente, e recebeu uma resposta positiva. A médica disse então à paciente que enviaria suas receitas por meio da enfermeira, encerrando assim a atividade. Acredito que ela tenha durado cerca de trinta minutos.

Estávamos deixando o local quando, nesse ínterim, encontramos com a filha da senhora que visitáramos, e que naquele momento retornava para sua casa. Ela apenas nos saudou e seguiu seu caminho. Assim que nos afastamos dela a ACS comentou comigo que ela seria homossexual, e que já teria "*levado uma namorada para dentro de casa*". Disse também que ela e a mãe brigariam muito. Afirmou que quando a família residia em outra casa era comum que a polícia fosse até lá para intervir em problemas criados por aquela filha. Já do lado de fora, quando começávamos a nos preparar para regressar ao Centro de Saúde, a médica me disse que havia querido que eu a acompanhasse naquela visita para que pudesse observar a "*situação*" das pessoas que viviam no local. Segundo ela, ali haveria uma grande rotatividade de moradores, de modo que as profissionais da EqSF tentariam resolver os problemas paulatinamente e na medida do possível. Pareceu-me interessante a contraposição dessa diversidade de considerações das profissionais em torno do contexto familiar em questão com o reduzido modo como estas mesmas considerações participaram da composição das ações desenvolvidas durante a visita.

Tal como entendo, assim como ocorreu na primeira visita domiciliar aqui descrita, nesta segunda as condições de vida da paciente, embora inevitavelmente chamassem a atenção das profissionais, não alteraram substancialmente a composição de suas ações, em comparação com a forma ordinária como elas se davam no Centro de Saúde. A visita praticamente se resumiu à consulta realizada pela médica. E tudo indica que as intervenções da médica não assimilaram os novos fatores que o contexto domiciliar trazia, se dando de forma quase idêntica a uma consulta efetuada no Centro de Saúde. A condição da paciente foi abordada predominantemente no que dizia respeito aos seus problemas físicos de saúde. Nenhum dos filhos da paciente se fez alvo da atividade. A enfermeira se restringiu a observar a atuação da médica, tendo se comprometido a ainda naquele dia retornar à casa para medir a glicose da paciente e entregar-lhe algumas receitas de medicamentos. Note-se que, a rigor, se a visita houvesse sido mais bem planejada, a medição da glicose e a produção das receitas poderiam ter sido feitas logo na visita inicial. Bastaria que as profissionais previssem que, uma vez que a paciente que visitariam seria diabética, a medição de sua glicose provavelmente se faria necessária, e que, além disso, a médica tivesse levado consigo o formulário padronizado para a produção de receitas. Quanto a isso vale ressaltar que nesta visita domiciliar, tal como na anteriormente apresentada, as profissionais portavam os envelopes com os prontuários impressos das pacientes. Contudo, estes não chegaram a ser consultados durante a atividade. Provavelmente as profissionais o fizeram antes de deixarem seus respectivos Centros de Saúde. Por sua vez, a ACS se limitou a acompanhar as profissionais até a residência, não tendo tomado parte na ação mais direta que as levou ao local. Sua presença parecia funcionar predominantemente como um mecanismo de conexão entre os universos das profissionais e da paciente, garantindo cerca “segurança” a este encontro.

As visitas domiciliares descritas até aqui possuíram em comum o fato de que as duas pacientes tinham dificuldades para se deslocarem aos seus Centros de Saúde. Ao que parece, esta era a regra principal vigente entre as EqSF para a definição das residências a serem visitadas. Sob este prisma, a atividade da visita domiciliar implicaria, sobretudo, numa extensão das ações realizadas pelas médicas no interior das instituições para o interior das casas das pacientes. A alteração do contexto onde estas ações se davam inevitavelmente fazia surgir novos aspectos, decorrentes especialmente das condições de vida das pacientes, mas isso não necessariamente implicava numa alteração das formas de intervenção levadas a cabo pelas profissionais.

Por seu turno, o princípio do evento da visita domiciliar que tive a oportunidade de acompanhar em Havana ocorreu no decorrer de uma manhã em que a médica de um CMF recebia pacientes para a realização de consultas. Eu estava acompanhando esta manhã de trabalho quando, por volta de 10h, uma mulher adentrou na sala onde as consultas eram

realizadas e solicitou à médica que ela visitasse uma senhora que, salvo engano, era sua mãe. A conversa entre elas não durou mais do que um minuto, tendo a médica explicitado à mulher que iria atender seu pedido. Acostumado com o procedimento dos Centros de Saúde, imaginei que a médica faria esta visita domiciliar num outro dia qualquer. Porém, por volta de 12h, quando a médica finalizou as consultas a serem feitas naquela manhã, convidou-me a acompanhá-la na realização desta visita. Como já assinali anteriormente por diversas vezes, nos CMF são preservados vários períodos da semana exclusivamente para a realização de visitas domiciliares pelas médicas. Sendo assim, me pareceu estranha a execução daquela visita naquele momento. E ainda não sei avaliar se o imediatismo no atendimento desta demanda esteve relacionado a uma possível avaliação da médica em torno da necessidade da paciente, ou se ela apenas desejou aproveitar minha presença no CMF e assim poder me oferecer a oportunidade de acompanhar uma atividade distinta daquela que eu vinha observando ao longo da manhã.

No momento de partirmos a médica apenas recolheu por sobre sua mesa os instrumentos que havia utilizado ao longo da manhã: seu estetoscópio, o bloco de guias padronizadas para a produção de receitas de medicamentos e outro bloco de papel em branco que ela utilizava para a produção de *métodos*⁸⁶ e de encaminhamentos. Deixamos o CMF sem a companhia de nenhuma outra profissional, o que não deixou de chamar minha atenção. Em Belo Horizonte, inescapavelmente pelo menos as ACS acompanhavam as médicas neste tipo de atividade. Tive a impressão que a médica sequer cogitou de solicitar que a enfermeira a acompanhasse, indicando que a execução solitária da visita domiciliar não constituía uma prática excepcional. Meu segundo estranhamento se deu assim que deixamos a instituição, quando nos dirigimos caminhando até a residência da paciente a ser visitada. Novamente, a naturalidade com que a médica decidiu por ir a pé até nosso destino indicava que este seria o procedimento habitual para a realização das visitas domiciliares. Na verdade, em Havana não tive notícia de que as médicas dos CMF tivessem à sua disposição qualquer tipo de transporte para efetuarem estas atividades.

Caminhamos aproximadamente quatro quarteirões e chegamos ao edifício onde se situava a residência da senhora a ser visitada. Desde fora o prédio não se distinguia fortemente dos demais existentes naquela área da cidade. Estando localizado numa região central da cidade, ele era evidentemente bastante antigo e estava mal conservado. A médica chegou a me dizer que acreditava que ele pudesse, no passado, ter sido avaliado como em risco de desabamento. Subimos três andares por uma escadaria escura e com vários degraus danificados. Na medida em que nos aproximávamos da porta não pude deixar de projetar que, de alguma forma, iria reencontrar em Havana condições familiares de

⁸⁶ Ver capítulo IV, item 25, pág. 280.

pobreza semelhantes àquelas com as quais havia me deparado quando visitei residências com as médicas dos Centros de Saúde de Belo Horizonte.

Mas quando entramos no apartamento apreciei que havia um grande contraste entre os aspectos mais evidentes internos e externos àquela residência. A aparência de precariedade da face externa do edifício e de sua escadaria contrastava com uma situação de maior conforto existente dentro do apartamento. Conquanto não tenha transitado por todos os seus cômodos, pude notar que ele era bem iluminado, razoavelmente espaçoso e que possuía acabamentos e mobílias sem requintes, mas em relativamente bom estado. Nada que correspondesse perfeitamente à expectativa que eu acabara de formular.

Lá se encontravam duas mulheres, uma das quais a que mais cedo havia ido ao CMF. Ambas estavam fazendo algo em um computador disposto num canto da sala, e assim permaneceram durante a maior parte do período em que a médica e eu permanecemos na casa. Sentada em uma cadeira de rodas colocada num quarto próximo à porta de entrada se encontrava a senhora a quem a visita estava direcionada. A médica logo se dirigiu até este quarto e se pôs a com ela tentar conversar. A médica lhe dirigiu algumas perguntas, mas ela evidentemente não conseguia articular respostas claras. Identificando minha dificuldade em entender o que a senhora dizia, e solucionando uma potencial dúvida de que eu pudesse estar concebendo que esta dificuldade derivaria da diferença idiomática, a médica então me anunciou que ela havia sofrido um derrame cerebral. Após alguns instantes de um frágil diálogo, a médica passou a examinar a senhora, sobretudo as suas pernas.

Quando terminou este exame a médica retornou à sala e perguntou às duas mulheres se poderia sentar-se à mesa de jantar que ali estava. Passou então a preencher duas ou três receitas para a senhora. Enquanto o fazia uma das mulheres que estavam ao computador aproximou-se e começou a descrever sintomas de um problema de saúde do qual estaria padecendo. A médica, se me recordo bem, avaliou que ela poderia estar com caxumba, e lhe produziu uma receita e um encaminhamento. Após entregar estes documentos à mulher que mais cedo havia ido ao CMF a médica encerrou a visita e nós deixamos o local. Havíamos permanecido na residência por cerca de vinte a trinta minutos.

Enquanto retornávamos para o CMF perguntei à médica se as profissionais geralmente eram bem recebidas pelas pacientes em suas casas. Ela me respondeu que dificilmente surgiam dificuldades. Mas ponderou que uma ou outra paciente poderia relutar em consentir que as profissionais fossem às suas residências. Nestes casos, segundo a médica, elas “*buscariam outros meios para contornar a situação*”. Mais tarde, conversando com outras profissionais, vim saber que estas pacientes mais “relutantes” seriam mais comumente as gestantes e aquelas classificadas como “casos sociais”.

Também questionei à médica se ela preferia realizar as visitas domiciliares ou as consultas no CMF. Segundo ela, os dois tipos de trabalho seriam importantes, mas possuiriam características distintas, vantagens e desvantagens próprias. As visitas domiciliares apresentariam a desvantagem de que nelas, ao contrário do que ocorria nas consultas feitas nos CMF, as médicas não teriam acesso aos aparatos necessários para a realização de alguns exames. Este argumento era exatamente igual àquele que as profissionais dos Centros de Saúde haviam me explicitado diversas vezes. E, mais uma vez, não pude compreender bem seu fundamento, já que os CMF não dispunham de praticamente nenhum instrumento diferente daqueles que a médica havia levado consigo para a visita. Por outro lado, minha interlocutora afirmou também que na situação da visita domiciliar a médica poderia entrever o contexto de vida da paciente e, por conseguinte, entender mais profundamente como se daria a dinâmica de seu problema de saúde. Este segundo argumento não deixava de encontrar muita similaridade com o discurso das profissionais de Belo Horizonte em torno deste tipo de atividade. Entretanto, o que me surpreendeu foi o exemplo exprimido pela médica com vistas a ilustrar a possibilidade da profissional conhecer a realidade domiciliar de sua paciente. Citou que, numa visita domiciliar, ao almoçar com a paciente, a médica poderia perceber a quantidade de sal que ela colocaria em sua comida. Não sei se as médicas dos CMF almoçam ou não nas casas de suas pacientes. Não tive notícia alguma de que isso acontecesse com frequência, e creio que de fato seja raro que isso ocorra. No entanto, pareceu-me significativo o simples fato deste exemplo ser imaginado pela médica. Sem margem de erro seria possível afirmar que é quase inconcebível imaginar que uma médica de um Centro de Saúde de Belo Horizonte possa almoçar na casa de uma paciente durante uma visita domiciliar. Entendo que seja assim não apenas em decorrência da obediência para com alguma regra formal que vise manter a probidade das ações das profissionais dos Centros de Saúde, mas também em função da larga distância social que as separa de suas pacientes.

Cotejando esta experiência ocorrida em Havana com aquelas vividas em Belo Horizonte, minha convicção é que os procedimentos internos às visitas domiciliares realizadas pelas profissionais dos CMF e dos Centros de Saúde são bastante similares. Em ambos os contextos os procedimentos executados nas visitas domiciliares parecem não apresentar um sentido próprio e apartado das demais atividades desenvolvidas pelas profissionais. Note-se que tanto em Havana quanto em Belo Horizonte as pacientes que receberam as visitas das médicas apresentavam dificuldades para se deslocarem até as instituições. Nesse sentido, as visitas domiciliares constituíam uma forma de estas pacientes receberem o tipo de atendimento oferecido dentro dos CMF e dos Centros de Saúde. Estas atividades configuravam-se, sob este prisma, numa tentativa de reprodução das consultas médicas efetuadas nas instituições. Seus elementos centrais continuaram sendo os mesmos

das consultas: o saber da médica, o problema de saúde da paciente e as ferramentas de intervenção da médica (receitas de medicamentos, registros etc.). Os sujeitos permanecem ocupando as mesmas posições na relação, as questões que os mobilizam continuam sendo as mesmas, os resultados das visitas são os mesmos das consultas. Os novos elementos que advêm com a visita domiciliar – sobretudo a condição social da paciente e a dinâmica de sua família – não modificam o esquema principal da relação nela estabelecida.

Não obstante essa semelhança essencial, é importante ressaltar duas diferenças entre os processos envolvidos nas visitas domiciliares de Havana e de Belo Horizonte. Primeiro, o fato de que em Havana a médica realizou a atividade de forma solitária, o que indica a inexistência da necessidade de uma outra profissional que empreenda a aproximação entre ela e suas pacientes. Segundo, o fato de que em Havana não ocorreu toda a série de atos preparatórios que, em regra, antecedem as visitas domiciliares das profissionais dos Centros de Saúde: reuniões de equipe, avaliações das necessidades das pacientes, combinações das disponibilidades de tempo entre profissionais, agendamentos de transportes etc. Isso indica que em Havana talvez não exista um mecanismo tão forte quanto em Belo Horizonte de seleção e viabilização das visitas domiciliares a serem executadas.

Mas se as visitas domiciliares são empreendidas através de certa tentativa de reproduzir as condições das consultas médicas que se dão dentro das instituições, isso não implica que novas questões deixem de surgir. Para tanto, a modificação do local de realização da atividade se faz um fator fundamental. O fato do encontro entre médica e paciente ocorrer no interior da residência desta e não na instituição traz à tona aspectos importantes do modo como ela vive. Sua condição familiar se torna mais explícita e, por conseguinte, a compreensão de seu problema de saúde pode ser ampliada. Estes novos elementos passam a fazer parte do conhecimento que a médica possui acerca da paciente e pode, eventualmente, influenciar nas suas opções de tratamento. Contudo, a consciência do contato com a realidade familiar da paciente não é suficiente para que as profissionais modifiquem suas técnicas de intervenção.

É imperativo ressaltar que algumas profissionais de Havana disseram-me que, nas situações das visitas domiciliares, as médicas teriam como obrigação observar a totalidade das práticas dos membros das famílias e, a partir dessa observação, tentar modificá-las na direção da prevenção e da promoção da saúde. Uma médica me disse que deveria estar atenta tanto ao estado de conservação de escadas e banheiros, quanto à disposição dos móveis e aos hábitos alimentares dos membros da família visitada. Se isso for verdade, e realmente ocorra sistematicamente, é provável que as formas de intervenção produzidas no bojo destas visitas domiciliares sejam consideravelmente distintas daquelas percebidas no evento aqui descrito. Todavia, minhas apreciações aqui expostas foram produzidas com

base tão somente na visita domiciliar que tive a oportunidade de acompanhar e em alguns comentários eventuais que ouvi acerca deste tipo de atividade ao longo de minha estada na cidade e que, aliás, não desabonam a análise que venho procurando construir.

Isto posto, porque as visitas domiciliares feitas por médicas em boa medida constituem consultas efetuadas dentro das residências das pacientes, pode-se assim flexibilizar potenciais ideias segundo as quais este tipo de atividade constituiria uma forma de “controle” sobre as famílias. Entendo que, num certo sentido, realmente existe uma intenção de intervir nas concepções e nas práticas das famílias com o objetivo de “promover a vida”. Mas, de forma mais concreta, estas formas de intervenção encontram maior intensidade e sucesso em outras instâncias das políticas de saúde da família de Havana e de Belo Horizonte. Não porque as visitas domiciliares efetuadas por médicas não constituam espaços privilegiados para que tais intervenções sejam levadas a cabo, mas sim porque suas potencialidades enquanto ferramentas de “controle” não são plenamente utilizadas.

A observação do modo como são executadas as visitas domiciliares em Havana e em Belo Horizonte configura, por conseguinte, mais um fator a indicar que a noção de família, embora ao menos aparentemente seja central às políticas de saúde da família de ambos os países, se faz uma categoria de apreensão da realidade utilizada somente em determinados contextos e com uma reduzida margem de impacto quanto à formatação das ações das profissionais. Num certo sentido, a noção de família é acionada, sobretudo, na organização territorial da oferta dos serviços pelas instituições, através de uma associação entre ela e a ideia de domicílio. A família, entendida enquanto um objeto dotado de características distintivas, assume uma condição secundária no que tange às principais formas de intervenção existentes nos Centros de Saúde e nos CMF.

Arremates: estatizações e vínculos

28. O “Estado” como prática e processo

O objetivo central desta tese foi compreender como são estabelecidos vínculos entre “Estado” e população nas políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil. Para tanto, ao longo do trabalho buscou-se discutir alguns dentre os múltiplos processos e práticas relacionados às suas execuções. Procurou-se explorar aspectos históricos que conformaram as condições atuais destas políticas, valores a elas associados, princípios orientadores, organizações de instituições, tecnologias utilizadas, saberes exercitados, patamares de engajamento, dinâmicas de atividades e ações de profissionais e pacientes. Estes processos e práticas explicitaram formas específicas de contato entre os “Estados” e as populações, na mesma medida em que explicitaram formas específicas de constituição das políticas de saúde da família.

Contudo, do ponto de vista teórico-analítico esta proposta de estudo trouxe consigo dois desafios. O primeiro deles dizia respeito à estratégia a ser assumida quanto à junção, sob uma mesma perspectiva, dos diferentes aspectos que participam dos citados processos e práticas. Tratava-se de conceber um meio de apreensão dos variados modos através dos quais sujeitos, regras, instrumentos, saberes etc. se ajustariam diferentemente em cada processo ou prática. O segundo consistia na definição da forma como o “Estado” seria abordado. Tratava-se de renunciar à ideia de que o “Estado” seria um *suposto dado*, anteriormente e externamente às políticas de saúde da família, e integrá-lo enquanto uma das problemáticas que participam das constituições destas políticas. Almejando superar estes desafios, foi empregada a noção de *processo de estatização*. O presente item tem como meta apresentar os fundamentos e desdobramentos desta noção para este trabalho.

Certo pensamento ordinário toma o “Estado” como uma entidade, ou seja, como uma “coisa”, um “fenômeno” ou um “fato” dotado de existência autônoma, singular, coerente e com limites bem definidos. Haveria assim o “Estado” brasileiro e o “Estado” cubano que, de forma exterior, executariam políticas de saúde da família, atuando sobre as populações dos seus respectivos países. Um olhar distanciado ou focado tão somente em certas abstrações mais amplas – tais como regras, princípios, estatísticas populacionais etc. – tende a corroborar este pensamento ordinário. Entretanto, quanto mais de perto olhamos para as políticas de saúde da família, quanto mais nos focamos em eventos empíricos particulares, mais surgem dúvidas quanto à plausibilidade deste pensamento ordinário.

Durante os trabalhos de campo em Belo Horizonte e em Havana propunha-me algumas questões aparentemente simplórias, por exemplo: “dentre tudo o que tenho

observado, onde está o 'Estado'? As profissionais são o 'Estado'? Os edifícios das instituições que visito são o 'Estado'? Os documentos utilizados por profissionais e pacientes são o 'Estado'? As legislações associadas às políticas de saúde da família são o 'Estado'?". Parecia-me estranho assentir que, por exemplo, além de serem profissionais, edifícios, documentos e legislações, estes elementos fossem também uma manifestação parcial do "Estado". Tais questões tampouco encontravam uma solução pacífica entre minhas interlocutoras. Quando eu explicava às profissionais que minha pesquisa desejava compreender as relações entre "Estado" e população, elas pareciam aceitar que esta seria uma questão legítima. Mas nas ocasiões em que compartilhava com elas algumas generalizações produzidas com base em suas próprias experiências, pareciam se recusar que estas fossem apontadas *enquanto* "Estado". Tudo se passava como se elas fossem funcionárias *do* "Estado", que as instituições nas quais trabalhavam fossem *do* "Estado", que os parâmetros que regiam seus ofícios fossem estabelecidos *pele* "Estado" e assim por diante, mas nada disso seria o "Estado". Estes e outros aspectos estariam referenciados ao "Estado", mas não o manifestariam de maneira direta ou intrínseca.

Algo semelhante se passava também com as pacientes. Nas ocasiões em que lhes questionei sobre como concebiam as relações entre o "Estado" e suas experiências de saúde/doença, elas me apontavam que estas seriam fortes e importantes. O "Estado" deveria ou poderia fazer mais e melhor. O "Estado" deveria ou poderia oferecer serviços de maior qualidade, "*ter mais atenção com as pessoas*", "*investir mais*" etc. Estes eram discursos comuns, tanto em Belo Horizonte quanto em Havana. Ou seja, as pacientes explicitavam que concebiam que o "Estado" existiria e que, mais além, participaria de suas experiências. Mas em momento algum uma paciente sequer me sugeriu que o "Estado" corresponderia à médica que a atendia, à instituição à qual se dirigia, ao sistema de tratamento ao qual se submetia etc. Novamente, todos estes aspectos se referenciavam ao "Estado", mas sem o manifestarem de maneira direta ou intrínseca. Sendo assim, ao que parece continuava vigorando a ideia de que o "Estado" seria algo que se perceberia apenas de longe, algo concebível apenas enquanto uma entidade transcendente, mas que não se misturaria com as micro-relações das quais os sujeitos tomam parte.

Minhas diversas experiências vivenciadas ao longo dos trabalhos de campo também geraram dificuldades para conciliar este pensamento ordinário com o desenvolvimento da pesquisa e com a análise dos dados construídos. A reunião das infindáveis variações percebidas nas execuções das políticas de saúde da família sob a ideia de "Estado" parecia consistir num esforço de extrema simplificação, com conseqüente desconsideração para com os vários fatores que justamente ofereciam um caráter sociológico a estas políticas. A ideia de que o "Estado" seria coeso, invariável, singular etc. convivía com experiências que sempre o apresentavam de maneira fluida, múltipla, variável e circunstancial. Minha

avaliação foi então que talvez o problema residisse não em certa incapacidade – compartilhada pelas profissionais, pelas pacientes e por mim – de harmonizar este pensamento ordinário sobre o “Estado” com experiências específicas, mas sim neste próprio pensamento. Seria proveitoso buscar outra perspectiva.

