

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

***Mobilizando coletivos e construindo competências
culturais no cuidado à saúde: estudo antropológico da
política brasileira de Atenção Primária à Saúde***

LEONARDO VIEIRA TARGA

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ondina Fachel Leal

Porto Alegre, 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

***Mobilizando coletivos e construindo competências
culturais no cuidado à saúde: estudo antropológico da
política brasileira de Atenção Primária à Saúde***

LEONARDO VIEIRA TARGA

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ondina Fachel Leal

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
para obtenção do título de Mestre em Antropologia Social.

Porto Alegre, 2010.

Folha de Aprovação

Leonardo Vieira Targa

Mobilizando coletivos e construindo competências culturais no cuidado à saúde:
estudo antropológico da política brasileira de Atenção Primária à Saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Antropologia Social.

Aprovado com distinção em 07/04/2010.
Banca examinadora

Ondina Fachel Leal
Orientadora

*Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
(PPGAS/UFRGS)*

Airton Stein

Componente da Banca Examinadora

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

Cláudia Fonseca

Componente da Banca Examinadora

*Programa de Pós Graduação em Antropologia Social - Universidade Federal do
Rio Grande do Sul (PPGAS/UFRGS)*

Carlos Steil

Componente da Banca Examinadora

*Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal
do Rio Grande do Sul (PPGAS/UFRGS)*

Agradecimentos

Para a realização deste trabalho contei com a amizade, ajuda e compreensão de diversas pessoas. Gostaria de agradecer especialmente:

- A todas as pessoas com quem trabalhei e convivi nos últimos dez anos, como médico de família e comunidade, em especial às de Nova Petrópolis RS, onde baseei a maior parte de minha pesquisa, mas também às que vivem ao longo do Rio Purus/AC, no Parque Nacional Indígena do Xingu/MT, em Galópolis (Caxias do Sul / RS), na Vila Jardim e no Morro da Cruz (ambas em Porto Alegre/RS);
- A todos profissionais de saúde com quem tive contato neste mesmo período, em especial ao colega e preceptor de medicina de família e comunidade Francisco Arsego de Oliveira, por ter me despertado para a antropologia durante a residência médica e no convívio posterior. Aos colegas e preceptores de medicina de família e comunidade Eno Dias de Castro Filho, Carmen Luiza Corrêa Fernandes e Laura Dias da Costa, por terem sempre me ensinado, embora não nestes termos, que ser médico é muito mais do que prescrever medicamentos e solicitar exames, mas “mobilizar os atuantes necessários” para as pessoas, famílias e comunidades com quem nos envolvemos em processos de cuidado.
- À Ondina Fachel Leal, que me acolheu generosamente, e me ofertou orientações de grande qualidade durante esta “incursão por terras estranhas” que foi meu percurso pela Antropologia e com quem bastante aprendi não só em termos de conhecimento antropológico, mas também de postura humana e acadêmica. A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da UFRGS, em especial à Cláudia Fonseca, Carlos Steil e Ceres Gomes Victora, pelas brilhantes paixões, sabedoria e paciência com que desempenham suas funções, e que me ajudaram muito a ampliar progressivamente as possibilidades de olhar antropológico para a atenção primária à saúde, conforme me propus.
- À Secretaria Municipal de Saúde de Nova Petrópolis que, com uma visão ampla das necessidades de nosso sistema de saúde e formação no Brasil, apostou fortemente na importância deste e de outros trabalhos, não só para qualificação pessoal e local, mas de uma forma mais ampla, para o enriquecimento do cuidado à saúde em nosso país.
- A toda minha amada família, que me apoiou muito durante este período, em especial minha esposa Dora e meus filhos Francisco e Flora. Agradeço em especial a meus pais Eduardo e Maria Thereza, a minha avó Cora e a minha sogra Mônica, que me deram apoio neste e em todos os momentos.

*Pode um homem enriquecer a natureza com a sua incompletude?
(Manoel de Barros – O Livro das Ignorâncias – 1993)*

Resumo

Este trabalho estuda a política nacional de Atenção Primária à Saúde (APS) a partir da proposta de realizar uma outra *antropologia das políticas públicas*, que se aproxime do princípio de *simetria*. Inicialmente, alguns aspectos da APS e de como esta é constituída como *modelo científico* para os sistemas de saúde mundiais são revisados, bem como sua configuração atual no Sistema Único de Saúde, através da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Programa de Agentes Comunitários. Analisa-se também a forma como conceitos de *família* e de *comunidade* estão presentes nestas políticas.

A partir do estudo das *redes de atuantes*, no sentido de Latour, sugere-se que as diferenças criadas entre a ESF e outros modelos, que dividem o cuidado da saúde em terapias especializadas clínicas e cirúrgicas de um lado e o planejamento epidemiológico-sanitarista de outro, podem ser entendidos como uma *postura diferente em relação ao acordo modernista*. Para isso utilizam-se três aspectos principais observados em campo: a) a prática de cuidado mais individualizado de saúde, ou clínica; b) o trabalho com territórios e as identidades relacionadas com o processo de territorialização; c) a prática da atenção domiciliar.

Ao mapear estas redes híbridas mobilizadas pelas equipes de saúde da família, e especialmente, através do estudo da postura do médico de família e comunidade nestas, demonstra-se como outras naturezas e sociedades são produzidos e reificados de forma a esclarecer diferenças que se evidenciam em comparação aos modelos biomédicos e sanitaristas. Mais do que uma abordagem que inclua aspectos sociais do processo saúde-doença ou simplesmente uma prática diferenciada, mais humanizada, da biomedicina, sugere-se que a proposta da APS tem realizado uma alteração mais profunda no cuidado à saúde através da *mobilização de atuantes em coletivos diversos*, abrindo espaço para *outras formas de entender o que é saúde e doença*, a partir de uma *postura diferenciada perante a natureza e a cultura, o que ainda não parece ser um processo totalmente claro*.

Por fim, aprofunda-se o estudo da noção de *competência cultural* que é, dependendo da forma como entendemos os dois termos desta expressão, no mínimo discutível e necessita ser repensada assim como sua valoração secundária perante as outras características da APS. Este trabalho pretende contribuir para uma multiplicidade maior de formas de se pensar o cuidado à saúde em meio à diversidade, que possa ser utilizado tanto pelos profissionais da saúde quanto por antropólogos, aproximando estas áreas.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, políticas públicas, antropologia da saúde, competência cultural.

Abstract

Mobilizing collectives and building cultural competences in health care: anthropological study of the Brazilian Primary Health Care policy

This work studies the Brazilian primary health care policy (PHC) in the perspective of a certain way of an *anthropology of policies* going in the direction of Latourian's concept of *symmetry*. First, some aspects of PHC and how it is constituted as a scientific model for worldwide health systems are revised. Its current configuration in Brazilian health system as the Family Health Strategy (FHS) are also studied with particular attention to how concepts like *family* and *community* appear.

I suggest that the differences between the models like FHS and the frequently di-cotomized model of biomedicine x collective health can be seen as a different position in relation to de *modern constitution*. To get to this conclusion I analyze the *actants networks* in three situations in the practice of a FH team: a) individual clinical care; b) the work with health territories; and, c) the home care. Doing so I try to demonstrate how other natures and societies are produced and reified, in a way of making clearer the differences between this model of health care and the others mentioned above.

More than an approach that include a singular view of social aspects in the health-sick process care or more simply a more humanized practice, I suggest that the FHS are performing a much more complex alteration in health care by the mobilization of actants in many types of collectives, opening space for different ways of thinking health and sickness that derives from a specific posture before nature and culture, what is not actually totally clear.

For last the auto-attributed notion of cultural competence are revised and questioned as the apparently lesser importance near other PHC characteristics. This work wants to contribute to higher multiplicity of ways of thinking the health care and its importance in presence of the human variety to be useful for health care professionals and anthropologists, approximating them.

Keywords – Primary Health Care, Family Health, Public Policies, Health Anthropology, Cultural Competence.

Sumário

Introdução	
Uma Abordagem Antropológica da Atenção Primária à Saúde.....	10
Capítulo 1 – “A rede” e “as redes” de APS	18
1.1 O uso de <i>rede</i> para pensar APS	18
1.2 Um pouco das origens das redes de APS	21
1.3 APS no Brasil – SUS, ESF e MFC.....	28
1.3.1 O Sistema Único de Saúde e as redes da APS	28
1.3.2 Um pouco sobre a Estratégia Saúde da Família e o Médico de Família e Comunidade nas redes da APS.....	36
1.3.3 Duas imagens que ajudam a pensar o sistema de saúde no Brasil	48
Capítulo 2 – O médico de família e comunidade, a equipe de saúde da família e a mobilização terapêutica de coletivos: reflexões e propostas a partir das práticas.54	
2.1 Queremos ser Tannenwald.....	56
2.2 A Equipe de Saúde da Família Pinhal Alto	61
2.3 <i>Outros lugares, outras pessoas</i>	64
2.4 Uma proposta para a APS: encarar o cuidado da saúde e a prática clínica como <i>mobilização terapêutica de coletivos</i>	65
2.5 Territórios, Identidades e População Adscrita.....	85
2.5.1 Território e População Adscrita nos textos de APS.....	86
2.5.2 O trabalho de territorialização no dia-a-dia da equipe de saúde: descrevendo as práticas iniciais	92
2.5.3 Parênteses para as Famílias	97
2.5.4 Voltando às práticas iniciais de territorialização das equipes de saúde100	
2.5.5 Os mapas e os territórios.....	105
2.5.6 Territórios, Territorialidades, (Des e Re) Territorializações.	108
Capítulo 3 – Mobilizando coletivos a partir da relação entre territórios e identidades e a partir das práticas de cuidado domiciliar.....	116
3.1 A identidade e as territorialidades como <i>fatiches</i>	116
3.2 Mobilidade, Acesso e Territorialidades – Identidades: O território da equipe dentro e fora da unidade de saúde	127
3.3 Atenção domiciliar, agentes comunitários de saúde: cuidado e controle..	146
3.3.1 Atenção domiciliar do ponto de vista do ponto de vista dos profissionais da saúde e gestores	146
3.3.2 Parênteses para mais identidades.....	148
3.3.3 Atenção domiciliar do ponto de vista da população	151
Capítulo 4 – Competência Cultural ou Mobilização de Coletivos?	158
4.1 Concepções de Cultura e Competência Cultural no Sistema de Saúde...	166
4.2 Competência cultural?	176
4.3 A Mobilização de Coletivos e as equipes de SF – Uma Proposta Prática	192
Referências Bibliográficas	213
Anexos.....	228

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ANT – Actor Network Theory (Teoria do Ator-Rede)

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psico-Social

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MFC – Médico ou Medicina de Família e Comunidade

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PID – Programa de Internação Domiciliar

PSF – Programa de Saúde da Família

SBMFC – Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

SBMGC – Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária

SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SF – Saúde da Família

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TDR – Territorialização, Desterritorialização e Reterritorialização

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

WHO – World Health Organization (Organização Mundial de Saúde)

Introdução

Uma Abordagem Antropológica da Atenção Primária à Saúde

A preocupação com o que chamamos de *saúde* - termo que parece ser tão utilizado quanto difícil de conceituar - e com a grande quantidade de fenômenos que influem nesta, provavelmente é tão antiga e variada quanto a humanidade. Este conceito, ao longo da história, apresenta transformações contínuas, assim como as formas de interferir no processo de viver, adoecer e morrer também as apresentam. Entretanto, só muito recentemente, é que surgiu a idéia e a implantação de sistemas organizados e permanentes de saúde. Estes só poderiam ser possíveis após certa estabilização dos povos em Estados e do longo processo, que não cabe aqui explorar, de reunião dos elementos necessários e atores sociais, ao que em uma perspectiva de Latour (1994, 2001) poderíamos chamar de *atuantes*, para que a idéia de responsabilidade dos governos pelos direitos de seus cidadãos circulasse e, entre eles, o direito pela saúde.

Utilizo a noção de *atuante* no sentido de ator empregado por Latour como uma das categorias analíticas centrais neste trabalho. Para Latour, atuante é (tradução do inglês *actant*) um termo tomado da semiótica para incluir os não-humanos, ao contrário de ator (*actor*), geralmente utilizado somente para humanos. Latour, por meio do exame da prática, na teoria que ganhou o nome de “Teoria do Ator-Rede” ou ANT (*actor-network theory*) descreve inúmeros casos de surgimento de atuantes. Ao invés de começar com entidades já prontas, enfatiza a natureza complexa e controvertida do que seja para um atuante chegar à existência. Um bom exemplo disso é o texto que descreve as relações entre Pasteur e o ácido láctico (Latour, 1995). Aprofundarei esta discussão ao longo dos capítulos.

No Brasil, pode-se começar a falar em um sistema de saúde incipiente somente a partir da primeira metade do século XX, mas principalmente a partir da segunda metade deste¹. Nas últimas duas décadas, com a

¹ Para uma revisão mais aprofundada da História da saúde pública brasileira ver, por exemplo, Lyda, 1994; Rosen, 1994, Bertolli Filho, 2001. Para um enfoque maior na História da APS, Ribeiro 2007.

progressiva criação do Sistema Único de Saúde (SUS), é que começa a se consolidar com muitas dificuldades, a visão de responsabilidade governamental pelo cuidado universal e integral à saúde, sendo esta compreendida como direito de cidadania. Recentemente, como veremos, a forma como vem sendo pensado e implantado o SUS segue tendências internacionais identificadas como “Atenção Primária à Saúde” (APS).

A idéia de uma forma organizacional válida para todos os povos do mundo vem sendo justificada por estudos internacionais de desempenho comparativo quanto aos resultados de saúde atingidos pelos sistemas de saúde nacionais. A estas evidências, como veremos, soma-se a noção de uma filosofia de trabalho, também compreendida pelo termo APS, que seria responsável por parte dos resultados alcançados. Esta proposta se apresenta como forma de justiça social, a nível planetário, ao se propor a diminuir desigualdades sócio-econômicas e mobilizar setores diversos pensando saúde de forma ampla, abarcando determinantes não estritamente biomédicos e sugerindo grande ênfase em fatores preventivos das enfermidades e na chamada *promoção da saúde*.

Tanto no nível mundial, quanto no nacional, estas transformações apresentam grande interesse para a antropologia ao formular propostas de caráter universal em meio a tanta diversidade. Vários enfoques podem ser dados ao estudarmos esta política de saúde. Opto neste trabalho por realizar um estudo etnográfico de como esta vem sendo implantada em nosso país, a partir do estudo do contato entre uma comunidade rural e uma unidade de saúde da família, que articulam, através de uma gestão municipalizada, uma rede ampla de serviços e atuantes. Utilizo também experiências cruzadas de outras realidades de atenção à saúde como em áreas urbanas centrais, periféricas e indígenas. A partir desta rede ou universo de pesquisa que detalharei mais adiante, procuro estudar a citada política de saúde e dar especial atenção à característica auto-atribuída de “competência cultural”. Com isso, me proponho a gerar mais um atuante² (esta dissertação) que,

² Este exercício a que me proponho de pensar e descrever como as transformações do sistema de saúde se dão pela conformação de redes de atuantes começa aqui, ao tentar entender como é possível um trabalho científico influenciar a realidade. Sobre isso ver Latour (2006) “Como terminar uma tese de sociologia: pequeno diálogo entre um aluno e seu professor (um tanto socrático)”.

com sorte e muito trabalho, fará parte de coletivos afins como o que chamamos de *antropologia da saúde*, especialmente da *antropologia das políticas* e, quiçá, do processo de construção, que já está em andamento pela rede descrita anteriormente, de uma determinada visão de saúde como um direito de um ser humano-no-mundo.

A antropologia é uma área do saber relativamente recente enquanto disciplina científica e experimental, desde seu nascimento, constante reformulação de seus conceitos, métodos e objetos. Recentemente, mudanças importantes têm ressaltado, entre outras coisas, a importância do estudo *do outro* para o entendimento *de si próprio* e a relevância da reflexão sobre a presença do antropólogo como parte da construção da realidade estudada. Meu ponto de vista deve então ser explicitado, já que me proponho a participar da rede que tentarei descrever a partir da técnica etnográfica.

Longe de um pretense distanciamento neutralizador, reflexo de uma assepsia metodológica equivocada, ao descrever minha inserção em campo, pretendo explicitar as coordenadas de orientação que produzirão determinado olhar, determinada capacidade de detectar quem é ou não importante, quem age ou não. Se distanciamento ocorrer, será no sentido de estranhamento da ação observada-participada. Diferentemente de um observador neutro, minha posição como médico da comunidade-unidade de saúde que elejo para estudo me torna o que classicamente na antropologia se chama de participante-observador. Minha inserção em campo ficará mais clara ao longo dos capítulos, onde então o caminho de aproximação entre as áreas que estou trilhando deve aparecer a partir dos relatos e análise dos dados. Entretanto, gostaria de rapidamente descrever a trajetória por mim iniciada na área da saúde, minha insatisfação inicial com as limitações da abordagem biomédica - apesar de estar bastante consciente também de suas qualidades - e, posteriormente, com as limitações da abordagem interpretativista que hoje domina o pensamento da cada vez maior parcela de profissionais de saúde que se questiona a respeito da problemática das diferenças culturais em seu trabalho cotidiano e busca apoio na produção da antropologia da saúde. Insatisfação esta, também nascida da tentativa cotidiana de aplicação destes saberes em meu ofício de médico tendo contato com diferentes realidades (indígenas, urbanas e rurais de diferentes

partes do país) e percebendo um grande número de posturas perante a consolidação da idéia de que *competência cultural* seja uma das características derivadas da atenção primária à saúde, como vem ocorrendo nos últimos trabalhos da área da saúde. Sinto que a aproximação com a antropologia embora tenha aprofundado este desconforto, ao mesmo tempo instrumentou minha percepção em relação à complexidade das questões possíveis e da grande variedade de caminhos que podemos seguir para tentar respondê-las ou ao menos compreendê-las melhor.

Retomando as mudanças que a antropologia vem passando mais ou menos recentemente, destaco o deslocamento progressivo para uma antropologia urbana, antropologia dos grandes centros, os questionamentos do conceito de cultura e o abalo de dicotomias clássicas de nossa forma de pensar, com aproximação a outras áreas, tem gerado profundas transformações na forma de trabalho do antropólogo. Um exemplo disso pode ser visto na proposta de uma *antropologia das políticas* públicas. A partir da constatação da crescente influência das políticas na vida dos indivíduos e sociedades, Shore e Wright (1997) propõem que as estudemos com as ferramentas teórico-metodológicas da antropologia. Sugerem que as políticas podem ser estudadas de formas diversas:

- 1) analisando-as políticas como textos culturais; 2) como dispositivos classificatórios de significados variados; 3) como narrativas que servem para justificar ou condenar o presente; ou 4) como instrumentos retóricos e formações discursivas que funcionam para aumentar o poder de algumas pessoas e silenciar outras. (Shore e Wright, 1997: 7)

Esta abordagem tem implicações metodológicas importantes visto que obrigaria a repensar conceitos clássicos da área como “campo” e o papel das técnicas etnográficas como a participação observante de povos delimitados. Procura-se deslocar o foco também para interações entre diferentes lugares ou níveis, onde atuam atores diversos, nem sempre conscientes de suas conexões. Novos tipos de materiais são analisados, como os documentos que fundamentam as políticas, traçando-se relações entre as ações cotidianas e discursos institucionais. Mais do que exotizar o familiar, buscar-se-ia o distanciamento correto para a interrogação das suposta naturalidade de “como as coisas são”. Apesar da relativa antiguidade da proposta, pode-

se dizer que ainda há certa tendência a ver as políticas de saúde como fora do escopo disciplinar da antropologia (Horton e Lamphere, 2006).

Essa proposta parece muito pertinente pela sua postura de complexificar a forma como as políticas agem, pois muitas vezes são vistas no senso-comum ou apresentados pelos governos como neutras. Parte desta neutralidade estaria ligada à crença de que sua racionalidade e cientificidade as imunizariam de determinações sociais e históricas. Além disso, esta abordagem tem a vantagem de levar a sério a capacidade da ação de atuantes normalmente desprezados na prática dos estudos sociais em geral, como por exemplo, os textos das políticas. Entretanto, penso que para gerar uma verdadeira contribuição nesta discussão, devemos partir não somente de um *pólo social* determinante dos fenômenos observados, buscando as *representações construídas*, para tentar escapar dos perigos ocultos no que Latour (1994) chama de “Constituição Moderna” ou simplesmente Acordo.