A recusa desta noção de “Estado” certamente não se fazia uma inovação. De forma mais ou menos acentuada, isso foi feito de distintas formas ao longo de toda a história das ciências sociais⁸⁷. Todavia, não fazia parte de minhas pretensões revisar a totalidade destas elaborações teóricas, e muito menos propor uma nova “teoria do ‘Estado’”. Estava em questão tão somente tornar mais adequada a relação entre minha abordagem teórico-analítica e as observações advindas com os trabalhos de campo. A opção foi por colocar à prova a proficuidade da noção de processo de estatização, cunhada enquanto uma derivação de certas ideias expressadas por Foucault. Esta decisão caminhava na esteira da apropriação das noções de *biopolítica* e de *disciplina*, forjadas pelo mesmo autor, e que, por diversas razões, se apresentavam como proveitosas para o estudo das políticas de saúde da família. Estas três noções (biopolítica, disciplina e processo de estatização) acompanharam, portanto, todo o desenvolvimento deste estudo. A tímida forma como foram referenciadas ao longo do texto teve como propósito adequar a exposição das discussões propostas por este trabalho ao modo como elas foram utilizadas no decorrer da pesquisa. Em momento algum se almejou *aplicar* estas noções às experiências de campo, ou mesmo *explicar* estas experiências à luz destas noções. Elas foram usadas enquanto ferramentas que auxiliavam na elaboração de percursos analíticos, enquanto instrumentos cujos sentidos mais ou menos apropriados eram dados por cada uma das questões debatidas.

O posicionamento desta reflexão em torno de aspectos mais teóricos na parte final desta tese e não em seu princípio é, de certa forma, uma inversão da fórmula mais comumente usada na estruturação de estudos como este. Normalmente se prefere inicialmente exibir as escolhas teóricas com as quais o trabalho se compromete e, na sequência, expor os dados resultantes da pesquisa, que são então interpretados com base nestas escolhas. Esta inversão assumida aqui tem como desígnio tentar exercitar a assertiva de que a teoria não deve necessariamente e tão somente formatar a pesquisa, mas ser também um de seus resultados. Dito de outro modo, busco tentar abordar a teoria não apenas como uma condição anterior da pesquisa, mas também dispor a avaliação de seu rendimento enquanto um dos produtos da pesquisa.

Isto posto, para empreender esta apreciação das noções de processo de estatização, biopolítica e disciplina, é adequado sintetizarmos a forma como Foucault analisou o que ele

⁸⁷ Para um balanço das formas como o “Estado” foi abordado pela antropologia brasileira, ver Teixeira & Souza Lima (2010). Para uma discussão similar, mas com foco nas diferentes formas como as “políticas públicas” foram estudadas, sobretudo pela antropologia brasileira, ver Souza Lima & Castro (2008).

denominou como “história da *governamentalidade*”. De acordo com o autor, o estudo de determinado “discurso histórico-político”, surgido especialmente na Inglaterra e na França a partir do século XVI, mostraria o aparecimento da noção de uma guerra interna à sociedade, guerra que se constituiria como defesa da sociedade para com os perigos que nasceriam dentro dela própria (1975-1976:56-8, 258). Essa nova ideia possibilitou e esteve ligada ao nascimento de uma arte de governar, de uma racionalidade, de uma governamentalidade. Concomitantemente, nesse período o crescimento demográfico e a necessidade de articulá-lo ao desenvolvimento do aparelho de produção fizeram aparecer um fenômeno inédito: a *população*, enquanto objeto de intervenção do “Estado”. Surge assim uma tecnologia da população com saberes apropriados a uma nova racionalidade e a um novo campo de problemas. Através de formas estatísticas de representação a população foi identificada como um objeto específico, com regularidades e processos próprios. Desse modo, ao mesmo tempo em que a racionalidade dirigida à população mostrou sua especificidade, dependeu dela para surgir (FOUCAULT, 1977-1978:138; INDA, 2005:5). A população é, assim, de uma só vez, condição de possibilidade e alvo dessa racionalidade. Nela os corpos individual e social adquirem características biológicas a partir das quais suas utilidades serão avaliadas, e com as quais serão definidos modos de intervenção. Nela são aplicados princípios da economia, com foco na eficiência e na produtividade (SHORE & WRIGHT, 1997).

Se nos séculos anteriores o foco do poder soberano jazia no território, com a governamentalidade o que passa a importar é o complexo formado por coisas e homens, sendo este o foco do governo. Mudança que fica clara ao observarmos o deslocamento, ocorrido no âmbito do poder, do privilégio das categorias jurídicas para as biológicas tais como fertilidade, longevidade, sexualidade etc. Além disso, na esfera da governamentalidade o que se tem como objetivo não é o bem comum, como ocorre na dinâmica da soberania, mas a eficiência e a produtividade – enfim, do ponto de vista desta racionalidade, certo arranjo benéfico de coisas e homens. Enquanto a soberania possuía seu fim nela mesmo, a finalidade do governo está na melhoria das coisas que governa – daí suas ferramentas serem táticas e não leis. O desafio posto será como governar e fazer crescer o complexo que envolve a população. De forma esquemática, tratando desta mudança de regime, Foucault afirma que se o soberano possuía um poder de *fazer morrer ou deixar viver*, com a governamentalidade surge um poder de *fazer viver ou deixar morrer* (1975-1976:287; 1976:148-50). A tarefa do “Estado” será então fazer com que a população viva, e viva bem. O autor sintetiza:

Por esta palavra, “governamentalidade”, entendo o conjunto constituído pelas instituições, os procedimentos, análises e reflexões, os cálculos e as táticas que permitem exercer essa forma bem específica, embora muito complexa, de poder que tem por alvo principal a população, por principal forma

de saber a economia política e por instrumento técnico essencial os dispositivos de segurança. Em segundo lugar, por “governamentalidade” entendo a tendência, a linha de força que, em todo o Ocidente, não parou de conduzir, e desde há muito, para a preeminência desse tipo de poder que podemos chamar de “governo” sobre todos os outros – soberania, disciplina – e que trouxe, por um lado, o desenvolvimento de toda uma série de aparelhos específicos de governo [e, por outro lado], o desenvolvimento de toda uma série de saberes. Enfim, por “governamentalidade”, creio que se deveria entender o processo, ou antes, o resultado do processo pelo qual o Estado de justiça da Idade Média, que nos séculos XV e XVI se tornou o Estado administrativo, viu-se pouco a pouco “governamentalizado” (1977-1978:143-4).

Foucault entende que acompanhando o desenvolvimento dessa racionalidade aparece, nessa época, um novo esquema de poder, a *biopolítica*, ou *biopolítica da espécie humana*. Ocupada com processos tais como a natalidade, a mortalidade e a longevidade da população, essa forma de poder concebe e lida com os seres humanos enquanto uma *espécie*. A biopolítica trata da natureza dos fenômenos biológicos que, embora sejam aleatórios quando individualmente considerados, ocorrem em série e são relativamente duradouros quando tomados do ponto de vista coletivo durante um período de tempo (FOUCAULT, 1975-1976:289-93). Sua atuação se dará num plano global, estabelecendo mecanismos reguladores que fixem certo equilíbrio, certa previdência no que parece aleatório, com o objetivo de modificar, maximizar e regulamentar forças. Em resumo, para Foucault a biopolítica diz respeito ao “conjunto dos mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral de poder. Em outras palavras, como a sociedade, as sociedades ocidentais modernas, a partir do século XVIII, voltaram a levar em conta o fato biológico fundamental de que o ser humano constitui uma espécie humana” (1977-1978:3). O biopoder é, por conseguinte, uma tecnologia de poder preocupada com a melhoria e o crescimento da população.

Sob este prisma, os mecanismos principais de atuação do governo são os dispositivos de segurança, que visam garantir a segurança dos fenômenos naturais da população (FOUCAULT, 1977-1978:474). Tais dispositivos consistem na manutenção de certa relação de forças e no aumento de cada uma delas sem que haja uma ruptura do conjunto. Seus dados não são categorias jurídicas, mas elementos materiais inseridos num ambiente transformável. O método de segurança possuiria então três características principais: lida com séries de possíveis e prováveis eventos; avalia através de cálculos de custo comparativo; prescreve não por uma demarcação binária entre permitido e proibido, mas pela especificação de um modo ótimo, com estabelecimento de uma margem de tolerância (FOUCAULT, 1977-1978:9; GORDON, 1991:20). Desse modo, por trabalhar em contextos variáveis, para Foucault um dispositivo de segurança somente funciona bem se lhe for dada liberdade, possibilidade de movimento. É preciso haver possibilidade de circulação de pessoas e coisas. Assim constituída, a segurança se torna o principal componente da

racionalidade governamental moderna. O que de modo algum representou a eliminação dos dispositivos jurídico-legais da soberania, tampouco dos disciplinares – que serão discutidos mais à frente.

No âmbito deste regime de governo dedicado ao aprimoramento da população, com o aumento e preservação de relações de forças, surge a *polícia*. Em seu sentido original, o termo definia “o conjunto dos meios pelos quais é possível fazer as forças do Estado crescerem, mantendo ao mesmo tempo a boa ordem desse Estado” (FOUCAULT, 1977-1978:421). Todavia, essa acepção geral da noção de polícia possuía em verdade uma dupla articulação. De um lado os mecanismos de incentivo-regulação que promoviam certo “crescimento da ordem” e, de outro, os mecanismos cumpridores de funções negativas que cuidavam de certa “eliminação da desordem”⁸⁸. Para tanto, manipulará todo um conjunto de regulamentos e instituições. Em sintonia com a nova função do “Estado”, a polícia será assim um meio de aumentar suas forças, mas também de promover um “bom viver”, uma “felicidade dos indivíduos”⁸⁹. Esse “mais que viver” será buscado como utilidade estatal, fazendo “da felicidade dos homens a própria força do Estado” (FOUCAULT, 1977-1978:438-9).

A polícia se ocupa da coexistência entre os homens, do fato de que convivem em um meio e precisam compartilhar condições de existência. Garantir que isso se dê constitui sua função. Neste domínio ganham destaque as questões relacionadas à saúde da população, na medida em que ela é prerrogativa para a boa ação dos homens. Por isso o “Estado” deverá estar atento e nela interferir constantemente. Não apenas combatendo crises geradas por doenças, mas especialmente assegurando que seja mantido um patamar adequado de saúde populacional. Daí, entre outras coisas, a criação de diversas estratégias de higienização pública das cidades e de modificação de comportamentos (FOUCAULT, 1979d:202).

A *biopolítica da população* (ou simplesmente *biopolítica*, de acordo com o uso dos termos por Foucault) tem por escopo, portanto, os fenômenos relacionados à produção, conservação e reprodução da vida de um conjunto de indivíduos. Este conjunto coloca à prática governamental uma ordem específica de problemas, uma vez que é apreendido enquanto população. A população é então compreendida enquanto espécie, havendo assim uma estatização dos aspectos biológicos da vida. A biopolítica não se ocupará com a vida

⁸⁸ Desta segunda articulação derivou o sentido eminentemente negativo da noção contemporânea de polícia.

⁸⁹ É assim interessante observar que não é por acaso que, no Brasil, a questão da saúde pública esteja – dos pontos de vista tanto constitucional quanto conceitual – inserida no campo da “seguridade social”, em conjunto com as questões da previdência social e da assistência social. Ademais, note-se que o artigo 194 da Constituição Federal que empreende esta associação, bem como a seção que trata do tema da saúde, estão localizados no Título VIII, “da ordem social” (BRASIL, 1988). Por seu turno, podemos destacar também que, em Cuba, a lei mais geral que trata da questão da saúde pública explicita em seu preâmbulo que “*mejorar el estado de salud de la población es tarea permanente en nuestro país y por ello es necesario ampliar y perfeccionar el Sistema Nacional de Salud* (CUBA, 1983, grifo meu).

individualmente considerada, mas com os efeitos biológicos agregados do corpo social coletivo. Entretanto, essa forma de poder não prescinde ou substitui outra dedicada à normalização do corpo individual. A biopolítica inextricavelmente se associa a certa *anátomo-política do corpo humano*, ou seja, às técnicas políticas que Foucault denomina como *disciplinas*. Neste outro nível os alvos serão os corpos individuais, de forma que se a biopolítica se dirige para os aspectos globais, a disciplina se dirige para os detalhes. Trata-se, portanto, de dois diagramas de poder que, no âmbito da governamentalidade, de forma articulada atuam diferentemente para o alcance de um objetivo comum: o melhoramento da vida.

A noção de disciplina tem, destarte, como característica principal o fato de ser uma forma de poder detalhista que se exerce sobre os corpos. Foucault assim a apresentou:

A hipótese que eu queria propor é que existe em nossa sociedade algo como um poder disciplinar. Com isso entendo nada mais que uma forma de certo modo terminal, capilar, do poder, uma última intermediação, certa modalidade pela qual o poder político, os poderes em geral vêm, no último nível, tocar os corpos, agir sobre eles, levar em conta os gestos, os comportamentos, os hábitos, as palavras, a maneira como todos esses poderes, concentrando-se para baixo até tocar os próprios corpos individuais, trabalham, modificam, dirigem o que Servan chamava de “fibras moles do cérebro”. Em outras palavras, creio que o poder disciplinar é certa modalidade, bem específica da nossa sociedade, do que poderíamos chamar de contato sináptico corpo-poder (1973-1974:50-1).

Na obra em que Foucault estuda com mais profundidade esta forma de poder, ele afirma que a individualidade disciplinar possuiria quatro características: celular, orgânica, genética e combinatória. Grosso modo, com isso ele procura demonstrar que a disciplina não pretende exercer uma dominação disforme, desregulada ou negativa sobre os corpos. O autor assinala:

Em resumo, pode-se dizer que a disciplina produz, a partir dos corpos que controla, quatro tipos de individualidade, ou antes uma individualidade dotada de quatro características: é celular (pelo jogo da repartição espacial), é orgânica (pela codificação das atividades), é genética (pela acumulação do tempo), é combinatória (pela composição das forças). E, para tanto, utiliza quatro grandes técnicas: constrói quadros; prescreve manobras; impõe exercícios; enfim, para realizar a combinação das forças, organiza “táticas”. A tática, arte de construir, com os corpos localizados, atividades codificadas e as aptidões formadas, aparelhos em que o produto das diferentes forças se encontra majorado por sua combinação calculada é sem dúvida a forma mais elevada da prática disciplinar (1975:141).

Como a disciplina não pretende submeter seus objetos a uma ação uniforme, mas atingi-los de modos diferenciados, para tanto necessita decompor as totalidades sobre as quais se exerce em singularidades. Dessa forma, de acordo com Foucault, para produzir individualidades, a disciplina utiliza três instrumentos:

1. A vigilância hierárquica: “O exercício da disciplina supõe um dispositivo que obrigue pelo jogo do olhar; um aparelho onde as técnicas que permitem ver induzam a efeitos de poder, e onde, em troca, os meios de coerção tornem claramente visíveis aqueles sobre quem se aplicam” (1975:143).

2. A sanção normalizadora: “o poder de regulamentação obriga à homogeneidade; mas individualiza, permitindo medir os desvios, determinar os níveis, fixar as especificidades e tornar úteis as diferenças, ajustando-as umas às outras” (1975:154).
3. O exame: “o exame está no centro dos processos que constituem o indivíduo como efeito e objeto de poder, como efeito e objeto de saber. É ele que, combinando vigilância hierárquica e sanção normalizadora, realiza as grandes funções disciplinares de repartição e classificação, de extração máxima das forças e do tempo, de acumulação genética contínua, de composição ótima das aptidões. Portanto, de fabricação da individualidade celular, orgânica, genética e combinatória” (1975:160).

Os processos biopolíticos ocupados com o plano global da população são assim inseparáveis daqueles dirigidos ao plano micro-político do corpo individual (FOUCAULT, 1975-1976:298). Estas duas séries se atravessam sem se excluírem e, mais além, de acordo com Foucault, estes dois mecanismos podem se articular sem se eliminarem mutuamente justamente porque não se situam num mesmo nível. Nesse sentido, ao refletirmos sobre os fenômenos que envolvem a biopolítica não estamos lucubrando em torno de relações que pairam por sobre as práticas. O que está em jogo são processos globais que envolvem “Estados” e populações, mas ao mesmo tempo micro-processos relativos a disciplinas, instrumentos de intervenção, corpos, instituições etc.

Entretanto, é imperativo assentir que apenas quatro ou cinco páginas são insuficientes para que se possa penetrar em todos os meandros destas ideias de Foucault. As noções de biopolítica e de disciplina mereceriam um estudo próprio, dadas suas complexidades. Por outro lado, o que pretendo aqui é pensar *com* Foucault, e não *sobre* ou *a partir* dele. Sendo assim, se, de forma simplificada, a disciplina atua sobre os corpos e, para isso, necessita confiscá-los, enquanto a biopolítica atua sobre a população e, por isso, lida com fenômenos variáveis e mutáveis, é preciso ponderarmos tanto a advertência de Foucault de que estas formas de poder atuam de forma articulada, quanto a possibilidade de não nos atermos a uma perspectiva que conceba que os pólos corpo e população estão absolutamente dissociados.

Na intercessão entre disciplina e biopolítica, não há que se considerar o poder disciplinar apenas em instituições onde ele é amplamente majoritário (a prisão, a escola, o quartel, o hospital, a fábrica etc.). Assim como não é necessário considerar o biopoder apenas naquelas instâncias de governo onde a racionalidade que o conforma seja mais perceptível (no ministério, na secretaria, nos planos nacionais de intervenção etc.). Acredito que as noções de disciplina e de biopolítica continuam tendo grande rendimento se nos atentarmos para os interstícios de suas correspondentes formas de exercício do poder; ou seja, se nos atentamos para aqueles contextos nos quais o poder disciplinar e o biopoder não são exercidos de forma absoluta. Sob este prisma, podemos usá-las para a

compreensão das políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil. Elas se mostram úteis se as utilizamos de maneira flexível, se as combinamos diferenciadamente com base em cada fenômeno estudado. Entendo que cada dinâmica dos Centros de Saúde e dos Consultórios de Médico da Família (CMF) apresenta uma combinação específica destas duas formas de poder. Em cada uma delas encontramos o poder disciplinar ou o biopoder sendo acionado de forma predominante. Em cada uma destas dinâmicas estas formas de poder se combinam com aspectos particulares. Consequentemente, se não olvidamos estas ponderações, podemos apreciar as especificidades relacionadas às constituições das políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil.

Ao longo dos itens anteriores deste trabalho tentei mostrar essas articulações diferenciadas. Não obstante, à guisa de exemplo, poderíamos agora enfrentar essa problemática de modo mais direto tendo como objeto as atividades realizadas nos Centros de Saúde com grupos de pacientes. Tais atividades, em princípio, encontrariam seus fundamentos na noção de “grupo operativo”⁹⁰. Porém, por diversas razões estes grupos não são assumem um caráter propriamente “operativo”. As profissionais geralmente argumentam que isso se daria por duas razões principais. Primeiro, o sempre apontado excesso de tarefas atribuídas às equipes de saúde da família (EqSF), advindo da grande quantidade de pacientes pelas quais seriam responsáveis. Segundo, uma suposta indisposição das pacientes em se engajarem em atividades que não estejam voltadas para intervenções médicas imediatas e pontuais. Segundo as profissionais, estas duas razões inclusive explicariam porque apenas uma pequena parte das EqSF organizariam estas ações com grupos de pacientes. Embora elas sejam amplamente reconhecidas como atividades louváveis, uma vez que estariam estreitamente ligadas à prevenção e à promoção da saúde, a dificuldade em executá-las faria com que elas fossem pouco comuns. Apenas para que se tenha uma ideia, não mais do que a metade das EqSF com as quais tive contato desenvolviam este tipo de atividade.

Isto posto, os grupos normalmente eram formados com as pacientes hipertensas e/ou diabéticas residentes nas áreas de abrangência de cada EqSF. Com uma regularidade que variava de acordo com os desígnios de cada EqSF – semanalmente, quinzenalmente ou mensalmente –, as profissionais convidavam entre vinte e trinta do total destas pacientes a se dirigirem ao Centro de Saúde num horário predeterminado. De modo que a participação nos grupos na maioria das vezes era regulada, para que a EqSF pudesse controlar a quantidade de pacientes presentes em cada evento. Elas eram então comumente recebidas na sala de reuniões da instituição pela enfermeira e por uma das auxiliares de enfermagem e, a partir de suas ordens de chegada, eram atendidas por estas profissionais. Este

⁹⁰ Para uma discussão mais pormenorizada em torno da noção de “grupo operativo”, com análise de uma experiência na qual ela foi utilizada, ver Soares & Ferraz (2007).

atendimento consistia basicamente no registro de alterações surgidas nas condições de saúde da paciente desde sua última participação no grupo, nas medições de sua pressão arterial e de sua taxa de glicose na corrente sanguínea e, sobretudo, na renovação das receitas de seus medicamentos. Obviamente, a renovação das receitas era feita pela médica, mas esta nem sempre tinha um contato direto com as pacientes. Apenas recebia os nomes e os dados das pacientes em sua sala, onde produzia as novas receitas a partir de seus prontuários eletrônicos. Algumas EqSF entregavam as novas receitas às pacientes ainda durante a realização do grupo, enquanto outras deixavam para fazê-lo nos dias seguintes, através da ida das agentes comunitárias de saúde (ACS) às suas residências. Nesse sentido, ao fim e ao cabo os grupos possuíam como funções centrais organizar e agilizar a renovação das receitas médicas. Não geravam uma interação entre as integrantes do grupo, um compartilhamento de experiências ou uma participação mais ativa das pacientes. Estas geralmente tão somente se sentavam lado a lado a partir de suas ordens de chegada e aguardavam, caladas e quietas, o momento de serem atendidas pela enfermeira e pela auxiliar de enfermagem.

Apesar destas ponderações quanto à real “operacionalidade” dos grupos sejam relevantes, nos interessa notar aqui que suas realizações necessitam da conjugação entre duas ordens de problemas. Por um lado, para que os grupos ocorram é preciso haver certa consideração para com as condições de saúde populacionais. Faz-se necessário que sejam observadas a duração e a qualidade da vida populacional e, mais além, que se deseje melhorá-las. Por conseguinte, dentre outras coisas, faz-se necessário que sejam registrados e compilados dados sobre a população residente no território de atuação da EqSF, que estes dados sejam analisados a partir de determinadas classificações que diferenciem grupos de indivíduos no interior desta população e, por fim, que as condições de saúde destes grupos sejam associadas a curvas de normalidade a partir das quais se buscará alcançar patamares ótimos de saúde. Por outro lado, para que isso seja alcançado, é igualmente preciso haver certa consideração para com as condições de saúde individuais. Faz-se necessário que a condição corporal de cada indivíduo seja observada e que sejam definidas ações capazes de alterá-la. Estas ações devem estar atentas a detalhes e carecem de regras fixas para serem empreendidas. Para tanto, dentre outras coisas, a atividade do grupo depende de regulações da temporalidade das ações nela desenvolvidas, de arranjos dos espaços nos quais ela se dá e de registros constantes das modificações nas situações de saúde das pacientes. Ou seja, os grupos não apresentam manifestações perfeitas do biopoder e do poder disciplinar, mas apontam para o uso combinado e ponderado de dispositivos biopolíticos e disciplinares.

Já de um ponto de vista mais amplo, esta flexibilização nos permite assimilar também o importante fato de que, para Foucault, a governamentalidade esteve, desde sua origem,

ligada ao liberalismo. Contudo, para ele o liberalismo não constitui apenas uma doutrina, uma teoria econômica ou política, mas um estilo de pensamento preocupado com a arte de governar (GORDON, 1991:14). A questão do liberalismo em Foucault diz respeito ao fato de que o “Estado” tentará conseguir os melhores resultados com o menor custo, mas também e, sobretudo, à concepção de que os processos naturais biológicos da população precisam de liberdade para se desenvolverem. Sendo assim, é possível situar as políticas de saúde da família em Cuba e no Brasil no domínio da biopolítica. Não se trata de reconhecer ou não a presença de um governo liberal-capitalista no desenvolvimento da política, mas de pensar que tipo de inspiração governamental informa a relação entre “Estado” e população por ela engendrada. Obviamente, é preciso levar em conta argumentos como o de César (2004), para quem a “política social” em Cuba visa à garantia de direitos sociais num horizonte ideológico socialista e, nesse sentido, antiliberal. Todavia, é igualmente produtivo irmos além das classificações ideológicas e distinções duras entre tipos de “Estados” para vislumbrarmos em que medida certa racionalidade de governo atua na criação de vínculos entre “Estado” e população independentemente destas cisões. Por outro lado, o que está analiticamente proposto é o privilégio da observação dos instrumentos e técnicas de que se servem as políticas de saúde da família, em prejuízo dos princípios ideológicos que as fundamentam discursivamente.

Sendo assim, não se trata de afirmar que as políticas de saúde da família se equivalem ou se esgotam no fenômeno da biopolítica. Tampouco se trata de afirmar que o biopoder penetra na esfera da saúde de Cuba e do Brasil por meio das políticas de saúde da família. Igualmente não se trata de afirmar que a percepção das afinidades entre políticas de saúde da família e biopolítica implica que todos os “Estados” que possuem tais políticas podem ser exclusiva e inequivocamente classificados como “biopolíticos”. Também não se está afirmando que Centros de Saúde e CMF são instituições perfeitamente disciplinares. Com efeito, o que se argumenta aqui é que as políticas de saúde da família trazem consigo dispositivos de poder diferentes daqueles presentes em outros tipos de políticas. O que se assume é que os dispositivos de poder apresentados pelas políticas de saúde da família mantêm afinidades com o conjunto de relações históricas de poder estudadas por Foucault e que passam fundamentalmente pelo que ele denominou de biopolítica. Ademais, pondera-se que a discussão aqui absorvida em torno da biopolítica não resulta numa necessária divisão entre “Estados” que desenvolveram ou não relações biopolíticas, nem na admissão da tese de que o biopoder é o fundamento inescapável da constituição deles todos. Diferentemente, supõe-se que existem múltiplas lógicas governamentais e de poder convivendo no interior dos “Estados”, inclusive dos brasileiro e cubano – estas podendo ser inclusive contraditórias. Da mesma forma, não acredito que se deva distinguir as instituições entre disciplinares e não disciplinares. Nessa perspectiva, o que almejo com a utilização das

teses foucaultianas em torno da biopolítica e da disciplina é a problematização de determinados processos presentes nas políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil, e não uma prévia classificação delas.

Outro aspecto a ser considerado é que, na esfera da biopolítica, as políticas levadas a cabo pelo “Estado” não são ideologicamente neutras, nem tampouco se fazem tão somente instrumentos técnicos de intervenção. A rigor, a objetivação e universalização dos processos de tomada de decisões nas políticas se faz justamente uma maneira de excluir discursivamente seu aspecto político, coletivizando a responsabilidade pelas posições assumidas e negando o papel da agência humana (SHORE & WRIGHT, 1997:8-10). Uma equivocada visão instrumentalista concebe as políticas estritamente como modos de regulação e sanção verticais, de cima para baixo. De acordo com essa perspectiva, as políticas são construtos racionais para a resolução técnica de problemas objetivos. Porém, mais adequado é concebermos que as políticas são, na verdade, modos de condução das pessoas. Mais além, são artifícios para influenciar a forma como as próprias pessoas se conduzem. Nesse sentido, o governo é um tipo de poder que atua sobre e através da agência e da subjetividade dos indivíduos⁹¹.

Para entendermos a perspectiva de Foucault é necessário termos em mente que, para ele, o *governo*, entendido como *regulação de conduta*, não consiste numa questão estritamente do “Estado” e de suas instituições, mas envolve um largo escopo de entidades, sujeitos, instituições etc. Participam dele todos os agentes que se dedicam ao exercício da autoridade para conduzir os homens. O governo passa então por dinâmicas tanto externas quanto internas ao “Estado” (INDA, 2005:5-6). Associadamente, o *poder*, ou *poder político*, não é aquilo que caracteriza o “Estado”, nem tampouco dele se origina. O poder (governamental ou não), bem como o governo, está presente no “Estado”, mas também opera alhures. O que caracterizará o “Estado” será a forma como constitui um esquema de inteligibilidade de um conjunto de realidades dadas. O que caracterizará o, digamos assim, “Estado moderno” será o modo como ele foi governamentalizado.

Anteriormente ao séc. XVI existiram instituições que poderíamos identificar como próprias do “Estado” – tais como o exército, por exemplo. A questão, para Foucault, é como, neste período, o “Estado” passa a entrar no campo da prática e do pensamento dos homens. O “Estado” é assim uma prática, uma peripécia do governo, ou melhor, de certa razão de governo, da governamentalidade. Dessa forma, para Foucault,

⁹¹ Vale ressaltar que embora esta atuação seja fundamental para a constituição das políticas – inclusive, conseqüentemente, das políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil –, neste trabalho não foi possível conceder maior profundidade à discussão desta problemática. A estratégia de pesquisa assumida, que privilegiou a observação da construção de vínculos em contextos variados, permitiu apreender o exercício de diversos mecanismos erigidos com o objetivo de promover esta atuação sobre e através da agência e da subjetividade dos indivíduos, mas não os seus efeitos e desdobramentos no que tange à transformação das subjetividades dos sujeitos envolvidos.

Não se pode falar do Estado-coisa como se fosse um ser que se desenvolve a partir de si mesmo e que se impõe por uma mecânica espontânea, como que automática, aos indivíduos. O Estado é uma prática. O Estado não pode ser dissociado do conjunto das práticas que fizeram efetivamente que ele se tornasse uma maneira de governar, uma maneira de agir, uma maneira também de se relacionar com o governo (1977-1978:369).

{Nesse sentido,} [não erijamos] o Estado [como] uma realidade transcendente cuja história poderia ser feita a partir dela mesma. A história do Estado deve poder ser feita a partir da própria prática dos homens, a partir do que eles fazem e da maneira como pensam. O Estado como maneira de fazer, o Estado como maneira de pensar. Creio que essa não é, [certamente], a única possibilidade de análise que temos quando queremos fazer a história do Estado, mas é uma das possibilidades, a meu ver, suficientemente fecunda, fecundidade essa ligada, no meu entender, ao fato de que se vê que não há, entre o nível do micropoder e o nível do macropoder, algo como um corte, ao fato de que, quando se fala num, [não] se exclui falar no outro (1977-1978:481).

A natureza do “Estado” não reside, por conseguinte, no poder ou na prática de governo, mas antes numa função de mudanças nas práticas de governo (GORDON, 1991:4). Por isso, acompanhando Foucault, mais adequado é não supormos que o “Estado” possua uma essência, que seja um universal ou uma fonte autônoma de poder que exista separadamente da sociedade. Como assinala Foucault,

o Estado não tem essência. O Estado não é um universal, o Estado não é em si uma fonte autônoma de poder. O Estado nada mais é que o efeito, o perfil, o recorte móvel de uma perpétua estatização, ou de perpétuas estatizações, de transações incessantes que modificam, que deslocam, que subvertem, que fazem deslizar insidiosamente, pouco importa, as fontes de financiamento, as modalidades de investimento, os centros de decisão, as formas e os tipos de controle, as relações entre as autoridades locais, a autoridade central etc. Em suma, o Estado não tem entranhas, como se sabe, não só pelo fato de não ter sentimentos, nem bons nem maus, mas não tem entranhas no sentido de que não tem interior. O Estado não é nada mais que o efeito móvel de um regime de governamentalidades múltiplas (1978-1979:105-6).

Nesse sentido, ao estudarmos o “Estado”, o que encontramos são instituições, ações, práticas, técnicas, concepções etc. que operam certa racionalidade, a governamentalidade. Estas não *representam* ou *manifestam* o “Estado”, mas o constroem em função de fluxos temporais e contextos sociais variados. Podemos provisoriamente e como modo de evitar constantes ponderações, chamar a reunião destes elementos de “Estado”, mas nunca crendo que essa reunião possua unidade, homogeneidade ou transcendência.

A concepção do “Estado” enquanto entidade autônoma e independente a rigor seria, tal como assinala Abrams (1977), uma ilusão e, no limite, um “poder ideológico”. Partindo de uma distinção entre “ideia-Estado” e “sistema-Estado”, este autor argumenta que o “Estado” não existiria enquanto “coisa”. Apesar disso, a “ideia-Estado” possuiria um forte significado político, pois permitiria a dissimulação de amplos e complexos processos de sujeição. Essa ocultação operaria atribuindo unidade, moralidade e independência ao que, em verdade, seria fragmentado, imoral e dependente para com as práticas de governo. Daí fazer sentido o fato de que perguntas semelhantes àquelas apontadas no início deste item – tais como,

por exemplo, “*onde*, precisamente, está o ‘Estado’?” ou “*isso é* o ‘Estado’?” – não encontrem respostas. O que a “ideia-Estado” permitiria seria justamente que concebêssemos a existência de uma entidade independente sem, ao mesmo tempo, conseguirmos identificá-la concretamente. Mas, para Abrams, tal compreensão não significaria a completa impossibilidade do estudo do “Estado”. De acordo com ele, poderíamos estudar o “sistema-Estado”, ou seja, as relações promovidas pelas instituições políticas e governamentais ou, dito de outro modo, o conjunto de poderes políticos institucionalizados.

Tendo em vista esta crítica à noção ordinária de “Estado”, e levando adiante as elaborações de Foucault, entendo ser adequado conceber que no âmbito da política de saúde da família existiriam “perpétuas estatizações”, todas elas ancoradas na forma particular de racionalidade que o autor definiu como governamentalidade. O que proponho então é que assumamos que estas estatizações se dão através de processos. Estes possuiriam diferentes formas de constituição, diferentes objetivos particulares, diferentes campos de possibilidade e envolveriam diferentes elementos. Mas, o que os caracterizaria enquanto processos de estatização seria o fato de que, sob formas distintas, envolvem práticas que são conformadas pela governamentalidade. Não haveria, portanto, um “Estado”, mas diferentes processos de estatização mais ou menos profundos, mais ou menos estabilizados, mais ou menos evidentes sendo constituídos em múltiplos contextos. A noção de processo de estatização nos permite assim apreciar as inúmeras variações que surgem nos contextos nos quais supostamente o “Estado” estaria envolvido, como, por exemplo, nas políticas de saúde da família. Ela nos permite, portanto, avaliar as várias formas como ações de sujeitos, trajetórias históricas, valores, técnicas, recursos materiais etc. são arregimentados e combinados de maneiras peculiares em processos específicos. Ao invés de concebermos que o “Estado” participa deste ou daquele contexto executando tal ou qual política, podemos conceber que existem processos de estatização particulares cujos contornos são dados em função dos fatores específicos que os compõem.

Essa noção processual nos permite analisar também os múltiplos conflitos que existem nestes contextos nos quais o “Estado” se faz presente. Cada processo de estatização encontra em si aspectos mais ou menos predominantes, âmbitos mais ou menos adensados e metas mais ou menos alcançadas. E estes aspectos não são dados imediatamente, mas construídos a partir de disputas em torno do aprofundamento ou retrocesso do processo de estatização de que participam. Estas lutas não se dariam entre o “Estado” e aqueles elementos situados fora dele, mas entre todos os elementos situados no interior do processo de estatização em questão. Para tanto, é interessante ressaltarmos que a ideia de biopolítica – bem como a de disciplina – implica sempre num tipo de contra-política (GORDON, 1991:5). Não podemos olvidar que, na perspectiva de Foucault, na constituição das relações de poder não há uma cisão entre aqueles que detêm e aqueles que não

possuem poder. Tais situações são sempre disputas de força das quais participam todos os elementos envolvidos. Sendo assim, linhas de fuga, resistências, inversões etc. são internas às relações de poder e, mais além, inevitáveis⁹².

Nesta perspectiva, o estudo das políticas de saúde da família não lida com “o Estado”, ou com “mais Estado”, “Estado em excesso”, “menos Estado”, “falta de Estado”, “Estado ausente”, “Estado pleno”, “agentes do Estado”, “políticas de Estado”, “manifestação do Estado” etc. O material de pesquisa são “processos de estatização mais ou menos profundos”, “espaços ou práticas mais ou menos estatizados” “competições em torno do estabelecimento de processos de estatização” etc. Quando falamos de “Estado”, estamos, em verdade, nos referindo a um infindável emaranhado de processos de estatização que possuem suas especificidades.

Dessa forma, mecanismos de controle e mecanismos de libertação não são incompatíveis nem excludentes; antes convivem de forma tensa e dinâmica nas políticas de saúde da família. É preciso, portanto, superarmos visões maniqueístas, sejam elas conspiratórias ou encantadas. As políticas de saúde da família não possuem uma essência positiva, na exata proporção em que não possuem uma essência negativa. Mais amplamente, como bem discutiu Nelson (2005), da mesma forma as dinâmicas da biopolítica não são inerentemente boas nem más. O que o biopoder sugere é uma constante tensão entre um direito de devolver à morte e um dever de promover a vida, entre uma regulação das condutas e uma atenção cuidadosa. Sob este prisma, não se trata de entender os sujeitos atendidos pelas políticas de saúde da família como vítimas ou como contra-insurgentes, mas como sujeitos num jogo aberto de poder. Eles podem ocupar posições variadas, sofrendo maiores ou menores violências, tendo ou não suas condições de vida melhoradas. A questão a ser destacada é que as políticas de saúde da família não são, como frisado anteriormente, apenas instrumentos técnicos, mas mecanismos de poder com implicações políticas dinâmicas⁹³.

⁹² Há uma crítica comum à perspectiva foucaultiana segundo a qual suas elaborações acerca dos dispositivos de poder – especialmente acerca dos dispositivos disciplinares – não abririam espaços para as ações dos indivíduos, privilegiando assim tão somente formas de controle, repressão etc. Comentando este tipo de crítica, certa vez Foucault afirmou: “O poder não é onipotente, onisciente, ao contrário! Se as relações de poder produziram formas de inquirição, de análises dos modelos de saber, é precisamente porque o poder não era onisciente, mas cego, porque se encontrava em um impasse. Se assistimos ao desenvolvimento de tantas relações de poder, de tantos sistemas de controle, de tantas formas de vigilância, é justamente porque o poder sempre foi impotente” (1978: 274).

⁹³ Resta uma questão em aberto a ser mais bem discutida. Uma vez que os processos de estatização se dariam através de junções diferenciadas entre disciplinas e biopolíticas, em atenção a esta segunda forma de poder é imperativo notar que ela se direciona tanto para a vida quanto para a morte (“fazer viver e deixar morrer”). Avalio que nas políticas de saúde família há um largo privilégio de produção da vida. Não obstante, também concebo que nelas a outra face da biopolítica não deixa de se fazer presente. Quanto à política de saúde da família brasileira, acredito que, provavelmente, o principal mecanismo de “devolução à morte” nela existente esteja relacionado aos instrumentos de encaminhamento para consultas especializadas ou, numa linguagem mais técnica, à dinâmica da referência e contra-referência. Espero ter a oportunidade de explorar melhor esta ideia em outro texto, no futuro.

Mas é preciso também não nos restringirmos à ideia de que as relações de poder implicam sempre em formas de resistência e deixarmos de contextualizá-las. No caso das políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil, é interessante observar que, de um modo geral, elas foram e são desejadas pelas populações brasileira e cubana. Em boa medida porque foram e são percebidas como meios de efetivar direitos e de concretizar princípios que sustentam ideologicamente as formas como os “Estados” cubano e brasileiro estão constituídos. Certamente processos de estatização situados em outras esferas apresentam formas mais fortes de resistência, mas não parece ser este o caso das políticas de saúde da família. Num certo sentido, os processos de estatização que as compõem tendem a ser consagrados como benéficos. De uma forma geral, no âmbito das políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil, percebe-se que as formas mais acirradas de resistência não estão direcionadas aos seus processos de estatização em si, mas à definição de seus alvos, ou seja, à definição de quais sujeitos se configurarão enquanto seus objetos⁹⁴.

A noção de processo de estatização foi então a ferramenta analítica que tentei utilizar para a compreensão dos variados fenômenos por meio dos quais as políticas de saúde da família de Belo Horizonte e de Havana são efetivadas. Procurei descrever alguns dentre estes múltiplos arranjos de forças dos quais participam ações de pacientes, ações de profissionais, valores, conceitos, parâmetros regulamentadores, tecnologias, classificações etc. Em cada um dos processos estudados procurei perceber e apresentar os fatores que deles participam de forma mais intensa ou predominante. Com isso foi possível, num certo sentido, colocar num mesmo plano estes diferentes fatores sem deixar, ao mesmo tempo, de considerar suas distintas posições mais ou menos preponderantes e, mais além, de reconhecer que as articulações entre eles são eminentemente provisórias – embora algumas umas sejam mais volúveis do que outras. Com esta abordagem o “Estado” deixa de ser a baliza ou o ponto de partida para o estudo dos fenômenos por meio dos quais as políticas de saúde da família são efetivadas. O que podemos assumir enquanto marcos ou indicadores iniciais de estudo são campos mais evidentes de disputa: as narrativas históricas, a apreensão dos territórios, a gestão de classificações populacionais, a distribuição de pacientes, o planejamento de atividades, a organização de espaços etc.

Assim, no cotejamento entre Belo Horizonte e Havana, notamos processos de estatização mais ou menos profundos em cada um destes contextos. Ao longo de todo este trabalho procurei explicitar estas diferenças. Mas podemos citar, a título de exemplo, duas delas. Foi possível perceber como o sistema de manejo de informações populacionais e individuais existente em Belo Horizonte é mais minucioso, maleável e influente para com o contato direto entre profissionais e pacientes. Por outro lado, foi também possível perceber

⁹⁴ Tal questão foi mais amplamente discutida no cap. III, item 22, pág. 203.

que em Havana esse manejo de informações encontra um maior adensamento no que tange às atenções dirigidas a certos grupos de pacientes, a saber: gestantes, lactantes e crianças. Já no que se refere aos artifícios de aproximação entre profissionais e pacientes associados a questões territoriais, é possível afirmarmos que eles seriam mais intensos em Belo Horizonte se concedermos maior peso ao fato de que há uma *necessidade* das ACS residirem nas áreas de abrangência dos Centros de Saúde. Por outro lado, seria igualmente possível afirmarmos que eles seriam mais intensos em Havana se concedermos maior peso ao fato de que há uma *grande possibilidade* das médicas e enfermeiras residirem nas áreas de abrangência dos CMF. Estas e outras diferenças nos levam a concluir que qualquer julgamento definitivo sobre qual destas duas políticas de saúde da família é mais estatizada (o que poderia sugerir uma apreciação decorrente, sobre qual delas seria mais “eficaz”) constitui uma avaliação que desconsidera estas variações relativas a processos específicos. Constituindo, portanto, uma simplificação desnecessária.

Nos processos de estatização relativos às políticas de saúde da família de Havana e de Belo Horizonte se desenvolvem dinâmicas conformadas tanto pelo biopoder quanto pelo poder disciplinar. Na maioria das circunstâncias dificilmente conseguimos distinguir com precisão os limites entre um e outro, pois eles se entrecruzam constantemente. Apesar disso, em função de suas naturezas, podemos indicar universos nos quais cada um deles é mais recorrente ou tende a predominar. Quanto ao poder disciplinar, observa-se que ele conforma de maneira importante as organizações internas das instituições e de seus serviços. Tomam parte aí os usos dos espaços das instituições, as circulações por elas de profissionais e pacientes, os controles do tempo, as distribuições de funções, ações e demandas entre profissionais e pacientes, os registros e utilizações pontuais de informações, as tecnologias que formatam os contatos entre os sujeitos etc. Por seu turno, quanto ao biopoder, observa-se que ele conforma de maneira mais importante as organizações dos territórios e o sentido das intervenções em saúde. Ele nos remete a problemáticas que transcendem as esferas internas das instituições e de seus serviços. Mas são estas problemáticas que configuram o sentido de cada micro-prática levada a cabo nos CMF e nos Centros de Saúde. Quaisquer ponderações em torno dos objetivos, dos fundamentos e dos efeitos das políticas de saúde da família são empreendidas com referência a aspectos não individuais, mas populacionais. No que tange às políticas de saúde da família, se as operações disciplinares são mais evidentes nos cotidianos dos Centros de Saúde e dos CMF, quanto mais nos atentamos para os aspectos globais que participam de suas dinâmicas (classificações de pacientes, medições de resultados através de indicadores populacionais etc.), mais as operações biopolíticas se tornam evidentes.

Ainda nos restringindo às políticas de saúde da família, entendo ser possível delinear algumas “pistas” que apontam qual tipo de lógica está a ser predominantemente acionada

nos eventos que se dão nos Centros de Saúde e nos CMF – se a da anátomo-política do corpo humano, ou se a da biopolítica da população. A Tabela 11, abaixo, apresenta de forma esquemática estas pistas. Em absoluto almejo com ela propor uma leitura cabal das formas como disciplina e biopolítica se configuram nas políticas de saúde da família de Belo Horizonte e de Havana. A intenção é tão somente indicar algumas tendências, alguns indícios mais comuns que me auxiliaram durante os trabalhos de campo e que, talvez, possam auxiliar o leitor em futuras investigações.

Tabela 11:

Pistas para a distinção entre anátomo-política e biopolítica nas políticas de saúde da família

Pistas	Anátomo-política	Biopolítica
Perspectiva	Microscópica	Macroscópica
Princípio de adequação	À norma	Ao normal
Alvo	Problema de saúde individual	Condição de saúde populacional
Instrumento	Individualidade	Corpo
Saber	Medicina	Epidemiologia

A Tabela 11 explicita cinco tipos de pistas que podem ser empregadas para o vislumbre de práticas que caminhem na direção da anátomo-política ou da biopolítica: perspectiva, princípio de adequação, alvo, instrumento e saber. A diferença de “perspectiva” talvez seja a maneira mais explícita através da qual se pode iniciar uma distinção entre práticas concebidas desde a anátomo-política e desde a biopolítica. Práticas que possuem uma perspectiva microscópica, que se detenham em questões pontuais, diminutas, que envolvem uma quantidade reduzida de sujeitos, metas de pequena proporção, poucas informações etc. tendem a estar mais relacionadas à anátomo-política. Por outro lado, práticas que possuem uma perspectiva macroscópica, que almejam lidar com questões abrangentes, difusas, que envolvem coletividades, metas de vasta proporção, longas sistematizações de informações etc. tendem a estar mais relacionadas à biopolítica.

Já a pista relativa ao “princípio de adequação” diz respeito às maneiras através das quais estas formas de poder definem os parâmetros para suas intervenções. As práticas de intervenção que buscam adequar as variações a certas normas tendem a estar mais relacionadas à anátomo-política, enquanto aquelas que buscam adequar as variações a certos patamares de normalidade tendem a estar mais relacionadas à biopolítica. No âmbito da anátomo-política são as normas que definem o *anormal*, que deverá vir a ser ajustado. Por outro lado, no âmbito da biopolítica são *diferenças de normalidade* que definem as normas. De forma simplificada, no primeiro caso as adequações são feitas de acordo com normas (que antecedem a distinção normal/anormal), enquanto no segundo caso as

adequações são feitas de acordo com parâmetros de normalidade (que antecedem a definição das normas).