Acordo - Abreviação de *acordo modernista*, responsável por incontáveis problemas que não podem ser resolvidos separadamente e devem ser encarados em conjunto: a questão epistemológica de como podemos conhecer o mundo exterior, a questão psicológica de como uma mente consegue preservar sua conexão com o mundo exterior, a questão política de como logramos manter a ordem na sociedade e a questão moral de como chegaremos a viver uma boa vida (...). (Latour, 2001: 345)

Não tenho a pretensão de realizar um exercício de análise exclusivamente através de um único enfoque teórico, no caso latouriano ou da ANT (*actor network theory*). Sinto, entretanto, que muitas idéias deste autor e as implicações epistemológicas que advém destas ajudam a compreender e parecem oferecer caminhos diferentes para seguirmos vários dos problemas que procurarei abordar a partir dos exemplos etnográficos que não podem se restringir a um enquadramento interpretativista, estrutural-funcionalista ou mesmo foucaultiano, como propõem Shore e Wright, assim como outros antropólogos. O que me proponho, portanto, é de certa forma, uma outra antropologia das políticas públicas, agora *simétrica* (ou ao menos não tão assimétrica), não necessariamente melhor ou pior, mas diferente. Algo que não parta de um marco teórico totalmente pré-estabelecido, o que frequentemente reduz os atuantes (humanos e não-humanos) a meros objetos inertes, sofrendo a ação de forças sociais ou as determinações de

suas naturezas, mas que permita a eles continuar atuando, das mais diversas formas, como sempre fizeram independente de ser ou não estudados. E se interpretações, significados, estruturas, funções, padronizações, generalizações surgirem, elas devem surgir do próprio coletivo descrito, associando objetividade e relatividade, pois essa descrição obviamente será sempre feita de um determinado ponto de vista, o que nem por isso diminui seu valor. Afinal, como nos diz Latour, pela boca de um professor que dá uma orientação (quase socrática) a um pós-graduando:

A grande coisa sobre um ponto de vista é, precisamente, o fato de que você pode mudá-lo. (...) O que o faz achar que *ter um ponto de vista* significa *ser limitado*, ou especialmente *ser subjetivo*? Quando você viaja e segue as placas *Belvedere*, *Panorama*, *Bella Vista*, quando você finalmente chega àquele lugar que lhe tira o fôlego, de que maneira esta é uma prova de seu *limites subjetivos*? É a coisa em si mesma, o vale, os picos, as estradas que lhe oferecem este alcance, este toque, esta tomada. A melhor prova é que dois metros abaixo, você não pode ver nada por causa das árvores e dois metros acima, também nada por causa de um estacionamento. E mesmo assim você tem a mesma limitação *subjetiva*, e tem exatamente o seu mesmo *ponto de vista*! Se você pode ter diferentes pontos de vista sobre um estátua, é porque a estátua em si mesma é tridimensional e lhe permite, sim, ela permite que você ande em torno dela. (...) Os positivistas não são donos da objetividade.(...) Se quero ser um cientista e alcançar objetividade, tenho de ser capaz de me mover um quadro de referência para outro. Sem estes deslocamentos eu estaria limitado ao meu estreito ponto de vista de uma vez por todas.(Latour, 2006: 342-343)

Uma discussão importante que pretendo enfrentar é a de problematizar como diferentes conceitos de *cultura* estão ligados (são construídos e reificam) à idéia de *competência cultural*, que seria parte das características constituintes da APS. É necessário refletir sobre que sentidos de *cultura* são mobilizados por esta política em vários níveis, tanto oficialmente quanto na prática mais ou menos formal diária.

No primeiro capítulo, procuro descrever e estudar alguns aspectos do que chamamos hoje de Atenção Primária à Saúde, sua relação com a forma como hoje se configura o Sistema Único de Saúde brasileiro, através da Estratégia Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários. Busco analisar como estes fatos são constituídos como verdades científicas e que implicações isso pode ter e para quem. Além disso, procuro problematizar como conceitos como *família* e *comunidade* estão presentes nestas políticas e são utilizados continuamente. Para isso, retomo o conceito de *atuante*, de

acordo moderno e introduzo certa forma de utilização da noção de *rede*, tradicional nas ciências sociais e em voga em diversas outras áreas, mas que ganha novos nuances ultimamente.

Um eixo de interpretação que procurei seguir é o de ver estas políticas de saúde como práticas científicas aplicadas, não só como um texto ou construção social sobre uma natureza externa e apática, mas como um híbrido natureza-cultura, a partir dos quais procurarei

perceber como elas produzem e reificam, de um lado, uma determinada sociedade, cultura ou sujeito e, de outro, uma determinada natureza, realidade ou objeto (Carrara, 2002: 184).

Busco deixar isso mais claro ao longo dos capítulos 2 e 3, quando procuro pensar estas e outras idéias, a partir de exemplos etnográficos e da discussão sobre *competência cultural*, que é outro eixo central deste trabalho. Ainda no capítulo 1, descrevo a comunidade do Pinhal Alto e sua unidade de saúde, universo de pesquisa primário deste trabalho e de outras experiências que contribuíram para o amadurecimento destas questões e dos caminhos para pensá-las a que me proponho.

Seria impossível resumir nesta introdução as idéias centrais deste trabalho sem ter percorrido o percurso teórico que farei, entretanto, adianto que procurei, a partir do exame: a) da prática clínica; b) do trabalho com territórios; e, c) da atenção domiciliar, propor uma interpretação diversa do cuidado da saúde, não mais como domínio de uma perspectiva científica [mental] privilegiada sobre uma natureza fixa e sobre as outras representações não-científicas, mas como uma mobilização de coletivos híbridos (outro termo sugerido por Latour, 2006). Esta é uma das idéias principais deste trabalho e que só ficará clara a partir do terceiro e no quarto capítulos. Basicamente, após mapear as redes híbridas mobilizadas pelas equipes de saúde da família e, em especial, através do estudo da postura do médico de família e comunidade nestas, pretendo ter demonstrado como outras naturezas e sociedades são produzidos e reificados de forma a esclarecer, a luz da teoria mobilizada, as diferenças que se evidenciam em comparação aos modelos biomédicos e sanitaristas. Longe de propor algo totalmente novo, o que procuro fazer é lançar uma luz diferente sobre os

fenômenos já conhecidos, estudados entretanto a partir de um nível não usual e, assim, observar melhor quais as características que realmente fazem com que esta proposta de atenção primária se diferencie de outras no campo da saúde. Mais do que uma abordagem que inclua aspectos sociais do processo saúde-doença ou simplesmente uma prática diferenciada, mais humanizada, da biomedicina, demonstro que a proposta de atenção primária à saúde tem realizado uma alteração mais profunda no cuidado à saúde através da mobilização de atuantes em coletivos diversos, envolvidos na vida das pessoas com quem entra em contato, de forma mais ou menos consciente, abrindo espaço e utilizando outras formas de entender o que é saúde e doença.

Por fim, no quarto capítulo, aprofundo o estudo da noção corrente no campo da saúde de *competência cultural*, exploro algumas implicações que isso tem para a antropologia, os sistemas de saúde, a educação dos profissionais de saúde, levantando questões para futuras pesquisas. Espero ter conseguido demonstrar que a idéia de competência sobre a cultura do outro é, dependendo da forma como entendemos os dois termos desta expressão, no mínimo discutível e necessita ser repensada assim como sua valoração secundária perante as outras características da APS. Após este esforço pretendo ter contribuído para uma multiplicidade maior de formas de se pensar o cuidado à saúde em meio a tanta diversidade, que possa ser utilizado tanto pelos profissionais da saúde quanto por antropólogos, aproximando estas áreas.

Capítulo 1 – “A rede” e “as redes” de APS

Este capítulo tem como objetivos principais apresentar a política de Atenção Primária à Saúde e como esta se apresenta localmente. Ao descrever os envolvidos na construção da APS no Brasil até chegar num nível local, pretendo apresentar *uma forma de olhar* para este processo, a partir de uma base conceitual determinada, que será esclarecida progressivamente. Analisarei, instrumentado também por técnicas usualmente empregadas pela antropologia, os documentos internacionais que são importantes para tais políticas de saúde e suas derivações nacionais; outros participantes deste processo, como o médico de família e comunidade e as equipes de saúde; e algumas imagens mobilizadas por atores diversos para pensar o sistema de saúde.

1.1 O uso de *rede* para pensar APS

Início descrevendo um pouco das *redes* que estão gerando as mudanças nos sistemas de saúde de várias partes do mundo, sob o nome de Atenção Primária à Saúde (APS). Parto de um nível mais amplo, internacional, para depois aprofundar em nossa realidade nacional este processo. Opto por iniciar a descrição das *redes* que estão colocando em ação as idéias da APS pelos *atuantes oficiais*, ou seja, os relatórios de importantes organismos internacionais. Para isso, uma descrição profunda de suas características e de como se relacionam com os outros atuantes se faz importante.

Antes, entretanto, é necessário neste momento, fazer uma ligeira explicação de como utilizarei (e de como não utilizarei) neste texto, a noção de rede. Isso certamente ficará mais claro quando estiver tratando e descrevendo as redes em si, pois elas mesmas devem mostrar-se como são. Como este é um conceito muito utilizado e de diferentes formas, cabe evitar algumas confusões antes de irmos adiante.

A palavra *rede*³ não será utilizada aqui como um emaranhado, mais ou menos organizado, de relações ou atores sociais, como usado tradicionalmente pelas ciências sociais, quando fala em *rede social*. Também não será a *rede de significados* que Geertz (1978) nos propõe emaranhar-nos como conceito de cultura, como veremos no capítulo 4 e que tem assumido grande importância no desenvolvimento de uma antropologia médica aplicada. Não serão também as redes de poder capilarizado que nos faz enxergar Foucault (1998)⁴, nem as redes autopoieticas, padrão de organização dos sistemas vivos, descritos por Maturana e Varela (1987), nem a teoria geral dos sistemas de Bertalanffy (1950), que Capra (1997 e 2005) identifica como fontes, entre outras, de uma nova compreensão da cognição e de uma *ecologia profunda*.

Estes autores trazem contribuições importantíssimas para pensarmos várias questões e certamente o uso de *rede* nas ciências sociais tem uma rica história. Um dos usos de *rede* que farei mais adiante tem influência de Bott (1976), e paga tributo a um grande número de estudiosos que o ajudou a cunhar, partindo de Radcliffe-Brown (1973), passando por Barnes (1987) e Boissevain (1987), por exemplo.⁵ No entanto, na maior parte das vezes, opto por um ponto de vista particular, influenciado por Latour. A partir desta forma de olhar, que não é, repito, necessariamente melhor, mas simplesmente a que me proponho aqui tomar, por julgar interessante para analisar os dados obtidos, procuro evitar estes outros paradigmas que revelam em comum o esquartejamento do mundo para fins de análise (embora frequentemente façam mais do que isso, mantendo pretensões totais, reificantes). Aquelas (mais presentes nos sociólogos) do ponto de vista da sociedade e estas (mais nos cientistas naturais e de alguns filósofos da ciência) do ponto de vista “do mundo”, seja como seres vivos, ou natureza, ou ainda uma

³ A menos que eu indique uma mudança de uso e acrescente algum complemento, como quando falar em “rede de cuidados à saúde”, visto que é o termo atualmente usado pela saúde para falar em sistema de saúde e suas relações intersetoriais.

⁴ A lista certamente é muito maior, abarcando os pensadores que influenciaram estas noções de *rede social*, partindo de Descartes, Hobbes, Kant, para ampliar cada vez mais o fosso que existiria *a priori* entre *mente* e mundo *exterior*, que se desdobra no abismo entre *sociedade* e *natureza*. Passaríamos então por Hegel, pela fenomenologia, Habermas e os pós-modernos. Para aprofundamento desta comparação entre linhas filosóficas ver Latour (1994).

⁵ Para redes na antropologia, ver ainda Lomnitz (2002).

complexa rede de não-vivos e vivos onde os primeiros são meros substratos inertes ou recursos manipulados inapelavelmente pelos segundos⁶.

Neste estudo, portanto, procuro descrever as redes de seres “vivos” e “não-vivos”, “humanos” e “não-humanos”, numa tentativa de realizar uma antropologia menos assimétrica, onde todos são *quase-sujeitos-quase-objetos* e nunca sujeitos mentais exclusivos (donos de total potencial de agência) ou objetos naturais exclusivos (sofrendo em total passividade as forças externas sejam da sociedade, das “leis da natureza” ou de deuses que tem que escolher o tempo todo se são “reais” ou “imaginados”). Diferentemente das abordagens predominantemente sociais, o papel dos não-humanos não se restringe ao de meros incorporadores, encarnadores das forças sociais (através, por exemplo, dos processos de fetichização descritos por Marx), mas têm também *por suas próprias características e pela forma como estas influem nas formas de interagir em rede*, influência no resultado final observado. Ao mesmo tempo, a partir desta óptica, as relações sociais saem de um plano quase metafísico (e quando material, simplesmente encarnado e projetado construindo o mundo) para também ser formado pelos não-humanos. Creio que esta ligeira noção basta por enquanto para podermos prosseguir sem tropeçar *no que não quero dizer* com o conceito de rede e espero que fique mais claro o porquê desta opção por utilizá-la predominantemente (embora não de forma exclusiva), ao longo dos capítulos onde apresento os dados e utilizo os conceitos para estudá-los de determinada maneira.

⁶ Quanto a este ponto, não vejo problema em conferir maior dignidade aos “não-vivos”. Não penso que meus ossos por exemplo são compostos de parte viva (células – osteoclastos, osteoblastos) e de uma parte morta (cálcio, minerais) mas que o próprio osso é vivo. Assim para o organismo todo. Não entendo, portanto, o aparente medo que alguns defensores da teoria de Gaia (para essa teoria ver Lovelock, 1991) parecem ter ao considerar o mundo como ser vivo, mas manter o fosso discutível e incerto, como eles mesmos admitem, entre parte mais nobres que agem e partes menos nobres, mortas, que sofrem a ação sem participar. Neste aspecto, penso que Latour pode contribuir, assim como Ingold (2000) e Viveiros de Castro (2002).

1.2 Um pouco das origens das redes de APS

O sistema de saúde brasileiro, desde as últimas décadas do século XX, vem se reorganizando, progressivamente, em concordância com a proposta internacionalmente conhecida como Atenção Primária à Saúde. Esta reorientação inspirada em modelos, experiências e documentos internacionais, mas que adquire características específicas no Brasil, pretende compreender, entre outras coisas, uma maior atenção aos determinantes sociais da saúde com ao enfatizar a promoção e prevenção da saúde, ao procurar garantir a universalização do acesso *integral* à saúde como direito do cidadão.

A origem da proposta da APS frequentemente é relacionada à “*International Conference on Primary Health Care*”, ocorrida em Alma-Ata, na então União Soviética, em 1978. Iniciei então minha descrição e estudo pelo documento desta conferência, conhecida como Declaração de Alma-Ata (World Health Organization, 1978). Neste aparecem os principais pontos que norteiam parte das mudanças que recentemente vem ocorrendo nos sistemas de saúde mundiais: entendimento de saúde como direito humano fundamental e que depende não só dos setores responsáveis pela saúde, mas de ampla mobilização sócio-econômica. São manifestadas como inaceitáveis as diferenças encontradas entre as condições de saúde das populações de diversas partes do mundo, colocando como responsabilidade dos governos o cuidado dos seus cidadãos que, por sua vez, são atribuídos do direito e dever de participar no planejamento e implementação dos cuidados à saúde.

Conceitua-se, a seguir, APS como

os cuidados essenciais de saúde baseados em métodos práticos, cientificamente consistentes e socialmente aceitáveis e em tecnologia tornada universalmente acessível a indivíduos e famílias na comunidade através de sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possa assumir e manter de acordo com o estágio do seu próprio desenvolvimento, no espírito de auto-confiança e auto-determinação. Deve ser parte integral do sistema de saúde, do qual é o foco central, bem como do desenvolvimento social e econômico da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, família e comunidade com o sistema nacional de saúde trazendo o cuidado à saúde para o mais perto possível do lugar onde as pessoas vivem e trabalham e constitui o primeiro elemento de um

processo continuado do processo de cuidado à saúde.⁷(World Health Organization, 1978: 1)

Parece clara a relação entre os valores que são expressos nestes trechos do documento com o movimento histórico por *direitos humanos* que tem como registro maior a “Declaração Universal dos Direitos Humanos” (Organização das Nações Unidas, 1948). Sente-se aqui a influência de ideais com pretensão universalizante, mas que frequentemente são identificados com a cultura europeia, “ocidentalizados”, como os de liberdade, igualdade e fraternidade, bem como a idealização de determinado papel do Estado, enquanto governo nacional, provedor do bem estar de seus cidadãos.

Não me proponho aqui a rastrear as origens históricas da idéia de direitos universais humanos, nem a aprofundar os dilemas antropológicos e filosóficos sobre o tema. Gostaria apenas de ressaltar a relação entre a construção da APS e este movimento. Embora frequentemente visto como avanço ético inquestionável, também pode ser lido como fenômeno de caráter discutível, especialmente quando se estuda o impacto que há em situações de diferença legislativa e cultural em determinados países, onde se questiona sua alegada universalidade e propõem-se efeitos colonizadores desta proposta.⁸

O uso de um conceito de saúde ampliado, que não se identifica somente pelo seu aspecto negativo em relação à ausência de doenças, mas positivamente e intersetorialmente produzido também surge e é constantemente reafirmado a partir destes documentos. Entretanto, a ênfase em um “mais alto nível de saúde”, ideal, padrão desejável, gera uma série de problemas, visto que se fala em “estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Este ideal, que é pouco viável de ser atingido e mantido por muito

⁷ Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of selfreliance and self-determination. It forms an integral part both of the country's health system, of which it is the central function and main focus, and of the overall social and economic development of the community. It is the first level of contact of individuals, the family and community with the national health system bringing health care as close as possible to where people live and work, and constitutes the first element of a continuing health care process.

⁸ Ver para aprofundamento Sousa Santos (1998, 2002, 2003) e Segato (2006).

tempo, parece expressar certa ânsia por perfeição que está relacionada com a falsa premissa da possibilidade de controle total da natureza e, portanto, das doenças através da ciência-tecnologia presentes desde o século XIX. Apesar disso e da manutenção de dicotomias cada vez mais discutíveis como a de corpo-mente, indivíduo-sociedade, cultura-natureza, o conceito vem gerando grandes mudanças e alimentando debates sobre o que é saúde, que tipo de saúde e de que cuidado de saúde é desejável, por quem e para quem. Além disso, já é anunciado no documento acima citado uma progressiva responsabilização do *self* (como valor central do individualismo) e controle das pessoas. Não aprofundarei aqui estas questões pois o faço no capítulo 4, após adensar a observação das equipes de APS, as características do trabalho do médico de família e comunidade em equipes de saúde, em comparação com os modelos biomédico e sanitário clássicos. Entretanto, já se faz perceber aqui, além da responsabilização (que será freqüente e simultaneamente construída como culpabilização) individual, certa limitação da qualidade e quantidade de atuantes envolvidos nas redes nacionais determinada pela situação econômica local, subordinando de certa forma o nível de saúde ao nível de desenvolvimento do sistema econômico dentro de uma lógica mundial capitalista. Esta noção abre portas além das justificativas para os pobres resultados de países historicamente explorados, mas também tem o poder de reforçar as recomendações usuais de organismos internacionais a respeito de quais mudanças devem ser implantadas nos países “subdesenvolvidos” para que sigam o caminho evolutivo do “primeiro mundo” também como forma de garantir que seus sistemas de saúde tenham os mesmos resultados, o que é no mínimo discutível.

Como veremos também, estes tipos de prioridade ou valores ganharão força posteriormente com a ênfase no enfoque preventivo e no uso da epidemiologia, tanto em um nível individual como coletivamente, ao enfatizar-se a participação, a proximidade com os locais de vida e trabalho e ao pensar que a produção do cuidado deve ser socialmente aceitável. Não são problematizadas, entretanto, as noções de ciência, tecnologia, aceitas de forma natural e inquestionável. Quando é mencionado o saber tradicional é nos seguintes termos:

Atenção primária à Saúde: (...) 7. depende, tanto nos níveis locais e de referência, de profissionais da saúde, incluindo médicos, enfermeiras, parteiras, auxiliares e agentes comunitários conectados, bem como **praticantes tradicionais conforme necessário**, apropriadamente **treinados** social e tecnicamente ao trabalho como um equipe de saúde para responder às necessidades de saúde da comunidade.⁹ (WHO, 1978: 2, grifo meu)

Parece que, ao menos neste momento, na formulação desta declaração, que vem influenciando de forma enorme as políticas públicas mundiais de saúde, não interessa, talvez estrategicamente, ampliar muito o foco para formas “menos científicas” de cuidado à saúde, o que poderia inclusive afastar atores importantes. Ao mesmo tempo, não podemos dizer que somente uma determinada forma de cuidar da saúde, aquela identificada claramente com o pensamento e a metodologia “científica”, é contemplada.

Em outros momentos, entretanto, a Organização Mundial da Saúde manifesta-se de forma mais clara quanto a este tema, como veremos logo a seguir¹⁰. Acredito, entretanto, ser interessante destacar como os caminhos destas orientações nascem juntos, embora a linguagem dos documentos mude, pois isso nos fala um pouco sobre como estes organismos internacionais (e os diversos interesses neles representados e em disputa), que têm poder de se manifestar e influir na organização dos povos de forma muito ampla, pensa e trabalha¹¹. Por muito tempo – e ainda hoje em grande parte – em suas publicações e na prática de quem as aplica, o que se percebe é uma postura claramente assimétrica e unidirecional entre conhecimentos. Os verbos preferentemente utilizados nos documentos oficiais são “capacitar”, “educar”, “treinar”, “empoderar”¹², demonstrando talvez uma visão pouco crítica em relação ao acesso a uma verdade única através da ciência e certa dificuldade em aceitar em pé de igualdade a possibilidade de diálogo entre conhecimentos e pontos de vista diversos.

⁹ “Primary health care: (...) 7. relies, at local and referral levels, on health workers, including physicians, nurses, midwives, auxiliaries and community workers as applicable, **as well as traditional practitioners as needed**, suitably **trained** socially and technically to work as a health team and to respond to the expressed health needs of the community.”

¹⁰ Ver por exemplo, World Health Organization, 2002.

¹¹ Neste sentido ver Souza (2009).

¹² Ver também World Health Organization, 1986 e 2008 e Organização Pan-Americana de Saúde, 1986.