Assim como a primeira, a terceira das pistas é também bastante evidente. As práticas que têm como “alvo” problemas de saúde individuais tendem a estar mais relacionadas à anátomo-política. Estas práticas geralmente estão dedicadas ao conhecimento, modificação, controle ou solução de problemas de saúde possuídos por indivíduos passíveis de serem separadamente identificados. Por outro lado, as práticas que têm como alvo condições de saúde populacionais tendem a estar mais relacionadas à biopolítica. Estas práticas geralmente estão dedicadas ao conhecimento, modificação, controle ou melhoramento de condições de saúde apresentadas por conjuntos populacionais mais ou menos amplos.

A quarta pista, o “instrumento”, diz respeito aos mecanismos utilizados pelas duas formas de poder para produzirem suas intervenções. As práticas que envolvem atuações estritamente sobre os corpos para produzirem efeitos diversos tendem a estar mais relacionadas à biopolítica. Num certo sentido, a perspectiva mais macroscópica própria à biopolítica permite certo descolamento dos corpos para com uma perspectiva mais abrangente acerca dos indivíduos. Por outro lado, as práticas que envolvem atuações sobre as individualidades (não apenas, digamos assim, sobre os corpos) para produzirem efeitos diversos tendem a estar mais relacionados à anátomo-política. De forma inversa, a perspectiva mais microscópica própria à anátomo-política impede o descolamento dos corpos para com as diversas “dimensões” que “compõem” os indivíduos⁹⁵.

Por fim, os “saberes” que alicerçam as práticas também servem como uma pista útil e mais facilmente perceptível. As práticas que se servem predominantemente dos saberes da medicina tendem a estar mais relacionadas à anátomo-política. Por outro lado, as práticas que se servem predominantemente dos saberes da epidemiologia tendem a estar mais relacionadas à biopolítica.

Como afirmado anteriormente, não há uma anterioridade ou uma separação perfeita entre as lógicas da anátomo-política do corpo e da biopolítica da população. As práticas normalmente dão ênfase a uma delas, mas raramente deixam de conjugá-las. De forma que, ao desenvolverem seus trabalhos, as profissionais não saltam de uma para a outra, mas tentam articulá-las em função dos fatores e dos objetivos envolvidos em cada atividade em particular. Talvez este incessante e sistemático deslizamento explique, ao menos em parte, certo incômodo existente entre as profissionais em torno da finalidade e do alcance de suas atividades. Durante o trabalho de campo em Belo Horizonte era muito evidente que as

⁹⁵ Especialmente no que tange a esta pista é interessante ressaltar que estão sendo discutidas apenas algumas direções mais gerais das práticas formuladas no interior das políticas de saúde da família. Seguramente, em outros tipos de processos de estatização questões tais como os “ambientes” ou as “diferenças sociais” ganhariam maior peso, e assim poderiam servir de pistas no que tange aos “instrumentos” de exercício do poder disciplinar e do biopoder.

profissionais manifestavam certa sensação de que “algo vai mal, e não haverá solução”. Esta se direcionava não às suas condições de trabalho, mas à possibilidade de suas ações alcançarem plenamente seus objetivos quanto ao melhoramento das condições de saúde globais das populações pelas quais eram responsáveis. No trabalho de campo em Havana percebi apenas rastros dessa mesma sensação, mas creio que menos em função da possibilidade de que as profissionais cubanas não compartilhem desta sensação, mas principalmente em decorrência do contato mais reduzido que com elas mantive. Se isto for verdade, concebo que esta sensação deriva consideravelmente do fato de que as atividades das profissionais encontram-se no centro da junção entre dois campos de ação distintos.

Por um lado, as profissionais se dedicam ao enfrentamento dos problemas de saúde de suas pacientes. Neste nível de ação elas têm razoavelmente bem fixados os limites e os pontos de chegada de suas intervenções (a cura de uma paciente, sua inserção em um tratamento, a classificação das pacientes em certos grupos etc.). Entretanto, por outro lado as profissionais têm como pano de fundo de suas ações o melhoramento global das condições de saúde das populações pelas quais são responsáveis. Ocorre que neste nível de ação não existem limites ou pontos de chegada fixos. A noção de população implica na consideração para com fenômenos essencialmente instáveis e variáveis. Além disso, o aprimoramento da população se faz um objetivo sem fim, já que os padrões a serem buscados não são rígidos, havendo sempre algo a ser mais bem equilibrado ou aperfeiçoado. Sendo assim, por mais que as profissionais possam ser eficientes na resolução dos problemas de suas pacientes, jamais lograrão um sucesso definitivo nos cuidados que oferecem às populações pelas quais são responsáveis.

Ao longo do trabalho de campo em Belo Horizonte, quando pude acompanhar inúmeras reuniões entre as profissionais nas quais eram definidas suas estratégias de ação, pude observar ainda certos pormenores que trespassavam a transformação de problemas populacionais em problemas individuais. Do ponto de vista da formatação dos objetivos mais amplos de seus trabalhos, as profissionais lidavam com dois quadros populacionais – ambos em regra formados a partir de dados estatísticos e de certas categorias de situações de saúde (número de gestantes, porcentagem de diabéticas etc.). De um lado elas tinham então um “quadro populacional ideal (provisório)”. Em contraposição a este elas tinham um “quadro populacional real (imediate)”. Suas tarefas eram, por conseguinte, produzir estratégias para que o segundo quadro se transformasse ou, pelo menos, se aproximasse do primeiro.

Como é de se supor, esse tipo de contraposição não era explicitamente enunciada em todas as ações das profissionais, tampouco era sempre cabalmente expressada enquanto tal. No entanto, elas propendiam a se tornar mais comuns e evidentes naquelas circunstâncias nas quais todas as EqSF de um mesmo Centro de Saúde se reuniam para

debater os resultados de seus trabalhos e as metas a serem alcançadas. Em uma destas reuniões que tive a oportunidade de acompanhar a gerente do Centro de Saúde apresentou ao conjunto de suas profissionais uma série de *slides* que exploravam a relação entre resultados dos trabalhos, metas a serem alcançadas e estratégias a serem adotadas. Ao final do evento pude fazer uma cópia eletrônica destes *slides*. Por meio das Figuras 74, 75 e 76, abaixo, reproduzo alguns deles.

Figura 74: *Slide* apresentado em uma reunião de profissionais de um Centro de Saúde – 1

7º Proporção de adultos hipertensos captados / atendidos

Nº de hipertensos estimados de 25 a 59 anos na área e período.

Parâmetro: Serão considerados como casos esperados para hipertensão, a prevalência de 25,8% da população com idade maior ou igual a 25 anos.

Ano de 2009 = $\frac{324 \times 100}{1611} = 20,11\%$

Ano de 2008 = $\frac{14 \times 100}{1205} = 1,16\%$

Comentários:

Proposta para toda unidade em relação aos hipertensos:

- Notificação no prontuário eletrônico.
- Atendimento através do protocolo HAS
- Registrar visitas domiciliares no sistema
- Fazer estratificação do risco cardiovascular
- Informar conseqüências da doença no caso do controle inadequado por parte do usuário
- Renovação de receitas somente através de consulta
- Identificar em toda área de abrangência usuários acompanhados por generalista, por especialistas e convênios
- Saber exatamente o nº de hipertensos, considerando as situações citadas.

Obs= Com certeza no ano de 2008 houve sub-registro, além do que no sistema faltam dados de uma equipe de saúde.

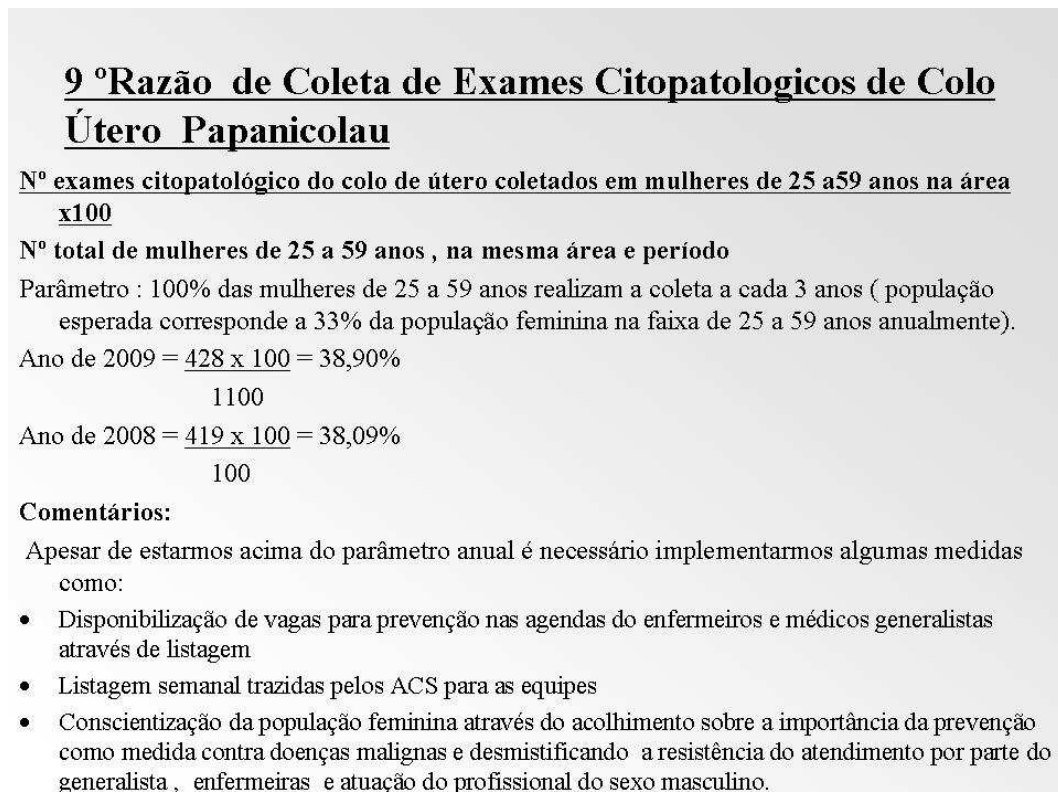
A Figura 74, acima, oferece uma análise do número de pacientes hipertensas, com idade entre 25 e 59 anos, “captadas/atendidas” pelo Centro de Saúde⁹⁶. Percebe-se a assunção de um “parâmetro” populacional forjado com base em patamares de normalidade, ou seja, a partir de análises estatísticas referentes à presença de indivíduos com este tipo de problema de saúde em quadros populacionais ordinários, não lastreados especificamente à população do território em questão. O Centro de Saúde teria então como tarefa buscar “captar/atender” uma quantidade de pacientes portadoras deste tipo de problema de saúde ao menos próxima deste “parâmetro”. Para fazê-lo, foram oferecidas oito propostas. Dentre estas, sete estavam direcionadas à modificação e/ou aperfeiçoamento do modo como as

⁹⁶ É digno de nota o uso do vocábulo “captados” lado a lado ao de “atendidos”, uma vez que remete à ideia de que as pacientes “atendidas” estariam, simultaneamente, passando a integrar, na condição de objetos, os diversos dispositivos existentes na política de saúde da família, sendo, portanto, por ela “captadas”.

profissionais trabalhavam. E, dentre estas sete, pelo menos cinco (a primeira, a segunda, a terceira, a sétima e a oitava) estavam relacionadas diretamente a mecanismos de produção e/ou registro de informações. Este fato, em conjunto com o que é assinalado na observação posta ao final do *slide*, explicita a importância destes mecanismos no que tange à dinâmica das atividades do Centro de Saúde. Por fim, é importante observar que a quinta proposta sugere, através da oferta de informações, uma atuação dirigida à modificação da forma como as pacientes lidam com seus problemas de saúde.

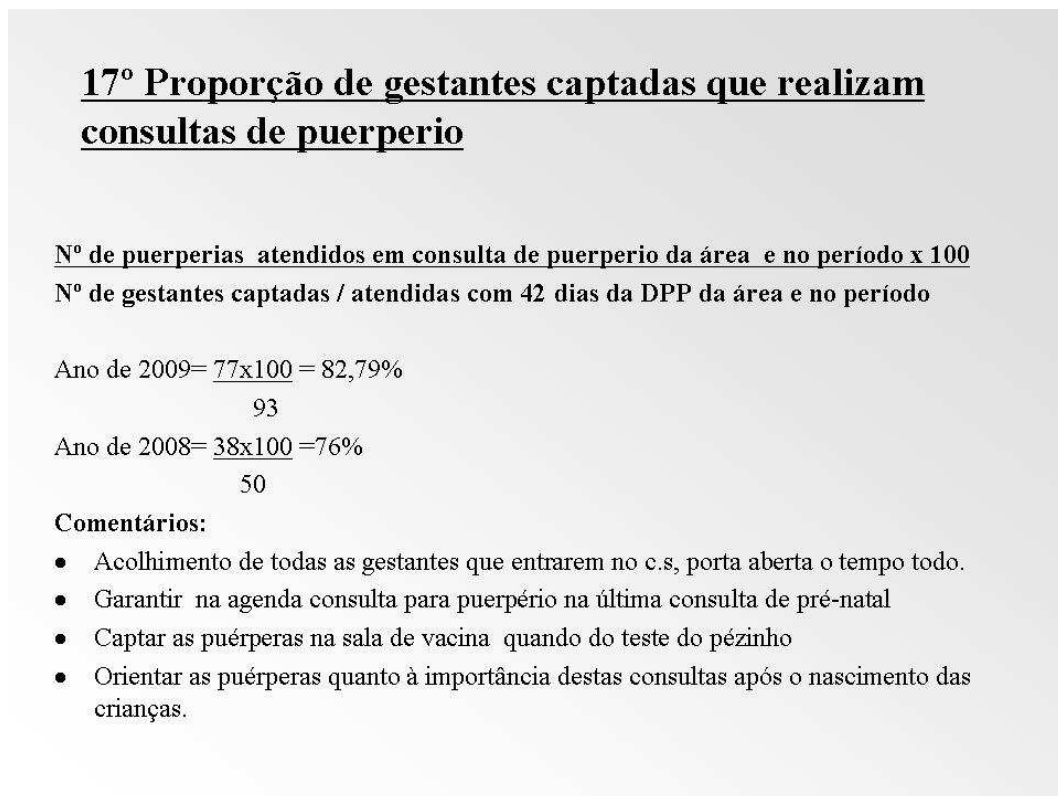
Já a Figura 75, abaixo, trata do número de mulheres residentes na área de abrangência do Centro de Saúde que realizariam exames citopatológicos do colo do útero. O procedimento de enfrentamento da questão é semelhante àquele exposto pela Figura 74, acima. A diferença aqui é que, supostamente, o Centro de Saúde teria superado o “parâmetro” anual esperado. Concebo que se trata de uma suposição porque os dados apresentados não consideram a possibilidade de que uma mesma mulher possa realizar o exame mais de uma vez no intervalo de três anos. De todo modo, não obstante o Centro de Saúde ter alcançado o “parâmetro” estabelecido, ainda assim são definidas ações no sentido do melhoramento das ações, o que sugere uma busca constante pelo aprimoramento das formas de intervenção das instituições. Por fim, é sobremaneira importante destacar que a última “medida” exposta para empreender este aprimoramento consiste na “conscientização da população”.

Figura 75: *Slide* apresentado em uma reunião de profissionais de um Centro de Saúde – 2



Por fim, a Figura 76, abaixo, prossegue com o mesmo tipo de abordagem explicitado pelas Figuras anteriores. Neste caso, estava em questão a relação entre as gestantes “captadas” pelo Centro de Saúde que foram atendidas em consultas de puerpério e aquelas com as quais isso se deu nos 42 dias seguintes à data provável do parto. Não há dúvidas de que a meta ideal subentendida é de que esta proporção alcançasse o patamar de 100% das pacientes. Pode-se observar que, neste caso, as duas primeiras ações sugeridas dizem respeito à ampliação do acesso aos serviços da instituição. Já a terceira ação sugerida versa sobre a possibilidade das pacientes serem “captadas” nas circunstâncias em que estiverem utilizando um serviço distinto. E, finalmente, a quarta e – não por acaso – última ação propõe uma intervenção sobre a forma como as pacientes concebem suas experiências, a ser feita através de certa “orientação”.

Figura 76: *Slide* apresentado em uma reunião de profissionais de um Centro de Saúde – 3

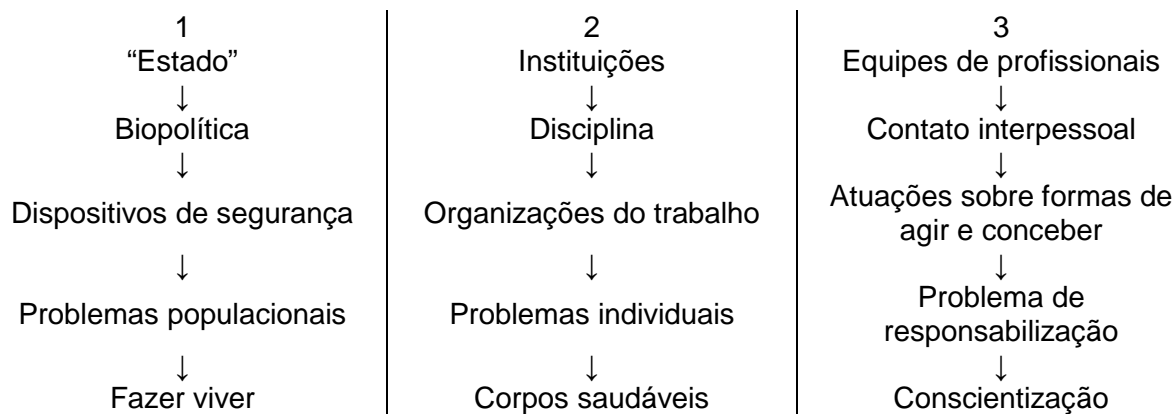


Poderia arrolar aqui outras circunstâncias nas quais discussões similares foram por mim presenciadas no decorrer do trabalho de campo. Tal como entendo – e creio que as três Figuras acima apresentadas evidenciam –, o ponto a ser salientado é que, de um modo geral, para alcançarem a adequação acima citada entre o “quadro populacional ideal (provisório)” e o “quadro populacional real (imediatos)” as profissionais dos Centros de Saúde, na maioria das vezes, lançavam mão de três alternativas que, normalmente, se conjugavam de forma sequenciada. A primeira alternativa correspondia a reorganizações de

suas atividades. O suposto é que se suas atividades estivessem bem concebidas, estruturadas, planejadas etc., poderiam intervir de maneira eficiente e assim alcançar a adequação desejada entre os dois quadros. Mas quando julgavam que suas atividades não careciam de qualquer reorganização, as profissionais então normalmente acionavam uma segunda alternativa. Estas correspondiam ao estabelecimento de um maior controle sobre suas pacientes. O suposto é que suas atividades talvez não estivessem alcançando sucesso porque as pacientes não se engajariam nelas na medida e/ou da maneira devida, havendo a necessidade de que elas fossem mais controladas. Mas quando julgavam que suas atividades não careciam de qualquer reorganização e que não poderiam controlar mais suas pacientes, ordinariamente era então acionada a terceira alternativa. As profissionais afirmavam que as pacientes deveriam ser “*conscientizadas*”, pois com esta “*conscientização*” elas “*cuidariam melhor de suas saúdes*”. Esse percurso entre o “quadro populacional ideal (provisório)” e a “*conscientização*” da paciente me sugere certa admissão da improbabilidade de que tão somente formas rígidas de domínio sobre as condutas individuais sejam capazes de transformar as condições de saúde dos indivíduos.

A insistência das profissionais dos Centros de Saúde em mencionarem a necessidade das pacientes se “*conscientizarem*”, e o fato delas constantemente afirmarem que a “*falta de responsabilidade*” das pacientes seria um dos principais prejudicadores do bom desenvolvimento dos tratamentos médicos e das atividades promovidas pelas EqSF me leva a crer que há uma ordem de problemas que pode ser, apenas inicialmente, relativamente distinguido daqueles mais característicos da biopolítica e da disciplina. Para alcançarem seus objetivos as profissionais precisariam gerar transformações nas formas de conceber e de agir de suas pacientes. Como as profissionais recorrentemente diziam, precisariam “*convencer*” as pacientes a “*colaborarem*”, pois apenas assim conseguiriam êxito em suas empresas. Para alcançarem esta “*conscientização*”, este “*convencimento*”, as profissionais geralmente definiam como estratégia a promoção de mais “*conversas*” com as pacientes, nas quais seriam “*passadas orientações*”.

Neste prisma, no âmbito das políticas de saúde da família teríamos três distintos campos, conforme apresentado pelo esquema abaixo:



No primeiro campo haveria o “Estado”, caracterizado pelo exercício do biopoder e que, através de dispositivos de segurança, procura lidar com problemas populacionais com o objetivo de *fazer viver*. Já no segundo campo haveria as instituições da política de saúde da família, caracterizadas pelo exercício do poder disciplinar e que, através de formas de organização do trabalho de profissionais, procuram lidar com problemas individuais com o objetivo de produzir corpos saudáveis. Finalmente, no terceiro campo haveria as equipes de profissionais que, em sendo capazes de empreender contatos pessoais com as pacientes, atuariam sobre suas ações e concepções, lidando assim com certo problema de “*responsabilização*”, com o objetivo de “*conscientizarem*” as pacientes⁹⁷.

A exibição deste esquema tem a pretensão de tão somente indicar que o enfrentamento de problemas populacionais acaba, no limite, se transformando num problema de transformação de subjetividades. Não há transformação da população sem transformação dos corpos, assim como não há transformação dos corpos sem transformação das subjetividades. No entanto, a rigor, as divisões sugeridas por este esquema não se sustentam se confrontadas com qualquer uma das dinâmicas das políticas de saúde da família. Tal como entendo, e reitero, o que se passa com as políticas de saúde da família são múltiplos processos de estatização que atravessam estes e outros campos, combinando elementos diversos com vistas à produção de objetivos específicos.

Para que os processos de estatização se deem é indispensável o estabelecimento de relações entre os elementos que os compõem. Quando estas relações se consolidam surgem então vínculos entre estes elementos. Portanto, mais adequado não é entendermos que nas políticas de saúde da família são estabelecidos vínculos entre “Estado” e população. Mais adequado é entendermos que, nos processos de estatização que compõem as políticas de saúde da família, são estabelecidos vínculos entre os diferentes

⁹⁷ É importante frisar que, no que tange ao contexto dos Centros de Saúde, a noção de “responsabilidade” é acionada pelas profissionais especialmente enquanto uma queixa. Seria a “falta de responsabilidade” das pacientes que produziria o insucesso de determinadas ações e/ou tratamentos. Para a análise de um contexto distinto, no qual a problemática da responsabilização aparece sob outros termos – neste caso através da imputação de responsabilidade ao sujeito para com seu adoecimento, em desconsideração às suas condições de vida –, ver Teixeira (2012).

elementos que participam destes mesmos processos de estatização. Como será discutido no próximo item, os tipos destes vínculos e suas inter-relações dependerão dos elementos que os constituem e de certas características que os tornam distinguíveis entre si.