Recentemente, apesar do tom dos documentos ter gradualmente mudado, aparecendo mais frequentemente a idéia de diversidade cultural e diversidade de conhecimentos e a busca de uma postura mais tolerante, o uso de termos como “alternativa” e “complementar” parece ainda deixar clara uma linha demarcatória de legitimidades, poder e resultados diferentes entre saberes, assim como o termo “tradicional”, embora possa ser lido positivamente, pode aparentar certo atraso num mundo onde não se pára de repetir que a ciência “avança muito rápido”.

Não tento aqui negar a importância destes documentos e nem da proposta da APS, muito menos ignoro a lenta construção histórica que parece vir aprimorando os discursos e práticas. Quero, entretanto, manter um olhar cuidadoso e uma certa vigilância epistemológica, como diria Bourdieu, para poder estudar o fenômeno que parece irreversível, ao menos temporariamente, de implantação da APS, de ângulos diversos e, assim, neste exercício relativizador, contribuir para o conhecimento deste processo. Este movimento de aproximação dos sistemas de saúde de diversos países, incluindo o Brasil, dos princípios da APS parece nutrir intenções positivas, e é importante a meu ver que se possa minimizar os danos que são inevitáveis neste tipo de tarefa, ainda mais nesta escala.

Voltando ao relatório da conferência de Alma-Ata, gostaria de destacar agora a ênfase dada no papel dos governos para promover as mudanças necessárias e o tom de conclamação por uma nova parceria internacional em torno dessa proposta de saúde. O documento termina com o lançamento da idéia de uma “saúde para todos no ano 2000” e sugere que os governos desviem verbas militares para a saúde de suas populações como forma de gerar “aceleração do desenvolvimento social e econômico” (pág. 3) e cita quais os atores importantes no que chama de “Nova Ordem Econômica Internacional”: “Governos, WHO, UNICEF e outras organizações internacionais, bem como agências multi e bilaterais, organizações não-governamentais, agências de investimento de capital, todos trabalhadores da saúde e a comunidade mundial” (pág.3).

É, portanto, uma rede que se forma já demarcando sua forma de relação com outras, por exemplo militares e armamentistas (como quando coloca na página 3 a competição de recursos entre a saúde e estas,

enredando-as todas), e que tem como diferencial comparativo, em relação às formas anteriores de orientação das políticas, uma grande ampliação do número de atuantes que se propõe mobilizar. Não só os “parceiros” que o documento cita mas também os atuantes não-humanos que refere ser necessário mobilizar, na visão de Latour, entram em ação: comida, água potável, métodos anticoncepcionais, vacinas, o aparato necessário para diagnóstico e tratamento das principais doenças e expande-se ainda mais ao ativar emprego, agricultura, pecuária, indústria, educação, moradia, comunicação. Quem utilizar esta declaração posteriormente mobilizará, portanto, um grande número de atuantes e o mesmo importa para quem quiser se opor a esta rede. Não terá somente que desqualificar um idéia abstrata, originada de um ou outro grupo social, de um ou outro conjunto de significados um mundo encerrado numa linguagem poderosa, mas sofrerá a resistência das próprias coisas, agora não mais objetos passivos, mas quase-objetos ou quase-sujeitos.

Mais do que ter acesso a uma verdade mais evidente ou uma idéia mais condizente com uma natureza das coisas como são, terá principalmente que ir contra a Organização Mundial da Saúde e seus aliados nacionais, deverá vencer a resistência dos próprios objetos, enredados através do que outros atuantes fazem com esta declaração nas mãos, ligando praticamente tudo e abarcando tudo numa rede que será posteriormente chamada oficialmente de “rede de cuidados da saúde” ou “rede de atenção primária á saúde”. Várias conseqüências são observadas a partir desta ação, que pode ser vista como medicalizante até certo ponto, e algumas serão discutidas ao longo deste trabalho. Por hora, quero ressaltar apenas a mudança de caráter que tem estar fora ou dentro desta rede e se associar ou não a estes atuantes. Explorarei isso de forma mais adequada quando for descrevendo esta rede no nível nacional e local.

De forma resumida o que procurei testar com este último exemplo é a idéia – a que retornarei repetidamente - de que um fato científico (no caso a APS como a melhor forma de organizar um sistema qualquer de saúde) é construído de forma híbrida, a partir de uma rede de atuantes humanos e não-humanos, o que não diminui sua realidade visto que não é uma construção puramente social como defendem os construtivistas e nem

exclusivamente um acesso de uma metodologia superior a uma realidade externa, como afirmam objetivistas. Partindo da negação do acordo modernista que tenta separar estes dois pólos e nos condena sempre a explicações unilaterais e retroativas a partir de uma natureza sempre inatingível ou uma sociedade (ou mente) desconectadas *a priori*, abre-se a possibilidade apontada por Latour para percebermos a realidade de forma diversa, a partir do trabalho de mediação dos atuantes humanos e não-humanos com todas as implicações epistemológicas, ontológicas e éticas que isso conduz. Não fico somente neste exemplo, mas nos próximos capítulos tento demonstrar como mudanças recentes nos sistemas de saúde têm realizado justamente este tipo de inconformidade com o acordo modernista, mesmo que não declaradamente, e por isso parece estar construindo um caminho para resultados diferentes dos obtidos previamente com os sistemas modernos (biomédico e sanitaria) de saúde.

1.3 APS no Brasil – SUS, ESF e MFC

1.3.1 O Sistema Único de Saúde e as redes da APS

A constituição de 1988 (Brasil, 1988) constitui-se marco legal da formação do sistema de saúde brasileiro tal como é hoje. A saúde é aí assumida como um direito de todo cidadão e dever do Estado, como vimos anteriormente, e marca oposição a visões que a encaram ora como mercadoria a ser consumida pelas pessoas capazes de financiá-la, ora como caridade a ser oferecida (geralmente de segunda qualidade) aos incapazes de fazê-lo. Este conceito de saúde, ampliado para incluir seus “determinantes sociais”, em nosso país, é fruto de discussões históricas no movimento chamado de Reforma Sanitária e das discussões populares especialmente presentes na VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986. Através destes marcos, bem como das leis 8080 (Brasil, 1990a) e 8142 (Brasil, 1990b) de 1990 e das normas regulatórias posteriores, instituiu-se as características essenciais do Sistema Único de Saúde (SUS). Estas características são apresentadas no Quadro 1. Por problemas diversos e pela própria relativa juventude da proposta, evidencia-se ainda variável distância, conforme o local, entre estes ideais explícitos legalmente e a realidade do sistema de saúde nacional.

Seria interessante, embora bastante difícil, traçar o caminho que progressivamente agregou aliados a estas idéias em uma rede internacional desde a Conferência Internacional de Alma-Ata até os movimentos nacionais citados e a formulação atual do SUS. Estudar como vem ocorrendo, gradativamente, certa transferência do poder concentrado nas enormes estruturas hospitalares universitárias urbanas, para uma infinidade de equipes de saúde, em contato íntimo com as mais diversas realidades. Equipes que tem papel cada vez maior não só na prestação de serviços de saúde, mas também na construção do saber que gera estes serviços e no treinamento dos profissionais de saúde. O presente exercício procura contribuir em parte para esta tarefa de mapeamento destes processos de transformação, consciente de estar seguindo apenas uma pequena parte do caminho descrito, visto que uma cartografia total da configuração destas

redes implicaria acompanhamento de atuantes que construiriam a cada passo as negociações, os textos, os acordos e os fatos científicos que formam esta paisagem.

Quadro 1- Características do SUS e breve descrição. Baseado em Pustai (2004).

Conceito	Definição
Universalidade	Garantia de que todos os cidadãos devem ter acesso aos serviços de saúde, assegurado por uma rede hierarquizada de serviços e com tecnologia apropriada para cada nível.
Equidade	O acesso aos serviços de saúde deve ser garantido a toda a população em condições de igualdade, não importando o gênero, a situação econômica, social, cultural ou religiosa, mas podendo haver uma discriminação positiva em casos especiais, em que a prioridade deve ser dada a quem tem mais necessidades.
Integralidade	Não deve ocorrer separação entre atenção preventiva, terapêutica ou reabilitadoras. As ações de caráter individual e coletivo devem ser financiadas e estar articuladas no mesmo sistema. Além disso, deve-se superar a divisão em especialidades por sistemas de saúde que geram fragmentação da atenção ao indivíduo.
Hierarquização e Regionalização	É fundamental que haja fluxos de referência e contra-referência claramente normatizados e funcionando entre os serviços de saúde de diferentes características.
Descentralização	Redistribuição de poder com redefinição de papéis da União, estados e municípios. No centro desta estratégia, está o processo de municipalização da saúde.
Controle Social	Deve haver participação da população de forma livre e organizada tanto na formulação como na regulação das políticas de saúde, em todas as esferas decisórias.
Participação Complementar do Setor Privado	O sistema de saúde é único e apresenta as características descritas, complementando suas deficiências através do setor privado, principalmente nos níveis hospitalar e especializado.

Uma característica interessante a ser destacada é a de descentralização. Esta pode ser vista, de certo ponto de vista, como fragmentação ou distribuição do planejamento e da atenção, ao menos no que diz respeito ao poder ligado a estas atividades. Obviamente não se trata de um fragmentação total, visto que estão previstos fluxos de informação, dinheiro, pessoas, as decisões não são pulverizadas, mas deixam de ser centralizadas. Num país com o tamanho e diversidade do Brasil, as ações centralizadas, como os programas nacionais tem grandes limitações e riscos, tanto de iatrogenias ¹³por inabilidade em lidar com as realidades locais quanto de inutilidade, visto as grandes variações de agravos à saúde. Portanto, é muito interessante notar que, ao mesmo tempo que unifica, o SUS cria esta fragmentação benigna, ou melhor, esta descentralização com

¹³ Iatrogenia é a parte da medicina que estuda a ocorrência de doenças que se originam do tratamento de outras e da intervenção médica em geral; patologia da terapêutica.

imediate reunificação através dos conceitos de integralidade, hierarquização e regionalização e com o controle social.

Não vou aqui revisar nem entrar em discussão sobre a grande quantidade de literatura sobre vários aspectos do processo de municipalização do SUS.¹⁴ Gostaria ainda, entretanto, de lançar um olhar rápido sobre este ponto para constatar que as mesmas contradições entre local x global, macro x micro, que se apresentam em diversos campos do saber, também podem ser sentidas e estudadas no nosso sistema de saúde em todos os níveis: local, regional, nacional e transnacional. Isto, neste mesmo momento histórico que se iniciam as discussões sobre competência cultural, sobre planejamento não-normativo e sobre participação das comunidades locais.

Outro aspecto interessante para pensarmos o sistema de saúde, utilizando as categorias de unificação e fragmentação, parece ser quanto a sua distribuições. Haverá locais nesta rede mais unidas e outras mais fragmentadas (malhas mais densas ou frouxas)? A partir de um aspecto da teoria de rede social de Bott (1976), pode-se pensar como diferentes densidades de rede ao longo do sistema de saúde podem gerar ou não, por si só, diferentes formas de relacionamento entre os atores presentes nesta. Esta autora, a partir de seus estudos de redes sociais de suporte às famílias, explora a idéia de que quanto mais densa e numerosa for esta rede em torno de um casal (o que chamou de “malha estreita”), maior será a divisão de trabalho entre eles. A explicação da autora, neste caso, parte exclusivamente de um pólo social, onde “uma segregação rígida dos papéis conjugais será possível porque cada cônjuge pode obter ajuda de pessoas de fora” (p. 77) e que

quando a rede desta pessoa é de malha estreita, os membros desta tendem a alcançar um consenso sobre normas e exercem uma pressão informal consistente uns sobre outros para que se conformem à normas, para que mantenham um contato uns com os outros e, caso necessário, para que se ajudem uns aos outros. (Bott, 1976: 77)

¹⁴ Ver por exemplo, Jovchelovitch (1993), Silva (2001) e Souza (2005).

Da forma oposta, uma malha frouxa, ou seja, “quando a maioria das pessoas que alguém conhece não interagem umas com as outras”, uma “maior variação de normas” ocorrerá possivelmente, sendo o controle social e a assistência mútua mais fragmentados. Neste caso, uma “organização ajustada torna-se mais necessária para o sucesso da família, vista como um empreendimento”. Gostaria de ressaltar a visão um tanto utilitarista que aqui aparece, onde o “sucesso da família¹⁵” parece ser a meta justificadora de todos os comportamentos observados. Assim, “eles (o marido e a esposa) deverão, obrigatoriamente, procurar um no outro algumas das satisfações afetivas e ajuda mútua nas tarefas familiares que os casais, tendo malha estreita, podem obter de pessoas de fora.” (p.78)

A partir da observação do sistema de saúde, também podemos notar uma maior ou menor divisão de trabalho ou uma maior ou menor rigidez de delimitação de papéis. Aparentemente, quanto mais densa a rede socio-técnica de saúde no SUS, maior a divisão de trabalho entre profissionais diferentes como médicos e enfermeiras ou entre especialistas diferentes. Ao contrário de Bott, entretanto, parece-me que não é somente a rede de relações sociais que determinaria estes achados, mas que as características observadas de funcionamento das diferentes redes ocorreriam pela presença diferenciada de atuantes humanos e não-humanos. Se não preciso aplicar injeções, procurar fichas de pacientes no setor de arquivo do hospital ou participar da recepção de pacientes no saguão do mesmo, em um grande centro urbano não é só porque há mais variações de relações sociais, mais atores humanos que se escandalizariam com minha saída de atendimentos para realizar estas outras tarefas “menos nobres” e que desviam o tempo de preciosas consultas. Se posso eventualmente realizar injeções, pegar prontuários do arquivo e acolher pessoas na recepção do posto de saúde é por que, além das relações sociais diferentes (que nunca foram só sociais), da densidade da trama social, as próprias injeções, arquivos e recepções são diferentes. No hospital, eu nem saberia achar o prontuário do paciente que está em algum outro andar entre milhares, organizados através de uma rede

¹⁵ Também certa naturalização do que é “família” aqui ocorre (e realmente pode ter ocorrido com e para as próprias famílias estudadas por Bott) e será retomado a seguir na conceituação de “medicina de família”.

de computadores nem sempre confiáveis. No posto de saúde eles estão por ordem de micro-área e família logo ali à mão, identificadas pelo nome da família e, caso eu não ache mesmo assim, posso olhar no mapa o local que o paciente que não está ou esqueceu seu número pode visualizar sua casa¹⁶. As injeções e medicações igualmente estão mais a mão, sem chaves nem farmácias burocratizadas distantes. Da mesma forma são as diferenças entre a recepção do hospital, que é quase a de um banco: portas giratórias, seguranças, corredores estreitos, horários definidos. No posto de saúde da família, chama-se “acolhimento” e no máximo haverá uma mesa e umas pessoas querendo saber o que houve.

Além destas diferenças entre divisão de trabalho entre postos de saúde e hospitais, poderíamos pensar igualmente entre áreas rurais, remotas ou de saúde de populações indígenas, que por muito tempo têm apresentado dificuldades de recursos humanos suficientes. Nestes locais, observa-se frequentemente uma sobreposição explicável pelas duas teorias, onde poucos profissionais devem apresentar maior flexibilidade quanto às suas tarefas e os “não-humanos” estão ainda muito mais (quando existem) acessíveis a todos. Portanto, ao mesmo tempo que descentraliza de forma organizada, o SUS cria redes sócio-técnicas mais ou menos densas e isso ajuda a determinar como os profissionais, ou se preferirmos atuantes humanos, atuarão. Pode-se mesmo dizer que o tipo de profissional, sua filosofia de trabalho, variará também em função destas *formas de tecer malhas entre humanos e não-humanos*. Novamente, reforço que estes aspectos que descrevo e que nos permitem tais conclusões são permitidas após o entendimento de como o acordo modernista se dá de formas e com intensidades diferentes em diversos locais do sistema de saúde, com diferentes ênfases biomédicas ou sanitárias. Parece-me – e retomarei esta idéia várias vezes a partir da etnografia de diversos aspectos da APS – que a forma peculiar como as equipes de saúde da família e, em especial, alguns médicos de família e comunidade tem trabalhado em contato com diferentes realidades e sua proposição a assumir uma competência cultural perante

¹⁶ O mapa, os prontuários, a dinâmica de funcionamento das unidades de saúde da família e suas micro-áreas ganham maior espaço no cap. 2, da mesma forma que outra aplicação sugerida para a teoria de Bott.

estas, evidencia uma forma nova de lidar com a questão da modernidade e, portanto, se beneficia do aporte teórico que Latour vem oferecendo.

Para entendermos melhor estas idéias, vale a pena retomarmos um pouco o conceito de APS e como este vem se constituindo em nosso país. A APS tem recebido diferentes formulações, em diferentes momentos. (Ribeiro, 2007). Recentemente, a definição aceita por mais atores é conceituada por Starfield (2002) a partir da intersecção de três conceitos inicialmente levantados por Vuori (1985): 1) estratégia para organização da atenção à saúde; 2) nível de atenção à saúde, e; 3) como filosofia que permeia a atenção à saúde. Como forma de organização, define o nível primário de atenção à saúde com principal “*porta de entrada*” e coordenador do sistema de saúde. No caso do Brasil, dentro da “política de atenção básica à saúde”, este nível é constituído pelas unidades de saúde da família (SF). Equipes compostas minimamente por um médico¹⁷, uma enfermeira, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde devem trabalhar inseridos em comunidades ou bairros das cidades, com território demarcado e população adscrita, e espera-se que prestem cuidados de forma *integral* (bio-psico-social, preventivo-curativo-reabilitador) e *longitudinal* (acompanhamento dos mesmos indivíduos ao longo do tempo). Este nível de atenção deve ainda *coordenar* o fluxo de informação e dos usuários que necessitam outros tipos de cuidados prestados pela “rede de cuidados à saúde”, composta pelos outros recursos necessários à saúde e que concentram tecnologia de forma mais densa, como hospitais e ambulatórios de especialistas. (Brasil, 2007) Um resumo das características da APS, amplamente aceito pelo setor saúde, é descrito no Quadro 2.

¹⁷ No Brasil, como em outros países, há uma formação especial (residência médica de 2 ou 3 anos e prova de especialista) para trabalhar na APS. No caso brasileiro, este profissional tem o título de “médico de família e comunidade” ou MFC. Esta formação não é exigida obrigatoriamente, tendo em vista o pequeno número de especialistas formados e a grande expansão nos últimos anos do programa de saúde da família, que atinge já mais da metade da população nacional. Falarei mais deste profissional adiante.

Quadro 2 - *Características da APS (baseado em Starfield, 2002).*

Características essenciais Da APS	Características derivadas da APS
Porta de entrada do sistema de saúde	Abordagem centrada na pessoa e família
Integralidade	Orientação das ações voltada para a comunidade
Longitudinalidade	Competência cultural
Coordenação	

Em outras palavras, a responsabilidade pelo cuidado médico da saúde não é exclusiva de ou mesmo chefiada por médicos, mas a ação agora deve ser de equipes multiprofissionais de saúde; estas não estão confinadas em hospitais e clínicas, mas se espalham por toda parte, para facilitar o acesso e as “características derivadas”; os cuidados de saúde não são cuidados de doença, nem de doentes, mas abrangem longitudinalmente o tempo (do útero, ou até antes dele, ao túmulo); da mesma forma, deve abranger as pessoas integralmente, não mais o corpo doente, apesar de não haver ainda consenso total sobre o que deve ocupar o lugar deste; estas equipes não devem trabalhar isoladas, mas em rede com hospitais, especialistas, outras profissões, gestão, planejadores, políticos, escolas, fábricas, creches, igrejas, etc. Quando você precisa (ou mesmo quando acha que não precisa), haverá um grupo de profissionais de saúde “responsável” por sua saúde, de sua família e vizinhos, pronto para agir quando julgar necessário ou for solicitado e que quer, da melhor forma possível para você (ao menos do que é a melhor forma para você, na visão deles) utilizar os conhecimentos e produtos científicos disponíveis. Entretanto, como contrabalanço de poder devem ser oferecidas uma maior abertura para participação comunitária e autonomia pessoal, assim como desenvolvida a chamada “competência cultural”. Um resumo das mudanças esperadas em relação à APS em relação ao modo “tradicional” de se ofertar biomedicina é resumido no Quadro 3, que ganhou da autora um título sugestivo.

Quadro 3 – Da atenção médica primária à atenção primária à saúde (Starfield, 2002, p. 33, adaptado de Vuori, 1985)

Convencional	Atenção Primária
Enfoque	
Doença	Saúde
Cura	Prevenção, atenção e cura
Conteúdo	
Tratamento	Promoção da saúde
Atenção por episódio	Atenção continuada
Problemas específicos	Atenção abrangente
Organização	
Especialistas	Clínicos Gerais
Médicos	Grupos de outros profissionais
Consultório individual	Equipe
Responsabilidade	
Apenas setor de saúde	Colaboração inter-setorial
Domínio pelo profissional	Participação da comunidade
Recepção passiva	Auto-responsabilidade

1.3.2 Um pouco sobre a Estratégia Saúde da Família e o Médico de Família e Comunidade nas redes da APS

A chamada estratégia saúde da família (ESF) é apresentada como prioridade do Ministério da Saúde e como uma superação de modelos anteriores. Os argumentos apresentados para justificar esta visão evolutiva são a melhora de indicadores de saúde (como mortalidade infantil), maior satisfação dos usuários (cidadãos) do sistema e aumento contínuo da adesão por parte de municípios (Ministério da Saúde, 2009). A melhora de indicadores nacionais de saúde é associada frequentemente às evidências internacionais cada vez maiores de que esta forma de organização do sistema de saúde melhora os resultados de saúde da população com maior racionalização dos gastos e satisfação dos usuários (Starfield, 2002). Há também evidências que mostram diminuição do número de internações hospitalares (Guanais e Macinko, 2009) Ainda existem muitas diferenças entre os países e é interessante notar que as próprias definições de medicina de família e atenção primária, além de receberem características locais, estão em formação contínua e relativamente aberta, acompanhando as mudanças que ocorrem nos sistemas de saúde.