29. Multiplicidade, simultaneidade e sistematicidade de vínculos

O tema das “relações” é constitutivo da antropologia. Ao longo da história da disciplina a este vocábulo foram acrescentados adjetivos ou designativos diversos, na intenção de marcar diferenças de enfoque, de perspectiva e de objeto. Falou-se de “relações sociais”, de “relações culturais”, “relações simbólicas”, “relações étnicas”, “relações raciais”, “relações de poder”, “relações entre saberes” etc. A estas diferenças de abordagem para com o tema das relações geralmente se associaram tentativas de assinalar diferenças internas no campo da antropologia, com o acréscimo de adjetivos ou designativos igualmente variados. Daí a profusão de ramos que caracterizam a genealogia da disciplina: “antropologia social”, “antropologia cultural”, “antropologia estrutural”, “antropologia da política”, “antropologia da religião” etc. Cada abordagem se definiria pelo privilégio de conteúdos teóricos, técnicas de pesquisa e materiais de análise específicos. Cada abordagem daria maior ou menor peso aos múltiplos elementos que – se assim se poderia afirmar – conformam a experiência humana: aos “valores sociais”, aos “constrangimentos materiais”, às “intenções individuais”, aos “sistemas de práticas”, aos “sistemas simbólicos” etc. Num sentido amplo, tanto a formação em antropologia quanto a estruturação de um trabalho no âmbito da disciplina, envolveriam o reconhecimento destas variações e a opção por certo adensamento em parte dessa miríade de ramificações.

Sem pretender se inserir de maneira fixa em nenhum campo particular, este trabalho inevitavelmente segue a esteira desse processo. Através de uma estratégia comparativa entre os contextos de Cuba e do Brasil, almejou-se compreender como é estabelecido um tipo específico de relação nas esferas das políticas de saúde da família dos dois países. Tratou-se de perceber como são construídos “vínculos” entre os elementos que compõem estas políticas. No entanto, os vínculos não são fenômenos que fazem parte apenas de meus interesses. Vínculos são fenômenos que também fazem parte das reflexões e das ações internas aos contextos das políticas de saúde da família. Sendo assim, a discussão proposta por este trabalho passa por um diálogo com a forma como a noção de vínculo é utilizada nestes contextos.

O contato com a bibliografia especializada e com os locais de execução das políticas de saúde da família do Brasil e de Cuba permite notar que certa ideia de vínculo é sistematicamente empregada em vários de seus campos. Normalmente ela é apontada diretamente, ou seja, o termo “vínculo” é usado para indicar determinados processos. Em

outras ocasiões esta palavra não é explicitada, mas os significados que a circundam são utilizados de forma importante para a construção de diversas narrativas. Num primeiro momento, podemos perceber a noção de vínculo sendo usada nos debates sobre os fundamentos da proposta de atenção primária à saúde. Os quatro excertos abaixo demonstram este uso:

Comprehensiveness, continuity and person-centredness are critical to better health outcomes. They all depend on a stable, long-term, personal relationship (a feature also called 'longitudinality') between the population and the professionals who are their entry point to the health system (WHO, 2008:50).

[...] o vínculo da população com sua fonte de atenção deveria ser refletida em fortes laços interpessoais que refletissem a cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde (STARFIELD, 1998:62). As interações entre profissionais e pacientes contribuem para o estabelecimento de relações de longa duração, que facilitam a efetividade na atenção primária. São os meios pelos quais os médicos aprendem a respeito de muitos, se não da maioria, dos problemas dos pacientes e como os pacientes aprendem a respeito da maioria dos aspectos de sua atenção. Embora as interações entre pacientes e profissionais ocorram no decorrer da consulta e do encaminhamento, é a amplitude e a profundidade do contexto que distingue as interações na atenção primária daquelas de outros níveis de atenção (STARFIELD, 1998:292).

A essência da longitudinalidade é uma relação pessoal que se estabelece ao longo do tempo, independentemente do tipo de problemas de saúde ou mesmo da presença de um problema de saúde, entre indivíduos e um profissional ou uma equipe de saúde. Uma equipe de APS [atenção primária à saúde] tem a oportunidade de acompanhar os diversos momentos do ciclo de vida dos indivíduos, de suas famílias, da própria comunidade e, por intermédio dessa relação, a equipe conhece as pessoas, suas famílias e comunidade, e estes conhecem a equipe de saúde. O vínculo e a responsabilização, contidos na proposta brasileira, referem-se a esse conceito (CONASS, 2007:41).

Como se pode observar, no que tange aos debates sobre a proposta de atenção primária à saúde, a noção de vínculo é fortemente associada à de "longitudinalidade", que possui sua própria especificidade. Porém, como se evidenciará mais à frente, especialmente no Brasil, na medida em que a noção de vínculo se aproxima do campo da política de saúde da família ela vai ganhando uma cada vez maior independência relativa, além de contornos próprios.

Num segundo nível, podemos constatar que a noção de vínculo é apropriada pelos documentos brasileiros e cubanos que intentam formatar os parâmetros das políticas de saúde da família. Em Cuba o termo "vínculo" não é usado, mas percebemos o emprego de seus significados tanto no documento orientador da política de saúde da família do país (primeiro excerto a seguir), quanto no Código de Ética do Médico da Família (segundo excerto a seguir), cujos trechos são abaixo apresentados:

La estrecha unión del médico y la enfermera a la comunidad y la participación de las masas en la solución de sus problemas de salud continuarán determinando los cambios positivos en el estado de salud de ésta y posibilitará alcanzar nuevas metas en el propósito de continuar mejorando los indicadores de salud de nuestra población (CUBA, 2011b).

Las particularidades que caracterizan su trabajo, que se desarrolla fundamentalmente en el terreno, necesaria y convenientemente deben promover amistad, confianza y respeto entre el médico y la población por cuya salud debe velar. Esto a la vez determina que los principios de la ética médica tengan que ser cuidadosamente observados y algunos ampliados. [...]. Su función esencial, ser guardián de la salud, implica que debe estar en estrecho contacto con las familias que atiende, visitar sus hogares, familiarizarse con sus hábitos de vida, higiene, cultura y todos los aspectos que directa o indirectamente influyen en la salud (CUBA, 1984).

Por sua vez, os documentos brasileiros são mais diretos no uso da noção de vínculo, que vem sendo adotada como um dos parâmetros fundamentais para a boa execução da política de saúde da família no país. A leitura dos excertos abaixo permite entrever este uso, assim como a forma que tal ideia assumiu no Brasil:

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. A Atenção Básica tem como fundamentos: [...]. III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2006b).

Na rede psicossocial, compartilhamos experiências e estabelecemos relações mediadas por instâncias. No caso da instância instituição de saúde, a aproximação entre usuário e trabalhador de saúde promove um encontro, este “ficar em frente um do outro”, um e outro sendo sujeitos, com suas intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, de habilidades e expectativas diferentes, em que um, o usuário, busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade. Desse modo cria-se um vínculo, isto é, processo que ata ou liga, gerando uma ligação afetiva e ética entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos (BRASIL, 2008b:70)

O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico (BRASIL, 2011).

Acompanhando as formulações produzidas em âmbito nacional, a noção vínculo foi sendo tomada pelos arranjos municipais da política de saúde da família no Brasil. Os dois fragmentos abaixo indicam como ela foi apropriada em Belo Horizonte:

Foram definidas as diretrizes assistenciais do processo de trabalho: o acesso universal, o estabelecimento de vínculo e a responsabilização do cuidado, a autonomização do usuário, a atuação em equipe, a assistência integral e resolutiva, a atenção generalista do médico da saúde da família, a equidade, a participação no planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais e o acolhimento (TURCI, 2008:35).

[...] as equipes são responsáveis por população específica, adscrita a elas, e devem estabelecer vínculo com esses usuários, o qual pode se dar por meio de relações claras e próximas, integração com a comunidade e com os indivíduos, através da afetividade, relação terapêutica e continuidade do cuidado nos diversos momentos de encontro ocorridos no território, nos serviços, no consultório ou nos grupos. Significa tornar-se referência, individual e/ou coletiva, para os pacientes manifestada em fortes laços interpessoais que reflitam a cooperação mútua entre usuários e profissionais de saúde (TURCI, 2008:51).

Mas a ideia de vínculo não ficou restrita aos documentos produzidos por instâncias centralizadas do “Estado” responsáveis pela formulação das diretrizes das políticas de saúde da família. A maioria das profissionais também a assumiu como uma das dinâmicas

que comporiam a especificidade de suas ações. Os trechos abaixo apresentam algumas explicitações desta adoção com as quais tive contato no decorrer dos trabalhos de campo em Belo Horizonte e em Havana:

Programa Saúde da Família [é] um serviço que foi criado ou melhor “reorganizado” em 1994, mas na comunidade de Venda Nova ele chegou em 2000. [...]. Porém com o programa do PACS, somente no ano 2002 começaram a implantação das primeiras equipes de saúde visando vincular a população à UBS, neste programa o Centro de Saúde é a porta de entrada para a população aos demais serviços (Descrição sobre a política de saúde da família no caderno de uma ACS – ver Figura 52, pág. 195 deste trabalho).

Eu consigo perceber que nas equipes que têm maior vínculo com a comunidade, você tem uma resolubilidade melhor naquela equipe. Aquelas equipes que não criam vínculo, que tudo é “não, não, não”, você vê esses usuários dessa equipe vindo procurar mais a gerência, reclamando mais na Ouvidoria SUS. Então você percebe que com aquele usuário que tem vínculo as coisas fluem melhor. Aqueles que não têm, há um muro ali que não passa. Você percebe isso aqui. Muito bem claro (Gerente de um Centro de Saúde de Belo Horizonte no qual o trabalho de campo foi realizado).

É pela questão de uma palavrinha chave da saúde da família que é o vínculo. O interessante, que eu acho interessante do PSF, é a criação desse vínculo. Então assim, você acompanhar aquela gestante, e na maioria das vezes você acompanhar aquele bebê depois que nasce. Então assim, você vai construindo... você passa a ser... você se torna parte mesmo da família daquela pessoa. Então eu acho que o vínculo diferencia o enfermeiro da atenção básica, da atenção primária, do enfermeiro do hospital, do pronto-socorro (Enfermeira de um Centro de Saúde de Belo Horizonte no qual o trabalho de campo foi realizado). Para os trabalhadores dos grupos 1, 3 e 6 [grupos focais com os quais se deu a pesquisa], a visão do que vem a ser vínculo traduz o aspecto humanizado de: É ser uma família, amizade, compreensão, participação e união de todos (COELHO & JORGE, 2009:1527).

El hecho de que la comunidad, cualquiera que sea la característica, cultural... Cuando la comunidad tiene un médico en el centro, que ven que se dedica a atenderlo, es protegido por esta comunidad. La comunidad hace una fidelidad con el médico. Cuando el médico la atiende, cuando este médico está a seguirle, cuando conversa, cuando lo ven como un ser humano que es profesional médico. Es decir que el propio humanismo del médico... la comunidad lo apoya, la comunidad lo lleva, lo quiere, lo protege, lo cuida (Médico de um CMF de Havana).

Por fim, é interessante observar como a noção de vínculo foi apropriada pelos estudos que se dedicaram à análise das políticas de saúde da família. Podemos encontrar este uso em uma grande quantidade de trabalhos produzidos tanto em Cuba quanto no Brasil. Os excertos abaixo são apenas alguns deles, selecionados por apresentarem de modo mais explícito a adoção da ideia de vínculo:

Entre janeiro de 2009 e setembro de 2010 foram realizados por volta de 4.900 atendimentos em saúde mental, sendo que cerca de 90% tiveram indicação para retorno e apenas 10% para alta. Além disso, 21% foram primeiras consultas e 79% eram consultas subsequentes. Esses dados demonstram que esta equipe tem trabalhado a questão do vínculo e da responsabilização do cuidado, conseguindo alta aderência e continuidade ao tratamento (Cartaz “Intervenções em saúde mental em uma UBS de Belo Horizonte”, pregado na parede de um dos Centros de Saúde de Belo Horizonte nos quais o trabalho de campo foi realizado).

Além disso, o PSF propõe uma ampliação do lócus de intervenção em saúde, incorporando na sua prática o domicílio e espaços comunitários diversos. Tal característica vem contribuindo para o fortalecimento do vínculo entre profissionais das equipes e a comunidade local (NUNES et al., 2002:1640).

O médico de família cuida das pessoas em todas as fases da vida, estabelecendo vínculos de confiança e responsabilizando-se pela promoção da saúde, prevenção de doenças e pelo tratamento. Ele não perde de vista o paciente, mesmo quando é necessário um tratamento mais especializado (SOUSA, 2007:72).

Si el médico mantiene vinculación permanente con sucesivas generaciones en una familia su habilidad para tratar los problemas indiferenciados aumenta al crecer su conocimiento de todos los antecedentes familiares. En virtud de este vínculo mantenido y esta asociación íntima con la familia, el médico desarrolla un conocimiento exhaustivo de la naturaleza de una familia y su funcionamiento. Esta habilidad para observar el entorno familiar, le permite adquirir una valiosa intuición que mejora la calidad de la atención médica (LAGO & CRUZ, 2008:60).

El elevado grado de satisfacción de la población por los servicios que recibe, además de las magníficas relaciones médico-enfermera con la población atendida los coloca en inmejorables condiciones para convertirse en educadores de la comunidad (SINTES, 2008:73).

O vínculo como tecnologia leve das relações no PSF parte do princípio de que os profissionais deverão estabelecer a responsabilização pela área adscrita, conseqüentemente, ocorre uma interação geradora de vínculos, "laços", entre os trabalhadores da saúde e os usuários, necessária ao mecanismo tecnológico para o desempenho do trabalho, de acordo com as diretrizes que norteiam a prática do PSF (COELHO & JORGE, 2009:1524). O vínculo é uma conquista, não um acontecimento imediato. Quanto mais apropriado for o vínculo, melhor será o resultado, maior a troca de saberes entre trabalhadores da saúde e a comunidade (*idem*, 2009:1527)

Esta estratégia prioriza ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, procurando facilitar o acesso aos serviços de saúde e um atendimento personalizado, mais acolhedor, mantendo uma relação de vínculos direta com a clientela e responsabilidades com relação à manutenção da saúde daquela comunidade (NERY et al., 2009:1412). Na mesma direção, a compreensão da realidade vivida pelos usuários fortalece o vínculo da equipe de saúde e amplia a possibilidade de resolução de problemas apresentados na USF (*idem*, 2009:1414).

Não há dúvida de que cada documento, autor ou sujeito caracteriza e/ou usa a noção de vínculo com alguma particularidade. Não obstante, através destes distintos campos nos quais a noção de vínculo vem sendo utilizada com frequência é possível identificar que os sentidos associados a ela tendem a convergir para uma mesma direção. Entendo que esta convergência possui quatro eixos principais. Primeiro, percebe-se a anúncia da ideia de vínculo como uma das características das políticas de saúde da família. Segundo, percebe-se que a ocorrência dos vínculos é associada a uma perspectiva processual. Os vínculos não se dariam imediatamente, mas precisariam ser construídos ao longo de certo período de tempo, podendo assim ser fortalecidos ou enfraquecidos no decorrer de suas formações. Terceiro, percebe-se que em regra o vínculo é anunciado como algo benéfico, algo positivo, algo que deveria ser valorizado e buscado no contexto da política de saúde da família. Quarto, e por fim, percebe-se que os vínculos corresponderiam às boas relações interpessoais estabelecidas entre profissionais e pacientes. Dessa forma, para que eles se dessem seriam necessárias certas "disposições" dos sujeitos em construí-los, certas

“afetividades interpessoais”, além de certas relações de longo prazo que, por seu turno, seriam impulsionadas pela responsabilização das profissionais para com populações residentes em determinados territórios. Enquanto “boas relações interpessoais”, no contexto das políticas de saúde da família os vínculos contribuiriam, simultaneamente, para o sucesso das ações das profissionais e para o melhoramento das condições de saúde das pacientes.

Nesta perspectiva ordinária a ideia de vínculo ganha um destacado conteúdo moral. De acordo com ela, não importa o quão forte ou relevante seja uma relação estabelecida no contexto da política de saúde da família, em não sendo considerada como moralmente “positiva”, “benéfica”, “salutar”, “edificante” etc., não seria caracterizada como um vínculo. Por outro lado, ainda nesta perspectiva ordinária, a ideia de vínculo é direcionada apenas para as relações estabelecidas entre sujeitos, com grande ênfase naquelas que se dão entre profissionais e pacientes. Não há assim uma consideração para com aquelas relações estabelecidas entre os sujeitos e os demais elementos que compõem as políticas de saúde da família, tais como, por exemplo, os valores, os saberes, as instituições, os espaços etc.

Em contraposição a esta perspectiva comum, neste trabalho opto por adotar uma noção de vínculo distinta. Entendo que a ideia de “boa relação interpessoal” é apenas uma dentre as formas pelas quais vínculos são formados no âmbito das políticas de saúde da família. Esta talvez seja uma concepção útil do ponto de vista do incentivo para o melhoramento das relações interpessoais nos contextos de efetuação das políticas de saúde da família. Contudo, certamente não é produtiva no que se refere ao estudo das múltiplas relações que se dão nestes contextos. Isso não significa que “boas relações interpessoais” não sejam relevantes, mas apenas que elas não esgotam todas as formas como vínculos são construídos.

O afastamento que proponho para com a noção de vínculo enquanto “boa relação interpessoal” pode ser observado pelo prisma da distinção erigida por Simmel (1983) entre “forma” e “conteúdo” no que tange à definição dos objetos de estudo da sociologia. Segundo o autor, a sociologia deveria se ocupar das formas assumidas pelas interações sociais ou, em suas palavras, das “formas de sociação”. Em cada realidade social particular estas diferentes “formas” poderiam apresentar “conteúdos” diversos. Nesse sentido, Simmel afirma:

Separar por abstração científica estes dois elementos, forma e conteúdo, que são na realidade inseparavelmente unidos; sistematizar e submeter a um ponto de vista metódico, unitário, as formas de interação ou sociação, mentalmente desligadas dos conteúdos, que só por meio delas se fazem sociais, me parece a única possibilidade de fundar uma ciência especial da sociedade como tal (1983:61).

Não creio ser necessário assentir que esta distinção entre forma e conteúdo conformaria a “única possibilidade” de construção de uma perspectiva sociológica. Não

obstante, entendo que ela nos ajuda a perceber que a noção de vínculo enquanto “boa relação interpessoal” se foca no conteúdo deste tipo de interação. Embora ela não deixe de possuir uma forma, esta é concebida com o sentido último de produzir certo conteúdo. Adotando outro ponto de vista, sugiro que a noção de vínculo seja compreendida a partir de um caráter formal, e não a partir de um conteúdo determinado.

Como evidencia o excerto acima citado, Simmel não deixa de salientar que, nos fenômenos sociais concretos, formas e conteúdos sempre se apresentam enquanto realidades unitárias. A distinção entre elas constituiria assim um empreendimento analítico. Contudo, esta distinção é extremamente proveitosa no que tange à discussão do estabelecimento de vínculos no âmbito das políticas de saúde da família porque nos permite destituí-los de conteúdos morais concebidos de antemão. Desse modo, podemos observar padrões de interação que, conquanto não sejam “simétricos”, podendo mesmo envolver situações de conflito, não deixam de possuir “positividade” quanto à produção de relações entre indivíduos ou grupos (SIMMEL, 1998). Sendo assim, de acordo com a metáfora do autor, o que tento formular é certa noção “geométrica” de vínculo, ou seja, uma noção abstrata mais abrangente capaz de assimilar variados conteúdos. Entretanto, diferentemente do modo como Simmel lida com a problemática das interações sociais, avalio que, no caso específico dos vínculos forjados no âmbito das políticas de saúde da família, deles não participam somente os indivíduos.

Isto posto, a noção de vínculo aqui proposta procura, por um lado, não atribuí-la quaisquer conteúdos morais e, por outro, não restringir os elementos que a compõem tão somente a profissionais e pacientes. Mas para melhor precisá-la faz-se necessário apontar sua especificidade diante de outros termos que, a princípio, possuiriam significados correlatos, tais como relação, laço, vínculo, nó, aliança, contato, união, acordo, pacto etc. Para tanto, parto de certa distinção entre a noção de “vínculo” e certa noção ampla de “relação”. Se admitirmos que “relação” corresponderia a qualquer tipo de conexão, contato ou ligação entre dois elementos, no âmbito da política de saúde da família incontáveis elementos estabeleceriam igualmente incontáveis relações. Proponho que, dentre estas várias relações, algumas sejam distinguidas enquanto “vínculos”. A ideia de vínculo seria então definida pela seguinte forma:

1. Constitui um tipo de relação. Não necessariamente entre sujeitos.
2. Constitui um tipo de relação que, do ponto de vista temporal, não se esgota na efetivação de apenas um evento isolado. Ou seja, perdura por um período mais ou menos largo dependendo do tipo de relação estabelecido. Isso significa que o vínculo não surge instantaneamente, possuindo um caráter processual.
3. Constitui um tipo de relação que de algum modo impacta as ações e percepções dos sujeitos nela envolvidos.

Assim definido, vínculo é um tipo de relação que se estende ao longo de determinado período de tempo e que atua sobre a maneira de pensar e de agir dos sujeitos que dele participam. Nos termos desta distinção, para os sujeitos uma relação tem significância apenas durante a sua realização, não tendo consequências do ponto de vista de suas percepções e ações posteriores. Por sua vez, um vínculo seria significativo para os sujeitos mesmo depois do término do evento imediato em que ele se realiza e, além disso, o significado dele para os sujeitos impactaria suas percepções e ações. Sendo assim, esta ideia de vínculo contempla as circunstâncias nas quais “boas relações interpessoais” se fazem presentes, mas não se restringe a estes tipos de relações.

Em um CMF acompanhei uma consulta na qual uma paciente solicitou que a médica lhe produzisse um documento atestando sua condição de saúde para que pudesse assumir determinado emprego. Aparentemente esta paciente não utilizava com frequência a instituição, tendo procurado-a apenas porque aquele documento era uma exigência do local onde viria a trabalhar. O contato entre ela e a médica se deu de forma bastante amistosa e eficiente. Após estar menos de meia-hora no CMF a paciente obteve o atestado de que precisava, tendo mantido uma conversa agradável com a médica. Acredito que esta paciente não possuísse, tampouco tenha iniciado a construção de um vínculo com a profissional. Para que fosse assim, a forma como se deu o diálogo entre elas não foi determinante, mas o fato de que a paciente parecia não manter uma relação de mais longo prazo com o CMF.

No capítulo IV (item 25, pág. 252) citei o caso de uma paciente que procurou um CMF distinto daquele responsável pela área onde residia. Ela desejava obter a receita de um medicamento e a médica de seu CMF de origem naquele dia não se encontrava na instituição. Era possível que esta paciente possuísse vínculos fortes e antigos com as profissionais do CMF responsável pelo local onde residia. Mas acredito que seja pouco provável que possuísse ou que tenha iniciado a construção de vínculos com as profissionais do outro CMF no qual foi atendida. Não parecia determinante o modo como se deu o contato entre elas, pois este encontro pareceu-me ser eventual e não ter impacto em suas percepções e ações.

Uma amiga em Havana afirmou-me que evitava, tanto quanto pudesse, utilizar o CMF que atendia sua residência. Não confiava na médica que lá trabalhava. Sua mãe, que também residia no território adscrito à mesma instituição, no passado havia sido duas vezes atendida por aquela médica num intervalo de poucos dias. Na época sua mãe estava com um problema cardíaco que não foi diagnosticado pela médica, o que teria colocado sua vida em risco. Avalio então que esta minha amiga, apesar de quase não utilizar o CMF e de não gostar de sua médica, possuía um vínculo com ela. Estava em questão uma relação que se

dava ao longo de certo período de tempo e que influenciava fortemente suas ações e percepções.