Embora as características e a eficiência decorrente do sistema de saúde organizado a partir da atenção primária sejam apresentadas já como *fatos* e, progressivamente, sejam apoiadas mais convictamente e por mais pessoas e instituições, como tal ainda não foi fechada, em minha opinião, como *caixa preta* no sentido latouriano. Este autor usa esta expressão para referir-se

à maneira como o trabalho científico e técnico torna-se invisível decorrente de seu próprio êxito. Quando uma máquina funciona bem, quando um fato é estabelecido, basta-nos enfatizar sua alimentação e produção, deixando de lado sua complexidade interna. Assim, paradoxalmente, quanto mais a ciência e a tecnologia obtêm sucesso, mais opacas e obscuras se tornam (Latour, 2001, p. 353).

Grande parte desta etapa adiantada de apoio à APS deriva dos estudos de Starfield já citados. Esta autora pesquisou comparativamente sistemas de saúde de países, recolheu muitas outras pesquisas e compilou

de forma brilhante estes resultados e mais diversas idéias a cerca de como deveria ser o cuidado da saúde. Um de seus trabalhos (Starfield, 2002) foi editado em português no Brasil graças ao apoio da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e do Ministério da Saúde (MS) que, conforme a apresentação do próprio, assinadas pelos mais altos cargos destas instituições, buscava contribuir para a estratégia brasileira de organização da atenção básica e, em especial, para o programa de saúde da família (PSF¹⁸) que, na época, atingia aproximadamente um terço da população brasileira.

Este trabalho é usado como referência hoje para praticamente todos que escrevem ou ensinam sobre APS no mundo. Ele se encontra ainda um pouco longe, entretanto, de se tornar tão conhecido e aceito que dispense ser citado, o que caracterizaria um fechamento completo como “caixa-preta”, como o artigo de Lavoisier que descreve a fórmula da água (usando um exemplo de Latour, 2000, p.73). Ele se apóia de forma *estratificada* em outras autoridades (como Farmer, 1991; Shi, 1994, Shea, 1992 e muitos outros), mas basicamente na metodologia de estudo da autora e na *demonstração* dos resultados (ver gráficos 1 e 2).

Relação entre a força da atenção primária e os resultados combinados.

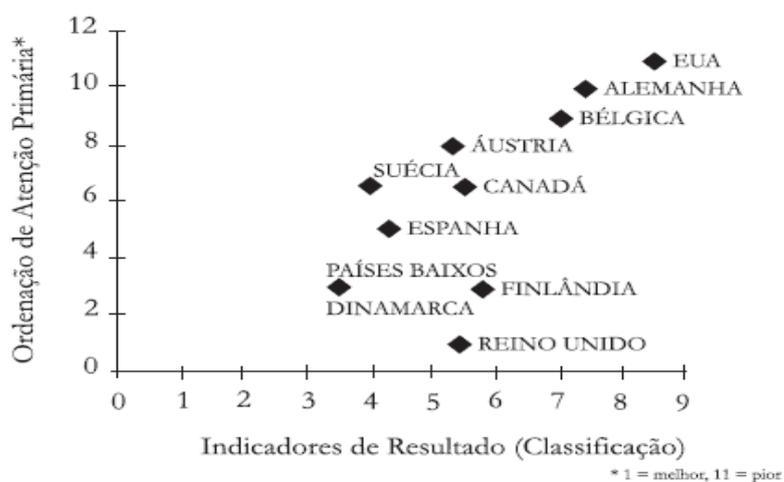


Gráfico 1 – Relação entre ordenação de um sistema de saúde para os moldes de APS e os resultados de saúde obtidos (como mortalidade infantil, expectativa de vida, taxas de mortalidade, de baixo peso ao nascer). Observe que 1 = melhor e 11= pior. (Starfield, 2002, p. 36)

¹⁸ Atualmente, dá-se preferência para o termo Estratégia de Saúde da Família (ESF) com objetivo de diferenciá-lo dos outros programas nacionais de saúde, de caráter mais ou menos temporário. Para uma comparação entre diferentes visões da APS como nível, estratégia ou programa, ver Righi, 2002.

Relação entre a força da atenção primária e os gastos totais com atenção à saúde

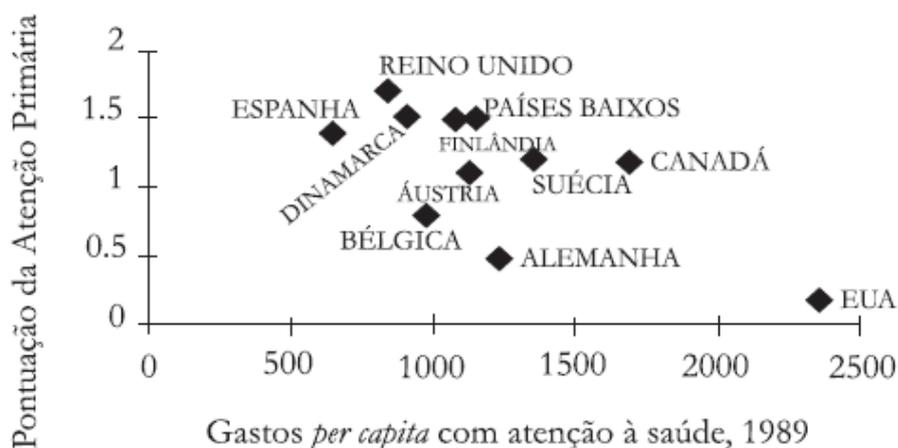


Gráfico 2 – Relação entre a força da atenção primária e os gastos totais com atenção à saúde entre diversos países. Agora 0 = pior. (Starfield, 2002. p. 37)

Ao apresentar imagens como estas, a autora estaria utilizando, segundo sugere Latour (2000) numa descrição de algumas estratégias comumente utilizadas para apresentar dados científicos, não só uma forma de tornar mais claros seus resultados, mas também uma estratégia comum para ganhar aliados de um argumento, que posteriormente vão fazer uso deste e torná-lo, portanto, mais verdadeiro. O meio para tal, aqui reproduzido, procuraria substituir temporariamente a crença no que a autora fala pelo exame das figuras. Isso conferiria um grande efeito sobre a convicção dos leitores ao exigir não que se *acredite*, mas que se *enxergue a verdade sobre os fatos*. Em minha prática com ensino, entretanto, tenho notado entre os alunos certa desconfiança temporária e não generalizada que está relacionada claramente com a infeliz estratégia de inverter os eixos entre os dois gráficos (onde um *acresce* APS “numericamente” e o outro *subtrai*). Isso parece ter “quebrado o encanto” das imagens sobre a crença, obrigando-os novamente a pensar, ou então, tem o efeito contrário, ao fazê-los visualizar o contrário do que a autora realmente está tentando mostrar.

Esta estratégia e sua pequena característica (para não falar em falha) de execução, entretanto, não são suficientes para gerar os fatos. Muitas outras estratégias retóricas são necessárias e, mais do que isso o que

importa, como diz Latour, é o que vem sendo feito com este texto *após* sua execução. É interessante notar, como progressivamente, uma rede maior e mais importante de atores vai se formando em torno da idéia de eficiência de um sistema de saúde apresentada por Starfield. Da mesma forma que vimos para a declaração de Alma-Ata, se alguém hoje quiser questionar estes fatos (há quem queira fazê-lo, como veremos a seguir) terá que, não só enfrentar os dados, os gráficos e a metodologia de Starfield, mas também os autores em que ela se apóia, o prestígio da autora, da Johns Hopkins (instituição onde é médica e professora) da UNESCO, do Ministério da Saúde e dos diversos órgãos correlatos nos mais diversos países. Além desta, diretamente relacionados aos dados da autora, está fazendo parte de outra rede ainda maior, de unidades e profissionais de saúde já trabalhando sobre estes princípios, os conselhos de saúde que vem participando da implantação desta política, os textos das conferências de saúde (que mobilizam periodicamente servidores, gestores e cidadãos comuns e que vêm reafirmando o caminho seguido), portanto, um mundo de gente. O tamanho desta rede é, entre outras coisas, o que faria a força do *fato* segundo Latour.

Além do *tamanho absoluto*, devo ressaltar o *tamanho relativo* desta rede, comparativamente às redes alternativas que tentam se formar. Uma destas poderia ser o quase calado (mas nem por isso pequeno) conjunto de médicos especialistas que não quer se envolver com um sistema de saúde pública ou que nem sequer pensou sua prática como parte de um sistema. Ou ainda, o movimento aparentemente em desmobilização da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) que tenta associar-se à rede da ESF defendendo publicamente o “direito da criança brasileira ao pediatra” (ver Sociedade Brasileira de Pediatria, 2009 e Freire, 2004) que estaria sendo “usurpado” pela proposta de APS e dos médicos de família e comunidade, sem preparo para atender “metade da população brasileira”.

Se olharmos pelo ângulo da SBP o que ocorre é uma invasão de médicos de família e comunidade (MFC) e generalistas no sistema público que, por sua vez, rapidamente mudou sua configuração. Estes profissionais não têm a mesma carga horária específica de ensino de doenças que acometem as crianças nem dominam as doenças mais raras e graves que

são vistas nos hospitais (já que sua formação é na rede básica em sua maioria e voltada para 90% dos agravos, que não são raros nem graves) o que os deixaria em desvantagem comparados aos pediatras. A ênfase na saúde da criança como área de atuação exclusiva do pediatra vem gerando, historicamente, grande número de vagas em residência médica nesta área. Como consequência, já há alguns anos, mesmo antes do PSF, vem sendo cada vez mais difícil para um pediatra geral recém-formado conseguir boas condições de trabalho em grandes centros sem “subespecializar-se” ou, como prefere a SBP, dedicar-se a uma “área de concentração” (neuropediatria, nefropediatria, etc.). A saúde pública ambulatorial descentralizada, entretanto, não é - nem nunca foi - uma opção filosófica e estratégica da pediatria e, para a maioria dos pediatras, constitui-se um local não preferencial de trabalho, havendo clara atração por consultórios privados, conveniados e hospitais. Outra característica importante de notar, é a relativamente pequena carga horária de treinamento ambulatorial geral nas residências de pediatria que tendem a valorizar mais os ambulatórios especializados e os casos graves e raros internados. Esta tendência só muito recentemente, e de forma tímida, começou a ser modificada, procurando capacitar melhor os pediatras em formação a atender o que se constitui a maior parte dos casos e com nível de complexidade qualitativamente diverso, que caracteriza a APS.

A posição oficial assumida (SBMFC, 2006) perante este caso é apresentada através de uma série de *fatos* mobilizados: resultados de mais pesquisas citadas por Starfield em que não houve vantagem (parece haver até desvantagens em número de procedimentos desnecessários e resultado final de saúde) em ter pediatras na porta de entrada dos sistemas (ao invés de apoio a casos complicados); a experiência de países¹⁹ famosos pela eficiência de seus sistemas e que não usam (ou usam de forma especial) pediatra na APS (utilizando a própria definição já visualizada nos gráficos de Starfield de quem pode ou não ter fama neste quesito); a diminuição da mortalidade infantil brasileira após o início do PSF no Brasil comparado com o período anterior, quando os pediatras eram os protagonistas, entre outros.

¹⁹ Para mais comparações entre países em relação à APS, ver Gêrvas, Mira e Pastor (1993) ou Taylor, McAvoy e O’Dowd (2003).

Por fim, extra-oficialmente e não exclusivamente dentro da SBMFC, aponta-se a SBP - em baixa voz - como preocupada, na verdade, com o excesso de pediatras no mercado de trabalho e em manter certa reserva de mercado para seus associados. Questiona-se igualmente sua competência em regular o número de vagas das residências médicas de pediatria, que por sua vez (ao menos várias delas) são alvo de dúvidas quanta a sua qualidade. Desqualificam-se os argumentos da SBP primeiramente, polarizando-os em razão x emoção (quando apresenta a idéia de “direito da criança brasileira ao pediatra”) e, depois, entre ciência x interesse político-econômico e, oficialmente, como desinformação das “reais evidências” sobre APS. Além disso, é interessante diferenciar quais destes argumentos são usados oficialmente e quais ficam para “os bastidores”.

A vantagem dos pediatras no cuidado de doenças da criança é admitida, mesmo pela SBMFC mas, como outros especialistas, deveria ser restrita aos casos graves e menos comuns. O papel desta especialidade deveria ser redesenhado, portanto, na opinião destes, para o de participante de equipe matricial (de apoio a unidades de SF) e de referência para casos graves, raros e que necessitam internação. A esta concepção é que se organizam as resistências da SBP.

Destaca-se ainda a alienação entre a saúde da criança e da família e comunidade, que seria mais freqüente entre pediatras do que com MFCs. Enquanto do lado da pediatria, enfatiza-se o conhecimento da *doença* como diferencial, do lado dos MFCs, enfatiza-se o conhecimento das redes em que a *saúde* é produzida ou prejudicada. Esta diferença conceitual seria uma das produtoras dos diferentes resultados apresentados nas pesquisas a favor da APS e é muito interessante como demarcador das diferenças entre os lados.

Outro fator importante a ser destacado é que o nível de satisfação (de profissionais e usuários) de sistemas de saúde baseados em APS tendem a ser melhores (baseados em estudos do mesmo tipo), o que ampliaria ainda mais a rede de aliados às afirmações de Starfield. Por enquanto, ganha a segunda rede, por mobilizar mais aliados, confirmando a tese de Latour: o MS não se move para associar os pediatras à proposta. Estes, por sua vez, aos poucos desviam sua atenção para outras prioridades e estratégias.

Seguindo a tese de Latour, o que diferencia o impacto da verdade defendida por Starfield, que APS é a melhor forma de organizar um sistema de saúde, não é *exclusivamente* o conteúdo do que ela diz, por relacionar-se mais intimamente ou visualizar de forma mais correta uma natureza e sociedades pré-existentes. Vários já haviam publicado as mesmas idéias, como vimos na descrição de seus aliados. Entretanto, suas publicações não haviam chegado na *mesma rede* ao Brasil. Não haviam sido publicadas pela UNESCO e MS, por exemplo. Isso não acontecera, por sua vez, porque diversos passos na formação da rede de Starfield, não foram seguidos no caso dos outros atores, embora certamente tenham dependido em parte deles para que Starfield conseguisse fazê-lo. As pesquisas citadas e que serviram de apoio às afirmações dela chegaram na forma desordenada de periódicos, se é que chegaram e se é que algum sanitarista estudioso os chegou a ler. Por outro lado, muitos atores do setor saúde já falavam, antes, o que ela escreveu. O que parece é que ela dominou melhor a formação da caixa-preta, *endurecendo os fatos*, mantendo controle deles ao mesmo tempo que conseguia mobilizar uma rede enorme de atores dispostos a utilizar esta caixa-preta como tal, com poucas ou nenhuma modificações. Além disso, a própria pesquisa já predispõe a interessar uma rede maior, em contraste com os outros autores, por comparar múltiplos países centrais, local de concentração de cientistas.

A criação desta nova rede passa, entretanto, não só por *argumentos*, que viram *fatos*, com apoio de diversos atores sociais e suas respectivas redes de relações. A tentação de atribuir os estudos de Starfield simplesmente a um desejo social prévio que se manifestaria *a posteriori* nas pesquisas e na formação das redes é forte. Por outro lado, persegue-nos a possibilidade oposta (freqüente nos meios médicos de saúde coletiva e medicina de família) de que a realidade já estava lá e que a versão da autora está vencendo porque simplesmente reflete melhor a “natureza real” das coisas como são. Segundo Latour, devemos ir atrás dos recursos exotéricos (ligados ao contexto social e ambiental) tanto quanto aos esotéricos (ligados ao que o senso-comum chama de *ciência pura*) que ligam a natureza e a sociedade por sucessivas translações de interesses, para não cairmos nas explicações externalistas ou internalistas que explicam a ciência

determinando ou sendo determinada por um contexto social externo a ela (Latour, 2001).

Voltemos um pouco então para a descrição dos ambientes envolvidos. Os hospitais, os especialistas e a indústria da saúde (convênios, seguros, laboratórios, investidores) que apostavam e ainda apostam em um modelo, que chamarei *biomédico*, de sistema de saúde, tem investido em “alta tecnologia” e especialização do saber para melhorar os resultados de saúde dos doentes (e talvez também da saúde financeira das instituições). Em outras palavras, opta pela *multiplicação de não-humanos* (como tomógrafos, kits de laboratório, equipamentos de manutenção artificial da vida), de técnicos que interagem diretamente como estes (técnicos em radiologia, pessoal de manutenção, laboratoristas e pessoal de enfermagem treinado para operar as máquinas descritas) e de especialistas que interagem menos diretamente com os não-humanos através, geralmente dos resultados obtidos.

Uma oposição recentemente proposta por médicos de APS, a respeito desta questão da identidade de especialista é a de *especialidade focal x integral*. Esta se oporia à outra, ainda em amplo uso, que contrapõe *especialistas x generalistas*. Para os médicos de família e comunidade defensores da primeira dicotomia, o termo *generalista* estaria correto para si, mas não os diferenciaria dos médicos sem residência médica, formados com seis anos de graduação, enquanto o termo *especialista* geralmente é desprezado pela fragmentação da visão integral que se propõem. A solução encontrada de *especialista integral*, além de demarcar as duas fronteiras (com médicos não pós-graduados e especialistas em grupos de doenças, como cardiologistas, ou faixa etária, como pediatras, ou ainda gênero como os ginecologistas) aproveitaria evidentemente, embora não de forma declarada, o status simbólico corrente que o termo especialista ganhou na cultura ocidental no último século. A visão baseia-se na idéia de que o especialista seria um técnico temporariamente mobilizado por seu saber pontual, mas inferior ao generalista ao aplicar seu conhecimento em um ser complexo, vivendo uma situação complexa de saúde-doença, inserido em uma rede social. Não importa neste momento, entretanto, a confusão entre as definições e auto-definições de quem é técnico e quem é especialista, mas

que eles se multiplicam neste ponto do sistema de saúde, ou seja nos hospitais.

Na rede de atenção primária (ou de unidades de saúde da família e é importante notar que assim é chamada na política oficial - de rede), observamos o efeito inverso. Não há tantos não-humanos (embora ainda haja uma porção deles, são menos destacados e não exigem quase nunca técnicos para ajudá-los a participar), nem especialistas (como vimos, as equipes básicas são formadas por um médico de formação generalista, uma enfermeira, auxiliares e agentes comunitários de saúde²⁰). Em compensação, o número de envolvidos (na sua maioria humanos não-especialistas e não-humanos pouco complexos) tem crescido enormemente nos últimos anos, a ponto de passar a envolver diretamente, em mais ou menos o período de quinze anos, aproximadamente metade da população brasileira e indiretamente, virtualmente toda, pois sua ausência costuma ser notada tanto quanto sua presença por *coletivos* diversos. Curiosamente, aqui também se fala em dinheiro, mas geralmente para ressaltar a maior racionalização dos custos a partir do modelo de APS.

Não só a quantidade destas relações entre atuantes multiplicados parece ser relevante, mas a força com que atuam as relações entre os componentes do coletivo varia. Além da ênfase expressiva que Latour dá à quantidade de elementos conectados, parece-me necessário prestarmos mais atenção às formas de conexão e *tecelagem* destas redes. Assim, o que me parece mais impressionante, não é a multiplicação e recrutamento de aliados em si, mas como, no caso da APS, o fato de não serem tanto de um tipo (mais máquinas complicadas, por exemplo), mas de outro (relacionamento humano, visão integral, por exemplo). Não são tanto as relações entre humanos e não-humanos que importam nesta proposta, mas as entre pessoas e outras pessoas. Isso pode ser, ao menos em parte, reflexo da indisposição criada pelo caminho que a ciência médica tomou no último século e que, inicialmente interessante para trazer mais aliados para as redes de produção de fatos científicos que determinavam as condutas

²⁰ Pessoas da comunidade selecionadas e treinadas para desenvolver visitas aos domicílios, de caráter educador e vigilante, bem como assumir um papel mediador entre comunidades e serviços de saúde.

médicas, atualmente são vistos de forma cada vez mais ambígua. Não que esta ambigüidade não existisse nos primórdios da medicina ocidental. Ela sempre esteve lá. O que ocorre nas últimas décadas, entretanto, parece ser a crítica, cada vez mais mobilizadora, da desumanização da medicina pela forma como são agregadas novos integrantes não-humanos e especialistas humanos.

Um exemplo de como simplesmente criar e recrutar aliados não seja suficiente se não houver o que Latour chama de *translação* de interesses (2000: 178 ss.) é o fato de que assistimos menos hoje do que antes, políticos querendo angariar votos prometendo mais máquinas ou hospitais. Eles estão acenando é com a qualificação e expansão da atenção primária aos seus eleitores (e, visionariamente, com a melhor articulação desta com o modelo biomédico, que analisarei mais adiante). Assim, dois interesses inicialmente diversos, dos políticos em conquistar eleitores (e talvez prestar um bom serviço) e dos planejadores, dos profissionais de saúde e/ ou da própria população, de criar um sistema de saúde mais eficaz e eficiente, podem ser transladados em um novo objetivo composto: uma rede de atenção à saúde, que concretize uma estratégia de saúde da família que, por sua vez, é inspirada nos ideais internacionalmente apresentados como APS. Nenhuma das partes conseguirá exatamente o objetivo original, como vemos numa adaptação (figura 1) da figura de Latour (2001: 106) e a distância entre as explicações externalistas (sociais) e internalistas (naturais) do processo será somente a do tamanho da cadeia de translações e não mais desconectada como na concepção de ciência com núcleo rodeado por contextos sociais irrelevantes para uns (ciência “dura”) e determinantes totais para outros (sociologia da ciência).

Figura 1 – Translação de interesses. Estes não são fixos a priori, mas são transladados, ou seja, quando frustrados, os atores tomam atalhos pelos objetivos de outros, resultando uma deriva, com a linguagem de um ator sendo substituída pela linguagem de outro. Adaptado de Latour (2001: 106)

Antes da translação

Políticos	→	Objetivo : prestar um bom serviço e ganhar eleitores
População, servidores de saúde ou planejadores	→	Objetivo: sistema de saúde melhor (melhor saúde, condições de trabalho no setor ou provar sua teoria)

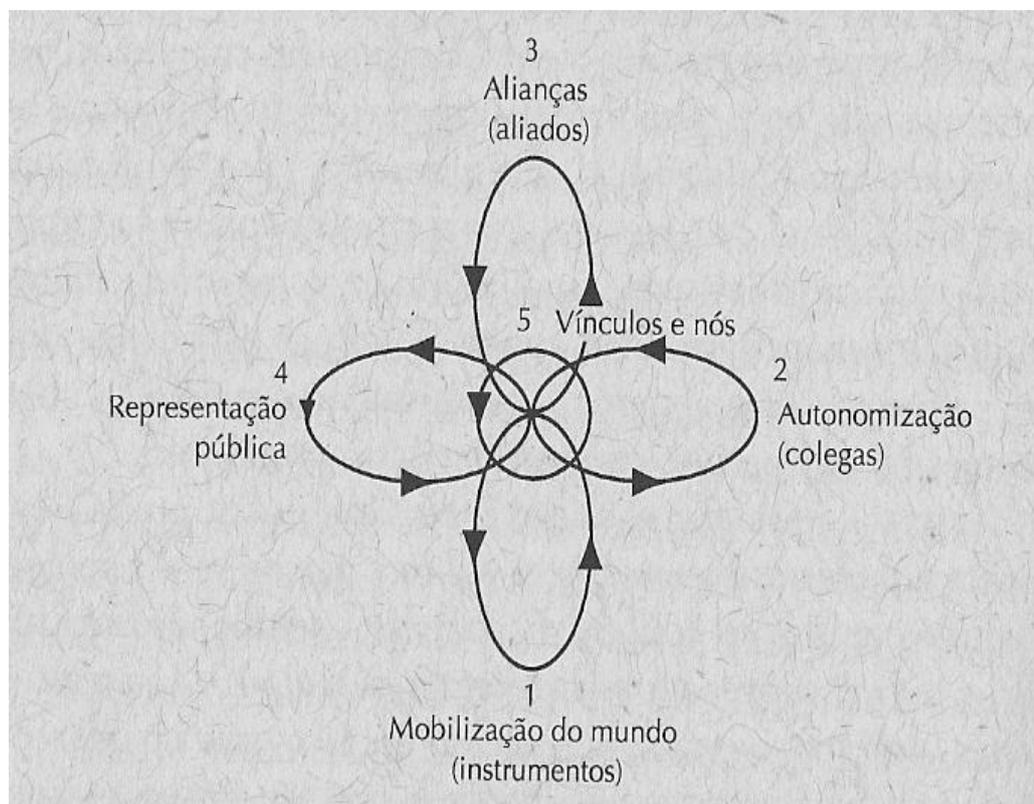
Depois da translação

1 Políticos	→	Objetivo (-)
2 População, servidores de saúde ou planejadores	↘	↗ deriva
	→	Objetivo (-)
	↘	
3	→	Novo Objetivo: Rede de unidades de saúde inspirada na teoria de APS

Visualizar o ponto em que estamos talvez seja ajudado pela figura 2. Starfield mobiliza o mundo (instrumentos de pesquisa, questionários, artigos anteriores), passa pela autonomização de colegas (sanitaristas, pesquisadores, médicos) e ganha aliados (gestores, organizações não-governamentais). De que forma o quarto circuito da “representação pública” está sendo costurado nesta rede ainda é, talvez, o menos definido no caso brasileiro. Isso apesar da participação nos conselhos e conferências de saúde que ajudaram a implantar a proposta no país. Temos os relatos e as

experiências de diversas comunidades e pessoas, mas eles ainda são altamente variáveis conforme a região do país. A mídia, aliada disputada por todos, ainda não foi nem de longe mobilizada como poderia. Os grupos de especialistas e os interessados em saúde privada ficam mais incomodados com seus papéis sendo redesenhados a cada etapa de aprimoramento da proposta de APS, pois se vêem perdendo espaço, poder de nomeação dos fatos e (por que não dizer?) dinheiro.²¹ A forma como estes elementos dos circuitos serão amarrados daqui para frente é que determinará o quanto a APS permanecerá sendo o sistema mais eficiente (e não somente o oposto, como normalmente pensamos).

Figura 2 – Sistema Circulatório dos Fatos Científicos: 1- Mobilização do mundo (instrumentos); 2 – Autonomização (colegas); 3 – Alianças (aliados); 4 – Representação pública; 5 – Vínculos e nós. (Latour, 2001. p 118)



²¹ Isso fica claro quando a APS é implantada em municípios pequenos, que tenham relativamente um bom orçamento para saúde e condições (ou sorte) de atrair bons profissionais: os consultórios privados têm esvaziado, dependendo cada vez mais dos planos privados ou semi-privados de saúde, e os mini-hospitais tem ido à falência ou ficado eternamente dependendo de incentivos governamentais e de internações de necessidade duvidosa.

1.3.3 Duas imagens que ajudam a pensar o sistema de saúde no Brasil

O estudo das imagens que idealizam o sistema de saúde e que são utilizadas no ensino médico pode nos ajudar a estudar o ponto de passagem em que parecemos estar situados em relação a diferentes modelos de sistema de saúde.

Muitas vezes, as propostas de APS ou do modelo centrado em hospitais e especialistas focais (ou no “nível terciário”, como veremos a seguir) são comparadas como se fossem duas formas de aplicação da mesma coisa, como se optássemos simplesmente por hospitais *versus* postos de saúde, por especialistas *versus* generalistas, sem perceber de que o que ocorre é 1) uma diferença de posturas perante as ciências da saúde; e, 2) uma mudança de enfoque na forma de trabalhar em níveis para uma forma em rede.

Ao admitirmos uma terceira forma conceitual de APS (como filosofia de cuidado à saúde, além de ser um nível de atenção e uma forma de organização do sistema), manifesta-se sua incompatibilidade com uma simples aplicação de um conhecimento médico “puro”. Não será possível, a partir da filosofia da APS, que pressupõe um visão integral do ser humano e um acompanhamento ao longo de seu ciclo de vida, mesmo quando não está doente, manter-se uma postura rígida, por exemplo, em relação ao conceito de doenças. Apesar de conseguir com sucesso deslocar a exclusividade do foco de atenção da doença para a saúde, parece-me que a atual forma de entender APS, que pressupõe a competência cultural como uma característica derivada das outras (portanto, mesmo que não explicitamente, menor), não faz o suficiente para romper com a idéia de doenças fixas naturais. Apesar de uma crescente flexibilidade dos profissionais de APS quanto à etiologia mista dos transtornos que causam sofrimento às pessoas e da necessidade de um cuidado intersetorial e interdisciplinar, não se supera idéia de que existem doenças “lá fora” na natureza, universais, esperando oportunidades para manifestar-se em nós. Essa visão, embora útil e prática no dia-a-dia, tende a transformar os profissionais de saúde em uma espécie de bibliotecários, prontos a identificar, catalogar e armazenar as pessoas

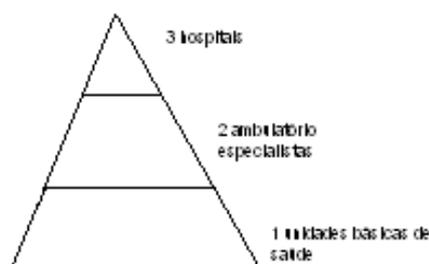
conforme suas doenças ou “listas de problemas” em unidades mais ou menos fixas pré-existentes.

Um dos pontos centrais que procuro defender é que não basta a flexibilidade destes conceitos, que vem fazendo a APS e, no Brasil, a ESF, se não romper com a noção de uma dicotomia natureza-sociedade, que aprisiona os MFCs e os médicos em geral em atitudes tipo “é, *mas também...*”, ou seja, este problema de saúde é assim, código tal, nome tal, que apresenta tais sintomas, sinais e achados de exames, que responde a tal tratamento, *mas também* tem determinantes sociais e emocionais que devem ser assim e trabalhados assim. Voltarei a esse impasse nos capítulos seguintes, servindo aqui esta introdução apenas para mostrar como estas posturas geram diferentes modos de percepção e representação do sistema de saúde, onde os atores estão distribuídos e relacionados de formas diversas.

A imagem da pirâmide de atenção (figura 3), por exemplo, tradicionalmente estudada como modelo de sistema de saúde, não destaca o usuário deste sistema, apenas os níveis de complexidade tecnológica presentes em cada um deles. Este desenho vem sendo progressivamente abandonado, embora ainda amplamente utilizado nas faculdades, nos concursos e mesmo no dia-a-dia dos trabalhadores. Sanitaristas têm proposto²² e o Ministério da Saúde adotado aos poucos, uma substituição pelo da “roda” ou “rede de cuidados”. Novos atores, antes excluídos, são emaranhados e ativados (figura 4). A filosofia da integralidade da APS colocou (ou deveria estar colocando) o usuário no centro, e dispôs de forma mais democrática os cuidadores e articuladores de cuidado ao seu redor.

²² Ver, por exemplo, CAMPOS (2000).

Figura 3 – Pirâmide de Atenção à Saúde. Distinção dos níveis primário, secundário e terciário. 1(base) – Unidades Básicas de Saúde, 2 (centro) – Ambulatórios de Especialidades e 3 (ápice) – Hospitais.



A verticalização em uma pirâmide não é importante somente por ser símbolo de uma estratégia de poder-saber, que é uma luta entre conhecimentos e não entre conhecimento e ignorância, como nos diz Foucault ao relatar o processo de confisco de saberes menores por maiores a partir do século XVIII, o “século do disciplinamento dos saberes”:

O Estado vai intervir, direta ou indiretamente, acho eu, mediante quatro procedimentos. Primeiro, a eliminação, a desqualificação daquilo que se poderia chamar de pequenos saberes inúteis e irreduzíveis, economicamente dispendiosos. Segundo, normalização desses saberes entre si, que vai permitir ajustá-los uns aos outros, fazê-los comunicar-se entre si, derrubar as barreiras do segredo das delimitações geográficas e técnicas, em resumo tornar intercambiáveis não só os saberes, mas também aqueles que os detêm. Terceira operação: **classificação hierárquica** desses saberes que permite, de certo modo, encaixá-los uns nos outros, desde os mais específicos e materiais, que serão ao mesmo tempo os saberes subordinados, até as formas mais gerais, até os saberes mais formais, que serão a um só tempo as formas envolventes e diretrizes do saber. E, enfim, a partir daí, possibilidade da quarta operação, de uma **centralização piramidal**, que permite o controle desses saberes, que assegura as seleções e permite transmitir a um só tempo de baixo para cima os conteúdos desses saberes, e de cima para baixo as direções de conjunto e as organizações gerais que se quer fazer prevalecer. (Foucault 1999: 215-216, grifos meus)

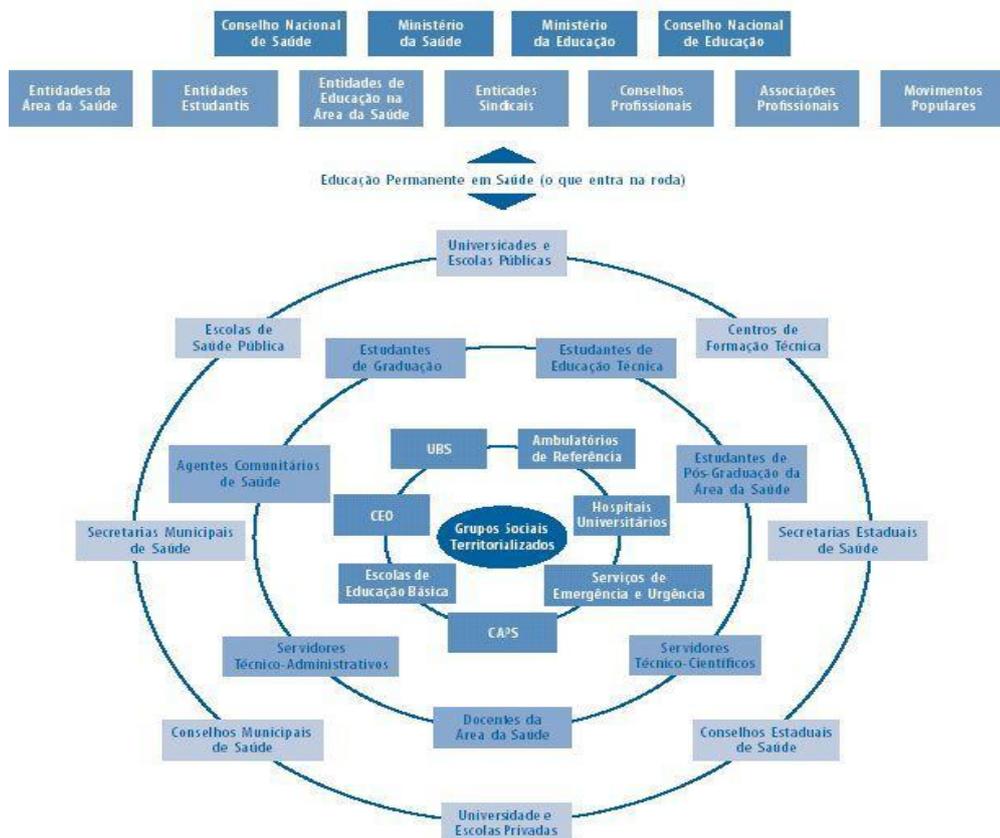


Figura 4 – Roda de Cuidado da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Além disso, na pirâmide há a confusão entre saberes humanos “mais verdadeiros” e densidade tecnológica, ou ainda especialização do saber, o que reforça a visão lucrativa, no caso da saúde, desta enquanto bem de consumo. Como vimos com médicos, que não são os mesmos conforme a inserção no coletivo, perante os atores não-humanos, aqui também podemos imaginar como esta concepção piramidal vem reforçando e gerando determinado tipo de atores, de forma mais simétrica, não apenas determinando as disposições dos recursos mas também sendo “atingidos” por eles. O “processo de disciplinamento dos saberes”, que chamamos de ciência, então não seria apenas uma materialização das relações sociais

como quer Foucault, nem uma manifestação espontânea de uma infraestrutura material (como poderia dizer Marvin Harris), mas ocorreria no encontro entre humanos e não humanos, reificando e construindo *a posteriori* determinadas sociedade e natureza. A intenção não seria uma característica do ser humano em si, o que talvez nem sequer exista, muito menos das coisas “lá fora”, mas do encontro entre estes, sempre imperfeito.

Quando as dificuldades em lidarmos com problemas humanos cada vez mais complexos (híbridos) aumentam, como vem ocorrendo na saúde, por exemplo, a idéia da possibilidade de existência de um conhecimento puro científico é discutível. A noção de que existe uma realidade única, subjacente a experiência comum, e que deve ser descoberta através dos meios privilegiados de acesso a esta convencionados como científicos é refutada a todo instante na prática da medicina seja na avassaladora cifra de transtornos ditos psicossomáticos encontrados nas unidades de saúde (em torno de 40%), seja nas constantes falhas terapêuticas de condutas acertadas segundo as normas científicas, ou ainda na impossibilidade de compreendermos completamente a eficácia do funcionamento de efeitos placebo.

Falha-se ao perceber o aspecto cultural – e, portanto, parcial - da própria ciência médica e de como esta produz seus fatos e é produzida em relação com um *social* e um *natural* que não estão relacionados das formas usualmente aceitas cientificamente. Normalmente, como nos diz Kuhn (1976), a falha neste caso é interpretada como parte não resolvida de um *quebra-cabeça*. Faltaria somente tempo à ciência para descobrir de forma cumulativa, o que falhou: a definição de um subtipo dentro do diagnóstico proposto ou a descoberta de melhores drogas que controlariam uma maior porcentagem de pacientes, comparativamente. Entretanto, fica evidente no dia-a-dia, e isso fica mais claro nos capítulos seguintes, ao analisarmos os exemplos reais, que a solução é outra. Mais do que uma peça ainda não resolvida do quebra-cabeça, estamos diante o tempo todo de *contra-exemplos*. Este termo é utilizado por Kuhn para determinar a mudança de paradigma que fica eminente ao acúmulo de eventos não explicados pela “ciência normal” até que seríamos obrigados a rever a própria teoria,

ocasionando eventualmente mudanças paradigmáticas mais ou menos profundas.

Os médicos, em especial os envolvidos na vida acadêmica e de pesquisa, assim como demais cientistas, tendem a uma visão impregnada de moral quanto a suas práticas e ao conhecimento científico de suas áreas. A pretensão de uma ciência pura, livre de influências sociais é um tanto sonhadora mais ainda encontra-se com frequência e a idéia de um médico ou pesquisador com um “senso moral naturalmente superior”, que produziria conhecimento universal, “desinteressado”, através de uma metodologia neutralizada pelo “cepticismo informado” (como em Merton, 1942) Esta noção de ciência gera em parte, entre outras coisas, o comportamento de colegas ao esperar que a ciência médica se comporte sempre igual em relação ao diagnóstico e tratamento. Se o primeiro estiver certo, o segundo estará. E, por consequência, cria-se a expectativa de que quanto mais recursos tecnológicos mobilizarmos, mais acesso a estes fatos teremos e mais adequação na prática. Aparece, logicamente, a hierarquia de valores dentro do sistema de saúde onde quem mobiliza mais tecnologia é melhor e deve dominar tanto a prática quanto o ensino. Se algo há de melhor nos momentos em que é necessário mobilizar grande concentração de tecnologia pode ser porque foram mobilizados mais atuantes que reforçam a construção e reificação da “verdade” e não por um acesso privilegiado a um “mundo exterior” e “às doenças em si”. Neste caso, a mobilização mais democrática de uma rede maior de cuidados (como na roda da figura 4, mas acrescida ainda de todos não-humanos envolvidos no processo) pode ter efeito tão ou mais adequado para todos por outros caminhos não antes imaginados. E é exatamente isso que os dados de Starfield, da OMS e de outros têm demonstrado em relação à APS e à ESF no Brasil. Neste processo de formação de um novo coletivo, a partir de translações de interesses e outras estratégias, os atuantes não-humanos têm seu papel tanto quanto os humanos. Poder e conhecimento não estão juntos somente por um ser uma versão disfarçada um do outro, mas por que não podem ser separados mesmo nas coisas e pessoas, natureza e cultura. Nas palavras de Latour, “ciência e tecnologia são aquilo que socializa não-humanos para que travem relações humanas” (Latour, 2001:222).

Capítulo 2 – O médico de família e comunidade, a equipe de saúde da família e a mobilização terapêutica de coletivos: reflexões e propostas a partir das práticas.

Para melhor desenvolver algumas das idéias introdutoriamente apresentadas no primeiro capítulo e acrescentar outros aspectos a esta discussão, creio ser necessário inicialmente ampliar a visão a cerca das práticas da APS e do trabalho das equipes de Saúde da Família. A partir de um número maior de dados sobre estas realidades é que poderei aprofundar este olhar sobre as redes de APS e contribuir para a discussão de como pensar e praticar o cuidado da saúde em meio a tanta diversidade como em nosso país.

Necessitei introduzir alguns conceitos como os de “rede” e de “constituição moderna” precocemente (mais do que gostaria), pois seria difícil iniciar a descrever, sem eles, o sistema de saúde do ponto de vista que escolhi para estudo. Entretanto, daqui para frente apresento o universo de vivência e pesquisa de onde surgiram as reflexões a que me proponho, tentando sempre que elas apareçam a partir da realidade apresentada. Para isso, inicio nesta parte uma descrição da “comunidade” estudada e de alguns universos secundários que contribuem indiretamente para este trabalho. Como já deixei claro desde o início, uma proposta de estudo antropológico de uma política de saúde exige certa adequação do que tradicionalmente se entende por “campo de estudo”. Esta, em uma perspectiva mais simétrica, deve envolver além do grupos sociais eleitos (comunidade mais ou menos delimitada, seus líderes, trabalhadores que executam a política em diversos níveis, planejadores, políticos, instituições enquanto forças sociais), as leis, os documentos de tais políticas, os ambientes em que se desenvolvem enquanto quase-objetos, num sentido latouriano. Nenhum atuante, dentro desta perspectiva deve ser desprezado e será incluído na análise, desde que execute alguma ação. No item 2.2 aprofundo a análise da APS brasileira já feita, a partir da observação participante da Equipe de Saúde da Família Pinhal Alto e da descrição de universos secundários de pesquisa como as populações indígenas e urbanas periféricas onde trabalhei e estudei.

A partir do melhor conhecimento destas realidades, estarei pronto para iniciar um dos pontos principais a que me proponho: lançar um olhar sobre a prática das equipes de SF (APS brasileira) e perceber que as diferenças criadas entre ela e os modelos anteriores, e que ainda convivem, que dividiam o cuidado da saúde em terapias especializadas clínicas e cirúrgicas de um lado e o planejamento epidemiológico-sanitarista de outro, podem ser entendidos como uma postura diferente em relação ao acordo modernista. Para isso tomarei três aspectos principais observados em campo: a prática de cuidado mais individualizado de saúde, ou clínica; o trabalho com territórios e as identidades relacionadas com o processo de territorialização e, por último, mas não menos relacionada às duas anteriores, a prática da atenção domiciliar.