Estas três experiências indicam que, de acordo com a definição aqui proposta, a caracterização de uma relação enquanto vínculo deve ser feita apenas com relação a “eventos concretos”, e não a “tipos de eventos”. Uma conversa amigável, uma consulta, um cadastramento, uma visita domiciliar etc. não necessariamente produz um vínculo. Cada situação precisa ser analisada separadamente e adequadamente contextualizada. É necessário avaliar em que medida um evento envolve uma relação que se estende por um período de tempo mais amplo, bem como em que medida ele gera efeitos para com as maneiras como os sujeitos que dele participam pensam e agem.

Conquanto no âmbito das políticas de saúde da família os vínculos possuam este caráter contextual e plural, o trabalho de campo permitiu identificar certos padrões que, através de um esforço de simplificação, podem ser caracterizados como “tipos de vínculos”. Nesse sentido, não haveria apenas um tipo de vínculo ou, em outras palavras, os vínculos não possuiriam somente um conteúdo, tal como sugere a visão ordinária que o associa às “boas relações interpessoais”. Com base em algumas características distintivas e relevantes, é possível apontar maneiras relativamente padronizadas por meio das quais os sujeitos estabeleceriam relações no decorrer de certo período de tempo e que impactariam suas percepções e ações. Cada uma destas maneiras comporia um tipo de vínculo específico.

Abaixo apresentarei os tipos de vínculos que pude caracterizar a partir dos trabalhos de campo em Havana e em Belo Horizonte. A fixação dos limites e das características de cada um deles é, sem dúvida, um procedimento que reduz a complexidade das experiências reais que servem de material para suas construções. Desse modo, a feição esquemática e sintética que esta apresentação assume deriva da intenção de que ela ofereça pistas, de que sirva como ferramenta para análises posteriores em torno de contextos específicos, a partir deste reposicionamento da noção de vínculo. Não se almeja assentar linhas divisórias definitivas, tampouco esgotar todos os aspectos que envolvem estes tipos de vínculos. Nesse sentido, tal esquema consiste tão somente numa ferramenta analítica, numa perspectiva para a produção de interpretações sobre as relações que se dão no campo das políticas de saúde da família.

Apresento abaixo um total de 25 tipos de vínculos. Dispostos em ordem alfabética, seriam eles: cadastro; cidadania; circuito por instituições; compartilhamento de experiências; comunitário; condição de saúde; confiança em/desconfiança para com uma profissional; confiança/desconfiança na oferta dos serviços; conflito; consagração do modelo da política de saúde da família; consagração do saber médico; consagração do SUS; dinâmica institucional; divisão de responsabilidades; estabilidade profissional; informações sobre

outrem; necessidade; papéis sociais; interpessoal-afetivo; proximidade social; reconhecimento; registros médicos; relacionamento profissional; território; tratamento. Dada a diversidade dos sujeitos neles envolvidos, para suas caracterizações, como foi feito no restante deste trabalho, arbitrariamente privilegiei a consideração para com as pacientes, as ACS, as auxiliares de enfermagem, as enfermeiras e as médicas. Por outro lado, uma vez que entendo que deles não participam apenas os sujeitos, mas também outros elementos, em suas descrições, quando for o caso, mencionarei estes outros elementos que participam de suas constituições. Abaixo segue essa tipologia:

CADASTRO

Este é um tipo de vínculo presente tanto em Havana quanto em Belo Horizonte. Não é estabelecido diretamente entre sujeitos, mas entre as pacientes e o arranjo político-institucional das políticas de saúde da família. Pode ser estabelecido nas instituições (Centros de Saúde ou CMF), mas geralmente o é nas visitas domiciliares realizadas por profissionais. Na maioria das vezes surge nos primeiros contatos das pacientes com as instituições. Podemos percebê-lo sempre que as profissionais verificam a situação de pertencimento das pacientes às instituições e quando empreendem sistematizações em torno de dados populacionais relativos aos territórios pelos quais são responsáveis. Em Belo Horizonte também podemos percebê-lo nas visitas domiciliares realizadas pelas ACS, quando os cadastros estão sempre a ser atualizados. Em Belo Horizonte este tipo de vínculo, dado o sistema eletrônico que interliga todos os Centros de Saúde, dura enquanto as pacientes residirem na cidade. Ao que parece, em Havana ele dura enquanto a paciente residir na área de abrangência de um CMF, pois quando ela se muda para outra área seu cadastro precisa ser refeito. Para ser estabelecido, em Belo Horizonte é necessário o sistema Gestão Saúde em Rede, a existência de fichas específicas que sistematizam dados, que as pacientes residam na cidade, que elas apresentem documentos legitimados (carteira de identidade, comprovante de residência etc.) e que elas desejem ser cadastradas. Já em Havana, os mesmos elementos são necessários, exceto o sistema Gestão Saúde em Rede. Do ponto de vista das políticas de saúde da família, este tipo de vínculo tem como objetivo regular a oferta de serviços, organizando-os a partir do local de residência das pacientes. Ele tem como conteúdo o armazenamento e a manipulação de certas informações sobre as pacientes. Ele pode ser fortalecido ou enfraquecido pela disponibilidade ou indisponibilidade de recursos eletrônicos que armazenem e manipulem as informações das pacientes, pela quantidade de profissionais dedicadas ao recolhimento destas informações e pela maior ou menor necessidade da paciente em utilizar os serviços oferecidos pelas instituições. Em Belo Horizonte ele também pode ser fortalecido ou enfraquecido através da utilização dos “*cartões dos postos*”.

Este tipo de vínculo está relacionado, sobretudo, aos processos discutidos nos itens 14, 15, 19, 21 e 25 deste trabalho.

CIDADANIA

Este é um tipo de vínculo presente tanto em Havana quanto em Belo Horizonte, mas que em cada uma destas cidades parece se dar de uma maneira específica. Trata-se de um tipo de vínculo que atravessa diversos aspectos da política de saúde da família, mas que não se restringe a ela. Envolve preceitos legais, a construção de totalidades sociais e o compartilhamento de valores em torno das relações entre estas totalidades, os indivíduos que as compõem e os “Estados”. Dele participam quase todos os elementos que integram a política de saúde da família. Podemos percebê-lo quando se coloca em questão a razão da existência da política de saúde da família e de seus serviços. Nessas circunstâncias são acionadas narrativas que afirmam que a política de saúde da família seria uma maneira de atender a direitos fundamentais dos sujeitos, sendo uma responsabilidade do “Estado” promovê-la. No Brasil é fortalecido pela associação da política de saúde da família ao ideal de democracia. Em Cuba é fortalecido pela associação da política de saúde da família ao ideal de revolução.

Este tipo de vínculo está relacionado, sobretudo, aos processos discutidos nos itens 9, 10, 11, 12, 13, 22 e 25 deste trabalho.

CIRCUITO POR INSTITUIÇÕES

Este é um tipo de vínculo que pude vislumbrar de maneira bastante evidente em Belo Horizonte. Já em Havana não tive a oportunidade de observar de perto sua construção, embora acredite que ele também faça parte importante da política de saúde da família cubana. É estabelecido entre as pacientes e as demais instituições que compõem o sistema de saúde. Surge quando as pacientes que utilizam os Centros de Saúde ou os CMF precisam utilizar estas outras instituições. Para ser estabelecido depende da organização do sistema de saúde em diferentes instituições, de um sistema de regulação do trânsito de pacientes entre instituições e da necessidade das pacientes transitarem entre diferentes instituições. Do ponto de vista dos sistemas de saúde, tem como objetivo possibilitar e organizar o acesso das pacientes a tratamentos que as instituições das políticas de saúde da família não oferecem.

Este tipo de vínculo está relacionado, sobretudo, aos processos discutidos nos itens 8, 13, 14, 23, 25 e 26 deste trabalho.

COMPARTILHAMENTO DE EXPERIÊNCIAS

Este tipo de vínculo está presente de maneira similar em Havana e em Belo Horizonte. Pode ser estabelecido apenas entre pacientes, apenas entre profissionais ou entre pacientes e profissionais. É estabelecido em vários contextos, dentro e fora da política de saúde da família. Podemos percebê-lo sempre que alguma questão chama a atenção dos sujeitos para eventos pretéritos vivenciados por eles. Dura enquanto eles possuírem percepções comuns em torno de experiências similares, e enquanto estas experiências forem significativas para eles. Para ser estabelecido faz-se necessário que os sujeitos tenham vivenciado um mesmo evento ou então eventos similares, e que tenham para com eles percepções semelhantes. É fortalecido ou enfraquecido pela ocorrência de eventos compartilhados pelos sujeitos, e pela importância que eles atribuem a estes eventos.

Este tipo de vínculo está relacionado, sobretudo, aos processos discutidos nos itens 15, 16, 17, 24, 25 e 26 deste trabalho.

COMUNITÁRIO

Este é um tipo de vínculo presente tanto em Havana quanto em Belo Horizonte. Em Havana é comum que seja estabelecido por pacientes, médicas e enfermeiras. Já em Belo Horizonte normalmente é estabelecido por pacientes e ACS. Ele se dá quando os sujeitos residem num mesmo território definido pela política de saúde da família e mantêm uma relação forte com ela. Ele se dá neste território, mas não de forma externa à política de saúde da família. Neste contexto particular, o vínculo comunitário surge em relação à política de saúde da família, não sendo tão somente por ela apropriado. Por isso dura enquanto os sujeitos residirem no território em questão, mas também enquanto mantiverem relações fortes com a política de saúde da família. Nesse sentido, a maior ou menor necessidade do sujeito para com a política de saúde da família pode fortalecê-lo ou enfraquecê-lo.

Este tipo de vínculo está relacionado, sobretudo, aos processos discutidos nos itens 15, 16, 22, 25, 26 e 27 deste trabalho.

CONDIÇÃO DE SAÚDE

Este tipo de vínculo se apresenta de maneira semelhante em Havana e em Belo Horizonte. Geralmente é estabelecido somente entre pacientes. Podemos percebê-lo quando pacientes com uma mesma condição de saúde, ou com condições de saúde similares, compartilham um mesmo evento, uma mesma experiência ou uma mesma percepção acerca de suas condições de saúde. Para ser estabelecido depende da existência de uma mesma condição de saúde ou de condições de saúde similares, que são interpretadas de formas análogas

pelas pacientes. Pode ser enfraquecido ou fortalecido pelas importâncias atribuídas pelas pacientes às experiências vividas em decorrência de suas condições de saúde.

Este tipo de vínculo está relacionado, sobretudo, aos processos discutidos nos itens 8, 25 e 26 deste trabalho.

CONFIANÇA EM/DESCONFIANÇA PARA COM UMA PROFISSIONAL

Existentes tanto em Havana quanto em Belo Horizonte, estes tipos de vínculos são estabelecidos entre as pacientes e as profissionais. Podem ser constituídos em diversas circunstâncias e serem motivados tanto por várias ações das profissionais quanto por diferentes formas pelas quais as pacientes interpretam estas ações. Podemos percebê-los quando uma paciente privilegia/desprivilegia as ações, percepções ou orientações de uma profissional em benefício/detrimento das de outras profissionais, ainda que não as compreenda perfeitamente. Sua duração depende do tempo em que a paciente mantiver esta valorização dirigida a uma profissional. O vínculo da confiança geralmente é buscado pelas políticas de saúde da família como modo das pacientes efetuarem plenamente as indicações das profissionais.

Este tipo de vínculo está relacionado, sobretudo, aos processos discutidos nos itens 8, 25, 26 e 27 deste trabalho.

CONFIANÇA/DESCONFIANÇA NA OFERTA DOS SERVIÇOS

Este tipo de vínculo está relacionado à forma como as pacientes avaliam a possibilidade de obterem os serviços das instituições, das políticas de saúde da família, quando deles necessitam. Depende das experiências pretéritas das pacientes, de suas avaliações e dos serviços específicos aos quais estas avaliações são dirigidas. Ao que tudo indica, em Havana o vínculo da confiança é mais comum, enquanto em Belo Horizonte o da desconfiança é mais recorrente. Podemos percebê-los nos modos como as pacientes buscam as instituições e nas expectativas que manifestam quando empreendem estas buscas. Suas durações estão relacionadas às experiências das pacientes e às modificações nas suas percepções quanto às possibilidades de fazerem uso dos serviços oferecidos pelas instituições. As políticas de saúde da família buscam fortalecer o vínculo de confiança na oferta de seus serviços.

Este tipo de vínculo está relacionado, sobretudo, aos processos discutidos nos itens 8, 13, 14, 15, 19, 21, 22, 23, 25 e 26 deste trabalho.

CONFLITO

Este tipo de vínculo se faz presente em Havana e em Belo Horizonte. Ele deriva tanto das ações e percepções possuídas por pacientes e profissionais quanto das condições nas quais se dão suas relações. Pode ser constituído entre diferentes sujeitos, mas comumente é construído entre pacientes e profissionais. Seu surgimento ocorre numa infinidade de contextos. Podemos percebê-lo nas circunstâncias nas quais os sujeitos manifestam discordâncias quanto às ações a serem tomadas em situações específicas. Ele continua a existir enquanto estas discordâncias forem significativas para os sujeitos envolvidos. Conquanto divergências sejam comuns, para que se desenvolva este tipo de vínculo entre os sujeitos é necessário que elas envolvam eventos significativos para eles. Pode ser buscado pelos sujeitos, quando o percebem como uma maneira de alcançarem objetivos não compartilhados. Quanto mais estes objetivos forem divergentes e importantes para os sujeitos, mais este tipo de vínculo tende a ser fortalecido.

Este tipo de vínculo está relacionado, sobretudo, aos processos discutidos nos itens 8, 23, 24, 25 e 26 deste trabalho.

CONSAGRAÇÃO DO MODELO DA POLÍTICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Este tipo de vínculo é bastante comum entre profissionais e pacientes das políticas de saúde da família de Havana e de Belo Horizonte. Podemos percebê-lo nas manifestações de concordância para com as formas como estas políticas são concebidas e nas avaliações que dissociam seus modelos dos modos como elas são de fato executadas. Seu fortalecimento está relacionado à aceitação de determinados parâmetros apresentados por estes modelos. Geralmente é buscado como uma forma de viabilização das ações desenvolvidas no campo das políticas de saúde da família.

Este tipo de vínculo está relacionado, sobretudo, aos processos discutidos nos itens 8, 13, 18, 22, 23, 25, 26 e 27 deste trabalho.

CONSAGRAÇÃO DO SABER MÉDICO

Este tipo de vínculo está presente tanto em Belo Horizonte quanto em Havana e, em boa medida, é necessário para a existência das políticas de saúde da família. Dele participam praticamente todos os elementos que compõem estas políticas. Tem origem fora dos contextos específicos destas políticas, mas é atualizado e fortalecido sempre que são empreendidas ações que têm como fundamento o saber médico. Também é fortalecido nas circunstâncias em que são comparados os efeitos das ações fundadas no saber médico e aqueles efeitos derivados de ações fundadas em outros saberes. Podemos percebê-lo sempre que os sujeitos, explícita ou implicitamente, manifestam concordância acerca destas

ações. Para ser estabelecido é necessária a existência do saber médico e o uso de seus instrumentos de intervenção (medicamentos, classificações etc.). Ele é buscado pelas políticas de saúde da família como uma forma das pacientes aceitarem as ações desenvolvidas por suas profissionais.

Este tipo de vínculo está relacionado, sobretudo, aos processos discutidos nos itens 8, 11, 12, 13, 23, 24, 25, 26 e 27 deste trabalho.

CONSAGRAÇÃO DO SUS

Este tipo de vínculo é bastante recorrente entre as profissionais e as pacientes da política de saúde da família de Belo Horizonte. É estabelecido em vários contextos, dentro e fora da política de saúde da família. Podemos percebê-lo sempre que os sujeitos manifestam aprovação em torno dos parâmetros que fundamentam o SUS, independentemente de suas avaliações para com as formas como ele é efetivado. Para que exista é preciso que os sujeitos concebam que o SUS é algo positivo. É buscado como uma forma dos sujeitos consagrarem os parâmetros das políticas de saúde no Brasil.

Este tipo de vínculo está relacionado, sobretudo, aos processos discutidos nos itens 10, 12, 13, 16, 22 e 25 deste trabalho.

DINÂMICA INSTITUCIONAL

Este tipo de vínculo está presente tanto em Belo Horizonte quanto em Havana. Está relacionado ao modo como pacientes e profissionais avaliam as regras estabelecidas no interior das instituições da política de saúde da família. Ele surge na medida em que pacientes e profissionais participam destas dinâmicas institucionais, desenvolvem suas regras, as aceitam e as reiteram. Sua duração está relacionada ao período em que os efeitos destas dinâmicas institucionais possibilitam que os sujeitos alcancem seus objetivos. É buscado pelas profissionais como um mecanismo de facilitação do desenvolvimento de suas atividades.

Este tipo de vínculo está relacionado, sobretudo, aos processos discutidos nos itens 23, 24, 25 e 26 deste trabalho.

DIVISÃO DE RESPONSABILIDADES

Este tipo de vínculo atravessa todos os processos ligados à concepção e à execução das políticas de saúde da família, tanto de Havana quanto de Belo Horizonte. No entanto, em cada campo específico parecem surgir embates em torno de suas composições. Está relacionado ao modo como são atribuídas responsabilidades a cada um dos elementos que participam das políticas de saúde da família diante da elaboração das condições que as

tornam possíveis e do alcance de seus objetivos. Embora se possa apontar que ele se faz presente de maneira constante como um suposto das diversas dinâmicas desenvolvidas nos âmbitos das políticas de saúde da família, geralmente é acionado de maneira explícita nas circunstâncias em existem discordâncias em relação às suas composições.

Este tipo de vínculo está relacionado, sobretudo, aos processos discutidos nos itens 8, 13, 14, 19, 20, 21, 23, 25 e 26 deste trabalho.

ESTABILIDADE PROFISSIONAL

Este tipo de vínculo é estabelecido entre as profissionais e suas posições profissionais nas políticas de saúde da família. É constituído de modos diferentes em Havana e em Belo Horizonte. Além disso, em Belo Horizonte é constituído de modos diferentes dependendo da categoria profissional à qual o sujeito pertença. Depende das condições econômicas possuídas pelas profissionais, das suas condições de contratação e de suas inserções nas políticas de saúde da família frente às demais oportunidades no mercado de trabalho. Podemos percebê-lo através do maior ou menor tempo em que as profissionais permanecem trabalhando nas políticas de saúde da família e da maior ou menor possibilidade delas deixarem seus postos de trabalho. Ele é buscado pelas políticas de saúde da família como uma forma de elevação da eficiência das ações das profissionais e como um estímulo ao estabelecimento de relações mais duradouras entre elas e as pacientes.

Este tipo de vínculo está relacionado, sobretudo, aos processos discutidos nos itens 8, 13, 16 e 22 deste trabalho.

INFORMAÇÕES SOBRE OUTREM

Este tipo de vínculo está presente tanto em Belo Horizonte quanto em Havana. O simples fato de uma paciente ou de uma profissional possuir informações sobre outrem estabelece entre elas um tipo de vínculo. Ele é construído em múltiplos contextos nas políticas de saúde da família, sendo buscado por elas através de diversos meios. Em cada contexto ele pode ser fortalecido pela presença destes mecanismos que possibilitam que os sujeitos adquiram informações sobre os outros sujeitos com os quais se relacionam. Podemos percebê-lo sempre que os sujeitos organizam suas ações com base nas informações que possuem sobre outrem, ainda que não mantenham relações pessoais com estas outras pessoas, ou que não existam entre elas afetividades interpessoais. Do ponto de vista das políticas de saúde da família é buscado como uma forma de elevar a efetividade das ações desenvolvidas pelas profissionais.

Este tipo de vínculo está relacionado, sobretudo, aos processos discutidos nos itens 8, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 25, 26 e 27 deste trabalho.

NECESSIDADE

Este tipo de vínculo se faz presente tanto em Havana quanto em Belo Horizonte. Diz respeito à forma como as pacientes dependem ou não dos serviços oferecidos pela política de saúde da família. No entanto, em Belo Horizonte está relacionado, principalmente, à possibilidade das pacientes acessarem o sistema privado de saúde. Já em Havana está relacionado, principalmente, à possibilidade das pacientes utilizarem os serviços de profissionais que não atuam na política de saúde da família por meio de redes de relacionamentos pessoais. Ele é estabelecido através de diversos mecanismos que não se restringem ao contexto interno das políticas de saúde da família. Podemos percebê-lo quando, diante de um evento que envolve algum problema de saúde, o sujeito pode optar ou não por utilizar a política de saúde da família. Em Belo Horizonte é fortalecido pela legitimação social de diferenças sociais no acesso a bens econômicos. Por seu turno, em Havana é fortalecido pela amplitude das relações pessoais possuídas pelos sujeitos.

Este tipo de vínculo está relacionado, sobretudo, aos processos discutidos nos itens 9, 10, 11, 12, 13, 16, 22, 23, 25, 26 e 27 deste trabalho.

PAPÉIS SOCIAIS

Este tipo de vínculo envolve todos os sujeitos que participam das políticas de saúde da família, tanto de Belo Horizonte quanto de Havana. É estabelecido em diversos contextos que não se restringem às políticas de saúde da família. Podemos percebê-lo quando os sujeitos compartilham modos de perceber ou agir relacionados aos seus lugares sociais dentro destas políticas. Para ser estabelecido é preciso haver uma consagração social de modos de agir e perceber associados aos lugares sociais ocupados pelos sujeitos. Tem como objetivo regular estas ações e percepções dos sujeitos.

Este tipo de vínculo está relacionado, sobretudo, aos processos discutidos nos itens 8, 13, 23, 24, 25, 26 e 27 deste trabalho.

INTERPESSOAL-AFETIVO

Este tipo de vínculo corresponde à noção de vínculo ordinária apresentada no início deste item. Está presente tanto em Belo Horizonte quanto em Havana, mas destaca-se o fato de que é discursivamente acionado de maneira bastante recorrente no âmbito da política de saúde da família brasileira. Pode ser estabelecido por todos os sujeitos que participam das políticas de saúde da família. Tem origem em múltiplas circunstâncias que não se

restringem aos contextos internos destas políticas. Podemos percebê-lo quando os sujeitos manifestam afeições interpessoais. Nesse sentido, é fortalecido ou enfraquecido pela importância que os sujeitos atribuem a estas disposições afetivas. Para ser estabelecido é necessário que os sujeitos compartilhem disposições afetivas. Geralmente é instrumentalizado pelas políticas de saúde da família como uma maneira de tornar mais efetivas as ações desenvolvidas pelas profissionais. Sob este prisma, é concebido como não tendo um fim em si mesmo, servindo de ferramenta para o alcance de objetivos outros⁹⁸.

Este tipo de vínculo está relacionado, sobretudo, aos processos discutidos nos itens 8, 23, 24, 25, 26 e 27 deste trabalho.