O que pude construir e perceber com ajuda dos conhecimentos e habilidades que tenho procurado adquirir em minha aproximação com a antropologia é que estas diferentes formas de pensar e trabalhar a saúde englobadas nas categorias APS, ESF e medicina de família e comunidade lidam com a realidade de forma mais fluida e híbrida do que suas antecessoras. Esta alternativa de cuidado à saúde, que rapidamente está crescendo em vários países e no Brasil, tem por isso maior oportunidade de construir verdadeiros diálogos entre o que costumamos chamar de culturas a partir de uma compreensão menos assimétrica entre o conhecimento científico e outras formas de saber. Em minha análise percebo o cuidado clínico, o trabalho com territórios e identidades e a atenção domiciliar como mobilização de atuantes em coletivos híbridos que não parte sempre dos caminhos normalmente percorridos pelas ciências da saúde, seja ao explicar, ver e manejar o processo saúde-doença a partir de pólos sociedade ou natureza. Ao trabalhar de forma inovadora (não tanto se considerarmos as práticas tradicionais) as questões de saúde, médicos de família e comunidade e as equipes de SF parecem lidar com uma maior complexidade e atingir resultados superiores.

A partir desta reflexão que é produzida neste e no capítulo seguinte, procuro aprofundar mais adiante os conhecimentos teóricos que dão base a tais reflexões e propor caminhos para, tendo compreendido de forma diferente o que constitui a APS e ESF, pensar as questões que a

“competência cultural” tem colocado para profissionais de saúde e as pessoas por eles cuidadas.

2.1 Queremos ser Tannenwald

Como já iniciei a descrever as equipes de saúde da família em geral, farei agora o caminho inverso, começando pela “comunidade atendida” pela equipe que trabalho. Após apresento a própria equipe, mais especificamente, e sigo com as outras realidades vivenciadas que influenciam minha visão, como as comunidades indígenas que trabalhei, pois proporcionam material comparativo de funcionamento do sistema de saúde em contato com a diversidade.

Começo pela descrição de uma comunidade rural, localizada no interior do Rio Grande do Sul, Brasil. Esta comunidade, denominada Pinhal Alto, parte do município de Nova Petrópolis, está localizada entre esta cidade e a de Gramado, em região serrana (aproximadamente 600 a 700 metros nível do mar), nordeste do estado. O clima é subtropical, com as temperaturas frias mais prolongadas que no restante do estado, devido à maior altitude. As estações são bem demarcadas e as variações de temperatura vão de alguns graus negativos durante o inverno e nas madrugadas de outono e primavera até aproximadamente os trinta graus no verão, que dificilmente chega a ser muito quente.

Aproximadamente duas mil pessoas habitam a localidade rural chamada de Pinhal Alto, ou Tannenwald, que recebeu este nome pelo grande número de Araucárias (pinheiro típico do sul destas regiões do sul do país). Esta região apresenta solo pedregoso e muito fértil, onde convivem uma Mata Atlântica ainda exuberante e grande variedade de animais silvestres como aves (canários da terra, quero-queros, gaviões, urubus e a “tesourinha”, ave-símbolo do município), de pequenos mamíferos (tatus, lebres, ouriços, cachorros e gatos-do-mato, macacos e até uns poucos veados que avistei na estrada estes dias, quando ia ao trabalho), insetos, anfíbios e não tão grande de répteis (jararacas, outras cobras não-venenosas e lagartos como principais representantes). Os rios da região não são

grandes, a maioria correndo ao longo dos vales, entre os morros, dependendo seu tamanho da quantidade de chuvas, que costuma ser regular, predominando no inverno e primavera.

A maioria da população do município (19.000 habitantes) descende de imigrantes que vieram da Alemanha desde o final do século XIX e início do XX, mais especificamente, das regiões do Hunsrück (Renânia-Palatinado ou Rheinland-Pfalz), da Saxônia, da Boêmia e da Pomerânia. Estes movimentos se deram principalmente a partir do final da escravatura, em parte com finalidade de aumentar a mão-de-obra agrícola no país e desafogar a superpopulação européia.

A religião principal hoje é a católica, apesar do município ter se originado predominantemente de luteranos. A idade média da população é das mais altas do país, com baixa taxa relativa de natalidade. A taxa de analfabetismo é muito próxima a zero, sendo que a maioria dos habitantes não alfabetizados é muito idosa e foi educada em língua alemã.

A maioria dos habitantes locais fala algum dialeto do alemão, além do português. Ainda hoje é comum que a primeira língua a ser ensinada às crianças seja o alemão, tendo estas contato com o português principalmente em idade escolar. Não é incomum encontrar-se pessoas que não falam e não entendem o português ou o fazem de forma muito rudimentar. É habitual o povo original desta região denominar-se “alemães”, em oposição aos “brasileiros” restantes na região e à população em geral. Freqüente também é a manifestação de preconceito racial com os *schwartz* ou *pretos*, seja aberta ou veladamente, apesar da legislação em vigor no país, estendendo-se a todos os estranhos não nascidos de famílias alemães seja quais forem seus traços físicos. No entanto, a língua parece muitas vezes ser um fator de aceitação social e identificação identitária maior do que o aspecto físico ou raça. Realmente, é insistente a ênfase dada no dia-a-dia da comunidade em relação aos não-nativos (incluindo os profissionais de saúde) nesta questão. Voltarei às questões de idioma adiante.

Festas locais (kerb, jogos germânicos, festival do folclore, dia do colono, feriado da reforma luterana e festas católicas) reforçam o sentimento

de identidade diferencial²³. Da mesma forma, a conservação de costumes originários, tais como a construção de moradias e prédios públicos em estilo enxaimel (ou hoje em dia, falso-enxaimel, onde as vigas transversas não são reais mas detalhes ornamentais do reboco), roupas típicas, alimentação e bebidas (chope, cerveja, *spritzbear* ou cerveja de gengibre, *sauerkraut* ou chucrute, *wurst* ou lingüiça), jogos germânicos²⁴, sociedades de canto coral, dança alemã, entre outras.

A atividade rural que historicamente predominou e determinou a migração está progressivamente dando lugar à atividade industrial de pequena e média escala, sendo a indústria de laticínios, calçados e malhas as principais. Outras atividades encontradas são: fundição, serrarias, pequenas fábricas de móveis, esquadrias, padaria e confeitaria.

O emprego regular, com “carteira de trabalho assinada”, nestes setores é a regra. Interessante destacar esta grande variedade de atividades, fato que, em algumas falas de moradores da cidade, seria um dos fatores que protegeriam economicamente as famílias locais. Como é costume, em especial nestas áreas mais rurais, muitas gerações da mesma família coabitarem, a variedade de atividades seria um fator de proteção pois dificilmente elas estariam “em baixa” por muito tempo juntas. Sendo assim, quando a agricultura, ou determinada cultura do campo não está dando lucro, o prejuízo seria compensado pelas atividades fabris que garantem salário para alguns filhos. Do mesmo modo quando alguma crise atinge o setor de calçados ou laticínios, a agricultura ou outra atividade de algum filho compensaria por temporária valorização.

O trabalho da propriedade rural propriamente dito e os outros serviços “fora” (fora da propriedade familiar), entretanto, não se distribuem igualmente entre as gerações, ficando recentemente mais concentrado nas mãos dos

²³ Conforme Seyferth (1993), “A identidade social (...) se expressa através da categoria *colono*, que possui um duplo significado: aparece como indicativa, em algum grau de uma condição camponesa e, neste caso, são os valores camponeses que presidem sua definição; ao mesmo tempo possui um conteúdo étnico irredutível, que pressupõe uma distintividade cultural e, em certa medida, também racial, em relação àqueles brasileiros (...). (p. 38)”

²⁴ Em agosto, mês do *Kerb* (ver anexos 1 a 4), tive a oportunidade de participar dos chamados “Jogos Germânicos” onde a comunidade se intitula “Tannenwald” ao invés de seu nome em Português e executa, entre várias atividades religiosas, gastronômicas e de lazer, os jogos entre equipes: competição de serrar toras com serras antigas de duas posições, de ensacar milho, de força, de agilidade capturando animais vivos em fuga só com as mãos, etc.

mais velhos que, às vezes, recebem auxílio de um filho. Isso parece ocorrer por vários motivos. Algumas das razões alegadas pelos moradores são: a diminuição do interesse dos mais jovens pelo trabalho “pesado”, a vontade de ter uma renda estável, o maior consumismo das novas gerações e as dificuldades econômicas em geral. Além disso, devem ter contribuído o maior acesso à educação formal, o aumento da oferta de empregos, a desvalorização da agricultura familiar com predomínio da exploração de grandes empresas no agronegócio, a relativa falta de prestígio na atividade de “colono” (bem como eventual estigmatização desta identidade externamente), a diminuição progressiva das terras a serem repartidas e as mudanças nas formas de herança. Quanto a esta última, bem como outros aspectos de parentesco e propriedade nas famílias alemãs emigradas, é interessante ressaltar o trabalho de Woortmann (1995).²⁵ Esta autora esclarece vários aspectos das relações de parentesco e herança ainda hoje encontrados de forma mais ou menos ativa entre esta população, como veremos. Gostaria já de ressaltar, no entanto, que é possível visualizar hoje clara relação entre estas formas de vida e o processo de saúde-doença da comunidade em questão, proporcionando ótimas oportunidades de reflexão sobre as questões culturais que o sistema de saúde deve enfrentar se quer ser mais adequado em nível local. Apesar de não ser objetivo deste trabalho uma profunda etnografia dos colonos alemães, vários aspectos atuais que julgo interessantes surgirão durante os próximos capítulos e contribuem também para esta área.

Os cultivos agrícolas locais mais comuns são as de milho, batata, lenha (acácia e eucalipto) e ainda flores, hortaliças, em menor importância. A maior parte das culturas vegetais é para consumo próprio da família e para alimentar os animais. As criações de aves e porcos são as principais culturas animais para além do consumo próprio das famílias. Em menor quantidade, são criados gado bovino, ovino, caprino e de peixes de água doce. Estas atividades assumem características próprias do tipo de propriedade (pequena propriedade rural de administração familiar, em geral não mais que 10-20

²⁵ Para esta e outras questões ligadas ao parentesco e herança, ligadas ao campesinato em contexto diverso, ver também Woortmann (1993).

hectares) e pelas características de relevo (serra, íngreme) e de solo (bastante rochoso).

Segundo dados coletados por agentes comunitários de saúde em visitas domiciliares, a totalidade das casas conta com energia elétrica e 98,55% contam com tratamento caseiro (fossa asséptica e sumidouro) para os dejetos, não havendo tratamento público coletivo de esgoto no município. O lixo seco é coletado em 94,5% dos domicílios, sendo o restante queimado ou enterrado. O lixo orgânico serve de alimento para os animais e é incorporado como adubo nas hortas e pomares. 29,1% das casas contam com tratamento de água, e o restante usa água de vertentes e poços. 75,9% dos domicílios são construídos com material (adobe) e 28,8% de madeira. Um domicílio é de taipa revestida e um de material reaproveitado. 89,7% das famílias declaram não realizar qualquer tratamento da água antes de usá-la.

Cabe ainda aqui o destaque para o fato de que historicamente, ao incentivar as migrações, estas nações o fizeram através do deslocamento de *famílias* e não indivíduos ou outras formas de agrupamento. Os lotes de terra eram entregues às famílias (quando havia o produto da promessa a ser entregue) e o trabalho era organizado nesta base. As origens do processo migratório, bem como hoje aspectos da organização atual na nova terra, parecem estar profundamente relacionados ao sistema de herança dos países de origem (Woortmann, 1995), além da importante ênfase que a religião católica dá à esta instituição. Este conceito, portanto, foi e ainda é muito importante para estas pessoas, adquirindo maior relevância no momento em que é mobilizado e transformado pelas políticas de saúde, como analisaremos.

2.2 A Equipe de Saúde da Família Pinhal Alto

A equipe de saúde da família desta região trabalha nos moldes da política de saúde chamada ESF há aproximadamente dois anos e é composta por um médico de família e comunidade, uma enfermeira, duas técnicas em enfermagem e cinco agentes comunitárias de saúde. Além desta equipe básica, trabalham algumas vezes por semana na Unidade de Saúde da Família (USF), um dentista, uma nutricionista e psicólogos, constituindo o que se chama de equipe de apoio, pois migram continuamente entre diversas unidades. Os profissionais em geral são todos contratados pela prefeitura local, sendo a maior parte, hoje em dia, contratada através de concurso público, o que implica em certa estabilidade. Este movimento de contratações mais formais é muito recente e ainda visto como duvidoso por muitos gestores, por diminuir a autonomia de disciplina sobre os contratados, fato que é festejado por outros, visto que diminui a possibilidade de manobras eleitorais sobre os recursos humanos. Uma pessoa da comunidade é contratada de forma terceirizada para executar a limpeza da unidade.

Desta equipe básica, apenas o médico (no caso, o autor) é natural de grande centro urbano, sendo as profissionais de enfermagem e agentes de saúde, em sua maioria naturais do próprio município ou de características semelhantes. Interessante notar também que a maioria destas é de origem alemã ou habita área de descendência alemã há muito tempo.

Ressalto também as diferenças de formação entre os profissionais, sendo que somente o médico da USF tem especialização na área. Algumas das enfermeiras e agentes de saúde realizaram pequenos cursos ligados à área que são oferecidos pelo governo. Dos outros profissionais da rede de APS no município é também gritante a diferença de formação especializada na área o que começa a ser corrigido nos últimos tempos pela maior oferta de cursos e pós-graduações privados, motivadas em grande parte pela possibilidade de lucros alavancada pelo fortalecimento da ESF no Brasil. É possível que, nos próximos anos, seja progressivamente mais difícil conseguir bons postos de trabalho em APS sem uma especialização, mas por enquanto o número de vagas tem crescido aceleradamente mais do que

o número de profissionais com formação para preenchê-las, ficando muitas vezes nas mãos de generalistas ou especialistas em outras áreas.

As motivações para trabalhar na APS também são diversas. Alguns profissionais falam claramente que prefeririam trabalhar em emergências e hospitais e é clara a noção de que, quanto mais próximo ao centro urbano e à tecnologia, melhor deve ser o profissional. Em algumas conversas com colegas médicos de outras áreas, que atuam na cidade, fica evidente que, para a maioria deles, a escolha pelo exercício da medicina em áreas rurais e, mais especificamente, por USFs (e pelo SUS em geral), deve estar quase sempre ligado a um fracasso profissional ou baixa capacidade técnica. Uma exceção pode ser aberta, quando claramente relacionada com complemento de renda ou caridade em tempo minoritário. Além disso, a histórica relação complexa, pois geralmente baseada em interesses diversos e difíceis de conciliar, entre gestores e médicos contribui para a aversão de muitos profissionais ao serviço público. A maioria, portanto, dos profissionais acaba trabalhando temporariamente, contra a vontade ou por falta de opção neste tipo de serviço, embora isso esteja progressivamente mudando. Atualmente a noção de que um país deve ter um serviço nacional de saúde, com vimos anteriormente tem sido melhor difundida entre os profissionais devido a mudanças recentes curriculares e certamente influenciada também pela abertura de um grande mercado de trabalho, relativamente bem pago em comparação com outras opções e que, dependendo de realidades locais, não sobrecarrega tanto os trabalhadores.

O prédio ocupado por esta equipe foi anteriormente uma escola e é, portanto, adaptado às necessidades de uma unidade de saúde. Situa-se em uma região considerada pelos moradores como central do Pinhal Alto, onde se concentram serviços como um mercado, uma padaria, um posto de gasolina e oficina mecânica, uma pequena sede de cooperativa de crédito, a quadra esportiva da sociedade de moradores e a igreja. A figura 5 é um desenho esquemático de um mapa da região. Simplificando um pouco e desprezando pequenas assimetrias, podemos visualizar um trecho de asfalto cercado de “alças” de estradas de terra (que levam às “linhas” ou “colônias”). Esta região toda está à margem direita de quem vai do centro urbano de Nova Petrópolis para o município de Gramado e seu principal acesso se dá

há aproximadamente 7 km da saída da cidade. A distância entre os dois centros (do município e do Pinhal Alto é em torno de 14 km). Os caminhos entre as linhas se interligam no interior formando alças e possibilitando trânsito sem necessidade de acessar a via principal. Visualiza-se, além disso, as relações com dois outros municípios vizinhos através de suas áreas rurais: Picada Café e Santa Maria do Herval.

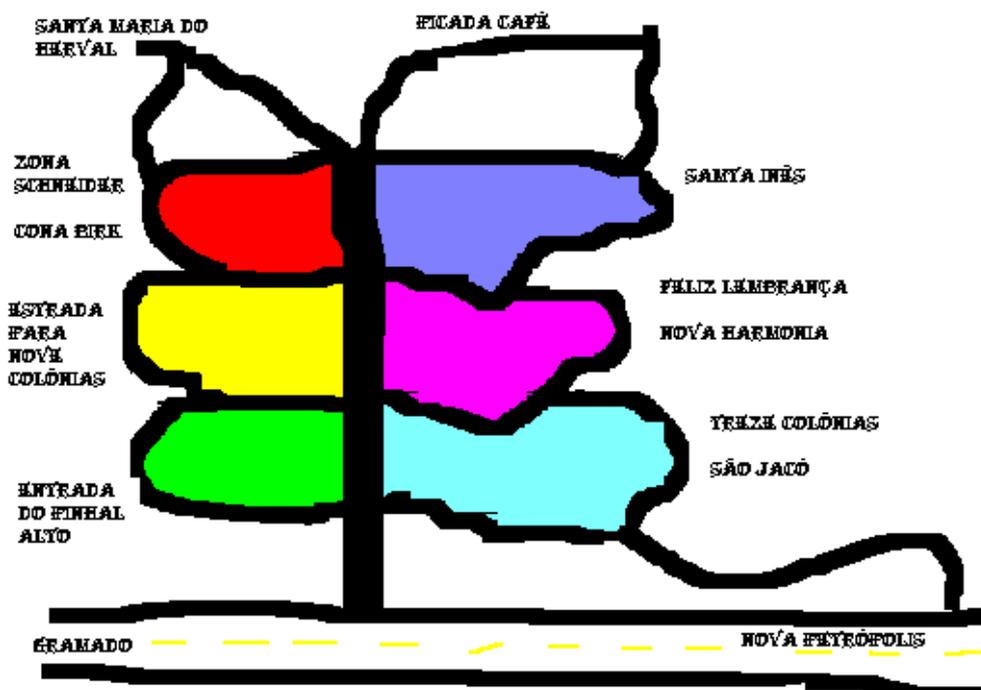


Figura 5 – Mapa esquemático da região atendida pela Unidade de Saúde da Família Pinhal Alto

Esta distribuição geográfica também é importante, pois nos permite retomar a discussão de quem é a *comunidade* a quem esta unidade de saúde deve cuidar, qual o seu *território de abrangência e responsabilidade*, bem como o número de *famílias* e como estas são definidas. Como a política de atenção primária brasileira está utilizando estes conceitos deve ficar mais claro a partir do próximo capítulo.

2.3 Outros lugares, outras pessoas

Quando me proponho o trabalho de realizar uma análise, através de um olhar antropológico, de uma política de saúde em uma unidade de saúde e a *comunidade* a que serve, não posso deixar de mais ou menos conscientemente trazer comigo as experiências prévias que tive de atenção à saúde. Mais ainda quando o que proponho não é somente a análise da realidade local desta política, mas tentar estudar e contribuir para a discussão de como um sistema de saúde único pode ser mais ou menos adequado, em um país como o Brasil, com tanta diversidade, em todos os sentidos.

Comparações serão realizadas, portanto, com as duas experiências de saúde indígena com os quais tive contato: 1) no interior do Acre, populações ribeirinhas Kulina e Kashinawá, vivendo em área não-demarcada, ao longo do Rio Purus, até a fronteira com o Peru. Contempla-se aí também a saúde não-indígena rural, populações ribeirinhas, remanescentes de seringais; e, 2) no Distrito Sanitário Especial do Parque Indígena do Xingu, interior do Mato Grosso (nordeste do estado), em área demarcada indígena poliétnica, onde vivem os povos Kamaiurá, Yawalapiti, Waurá, Kalapalo, Juruna, Suyá, Kuikuro, Metipo, Kayabi, entre outros. Como universos secundários de estudo, também serão analisados aspectos da ESF em áreas periféricas urbanas de Porto Alegre e Nova Petrópolis onde trabalhei como médico, não necessariamente na ESF. Estes lugares foram respectivamente o Morro da Cruz, e a Vila Jardim, em Porto Alegre, onde realizei minha residência médica em medicina de família e comunidade e, posteriormente, fui preceptor da residência integrada em saúde do Centro Saúde Escola Murialdo e recebi os alunos da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (atual UFCSPA); e, em Nova Petrópolis, o bairro Vale Verde. A experiência nestes locais permitiu-me enriquecer o olhar sobre a diversidade humana e as diferentes realidades em relação à saúde e aos sistemas de saúde, tendo contribuído para muitas das idéias deste trabalho.

2.4 Uma proposta para a APS: encarar o cuidado da saúde e a prática clínica como *mobilização terapêutica de coletivos*

Nesta parte, tendo já conhecido mais detalhadamente aspectos da comunidade, da equipe de saúde e da política que as põe em contato, iniciarei a detalhar, sempre a partir dos dados de campo, uma proposta de encarar a prática da APS como mobilização de coletivos. Novamente quero ressaltar, o que pretendo demonstrar, que não proponho praticamente nenhuma mudança importante na forma como já está sendo praticada a saúde da família (ao menos pelo que penso ser “a boa medicina de família e comunidade”), somente pretendo lançar um outro olhar sobre o que já está sendo produzido, talvez contribuindo para reforçar certos aspectos e práticas em detrimento de outros. Ao fazer isso, abrem-se portas, acredito, para aprimorar ainda mais as características já encontradas e melhorar os resultados de saúde, em especial no que se refere à proposta que esta área se auto-atribui de possuir certa competência cultural. *Portanto, esta proposta de entender as práticas clínicas, de territorialização e de atenção domiciliar que desenvolvo nos próximos dois capítulos, só estarão completas no capítulo final quando reúno estas análises em torno da idéia (ou das dificuldades da mesma, da forma como vem sendo pensada) de competência cultural.*

Iniciarei pelo relato de duas histórias vividas recentemente.

Certo dia, ao atender uma pessoa em um posto de saúde, em uma cidade do interior, recebi um pedido para que fosse visitar sua esposa em casa. Esta era idosa e tinha dificuldades de locomoção por estar quase cega, conseqüência de doença sistêmica endócrina. Segundo o marido, ela começara, paradoxalmente, a “enxergar coisas” depois de já cega e estas a apavoravam causando grande sofrimento. Já a conhecia por ter vindo ao posto de saúde algumas vezes e ser famosa por sua discordância com os tratamentos propostos, tomando os remédios da forma que achava melhor, variando-os dia a dia, às vezes tendo se sentido mal por isto, ou então, recusando fazer exames que os médicos anteriores e eu julgávamos importantes e exigindo outros, para nós desnecessários. Esse histórico de

relações conturbadas com o serviço de saúde não anunciava próximos acontecimentos muito promissores do ponto de vista médico.

Ao visitá-la na data marcada, eu e a enfermeira partimos com o fusca que a secretaria de saúde nos designava, do local onde funcionava o ainda não-oficial posto de saúde (que na época projetava transformar-se em unidade do Programa de Saúde da Família - PSF). Este posto ocupava uma sala emprestada da associação de bairro, onde eu atendia as pessoas atrás de uma divisória provisória, isolado acusticamente dos que esperavam sua vez, na parte ao lado, por um rádio a todo volume. Usávamos uma mesa de cozinha redonda, doada por alguma família da localidade e sentávamos em cadeiras escolares de madeira compensada. Era início da tarde quando chegamos a uma casa simples e fomos convidados a esperar na sala enquanto a “paciente” se levantava no quarto e vinha tateando as paredes sem pintura até nós, com auxílio do marido. Enquanto esperamos, percebi uma pequena imagem na parede, de uma nuvem estranhamente iluminada, em preto-e-branco, com minúsculas letrinhas abaixo e um quadro claramente religioso, cristão, ao lado. Poucas outras coisas adornavam a sala pequena de poltronas gastas. Hoje me pergunto se a casa já estava a clinicar, apontando-me o diagnóstico.

Esta senhora iniciara com visões de vultos que, após umas semanas, viraram animais e, então, pessoas. Estas últimas assumiam posturas agressivas, tentando esfaqueá-la ou machucá-la, especialmente no quarto, quando se deitava. Fora isso, não via nada, completamente cega. Vários outros detalhes de seu quadro clínico, que era bastante complexo, Ela, apesar de tudo, permanecia lúcida, orientada e coerente, com conteúdo de pensamento adequado, modulação de humor normal e sem outros achados que justificassem os sintomas alucinatórios. Após descartada doença oculta “orgânica”²⁶, como reza a boa prática médica, “restava-nos” a hipótese de

²⁶ Alterações do funcionamento hepático, renal, infecções, medicações, etc. podem gerar quadros de alucinações e alterações de estado mental. São consideradas pela medicina corrente como orgânicas, por ter substrato material, ao contrário das doenças mentais, estudadas por outros médicos. Esta controvérsia vem perdendo força nos últimos anos devido à várias descobertas de impropriedade desta dicotomia, mas mantém-se nos livros de medicina e é considerada “má prática”, portanto punível, iniciar tratamento “psiquiátrico”, nestes casos, sem antes descartar-se “patologia orgânica”. É muito interessante esta primazia do corpo nas normas de conduta médica, onde quase sempre o “mental” ou “emocional” deve esperar o “físico” ser investigado, visto que este último é considerado mais

produção psicótica, ou seja, alucinações visuais que acompanham comumente transtorno mental grave. Já tendo passado por dois psiquiatras e alguns plantões de emergência (onde fora atendida inclusive por médico de família), tinha tomado praticamente todas as medicações antipsicóticas que eu conhecia. Apresentava alguma melhora com alguns mas sempre temporária, o que logo a fazia buscar outro atendimento, frequentemente com outro médico em outro serviço hospitalar ou ambulatorial especializados em diversas áreas (oftalmologia, endocrinologia, saúde mental).

Tanto os familiares como a paciente não faziam idéia quando questionados sobre sua opinião quanto à origem dos sintomas. Após conversar com o marido e me informar melhor sobre as visões, resolvo amenizar o ambiente (e fazer jus a meu título de médico de família e comunidade, aprendendo sobre a forma de vida daquelas pessoas) me informando sobre suas imagens religiosas. Descubro, surpreso que a bela foto da nuvem em que o fotógrafo, para mim, fora feliz na técnica, era na verdade o registro de um grande milagre e isso foi o início de uma prolongada conversa sobre a religião da família, para mim desconhecida, e que não vou me aventurar a reproduzir. Após mais algumas tentativas frustradas de ajuste de medicação e pedidos de consultoria com especialistas, descobro, mantendo o canal de comunicação aberto, que uma filha desta senhora era considerada perdida para a religião e havia se integrado a práticas de influência afro na capital, o que era visto com grande pesar e medo pela família. Intrigado com o fenômeno, após mais alguns encontros de insistência, chego à possibilidade assumida pela família de que houvesse algo de sobrenatural nos sintomas da anciã.

A resolução dos sintomas, acompanhada por aproximadamente um ano mesmo após drástica redução das medicações, deu-se após a decisão, levantada por mim e aceita pela família, por duas medidas nada convencionais em medicina, mas bastante comuns para o médico de família: tentar entrar em contato e dar voz aos vários “lados” da família em conflito e mobilizar recursos intersetoriais, no caso, o sacerdote do culto que organizou

“grave”, ou “mais médico” e mais facilmente reversível. Acredito ser da mesma natureza o preconceito que leva a considerarmos a competência cultural como característica derivada da APS e não como característica básica desta. Voltarei a esta questão no capítulo 4.

o necessário para proteger espiritualmente a anciã dos poderes que a afligiam²⁷.

Destaca-se nesta pequena história, não tão rara na prática de médicos de família e comunidade, as vantagens de várias características do trabalho em APS que diferem do usual na medicina que vínhamos construindo antes no ocidente: longitudinalidade (não seria possível fazer nada sem o contato continuado com a família ao longo do tempo); integralidade (o salutar hábito de não respeitar dicotomias como corpo-mente, indivíduo-ambiente, cultura-natureza); proximidade da família e comunidade (a equipe trabalha à distância de duas ou três quadras da casa visitada); capacidade de lidar com problemas indefinidos, com alto grau de teste de hipóteses (ao contrário de especialistas focais); e, entendimento do conhecimento médico científico como uma ferramenta de trabalho, adaptável às necessidades e não como uma verdade absoluta a ser aplicada de forma rígida.

Neste caso, *competência cultural e clínica* parece mais com saber o *que não fazer* do ponto de vista médico: *não* insistir cegamente e exclusivamente em tratamentos que não estavam resolvendo e que tem potencial de causar dano, *não* se restringir a uma mentalidade “científica” restrita, abrindo-se para outros saberes²⁸. Ficou claro no final, que o que era uma longa história de “má-adesão” aos tratamentos, rebeldia e ignorância era na verdade insensibilidade do sistema de saúde a aspectos reais da vida e que fazem toda diferença no resultado final de qualidade de vida que se espera alcançar, poupando sofrimento e gastos desnecessários. Em muitas situações da atenção à saúde, quando somente os atuantes clássicos da biomedicina (remédios, exames, conhecimentos técnicos especializados) são mobilizados, a chance de que “fatores sociais ou psicológicos” sejam deixados de lado e influam no resultado final é muito grande. A partir deste evento e de outros que descrevo adiante, proponho que a *mobilização de*

²⁷ Recentemente, voltei a entrar em contato com o colega que trabalha nesta área para saber se o caso continuava com este desfecho e não obtive informações seguras, havendo a possibilidade de que esta houvesse voltado a usar uma dose baixa de medicações anti-psicóticas, seja por novos eventos que não participei ou seja porque mesmo as “curas não exclusivamente médicas”, também necessitam às vezes de tratamentos crônicos e cuidados a mais longo prazo.

²⁸ Prevenção quaternária é um conceito de Marc Jamouille (apud Rose, 2010) que significa uma ação para identificar uma pessoa em risco de supermedicalização, para protegê-lo de uma nova invasão médica e sugerir a ele intervenções eticamente aceitáveis.

atuantes atípicos para o setor saúde, como o pastor e sua rede de materiais, símbolos e entidades é que fez as mudanças necessárias ao alívio do sofrimento (o deslocamento dos limites, como diria Latour, veja discussão a seguir e figura 6 neste capítulo) no coletivo implicado naquele processo saúde-doença. Provavelmente não saberemos o que aconteceu em todos os detalhes neste caso, mas o que importa aqui é estudarmos como a ciência médica foi organizada em torno desta pessoa e sua família, como estes a perceberam atuando, como o que passou poderia ter sido diferente, e quem tem legitimidade de dizer o que. Voltarei a esta proposição após analisar mais um exemplo.

O segundo relato, de final nada feliz, ocorreu com um agricultor jovem que iniciou apresentando um quadro de fraqueza muscular e hipertensão após uso de agrotóxico sem equipamento de proteção adequado. Tendo piorado apesar da abordagem primária, necessitou ser internado. Piorando ainda no hospital, foi encaminhado à unidade de tratamento intensivo (UTI). Um ou dois dias após sua alta hospitalar recebi-o novamente no posto de saúde, sem nenhum resultado de exame ou resumo da internação. Seu relato é que havia sido diagnosticado como apresentando uma síndrome neurológica chamada de Guillán-Barret, relativamente rara, de causa desconhecida (possivelmente pós-infecciosa viral) e que, em minha opinião, explicava só parcialmente os achados clínicos. Não houve nenhuma relação com os agrotóxicos para os médicos que o atenderam no hospital, segundo relato dele e de familiares. A inexistência de comunicação entre minha equipe, que agora seria responsável por seu acompanhamento e a unidade especializada que atuou durante a hospitalização deixou-nos completamente despreparados para o trabalho esperado.

Visitei-o ainda uma vez em casa, quando a enfermeira fez curativos e percebi melhor a delicada situação econômica que ficara a família após seu adoecimento. Moravam com ele, um irmão que trabalhava como funcionário público durante todo o dia e só vinha à noite para casa e a mãe, senhora já idosa e com saúde um tanto frágil. Recentemente haviam se endividado comprando equipamentos para automatizar parte do serviço de criação de aves e agora não haveria quem fizesse o trabalho para ganhar o retorno esperado e quitar a dívida. Ele se mantinha entristecido e pessimista em

relação ao futuro, dizendo contra nossos protestos e da família, que não viveria até o final do inverno.

Na consulta seguinte, permanecia estável sua recuperação, mas não havia melhorado da pressão alta apesar dos múltiplos remédios que usara desde a hospitalização. Ao examiná-lo, percebi um sopro cardíaco que não havia auscultado até então e que deveria ser novo, pois havia vários registros de ausculta normal no seu prontuário médico. Solicito uma avaliação cardiológica de urgência e sugiro uma ecocardiografia, o que ele conseguiu imediatamente por ainda estar em contato com a equipe que o internara. Estes procedimentos demonstraram uma grande dilatação da principal artéria do coração o que comprometia toda a circulação do sangue e sua vida corria grande risco se o problema se agravasse.

Ele foi operado imediatamente e estava melhorando. Esta etapa do caso demonstra boa comunicação no sentido posto-hospital e bom funcionamento dos recursos e características do SUS nesta região, que envolveu dois municípios. Retornou após a internação para manter o acompanhamento no posto novamente sem nenhum relatório do que havia sido feito e sem sugestões escritas por parte de seus cuidadores hospitalares de quais passos deveria seguir ao voltar para casa. Falha na comunicação hospital-posto. Seus rins pararam nesta internação de trabalhar, provavelmente por evolução do quadro circulatório e ele necessitou realizar hemodiálise, uma espécie de filtragem de sangue por uma máquina que substitui os rins.

Perdemos contato por uma ou duas semanas e recebia notícias de que estava bem, quando uma infecção originada provavelmente em um cateter de hemodiálise, segundo a família, teria o enviado desta vez diretamente ao hospital, sem passar pelo posto de saúde. Dias após, recebo a notícia que falecera devido à infecção. Os familiares culpam os especialistas por não terem reconhecido e tratado a infecção a tempo e retirado o cateter. Restava à nossa equipe agora apoiar a família enlutada, acompanhar seu sofrimento nos próximos momentos e ver como se reorganizaria sua família sem o filho que levava o trabalho na pequena propriedade rural quase sozinho, auxiliando no que fosse necessário para

prevenir novos problemas. O papel do hospital e dos especialistas terminara quando a doença (no paciente) deixara de existir.

Dúvidas restaram em minha “cabeça médica”, como se o que causou os problemas desde o início não fora a mesma coisa ou se realmente ele fora acometido de um duplo ou triplo azar, tendo enfermidades e desfechos raros consecutivos. Ou ainda, se realmente fora infecção em um cateter infectado ou outra complicação da própria cirurgia, que apresenta um alto risco de vida, que o levara a falecer. Novamente aqui, provavelmente não saberemos o que aconteceu em todos os detalhes, mas o que importa para nós neste trabalho é como a ciência médica foi organizada em torno desta pessoa e suas redes, como estes a perceberam atuando, como o que passou poderia ser diferente, quem tem legitimidade de dizer o que.

Procuo nestes casos, como mencionado, algumas características da prática da APS e do MFC, além de tentar ver em qual medida esta prática é influenciada por um coletivo de atores humanos e não-humanos (atuantes). Ao analisar as próprias coisas que cercam os atores humanos nestas histórias, vemos que de um lado temos os hospitais e consultórios de especialistas. Todos sabem e esperam que dentro destes locais, além de “grandes sábios” interessados em nosso bem, hábeis e determinados, existam também poderosas máquinas capazes de fazer ver por dentro dos corpos, minuciosa e persistentemente procurar a causa dos males e combatê-las. Lá é também o lugar próprio para os medicamentos mais complexos e dos doentes que, deitados docilmente em leitos numerados (bem, alguns não tão dóceis fugiram ou estão amarrados física ou farmacologicamente), na maioria das vezes com problemas já diagnosticados, esperam seus curadores com fé e esperança não de hoje, variável. Também estão aí, os centro cirúrgicos, lugar em que poucos entraram, onde muitos não saíram vivos e onde os médicos, segundo dizem, abrem os corpos e fazem muitos tipos de cirurgias, ora trocando pedaços defeituosos (transplantes diversos), ora cortando e costurando, ou então colocando partes artificiais (canos, pernas, válvulas) fabricadas para funcionar no lugar das originais. Muitas portas são proibidas, os horários rigidamente controlados (inclusive de quem entra ou sai, quando se come, quando se pode passear nos corredores e pátios), às vezes até a água que

se bebe é meticulosamente medida. As roupas são padronizadas, banhos normalizados e muitos pêlos raspados. Quando nascem pessoas aqui, e isso ocorre com obrigatoriedade crescente, um mundo de controle e numeração se abre que precisaríamos um livro para descrever. Quem está hoje trabalhando aqui, amanhã provavelmente não estará e quem está deitado em algum leito, assim que seu problema melhorar (ou piorar) deixará sua vaga. Se necessitar voltar possivelmente estará em outro andar com outra equipe, especialmente se o hospital for público.

De outro lado, proliferam pequenas casas por toda parte, algumas em antigas escolas, associações de moradores ou mesmo em domicílios residenciais esvaziados e alugados para tais fins, bem como outras que são construídas para fins próprios, mas que não são muito diferentes por fora de uma casa comum. Dentro destas, não há tantos aparelhos, com muita sorte encontraremos algum microscópio, um computador e os instrumentos de dentista. Aqui raramente há pessoas deitadas, barrigas ou cabeças abertas. Também não se encontram muitos lugares em que as pessoas não possam entrar (com exceção talvez de uma pequena cozinha para esquentar um cafezinho ou o banheiro dos funcionários, eventualmente liberados ou invadidos). Ao contrário dos hospitais, aqui as pessoas são as mesmas por um longo tempo, quase sempre, tanto os profissionais (que diariamente voltam) quanto os usuários do serviço (alguns quase diariamente!). Grande parte das pessoas aqui nem sequer pode ser chamada de doente ou quando não está se sentindo bem, nem sempre já se sabe que problema tem. Aqui também a esperança na medicina é variável e frequentemente é estranhada a falta de aparelhagem mais sofisticada, como sinônimo de “pobreza” ou “descaso do governo”. Os remédios estão aguardando sua distribuição gratuita e estão muitas vezes sujeitos aos olhares desconfiados de quem os consideram inferiores aos comprados em farmácias ou hospitais. As mesas muitas vezes estão afastadas num canto para não separar as pessoas. Quadros, plantas e cores tentam alegrar o ambiente e lembrar que o tempo e espaço não foram suspensos dentro daquelas paredes. As pessoas que em suas roupas de estilos variados, podem levantar e sair quando quiserem sem constrangimentos, realmente parecem mais descontraídas que em hospitais. Muitas mulheres grávidas são acompanhadas aqui desde o início da

gestação, mas quando elas ganham seus filhos ali (ou nas redondezas, em suas casas, fato raro hoje em dia e que certamente será encarado pelas autoridades como acidente ou negligência de alguém) são consideradas “impuras” e devem ser levadas o mais rápido possível a um hospital para os ritos usuais. Necessitaríamos ainda revisar os domicílios e os locais onde atuam os religiosos envolvidos, mas por hora, fico aqui e tento terminar a trança entre “como são os fatos” da APS e medicina de família, meus “casos” e “coisas” e a teoria que pretendo mobilizar, para que não seja eu a sair enrolado.

Podemos também analisar os fluxos de pessoas, com movimentos de ida e vinda dos profissionais de saúde e das pessoas que entram em contato, nem sempre doentes, do posto para o domicílio e vice-versa. Há também o fluxo de sua atenção para outros locais, como igrejas, escolas e fábricas, por exemplo. Por outro lado o movimento de especialistas e de médicos nos hospitais é praticamente nulo, de espera aos doentes que os procuram e podem ou não retornar, dependendo a continuidade do acompanhamento disso e da existência da doença específica. No caso do médico de família, mesmo a resolução dos sintomas não implica descontinuidade, mas talvez uma mudança de intensidade, no cuidado à saúde, visto que mesmo que não houvessem outros problemas a serem tratados, a família continuaria sendo “de sua responsabilidade”. Neste caso, aplica-se o contato mensal ou bi-mensal através dos agentes de saúde e/ou da enfermagem, as consultas de revisão ou prevenção, as atividades na comunidade como grupos e reuniões dos conselhos de saúde.

Ao explorarmos mais um pouco os ambientes descritos e a forma como os atores não-humanos participam destes *coletivos* de forma mais do que meramente passiva, parece que não cabe a usual dicotomia sujeito-objeto. Podemos cogitar se o caminho da APS que viemos estudando não seria de “dupla mão”. Estarão os profissionais também sendo construídos pelos ambientes e objetos que são tecidos nestas malhas que são não só de cuidado de saúde mas também de formulação da realidade (dos fatos e verdades inclusive científicas)? O que parece é que tirar dos médicos os meios tecnológicos de fazer certa medicina e criar outros ambientes acaba por facilitar o processo desejado de criação de um novo médico.

Isso fica evidente quando o mesmo profissional trabalha em pontos diferentes do sistema de saúde, com diferentes concentrações de atuantes não-humanos, como vemos nos casos. Quando não há disponibilidade de máquinas de exames, como por exemplo, em áreas remotas, rurais, inclusive em áreas indígenas, a necessidade de compensar isso por uma mudança de tempo dedicado na consulta com anamnese e exame físico é importante. A tentação de substituir grande investimento em tempo e envolvimento humano por exames, procedimentos ou uma prescrição qualquer é muito presente em vários locais, principalmente associados a uma realidade de baixas condições de trabalho, grande pressão por demanda e multi-emprego. No primeiro caso apresentado, a senhora com visões tinha sido atendida por outro MFC, mas em situação de plantão de emergência, o que parece ter mudado sua forma de clinicar. Lá ele não tinha acesso a casa, ao quadro da nuvem, ao tempo necessário de várias revisões para que o familiar estivesse pronto para falar sobre a filha perdida, nem ao pregador que poderia ser mobilizado junto com as medicações para resolver de uma vez por todas os sintomas, mesmo que sua capacidade técnica fosse tão adequada ou maior que a minha.