PROXIMIDADE SOCIAL

Em Havana este tipo de vínculo parece ser estabelecido de forma relativamente homogênea entre pacientes, enfermeiras e médicas. Já em Belo Horizonte parece se dar através do seguinte *continuum*: pacientes, ACS, auxiliares de enfermagem, enfermeiras e médicas. Quanto mais próximas neste *continuum* os sujeitos estiverem, maior a probabilidade deles estabelecerem este tipo de vínculo. Ele é estabelecido principalmente fora do contexto específico da política de saúde de família, mas tem impacto direto sobre ela. Podemos percebê-lo quando os sujeitos compartilham modos de perceber ou agir relacionados aos seus lugares sociais fora da política de saúde da família, mas também quando eles manifestam relações diferentes para com esta política. Seu estabelecimento depende da existência socialmente consagrada de diferenças sociais construídas fora do contexto da política de saúde da família.

Este tipo de vínculo está relacionado, sobretudo, aos processos discutidos nos itens 9, 10, 11, 12, 16, 17, 22, 26 e 27 deste trabalho.

RECONHECIMENTO

Este tipo de vínculo foi percebido por mim apenas em Havana. Está relacionado ao reconhecimento que as pacientes possuem para com as médicas, no que tange às suas condições de vida. Ele foi construído ao longo da história da revolução cubana, a partir do

⁹⁸ Acerca desta instrumentalização é interessante observar que o texto da recente Política Nacional de Atenção Básica brasileira (BRASIL, 2011) utiliza a noção de vínculo inúmeras vezes. Dentre outros usos, afirma que o vínculo seria um *princípio* (“Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo [...]”), um elemento *fundamental* (“A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica [...]”), parte dos *fundamentos e diretrizes* da atenção básica (“A Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes: [...] III - adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita [...]”) e parte das *atribuições das profissionais* (“São atribuições comuns a todos os profissionais: [...]. VI - participar do acolhimento dos usuários [...] se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo”).

lugar que a figura da médica adquiriu no decorrer deste período. Podemos percebê-lo na forma como as pacientes, independentemente de conceberem que tal ou qual médica é competente, entendem que estas profissionais desempenham funções importantes e sacrificantes. Para ser estabelecido depende de certa contraposição entre o lugar ocupado pela profissão de médica no país frente às demais profissões. Ele é fortalecido pelo lugar ocupado pelas ações de saúde no conjunto dos ideais da revolução.

Este tipo de vínculo está relacionado, sobretudo, aos processos discutidos nos itens 9, 11, 16, 23 e 26 deste trabalho.

REGISTROS MÉDICOS

Os diversos registros produzidos pelas médicas (prontuários, fichas etc.) acerca das condições de saúde das pacientes estabelecem vínculos entre estes sujeitos. Este tipo de vínculo é estabelecido em vários contextos das políticas de saúde da família, e suas criações são mediadas por diversas ferramentas. É instrumentalizado pelas políticas de saúde da família, tanto de Havana quanto de Belo Horizonte, como mecanismo que elevaria a eficiência das ações desenvolvidas pelas profissionais. Nesse sentido, seu fortalecimento depende da complexidade destas ferramentas, bem como da constância e da profundidade com que são utilizadas.

Este tipo de vínculo está relacionado, sobretudo, aos processos discutidos nos itens 8, 19, 20, 25, 26 e 27 deste trabalho.

RELACIONAMENTO PROFISSIONAL

Este tipo de vínculo é estabelecido apenas entre as profissionais das políticas de saúde da família de Belo Horizonte e de Havana. Diz respeito às formas como são formadas as equipes multiprofissionais que as executam, mas também às formas como as profissionais organizam seus trabalhos. São estabelecidos dentro das instituições, no desenrolar cotidiano das atividades das profissionais. Podemos percebê-lo quando a ação de uma profissional depende da avaliação que faz do trabalho de outra profissional. Sua duração depende do tempo em que as profissionais trabalhem juntas. Ele é buscado pelas políticas de saúde da família como um mecanismo de alcance de seus objetivos. A maior ou menor integração das profissionais no desempenho de atividades comuns pode fortalecê-lo ou enfraquecê-lo.

Este tipo de vínculo está relacionado, sobretudo, aos processos discutidos nos itens 13, 23, 24, 25, 26 e 27 deste trabalho.

TERRITÓRIO

Este tipo de vínculo é fundamental para o modo como as políticas de saúde da família de Havana e de Belo Horizonte estão organizadas. É estabelecido entre as pacientes e os arranjos político-institucionais destas políticas. É estabelecido em diferentes contextos dentro destas políticas. Seu surgimento está relacionado à associação das instituições a territórios definidos. Ele tem impacto direto na organização das atividades das profissionais e nas possibilidades das pacientes acessarem tal ou qual serviço. Seus objetivos estão, portanto, relacionados à organização destas atividades e à regulação da oferta dos serviços às pacientes. Pode ser fortalecido pela presença de instrumentos que possibilitem o intercâmbio de informações entre as instituições.

Este tipo de vínculo está relacionado, sobretudo, aos processos discutidos nos itens 8, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 21, 23, 25 e 27 deste trabalho.

TRATAMENTO

Este tipo de vínculo é estabelecido entre pacientes, profissionais e o arranjo político-institucional das políticas de saúde da família tanto de Havana quanto de Belo Horizonte. É construído na maior parte das atividades desenvolvidas pelas profissionais. Podemos percebê-lo quando os sujeitos compartilham modos de perceber ou agir relacionados às ações direcionadas ao manejo de problemas de saúde. Sua duração está então relacionada ao tempo em que estas ações são desenvolvidas. Para ser estabelecido depende da consagração dos saberes que fundamentam estas ações, da presença das profissionais que as executam, da criação de condições institucionais para que estes saberes sejam executados e da aceitação por parte das pacientes em torno dos procedimentos indicados por estas ações. Do ponto de vista da política de saúde da família, pretende consagrar e legitimar ações no campo da intervenção em saúde baseadas no saber médico. Pode ser fortalecido ou enfraquecido pela apreciação da capacidade resolutiva destas intervenções direcionadas à solução de problemas de saúde.

Este tipo de vínculo está relacionado, sobretudo, aos processos discutidos nos itens 8, 20, 21, 23, 25, 26 e 27 deste trabalho.

A sistematização acima disposta indica que os tipos de vínculos existentes nas políticas de saúde da família se remetem a distintos níveis de realidade. Alguns podem se reportar a planos restritos às relações entre indivíduos. Outros a dinâmicas internas às instituições. Outros a mecanismos que dizem respeito à mais ampla conformação das políticas de saúde da família. Outros a questões que chegam a transcender estas políticas. Alguns podem aludir a aspectos mais concretos, enquanto outros podem aludir a aspectos

mais abstratos. Havendo ainda alguns que atravessarão diferentes níveis de realidade, congregando fatores provenientes de múltiplas ordens.

Além disso, é imperativo assinalar que esta exposição não almeja esgotar todos os tipos de vínculos construídos nas políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil. Ela intenta apenas mapear de maneira inicial alguns destes tipos de vínculos, indicando características que os tornam distinguíveis entre si. Para um entendimento mais profundo de cada um deles faz-se necessária a compreensão dos diversos processos que envolvem a realização das políticas de saúde da família. Ao longo deste trabalho procurei apresentar alguns destes processos. Tal como sugerido ao final das descrições apresentadas pelos quadros acima, somente por meio de uma observação transversal e combinada destes processos é possível alcançar uma melhor compreensão de como estes tipos de vínculos são estabelecidos.

Entretanto, de um ponto de vista analítico, o percurso inverso pode ser assumido. Uma vez que o delineamento destes tipos de vínculos foi alcançado somente após a realização da pesquisa que originou este trabalho, foi necessário optar por, inicialmente, procurar examinar os processos através dos quais as políticas de saúde da família se efetivam. A partir deste exame os tipos de vínculos que atravessam estes processos puderam ser percebidos. Todavia, este percurso tendo sido concluído, é possível agora vislumbrar uma trajetória de investigação distinta. Num percurso inverso, partindo do estudo de como cada um destes tipos de vínculos é erigido se pode abordar os processos por meio dos quais as políticas de saúde da família se realizam. Ou seja, isso significa que os tipos de vínculos também podem ser tomados enquanto pontos de partida para pesquisas.

Por outro lado, todos eles carregam consigo sentidos que os associam a determinados eventos empíricos. Conquanto para que sejam instituídos seja necessário que eles envolvam diferentes situações, é possível identificar suas efetivações em situações concretas. Porém, no contexto das políticas de saúde da família, cada evento geralmente envolve a construção de mais de um tipo de vínculo. Isso quer dizer que, ademais de serem múltiplos, estes tipos de vínculos também são simultâneos. Sendo assim, a distinção entre eles, tanto no que tange ao âmbito abstrato, quanto no que tange às suas observações em situações de pesquisa, só é possível por meio de um esforço analítico. Cada circunstância pode envolver um acionamento mais forte de tal ou qual tipo de vínculo, mas dificilmente não envolverá o acionamento simultâneo de vários deles.

Isto posto, além de existirem de forma simultânea e de atravessarem distintos processos, estes tipos de vínculos também são insuficientemente compreendidos se tomados isoladamente. Não obstante eles mantenham entre si uma independência relativa, nenhum deles deixa de carecer ou de ser afetado pelos demais. Um tipo de vínculo pode ser modificado pela inserção ou eliminação de um de seus elementos. Pode ser modificado por

transformações nos contextos em que é criado. Pode ser modificado por alterações nos fatores que o tornam possível. Todavia, cada um destes elementos, contextos ou instrumentos inevitavelmente participa de mais de um tipo de vínculo. Dessa forma, modificações em um tipo de vínculo tende a gerar modificações em todos os demais. Por isso cada tipo de vínculo deve ser compreendido e analisado a partir de uma consideração para com as relações que estabelece com os outros tipos de vínculos.

Esta mútua afetação entre os tipos de vínculos não se dá de maneira aleatória ou desarticulada. As relações que eles estabelecem entre si apresentam um caráter sistêmico. Esta sistematicidade não implica que as relações entre os tipos de vínculos sejam organicamente coerentes, tampouco que não possuam conflitos, incongruências ou contradições. Proponho então que a compreensão de como são construídos vínculos nas políticas de saúde da família se dê através da noção de “sistemas de tipos de vínculos”, ou, mais simplesmente, de “sistemas de vínculos”.

As políticas de saúde da família envolvem, sob este prisma, diferentes embates em torno da construção destes tipos de vínculos e dos modos por meio dos quais eles se afetarão mutuamente. Para o alcance de objetivos específicos, pacientes, profissionais, instituições, modelos, classificações etc. podem privilegiar o aprofundamento de tal ou qual tipo de vínculo, pois modificações em cada um deles podem gerar alterações globais nos processos por meio dos quais as políticas de saúde da família são realizadas. Por isso não são raros os conflitos acerca de quais devem ser os tipos de vínculos a serem acionados ou incrementados nas relações. Por isso os sistemas de vínculos passam por constantes disputas, regulações, direcionamentos, reformulações etc. Da escolha do tipo de vínculo que dará o sentido principal de determinada relação derivam diferentes deveres, expectativas, responsabilidades, alternativas de ação etc. Os sistemas de vínculos são, como espero ter evidenciado, fenômenos centrais dos contextos criados pelos processos de estatização que tornam possíveis as políticas de saúde da família.

Referências bibliográficas

- ABA (Associação Brasileira de Antropologia). 2007. *Código de Ética do Antropólogo*. Disponível no endereço eletrônico <http://www.abant.org.br/?code=3.1> (acessado em 23/07/2012).
- ABRAMS, Philip. 1977 (1988). "Notes on the difficulty of studying the State". *Journal of Historical Sociology*. Vol. 1 (1).
- AGUIAR, Dayse Santos de. 1998. *A "Saúde da Família" no Sistema Único de Saúde: um novo paradigma?*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- ÁLVAREZ, Julián; OSA, José A. de la. 2002. *Apuntes sobre salud y ciencia en Cuba. Senderos en el corazón de América*. Madri: Sangova.
- AUGUST, Arnold. 1999. *Democracy in Cuba and the 1997-98 elections*. La Habana: Editorial José Martí.
- BERMÚDEZ, Ximena Pamela. 2010. "Métodos, regulação e multidisciplinaridade nos comitês de ética em pesquisa". In: FLEISCHER, Soraya; SCHUCH, Patrice. (org.). *Ética e regulamentação na pesquisa antropológica*. Brasília: LetrasLivres : Editora Universidade de Brasília.
- BERNAL, Isabel Louro. 2005. "Modelo de salud del grupo familiar". *Revista Cubana de Salud Pública*. Vol. 31 (4).
- BOLTANSKI, Luc. 2004. *As classes sociais e o corpo*. São Paulo: Paz e Terra.
- BRASIL. 1990. *Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980*. Define a situação jurídica do estrangeiro no Brasil, cria o Conselho Nacional de Imigração.
- _____. 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Promulgada em 5 de outubro de 1988.
- _____. 1990a. *Lei nº 8.080, de 18 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- _____. 1990b. *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e outras providências.
- _____. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. 1996. *Resolução nº 196, de 10 de Outubro de 1996*. Disponível no endereço eletrônico <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc> (acessado em 23/07/2012).

- _____. 2000. *Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000*. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2002. *Guia Prático do Programa Saúde da Família*.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2004. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2006a. *Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006*. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. 2006b. *Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
- _____. 2006c. *Lei nº 11.350, de 5 de Outubro de 2006*. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2008a. *Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008* (republicada em 04 de março de 2008). Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2008b. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2009. *Portaria nº 2.281 de 1º de outubro de 2009*. Altera a Portaria nº 154/GM, de 4 de março de 2008, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2011. *Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
- _____. 2012a. *Lei complementar nº 141, de 13 de Janeiro de 2012*. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores

mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. 2012b. *Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro*. Brasília: Ministério da Saúde.
- CALVO, Silva Martínez. 1997. “El análisis de la situación de salud: su historicidad en los servicios”. *Revista Cubana de Salud Pública*. Vol. 23 (1).
- _____; HAZ, Hector Gómez de. 2008. “Análisis de la situación de salud”. SINTES, Roberto Álvarez. (org.). *Medicina General Integral. Salud y Medicina*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. 2007. “As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Vol.14 (3).
- CAPRARA, Andrea; RODRIGUES, Josiane. 2004. “A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico”. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 9 (1).
- CARDOSO DE OLIVEIRA, Luis Roberto. 2010. “A antropologia e seus compromissos ou responsabilidades éticas”. In: FLEISCHER, Soraya; SCHUCH, Patrice. (org.). *Ética e regulamentação na pesquisa antropológica*. Brasília: LetrasLivres : Editora Universidade de Brasília.
- CÉSAR, Maria Auxiliadora. 2004. *Mulher e Política Social em Cuba. O contraponto socialista ao bem-estar capitalista*. Brasília: Edições Alva.
- CHAO, Rafael Borroto; BARQUERO, Ángela M. Moreno Pérez; DELGADO, Héctor Corratge. 2008. “Participación comunitaria, social y popular”. In: SINTES, Roberto Álvarez. (org.). *Medicina General Integral. Salud y Medicina*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- CHAPLE, Enrique Beldarraín. 2010. “Primary medical care in Cuba: a historical perspective”. In: MASON, Susan E.; STRUG, David L.; BEDER, Joan. (orgs.). *Community health care in Cuba*. Chicago, Illinois: Lyceum Books, Inc.
- CHÁVEZ, Caridad Fresno. 1997. “Sistemas de atención de salud. Dilemas que enfrenta el sector”. *Revista Cubana de Salud Pública*. Vol. 23 (1-2).
- CNIg (Conselho Nacional de Imigração). 2000. *Resolução recomendada nº 02, de 05 de dezembro de 2000*.

- COELHO, Vera Schattan P. 1998. "Interesses e instituições na política de saúde". *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. Vol. 13 (37).
- COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa. 2009. "Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo". *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 14 (Supl. 1).
- COHN, Amélia. 2009. "Apresentação". In: _____. (org.). *Saúde da Família e SUS: convergências e dissonâncias*. Rio de Janeiro: Beco do Azougue; São Paulo: CEDEC.
- CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde). 2007. *Atenção Primária e Promoção da Saúde*. Brasília: CONASS.
- CÔRTEZ, Soraya Vargas. (org.). 2009. *Participação e saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- CUBA. ASAMBLEA NACIONAL DEL PODER POPULAR. 1983. *Ley nº 41. Ley de la salud pública*. Gaceta Oficial de la Republica de Cuba. Edición ordinaria, Habana, 15 de agosto de 1983.
- _____. 1984. "Código de Honor del Médico de la Familia". In: SINTES, Roberto Álvarez. (org.). *Medicina General Integral. Volumen 1: Salud y Medicina*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Págs. 49-50.
- _____. CONSEJO DE MINISTROS. 1988. *Decreto nº 139. Reglamento de la ley de la salud pública*. Gaceta Oficial de la Republica de Cuba. Edición ordinaria, La Habana, 22 de febrero de 1988.
- _____. 2002. *Constitución de la República de Cuba*. Gaceta Oficial de la República de Cuba. Edición extraordinaria, 31 de enero de 2003.
- _____. 2009. *Análisis de la Situación de Salud del Consultorio Médico de Familia nº 11*.
- _____. Dirección Nacional de Estadísticas y Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. 2010. *Anuario Estadístico 2008*. Disponível no endereço eletrônico <http://www.sld.cu/servicios/estadisticas> (acessado em 30/04/2011).
- _____. 2011a. *Lineamientos de la política económica y social del partido y la revolución*. VI Congreso del Partido Comunista de Cuba. Aprobado el 18 de abril de 2011.
- _____. 2011b. *Programa del Médico y Enfermera de la Familia*. Documento orientador.
- _____. Oficina Nacional de Estadísticas. 2011c. *Anuario Estadístico de Ciudad de La Habana 2010. Edición 2011*. Disponível no endereço eletrônico

- <http://www.one.cu/aed2010/03Ciudad%20Habana/Index.htm> (acessado em 08/05/2011).
- _____. Oficina Nacional de Estadísticas. 2011d. *Anuario Estadístico de Playa 2010. Edición 2011*. Disponível no endereço eletrônico <http://www.one.cu/aed2010/03Ciudad%20Habana/Municipios/01%20Playa/Index.htm> (acessado em 08/05/2012).
- _____. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. 2011e. *Anuario Estadístico de Salud 2010*.
- _____. 2012. *Tabla histórica de votaciones*. Disponível no endereço eletrônico <http://www.cubadiplomatica.cu/brasil/ES/Bloqueo/Tablahist%C3%B3ricadeVotaciones.aspx> (acessado em 28/07/2012).
- DAVIS, Fred. 1960. "Uncertainty in Medical Prognosis Clinical and Functional". *The American Journal of Sociology*. Vol. 66 (1).
- DÍAZ, Elena. 2009. "Promoción de la salud en Cuba". *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*. Vol. 3 (2).
- DOMÍNGUEZ, Benito Narey Ramos. 2000. "La Nueva Salud Pública". *Revista Cubana de Salud Pública*. Vol. 24 (2).
- DUPUY, Jean-Pierre & KARSENTY, Serge. 1974 (1979). *A Invasão Farmacêutica*. Rio de Janeiro: Graal.
- ECURED (La enciclopedia cubana en la red). 2012. *Comités de Defensa de la Revolución*. Disponível no endereço eletrônico <http://www.ecured.cu/index.php/CDR> (acessado em 31/07/2012).
- EISEN, George. 1996. "La atención primaria en Cuba: el equipo del médico de la familia y el policlínico". *Revista Cubana de Salud Pública*. Vol. 22 (2).
- SCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. 2005. "As Origens da Reforma Sanitária e do SUS". In: LIMA, Nísia Trindade; GERCHMAN, Sílvia; EDLER, Flavio Coelho. *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- _____; BLOCH, Renata Arruda. 2005. "As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS". In: LIMA, Nísia Trindade; GERCHMAN, Sílvia; EDLER, Flavio Coelho. *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- ESCOSTEGUY, Jorge. 1979. *Cuba hoje: 20 anos de revolução*. São Paulo: Alfa-Omega.
- ESPINA, Mayra. 2008. "Viejas y nuevas desigualdades en Cuba. Ambivalencias y perspectivas de la reestratificación social". *Nueva Sociedad*. Nº 216.
- FEINSILVER, Julie M. 2010. "Overview of the Cuban Health System". In: MASON, Susan E.; STRUG, David L.; BEDER, Joan. (orgs.). *Community Health Care in Cuba*. Chicago, Illinois: Lyceum Books, Inc.

- FLEISCHER, Soraya. 2010. "Para quem os antropólogos falam?". In: _____; SCHUCH, Patrice. (org.). *Ética e regulamentação na pesquisa antropológica*. Brasília: LetrasLivres : Editora Universidade de Brasília.
- _____; SCHUCH, Patrice. (org.). 2010. *Ética e regulamentação na pesquisa antropológica*. Brasília: LetrasLivres : Editora Universidade de Brasília.
- FONSECA, João Paulo Ayub da. 2009. *Poder, biopolítica e governamentalidade em Michel Foucault*. Dissertação de Mestrado. Belo Horizonte: UFMG.
- FOUCAULT, Michel. 1972 (2004). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- _____. 1973-1974 (2006). "Aula de 21 de novembro de 1973". *O poder psiquiátrico: curso no Collège de France (1973-1974)*. São Paulo: Martins Fontes.
- _____. 1975 (1987). *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes.
- _____. 1975-1976 (1999). *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes.
- _____. 1976 (1999). *História da sexualidade 1: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal.
- _____. 1977-1978 (2008). *Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978)*. São Paulo: Martins Fontes.
- _____. 1978 (2010). "Precisões sobre o poder. Respostas a certas críticas". *Ditos & escritos IV. Estratégia, poder-saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- _____. 1978-1979 (2008). *Nascimento da Biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979)*. São Paulo: Martins Fontes.
- _____. 1979a (2004). "Verdade e poder". *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- _____. 1979b (2004). "O nascimento da medicina social". *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- _____. 1979c. (2004). "O Nascimento do Hospital". *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- _____. 1979d. "A Política da saúde no século XVIII". *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. 1999. "O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil". *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 15 (2).
- GARCÍA, Gregorio Delgado. 1996. "Etapas del desarrollo de la salud pública revolucionaria cubana". *Revista Cubana de Salud Pública*. Vol. 22 (1).
- _____. 1998. "Desarrollo Histórico de la Salud Pública en Cuba". *Revista Cubana de Salud Pública*. Vol. 24 (2).

- _____. 2005. "Antecedentes históricos de la atención primaria de salud en Cuba". *Rev Cubana Salud Pública*. V. 31 (2).
- GERSCHMAN, Silvia; SANTOS, Maria Angélica Borges dos. 2006. "O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX". *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. Vol. 12 (61).
- GOFFMAN, Erving. 1961. (2005). "O Modelo Médico e a Hospitalização Psiquiátrica – algumas notas sobre as vicissitudes das tarefas de reparação". *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Ed. Perspectiva.
- GOLDIM, José Roberto. 2004. "Ética e pesquisa em antropologia". In: VÍCTORA, Ceres; OLIVEN, Ruben George; MACIEL, Maria Eunice; ORO, Ari Pedro. (org.). *Antropologia e ética. O debate atual no Brasil*. Niterói: EdUFF.
- GONZÁLEZ, Ana Maria Gálvez. 2003. "Economía de la salud en el contexto de la salud pública cubana". *Revista Cubana de Salud Pública*. Vol. 29 (4).
- GORDON, Colin. 1991. "Governmental rationality: an introduction". In: BURCHELL, Graham; GORDON, Colin; MILLER, Peter. (orgs.). *The Foucault effect. Studies in governmentality*. Chicago: The University of Chicago Press.
- GOULART, Flávio A. de Andrade. 2002. *Experiências em Saúde da Família: Cada Caso é um Caso?*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- _____. 2004. "Círculos virtuosos e boas práticas em saúde da família". In: FERNANDES, Afra Suassuna; SECLÉN-PALACIN, Juan A. (orgs.). *Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- GOTT, Richard. 2004 (2006). *Cuba: uma nova história*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- HEILBORN, Maria Luiza. 2004. "Antropologia e saúde: considerações éticas e conciliação multidisciplinar". In: VÍCTORA, Ceres; OLIVEN, Ruben George; MACIEL, Maria Eunice; ORO, Ari Pedro. (org.). *Antropologia e ética. O debate atual no Brasil*. Niterói: EdUFF.
- HERNÁNDEZ, Isabel Benítez. 2008. "Ética de la investigación científico-médica desde la perspectiva de la atención primaria de salud". *Revista Cubana de Salud Pública*. Vol. 34 (3).
- HERNÁNDEZ, José R. Ruiz. 2010. "Consolidación del Sistema Único de Salud, 1969-1984". *Cuaderno de Historia de la Salud Pública*. Nº 108.
- HOCHMAN, Gilberto. 1998. *A Era do Saneamento – As bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec/ANPOCS.
- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). 2010. *Censo Demográfico 2010*. Disponível no endereço eletrônico <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?app=estatisticaseindicadores> (acessado em 08/05/2012).

- IANNI, Áurea Maria Zöllner; QUITÉRIO, Luiz Antonio Dias. 2009. "A questão ambiental urbana na atenção básica". In: COHN, Amélia. (org.). *Saúde da Família e SUS: convergências e dissonâncias*. Rio de Janeiro: Beco do Azougue; São Paulo: CEDEC.
- ILLICH, Ivan. 1975. *A expropriação da saúde. Nêmesis da Medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- INDA, Jonathan Xavier. 2005. "Analytics of the modern: an introduction". In: _____ (org.). *Anthropologies of modernity. Foucault, governmentality and life politics*. Malden: Blackwell.
- LOURENÇO, Eloisio do Carmo; SILVA, Ana Cláudia Baladelli; MENEGHIN, Marcelo de Castro; PEREIRA, Antonio Carlos. 2009. "A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no estado de Minas Gerais". *Ciência & Saúde Coletiva*. 14 (Supl. 1).
- JIMÉNEZ, Julio Suárez. 1997. "El sistema de salud en Cuba. Desafíos hacia el año 2000". *Revista Cubana de Salud Pública*. Vol. 23 (1-2).
- KLEINMAN, Arthur. 1980. *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo Horácio. 2010. "Redes de Atenção à Saúde: contextualizando o debate". *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 15 (5).
- LABRA, Maria Eliana. 2005. "Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios". In: LIMA, Nísia Trindade; GERCHMAN, Sílvia; EDLER, Flavio Coelho. *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- LABRADOR, Clarivel Presno. 2006. "El médico de familia en Cuba". *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Vol. 22 (1).
- LAGO, Elia Rosa Lemus; CRUZ, Radamés Borroto. 2008. "Atención Primaria de salud, medicina general integral y médicos de familia". In: SINTES, Roberto Álvarez. (org.). *Medicina general integral. Salud y medicina*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- LENTSCK, Maicon Henrique; KLUTHCOVSKY, Ana Cláudia Garabeli Cavalli; KLUTHCOVSKY, Fábio Aragão. 2010. "Avaliação do Programa Saúde da Família: uma revisão". *Ciência & Saúde Coletiva* 15 (Supl. 3).
- LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M. O.; HOCHMAN, Gilberto. 2005. "A Saúde na Construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica". In: LIMA, Nísia Trindade; GERCHMAN, Sílvia; EDLER, Flavio Coelho. *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- MACHADO, Roberto. 1998. "A Genealogia do Poder". *Ciência e Saber. A trajetória da arqueologia de Foucault*. Rio de Janeiro: Graal.

- MACHADO, Lia Zanotta. 2003. "Entre o inferno e o paraíso. Saúde, direitos e conflitualidades". *Série Antropologia*. nº 342.
- MARIÑO, Carmen Arocha. 2000a. "La economía y la salud pública en Cuba en la década de 1940". *Revista Cubana de Salud Pública*. Vol. 24 (2).
- _____. 2000b. "La economía y la salud pública en Cuba en la década de 1950". *Revista Cubana de Salud Pública*. Vol. 24 (2).
- _____. 2000c. "La economía y la salud pública en Cuba en la década de 1960". *Revista Cubana de Salud Pública*. Vol. 24 (2).
- _____.; GUZMÁN, Antonio Castillo. 2007. "Experiencia cubana en la organización de los servicios de salud, una alternativa ante la privatización". *Revista Cubana de Salud Pública*. Vol. 33 (1).
- MARTINS, Poliana Cardoso; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; MENDES, Fábio Farias; PRIORE, Silvia Eloiza; FRANCESCHINI, Sylvia do Carmo Castro; CAZAL, Mariana de Melo; BATISTA, Rodrigo Siqueira. 2011. "De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família". *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 16 (3).
- MASON, Susan E. 2010. "Cuban health care prior to the 1959 revolution". In: _____; STRUG, David L.; BEDER, Joan. (orgs.). *Community health care in Cuba*. Chicago, Illinois: Lyceum Books, Inc.
- MENDES, Eugênio Vilaça. 2002. *A Atenção Primária à Saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará.
- MERCADANTE, Otávio Azevedo. 2002. "Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil". In: FINKELMAN, Jacobo. (org.). *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- MOGENSEN, Hanne O. 2005. "Medicalized experience and the active use of biomedicine". In: STEFFEN, Vibeke; JENKINS, Richard; JESSEN, Hanne. (org.). *Managing Uncertainty: Ethnographic Studies of Illness, Risk and the Struggle for Control*. Copenhagen: Museum Tusulanum Press.
- MOLINER, Ricardo Batista; SOBERATS, Félix Sansó; CAÑIZARES, Pablo Feal; LORENZO, Alcides; DELGADO; Hector Corratgé. 2001. "La dispensarización: una vía para la evaluación del proceso salud-enfermedad". *Revista Cubana Medicina General Integral*. Vol. 17 (2).
- MORAES, Josiane. 2011. "O processo de formação e institucionalização do Serviço Social como profissão em Cuba". *Serviço Social & Sociedade*. Nº 108.
- MORAIS, Fernando. 2011. *Os últimos soldados da Guerra Fria*. São Paulo: Companhia das Letras.

- MORALES, Nidia E. Márquez. 2010. "Modelo El Médico y la Enfermera de la Familia en Cuba". *Cuaderno de Historia de la salud pública*. Nº 108.
- NASCIMENTO, Vânia Barbosa; COSTA, Ieda Maria Cabral da. 2009. "PSF, descentralização e organização de serviços de saúde no Brasil". In: COHN, Amélia (org.). *Saúde da Família e SUS: convergências e dissonâncias*. Rio de Janeiro: Beco do Azogue; São Paulo: CEDEC.
- NELSON, Diane M. 2005. "Life During Wartime: Guatemala, Vitality, Conspiracy, Milieu". In: INDA, Jonathan Xavier. (org.). *Anthropologies of Modernity. Foucault, Governmentality and Life Politics*. Malden: Blackwell.
- NERY, Regina Sônia; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida; CARVALHO, Brígida Gimenez de; MELCHIOR, Regina; BADUY, Rossana Staeve; LIMA, Josiane Vivian Camargo de. 2009. "Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família, Londrina (PR)". *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 14 (Supl. 1).
- NUNES, Mônica de Oliveira; TRAD, Leny Bonfim; ALMEIDA, Bethânia de Araújo; HOMEM, Carolina Ramos; MELO, Marise Claudia I. de C. 2002. "O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico". *Cadernos de Saúde Pública*. Vol.18 (6).
- OCHOA, Francisco Rojas. 2003. "Orígenes del movimiento de atención primaria de salud en Cuba". *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Vol. 19 (1).
- _____. 2005. "La atención primaria de salud en Cuba, 1959-1984". *Revista Cubana de Salud Pública*. Vol. 31 (2).
- _____. 2009. "Modelos de salud en Cuba: habla un protagonista". *Salud pública. Medicina Social*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- _____. 2010. "Integración del Sistema Nacional Único de Salud". *Cuaderno de Historia de la Salud Pública* Nº 108.
- OLIVEIRA, Francisco J. Arsego. 1998. "Concepções de Doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isto?". In: DUARTE, Luis Fernando Dias; LEAL, Ondina Fachel. (org.). *Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde). 2012a. *Declaração de Alma-Ata*. Disponível no endereço eletrônico <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf> (acessado em 11/04/2012).
- OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde). 2012b. *Carta de Ottawa*. Disponível no endereço eletrônico <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf> (acessado em 27/07/2012).
- PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. 2008. "O Relatório Flexner: para o bem e para o mal". *Revista Brasileira de Educação Médica*. Vol. 32 (4).

- PARSONS, Talcott. 1951. "Social Structure and Dynamic Process: The Case of Modern Medical Practice". *The Social System*. New York: The Free Press; London: Collier-Macmillan Limited.
- PEREIRA, Diogo Neves. 2008 *Itinerários terapêuticos entre pacientes do Hospital de Base (DF)*. Dissertação de mestrado. Universidade de Brasília: Departamento de Antropologia.
- _____. 2010. "Incertezas de pacientes no sistema público de saúde". *Physis Revista de Saúde Coletiva*. Vol. 20 (1).
- _____. 2011. "Buscas por Tratamento". *Anuário Antropológico 2010/1*.
- QUEIROZ, Marcos de S. 1986. "O paradigma mecanicista da medicina, ocidental moderna: uma perspectiva antropológica". *Revista Saúde Pública*. Vol. 20 (4).
- RABINOW, Paul. 1999. "Sujeito e governamentalidade: elementos do trabalho de Michel Foucault". *Antropologia da Razão*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- RIBEIRO, Maria E.; CHOMATAS, Eliane R. de V.; NETO, Michele C. 2004. "Integralidade e redes de atenção básica e saúde familiar: a experiência do município de Curitiba-PR". In: FERNANDES, Afra Suassuna; SECLÉN-PALACIN, Juan A. (orgs.). *Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- SALABARRÍA, Joaquín García. 2010. "La lucha por el mantenimiento y desarrollo de los logros alcanzados (1990-2009)". *Cuaderno de Historia de la Salud Pública* Nº 108.
- SARIEGO, José Ramón Acosta. 2006. "El laberinto bioético de la investigación en salud". *Revista Cubana Salud Pública* Vol. 32 (2).
- _____. 2009. *Los árboles y el bosque. Texto y contexto bioético cubano*. La Habana: Acuario.
- SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. 2004. "Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família". *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 20 (6).
- SCOTT, James C. 1998. "Introduction"; "Conclusion". *Seeing like a State. How certain schemes to improve the human condition have failed*. New Haven, London: Yale University Press.
- SCOTT, Russel Parry. 2008. "Prevenção e poder na transformação dos programas de agentes comunitários de saúde (PACS) em programas de saúde da família (PSF)". In: CAROSO, Carlos. (org.). *Cultura, Tecnologias em Saúde e Medicina: perspectiva antropológica*. Salvador: EDUFBA.
- SHORE, Cris; WRIGHT, Susan. 1997. "Police. A new field of anthropology". In: _____. (orgs.). *Anthropology of policy. Critical perspectives on governance and power*. London: Routledge.

- SILVA, Héctor Rodríguez. 2006. "La relación médico-paciente". *Revista Cubana de Salud Pública*. Vol. 32 (4).
- SIMMEL, Georg. 1983. "Como as formas sociais se mantêm"; "O problema da sociologia". In: MORAES FILHO, Evaristo de. (org.). *Georg Simmel: sociologia*. São Paulo: Ática.
- _____. 1998. "Conflict"; "Domination". In: LEVINE, Donald N. (org.). *Georg Simmel. On individuality and Social Forms*. Chicago: The University of Chicago Press.
- SINTES, Roberto Álvarez. 2008. "Medicina General Integral en Cuba". In: _____. (org.). *Medicina general integral. Salud y medicina*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- SOARES, Sônia Maria; FERRAZ, Aidê Ferreira. 2007. "Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias". *Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem*. Vol. 11 (1).
- SOBERATS, Félix J. Sansó. 2003. "Análisis de la situación de salud en Cuba". *Revista Cubana de Salud Pública*. Vol. 29 (3).
- SOUSA, Maria Fátima de. 2007. *Programa de Saúde da Família no Brasil. Análise da desigualdade no acesso à atenção básica*. Brasília: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília.
- _____; HAMANN, Merchán. 2009. "Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?". *Ciência & Saúde Coletiva*. 14 (Supl. 1).
- SOUZA LIMA, Antonio Carlos; CASTRO, João Paulo Macedo e. 2008. "Política(s) Pública(s)". In: PINHO, Osmundo; SANSONE, Livio. (orgs.). *Raça: novas perspectivas antropológicas*. Salvador: Associação Brasileira de Antropologia: Editora da Universidade da Bahia.
- STARFIELD, Barbara. 1998 (2002). *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde.
- TEIXEIRA, Carla Costa. 2005. "Relações de parceria, políticas públicas e a questão da 'pobreza' no Brasil". *Série Antropologia*. Nº 388.
- _____. 2008. "Interrompendo rotas, higienizando pessoas: técnicas sanitárias e seres humanos na ação de guardas e visitadoras sanitárias". *Ciência & Saúde Coletiva* 13 (3).
- _____; SOUZA LIMA, Antonio Carlos. 2010. "A antropologia da administração e da governança no Brasil: área temática ou ponto de dispersão?". In: MARTINS, Carlos Benedito; DIAS DUARTE, Luiz Fernando. (orgs.). *Horizontes das ciências sociais no Brasil: antropologia*. São Paulo: ANPOCS.
- _____. 2012. "A produção política da repulsa e os manejos da diversidade na saúde indígena brasileira". *Revista de Antropologia* (no prelo).

- TURCI, Maria Aparecida (org.). 2008. *Avanços e desafios na organização da atenção de saúde em Belo Horizonte*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: HMP Comunicação.
- VÁZQUEZ, Pedro Etcheverry; OCEGUERA, Santiago Gutiérrez. 2008. *Bandidismo. Derrota de la CIA en Cuba*. La Habana: Editorial Capitán San Luis.
- VIANA, Ana Luiza d'Ávila; DAL POZ, Mario Roberto. 1998. "A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família". *Physis: Rev. Saúde Coletiva*. Vol. 8 (2).
- _____; SILVA, Hudson Pacífico da; MELO, Maria Fernanda Cardoso de; CAJUEIRO, Juliana P. M. 2009. "Financiamento e desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. In: COHN, Amélia. (org.) *Saúde da Família e SUS: convergências e dissonâncias*. Rio de Janeiro: Beco do Azougue; São Paulo: CEDEC.
- VÍCTORA, Ceres; OLIVEN, Ruben George; MACIEL, Maria Eunice; ORO, Ari Pedro. (org.). 2004. *Antropologia e ética. O debate atual no Brasil*. Niterói: EdUFF.
- TESSER, Charles D. 2007. "A verdade na biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais: uma reflexão introdutória". *Physis Revista de Saúde Coletiva*. Vol. 17 (3).
- TORRE MONTEJO, Ernesto de la. 2005. *Salud para todos sí es posible*. La Habana: Sociedad Cubana de Salud Pública. Sección de Medicina Social.
- TRINTA WEBER, César Augusto. 2006. *Programa de Saúde da Família. Educação e controle da população*. Porto Alegre: Age Editora.
- WHO (World Health Organization). 2008. *The World Health Report: Primary Health Care Now More Than Ever*. Suíça: WHO Press.
- ZANCHI, Marco Túlio; ZUGNO, Paulo Luiz. 2008. *Sociologia da Saúde*. Caxias do Sul: Educs.

Lista de figuras

Figura	Página
1: Autorização do CEP/SMSA/PBH para a realização da pesquisa	15
2: Modelo do TCLE/Profissional utilizado na pesquisa em Belo Horizonte	16
3: Modelo do TCLE/Usuário utilizado na pesquisa em Belo Horizonte	17
4: Províncias de Cuba	87
5: Municípios da província de Havana	87
6: Regionais Administrativas de Belo Horizonte	88
7: Territórios dos Centros de Saúde de Venda Nova	89
8: Território do Centro de Saúde Mantiqueira	90
9: Conselho Popular 4 de Playa	92
10: Centro de Saúde de Belo Horizonte de construção recente	95
11: Centro de Saúde de Belo Horizonte de construção antiga	95
12: Consultório de Médico da Família de Havana em edificação clássica	96
13: Consultório de Médico da Família de Havana em edifício residencial	96
14: Residência construída na fronteira entre Belo Horizonte e Ribeirão das Neves	106
15: Quarteirão atravessado pela fronteira entre Belo Horizonte e Ribeirão das Neves	107
16: Composição do IVS de Belo Horizonte	126
17: Mapa do IVS por setor censitário em Belo Horizonte	127
18: Setores censitários de Venda Nova	128
19: Indicadores sobre natalidade segundo província de Cuba em 2010	131
20: Médicos da família, cobertura e número de consultórios segundo província de Cuba em 2010	132
21: Famílias segundo funcionamento familiar em uma ASS	136
22: Ficha A do SIAB – Cadastro da Família – frente	151
23: Ficha A do SIAB – Cadastro da Família – verso	152
24: Ficha Cadastro da Família, da PBH	153
25: Ficha Cadastro Pessoal, da PBH	154
26: Ficha <i>Historia de Salud Familiar</i> – frente	161
27: Ficha <i>Historia de Salud Familiar</i> – verso	162
28: Tela inicial do sistema Gestão Saúde em Rede	170
29: Tela Localizar Paciente do sistema Gestão Saúde em Rede	170
30: Resultado de busca por paciente no sistema Gestão Saúde em Rede	171

31: Tela com integrantes de uma família no sistema Gestão Saúde em Rede	172
32: Cadastro da Família no sistema Gestão Saúde em Rede	172
33: Classificação de risco da família no sistema Gestão Saúde em Rede	173
34: Tela Dados do Usuário de uma paciente no sistema Gestão Saúde em Rede	173
35: Tela Dados Complementares de uma paciente no sistema Gestão Saúde em Rede	174
36: Tela Protocolos de atendimento no sistema Gestão Saúde em Rede	175
37: Tela Atendimento no sistema Gestão Saúde em Rede	176
38: Tela Procedimentos no sistema Gestão Saúde em Rede	176
39: Tela Diagnóstico no sistema Gestão Saúde em Rede	176
40: Tela Conduta no sistema Gestão Saúde em Rede	177
41: Ficha <i>Evolución de la Familia</i>	178
42: Ficha <i>Historia Clínica Individual</i> – página 1	180
43: Ficha <i>Historia Clínica Individual</i> – página 2	181
44: Ficha <i>Historia Clínica Individual</i> – página 3	182
45: Esquema de arquivamento de prontuários nos Centros de Saúde	183
46: Arquivo de prontuários em um CMF – 1	184
47: Arquivo de prontuários em um CMF – 2	185
48: Cartão disponibilizado pela PBH – frente	189
49: Cartão disponibilizado pela PBH – verso	189
50: Cartão disponibilizado por uma EqSF do Centro de Saúde Nova York	190
51: Cartão disponibilizado por uma EqSF do Centro de Saúde Mantiqueira	190
52: Definição de Programa Saúde da Família no caderno de uma ACS	195
53: Definição de ACS no caderno de uma ACS	195
54: Aspectos sanitários e socioculturais no caderno de uma ACS	196
55: Definição de família no caderno de uma ACS	197
56: Cadastro de uma família no caderno de uma ACS – 1	198
57: Cadastro de uma família no caderno de uma ACS – 2	199
58: Visitas domiciliares no caderno de uma ACS	200
59: Modelo de lista de crianças entre 7 e 10 anos de idade produzido por uma EqSF	202
60: <i>Pancarta Informativa</i> de um CMF	215
61: Planta de um Centro de Saúde de Belo Horizonte de construção recente	222
62: Planta de um Centro de Saúde de Belo Horizonte de construção antiga	223
63: Planta de um Consultório de Médico da Família de Havana em edificação clássica	229

64: Planta de um Consultório de Médico da Família de Havana em edifício residencial	229
65: Sala para consultas médicas em um Centro de Saúde de Belo Horizonte	234
66: Sala para consultas médicas em um Consultório de Médico da Família de Havana	234
67: Página de um caderno de acolhimento	248
68: Ficha <i>Actividades de Medicina Familiar</i> – frente	250
69: Ficha <i>Actividades de Medicina Familiar</i> – verso	251
70: Total de acolhimentos das EqSF Laranja, Verde e Azul ao longo do período de um ano, por dia da semana	268
71: Exemplo de documento produzido através do Gestão Saúde em Rede	301
72: Exemplo de encaminhamento para consulta especializada produzido num CMF sem o uso de formulário padronizado	302
73: Exemplo de solicitação de exames produzida num CMF sem o uso de formulário padronizado	302
74: <i>Slide</i> apresentado em uma reunião de profissionais de um Centro de Saúde – 1	344
75: <i>Slide</i> apresentado em uma reunião de profissionais de um Centro de Saúde – 2	345
76: <i>Slide</i> apresentado em uma reunião de profissionais de um Centro de Saúde – 3	346

Lista de tabelas

Tabela	Página
1: Centros de Saúde da primeira etapa do trabalho de campo em Belo Horizonte	10
2: Centros de Saúde da segunda etapa do trabalho de campo em Belo Horizonte	11
3: Principais legislações e documentos reguladores das políticas de saúde da família de Cuba e do Brasil	65
4: População residente em Belo Horizonte por risco segundo Distrito Sanitário	127
5: População por faixa etária segundo setor censitário do Distrito Sanitário Venda Nova, nas áreas de risco muito elevado	129
6: Organização da descrição da população de um CMF por uma ASS	134
7: Organização da descrição dos determinantes do estado de saúde da população de um CMF por uma ASS	134
8: Simulação de Relação de Famílias por Microárea (endereço “oficial”/“informado”)	167
9: Número de pacientes acolhidas por três EqSF ao longo de um ano	264
10: Registros de demandas de pacientes num caderno de acolhimento	272
11: Pistas para a distinção entre anátomo-política e biopolítica nas políticas de saúde da família	341

Lista de siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASS	Análise da Situação de Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CDR	Comitê de Defesa da Revolução
CEAM	Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da SMSA/PBH
CMF	Consultório de Médico da Família
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPF	Cadastro de Pessoa Física
DAN	Departamento de Antropologia
DSC	Departamento de Saúde Coletiva
EBS	Equipe Básica de Saúde
EqSF	Equipe de Saúde da Família
FLACSO	Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GBT	Grupo Básico de Trabalho
GEAS	Gerência de Assistência da SMSA/PBH
GEREPI	Gerência de Epidemiologia e Informação
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IVS	Índice de Vulnerabilidade à Saúde
MS	Ministério da Saúde
MINSAP	Ministério da Saúde Pública
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NESCUBA	Núcleo de Estudos Cubanos
NESP	Núcleo de Estudos de Saúde Pública
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBH	Prefeitura Municipal de Belo Horizonte
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica

PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde da PBH
SNSU	Sistema Nacional de Saúde Único
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UnB	Universidade de Brasília