Quanto mais tempo se trabalha com uma população delimitada e vêem-se as pessoas mais vezes, menos necessidade há de complementar a investigação clínica com exames desnecessários para sabermos o que está ocorrendo. Isso fica claro quando começamos a perceber como determinadas sintomatologias estão relacionadas com fases do chamado “ciclo vital” ou problemas recentes na comunidade (econômicos, climáticos, políticos). Quanto maior o vínculo profissional e afetivo entre os profissionais de saúde e as pessoas que os mobilizam, menor a chance de mal-entendidos e questões judiciais duvidosas (estas são muito mais frequentes em serviços de emergência e pronto-atendimento, onde normalmente, não se cria vínculo algum).

A questão que estou tentando levantar aqui é a seguinte: um médico com um estetoscópio de ausculta, uma mesa e umas cadeiras é o mesmo médico em um prédio hospitalar repleto de atuantes, como descrevemos anteriormente? Mais do que isso, de que forma a ciência que ele faz é influenciada por este entorno participante? Um exemplo já analisado é o de

como um quadro de uma nuvem (e seu pastor, escritos sagrados e etc.) podem fazer diferença por estarem ausentes em hospitais e consultórios psiquiátricos. Outro é o de como uma simples folha chamada “nota de alta”, que contém o resumo dos acontecimentos hospitalares que ocorreram com uma pessoa durante sua internação, por estar ausente da rotina de um médico ou hospital, pode fazer toda diferença entre a vida e a morte. Esses não-humanos não são somente reificações de relações sociais, mas participam da formação destas realidades de forma ativa.

Da mesma forma que o fermento do ácido láctico não é o mesmo antes de Pasteur (Latour, 2001), talvez numa escala diferente, possamos dizer que a nuvem mágica e o cateter não são os mesmos antes de suas atuações respectivas. A primeira é agora ainda mais salvadora e milagrosa para a família, talvez mais perigosa para a filha desgarrada, talvez mais convincente e eficiente para o pastor. Para a medicina (ao menos certa medicina), novos instrumentos terapêuticos úteis podem agora ser mobilizados talvez em outras famílias daquela comunidade, seja rondando o céu ou em fotografias. O cateter, antes simples objeto, eventualmente salvador, agora pode ser para o serviço de saúde encarnação de um sistema ineficiente, da falta de comunicação entre médicos, da comprovação das diferenças entre saúde rural e urbana ou perigo de infecção por um lado. De outro lado, é a arma de um crime para os familiares. Talvez algo perigoso que está presente em hospitais, eventualmente implanta-se nos corpos e saindo por aí os acompanhando de forma dissimulada, podendo salvá-los e matá-los aumentando paradoxalmente a esperança e o medo que acompanha estes ambientes e procedimentos dos médicos. Algo que pode transformar a natureza de profissionais e serviços.

Outra forma de analisarmos isso seria a de utilizarmos a experiência de unidades de saúde da família que funcionam dentro de hospitais. O relato que temos é que, muitas vezes, a proximidade com a grande concentração de atuantes não-humanos, por si só, já seria capaz de modificar as relações entre médicos e usuários, exigindo grande esforço por parte destes para manterem-se fiéis à proposta de uma atenção mais humana e integral. Mais estudos poderiam ser realizados nesta área para melhor avaliar estas questões.

Da mesma forma, a presença de um não-humano muito famoso, fetiche por excelência (ao menos desde Marx), o dinheiro, altera obviamente as relações sociais. Mais do que fetiche, Latour sugere o termo *fatiche* (2001) ou *fe(i)tiche* (2002). O que tento verificar é se os fatos (como o estudo que valida a APS de Bárbara Starfield (2002) anteriormente citado) e os fetiches (como o cateter-arma-do-crime esquecida no corpo da vítima) são também *fatches*, ou seja, se o fato também é fabricado e isso não o torna menos real e se o fetiche é também real e autônomo apesar de ser claramente fabricado. Não se trata para Latour da escolha pós-moderna de declarar que o real e o fabricado são sinônimos, mas de demonstrar que a realidade, por ser fabricada e real é assim mais real sem deixar de ser autônoma. Seguir as mediações nos exemplos que descrevi ajuda a ver isso. A nuvem mágica fotografada, sinal de Deus, deve ser autônoma e curar (agindo, portanto) pelo pastor, mas não totalmente dependente deste. O cateter mataria efetivamente e não só pela falta de comunicação entre serviços de saúde. Não consigo evidentemente responder estas questões totalmente, e confesso que entendo mais os defeitos da concepção moderna dicotomizadora do que sua solução dos *fatches*. Propus-me um exercício com este conteúdo e certamente não esgotei as possibilidades de trabalho com estas idéias. Penso mesmo que não estão totalmente desenvolvidas ainda nem mesmo pelo próprio Latour, nem isentas totalmente de algumas contradições.

Entretanto, fica a idéia de que uma medicina mais humana - sem deixar de ser eficiente - passa pela mobilização e recrutamento de atuantes diversos que contribuem para a alteração dos limites de um coletivo (ver fig. 6).

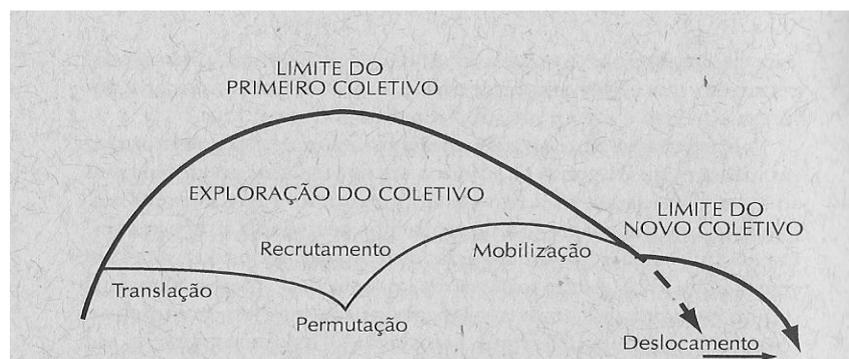


Figura 6 - Ampliação dos limites do coletivo (Latour, 2001. p224)

Ao “recrutar, transladar, permutar e mobilizar um número maior de elementos, mais intimamente conectados com um coletivo social mais finamente urdido”, os coletivos “avançados” atingiram objetivos diferentes dos “primitivos” (Latour 2001: 224). Ao contrário de alienarmo-nos com o progresso das técnicas, estaríamos cada vez mais enredados em coletivos que agora incluem os não-humanos. Se isso for verdade, o que se faz necessário é acabarmos com a idéia de modelos em combate (sanitarismo x biomedicina x APS), ou o que é ainda pior, dois tipos de saúde adversários (postos x hospitais ou especialistas x generalistas) e construir (no sentido Latouriano, para que nos superem) pontes entre estas redes formando uma nova rede (no sentido da figura 4). O aprimoramento dos fluxos e comunicações entre os atuantes destes coletivos, cada um com suas peculiaridades, é o que deve fazer avançarmos. Estas redes, em freqüente disputa hoje, estão definindo seus tamanhos e relações e sendo definidas por pressões externas e mútuas. É na união destas que teremos realmente algo como a APS se propõe de início: não só local do sistema de saúde com especificidades, mas uma forma de agregar e organizar todo o sistema, pressupondo uma filosofia de cuidado que, entre outras coisas, desvia o foco dos profissionais, máquinas e serviços para as pessoas que deles necessitam.

Certamente não será possível fazer a união entre estas partes e manter as características atuais de ambos em sua totalidade, mas a formação de um sistema de saúde que cumpra as tarefas e gere os resultados que hoje se espera que faça, melhorando a qualidade e expectativa de vida da população brasileira, depende em grande parte destas “costuras”. É esta ampliação que me parece hoje gerar um coletivo melhor, não mais por simples agregação cumulativa de não-humanos (tecnologia), nem por isolado aprimoramento de nossas habilidades de lidar com as “redes sociais”, mas por explorações mais sutis e qualitativamente diferenciadas das mediações entre humanos e não-humanos. Ao menos é isso que parece ter funcionado bem no primeiro caso e que parece ter faltado ao segundo.

Os conhecimentos de áreas diversas nestes casos (e de pólos que mobilizam a ciência mais para um lado “sociedade”, construtivista ou para um “natureza”, “puro” ou “aplicado”) foram mobilizados de forma peculiar nestes casos. Isso inclui conhecimento e respeito pela pessoa, sua família e rede social bem como pelas doenças e germes, mas que sabe que nem um lado, nem outro, explica sozinho a totalidade do que está acontecendo.

Uma postura tipicamente aberta e de escuta para como os atuantes que se juntam para criar também uma rede, desta vez não de produção de argumentos ou fatos, mas de saúde, gerou no primeiro caso a solução sem maiores complicações. É preciso lembrar que, casos refratários de doença mental historicamente sofrem tanto ou mais pelos tratamentos propostos (internação em asilos, contenção mecânica, intoxicação farmacológica, eletroconvulsoterapia...) do que por suas doenças.

No segundo caso algo falha. O que parece mais gritante foi justamente o isolamento da equipe de SF do restante da rede de cuidado. Não houve comunicação e, usando uma metáfora cara a saúde coletiva (Gomes, Guizardi e Pinheiro, 2005), muitos músicos, por mais virtuosos que sejam, não podem tocar sem a atitude de “agir em concerto”. O doente então tinha acesso, de forma caótica a muitos profissionais que não se comunicavam entre si. Isto, por si só, é um grande facilitador de complicações. A família identifica o problema em um dos pontos da rede (o que não diagnosticou o cateter infectado), o que pode estar em parte certo, mas não dá conta do problema. A rede toda tem parcela na responsabilidade pelo ocorrido, mesmo que tenha havido falha em um de seus pontos.

Nos dois casos (embora com resultados diversos) o que importa destacar é a mudança de interesses do MFC que já não se preocupa exclusivamente com a aplicação do conhecimento científico médico, mas com o resultado final para a pessoa, família e comunidade que acompanha, trazendo-os para o centro de importância do sistema de saúde. Isso faz com que *curar a síndrome*, além de diagnosticar e medicar corretamente, possa ser agora igual a *mobilizar e influir na rede de envolvidos*, no caso a nuvem mágica, seu representante terreno e as visões que, por sua vez foram originadas numa encruzilhada e num conflito antigo de família. Entender que para aquelas pessoas a vitória sobre os sintomas pode significar uma “vitória

contra o Mal” ou, ao menos, contra a (ou a favor, se produzir-se a reconciliação) filha desgarrada. Igualmente para o pregador da nuvem divina ou para o culto “distante e maléfico”, a resolução dos sintomas pode significar a confirmação da verdade de suas revelações e práticas ou um bom argumento para conseguir novos seguidores. No outro caso, “evitar o óbito” parece ser equivalente a “mudar os fluxos de pessoas, não-humanos e informações na rede”, o que implica recrutamento e outras formas de mobilização de motoristas, veículos, formulários de encaminhamento e contra-referência, computadores, etc. Portanto, o que houve pode ser lido como uma translação fracassada de interesses entre os integrantes do coletivo.

Para os especialistas, aquele poderia ser uma pessoa doente que necessita ser ajudada temporariamente ou, na pior das hipóteses, apenas um “caso interessante” de uma doença rara. Uma boa ocasião para aplicar seus conhecimentos, técnicas e mobilizar máquinas. Para a equipe de SF, alguém (não destacado de suas redes sociais) que necessita de conhecimentos e tecnologias que não se encontram naquele ponto da rede de cuidado e que, posteriormente, necessitam estar presentes em forma de informação confiável e acesso de retorno fácil para complicações. O trabalho de recepção de volta à “comunidade”, após a hospitalização, pela equipe de APS só pode ser feito adequadamente se houver comunicação, ou seja, se for possível saber o que houve durante a internação, os resultados das investigações e o plano terapêutico. Caso negativo, não há como adequar isso à realidade local e estar atento às complicações que possam surgir. Da mesma forma que antes, mas seguindo o caminho de forma inversa, após o óbito, entender o que ocorrerá com a família daqui para frente (luto patológico evoluindo para depressão, desagregação social, crise financeira, por exemplo) deveria ser igual a manter uma conduta científica.

Não é, portanto, uma natureza *a priori* Kantiana a ser contemplada por um aparato mental, um “cérebro extirpado” iluminado pela Ciência, nem também um complexo de representações sociais de uma cultura científica oculta aos olhos de seus praticantes, agindo nas coisas esperando ser desvendada sem contaminação da matéria pelos cientistas sociais (Latour, 2001 e 2002). Estes coletivos emaranhados de quadros, dívidas, visões,

cateteres, nuvens mágicas fotogênicas, medicamentos, encaminhamentos, filhas perdidas, possíveis negligências do sistema de saúde é que devem unir os pólos ao produzirem e reificarem ambas as partes que nunca deveriam ter sido separadas: sociedade e natureza.

O que estes coletivos onde se envolvem e trabalham médicos de família e as equipes em que estão inseridos parecem fazer, como veremos em muitos outros exemplos, é construir novos conceitos de saúde que se afastam do modelo biomédico por incluírem a natureza híbrida esquecida das doenças e fatores de risco. Além desta modificação conceitual, que advém de uma radical diferença de percepção da realidade, modifica-se também a “sociedade”, jamais entendida como uma entidade que paira espectralmente sobre o mundo, em números, modelos e estatísticas, o que os diferencia radicalmente das práticas de planejamento de sanitaristas. O que não quer dizer que, em vários momentos, não necessitemos usufruir dos benefícios que o trabalho de purificação entre sociedade e natureza realizado pelos modernos em casos especiais trazem, como é o caso do uso adequado e comedido de especialistas (estima-se que 5-15% dos problemas de uma comunidade qualquer necessite atendimento especializado) e dos resultados e metodologia da epidemiologia e estatística.

Retomarei este ponto, mas antes gostaria de voltar à figura 2 e lembrar da importância da “representação pública” como parte do sistema circulatório dos fatos científicos, neste processo de estudo das práticas do MFC na APS.

Uma identidade pré-existente foi livrada da extinção pela APS quando seus últimos integrantes estavam sumindo: a do médico de família. Esta figura que, ao menos para as classes médias e altas, era central no cuidado da saúde e na aplicação mais direta das descobertas científicas, é lembrada em vários relatos emocionantes ao conversarmos com as pessoas em qualquer lugar.

_Era aquele médico que conhecia a gente, que a gente “se dava” e que atendia a família inteira.

_O Dr. X ia na nossa casa e era recebido quase como alguém da família.

Estes depoimentos que qualquer um poderia ter ouvido contrastam com outros:

_ Hoje é diferente, cada vez que eu vou ao hospital tem um plantonista diferente.

_ Eles não sabem nem teu nome direito. Não é de admirar que às vezes operem o paciente errado ou que troquem os bebês.

Isolados e depreciados pelo movimento fragmentador do saber que atingiu não só a saúde no último século, e que está intimamente ligado ao que chamamos de “modernidade”, estes profissionais progressivamente foram considerados (e frequentemente concordavam com estas considerações) menos “científicos”, menos “eficientes”, menos “racionais”. Muitos se especializaram e investiram em carreiras predominantemente hospitalares. Esquecia-se que portavam outros conhecimentos que agora voltam a ter “valor de troca” para mobilizar integrantes de redes.

Ele ressurgiu agora re-conectado com a proposta de APS que, em nosso país (diferentemente de outros) usa seu nome para agregar novo *status* tanto ao profissional (que assim voltaria a ser mais “eficiente”, como demonstra Starfield) quanto à proposta de APS (ainda frágil, então engatinhando na virada do século). A Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária (SBMGC), na época desativada, uma rede não muito firme de profissionais pouco valorizados por seus colegas especialistas que, muitas vezes, nem sabiam que existiam, volta a se articular e uma das primeiras medidas que seus membros decidem é a troca do nome da especialidade para SBMFC. Na prática é usado o termo, mais curto e fácil de falar, “médico (ou medicina) de família”, voltando a coincidir com o imaginário popular.

Outro fator qualitativo visível durante este processo é de que o peso que se espera que tenha a política econômica (e seus atuantes) enquanto determinante das políticas públicas nem sempre se justifica. O peso da rede mobilizada pela idéia de APS foi tão grande, que nem o momento histórico do auge do neoliberalismo das décadas finais do séc. XX, com seus efeitos de minimização do Estado (em países periféricos mais irresistíveis ainda) foi capaz de evitar a formação de uma política completamente oposta em sua concepção filosófica. Quando o mundo inteiro dizia (mas nem todos faziam) para diminuir e terceirizar o Estado, o Brasil (que fazia à risca em várias outras áreas a lição citada) estatizava a saúde e clamava o controle social do sistema através dos Conselhos e Conferências de Saúde (paritárias entre

servidores, prestadores de serviço, gestores e população em geral). Fica evidente neste exemplo que o tamanho da rede não é tudo e que atores “fortes”, nem sempre são o suficiente, pois o contexto não está externo à produção da verdade, mas depende das translações efetuadas como temos visto.

Os antigos médicos de família, os novos médicos de família e comunidade (MFCs) e os especialistas, entretanto, não são os únicos atores médicos envolvidos. Um outro grupo, importante a ser citado, também influenciou de forma relevante neste processo e, como pretendo demonstrar, ajudou na criação da imagem e no poder da atual proposta de APS. São os médicos sanitaristas e especialistas em medicina preventiva e social. A história destes grupos é longa e não será revista aqui, bastando lembrar que sua contribuição foi essencial para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e para posterior implantação de um modelo de APS, muito mais, em um período inicial, do que os MFCs, então bastante desmobilizados, embora atuantes em nível local e regional, de forma mais ou menos desconectada. Trago estes atores aqui por dois motivos. Primeiro, por justiça histórica, embora não só histórica, visto que continuam influenciando e participando importantemente das redes de construção do SUS e da APS. Segundo, por que eles parecem ser o contraponto dos especialistas focais em um sentido especial que, em minha opinião foi essencial para chegarmos ao que temos hoje, como veremos a seguir.

Ao mapearmos, como sugere Latour (2000, pág. 330s), a sócio-lógica das alegações e fatos, devemos estudar não só que pontos estão interligados, mas que dimensões e que força têm estas ligações. Em outra obra (Latour, 2001. p), ele nos fala do nó-górdio que pode atar ciência e sociedade e sugere um caminho oposto aos que recomendam cortar de um lado ou de outro para análise da sociedade ou da natureza que estariam “verdadeiramente” por trás da ciência. Ele sugere que sigamos ambos os lados e vejamos “quem faz o que” para apertar mais o nó. Em sentido figurado, quem puxa para que lado. Neste sentido, me parece que os especialistas estão sempre tensionando para reforçar o papel puro da ciência médica, enquanto os sanitaristas, especialistas em saúde coletiva e preventiva sempre estiveram olhando os fenômenos mais atentos aos

determinantes sociais. Nesta disputa, nunca houve vencedor, ora um lado prevalecendo (em determinadas situações e ambientes constroem praticamente isolados os fatos), ora ficando em segundo plano. Nunca, entretanto, conseguiu-se fazer com que realmente trabalhassem juntos por um melhor resultado no sistema de saúde porque ambos diziam (ou ao menos agiam como se pensassem) que o seu lado é que era o mais importante e disputavam assim os aliados e recursos.

Recentemente, com a renovação da identidade do médico geral comunitário (utilizando e reavivando a figura do antigo médico de família) em médico de família e comunidade, o que surge na verdade é um profissional que mistura (mas não só isso) as características dos dois grupos anteriormente descritos. Este híbrido (não no sentido de Latour agora), que clinica baseado em evidências, como os especialistas, e planeja com base em diagnósticos comunitários e mobilizando grupos sociais, como os sanitaristas, é a própria encarnação do nó entre ciência e sociedade. Mais do que juntar os lados, fazendo o que especialistas e sanitaristas fazem (isso seria impossível e seria mal feito, como diz a epígrafe desta seção), eles não separam as duas partes: atendem a pessoa sem perder os dados comunitários de vista e planejam ações coletivas também a partir dos achados “de consultório”. Talvez isso seja um dos fatores qualitativos que faz com que seja um ator cada vez mais importante na manutenção das redes (para além de contar como número simplesmente aumentando-as) que estão sendo construídas na (e estão construindo) a saúde nacional.

Este profissional, mais do que a mera soma de conhecimento científico especializado e orientação social do processo saúde-doença, vem articulando os dois pólos (que já não são pólos, nem nunca foram a não ser como artifício do acordo modernista) de forma nova e peculiar. Certa vez um médico, residente em cirurgia, disse que “o médico de família é como o pato: vai na água, no ar e na terra e é ruim nos três.” A água, a terra e o ar não estão separados para o bom médico de família como estão para o pato e para aquele residente de cirurgia: clínica, cirurgia ambulatorial, psiquiatria, epidemiologia e saúde pública não precisam estar sempre em compartimentos, a não ser quando for realmente necessário que estejam. É em parte por não poder encarar de forma separada estas áreas,

conseqüência de sua formação e da própria situação em que trabalha, imerso em coletivos diversos dos outros médicos, que vem apresentando resultados diversos do que os modelos concorrentes, conforme vimos.

2.5 Territórios, Identidades e População Adscrita

Conforme havia mencionado anteriormente pretendo estudar a partir de três aspectos da prática da medicina de família e comunidade, em um contexto de trabalho em equipes, em um sistema que segue os princípios da APS, a noção de mobilização de coletivos. A partir deste estudo, proponho uma sutil mudança na forma de ver as diferenças entre esta e outras propostas de ordenação dos sistemas de saúde o que espero, implicará, entre outras coisas, uma maior capacidade de lidarmos com o conceito de competência cultural auto-atribuído por estes atores o que acabará por fazermos repensar o próprio conceito de saúde e doença e de cuidado à saúde como mobilização de coletivos híbridos. A primeira parte desta tarefa foi o estudo da prática clínica do médico de família. Acrescentarei, mais adiante, aos dois casos descritos, mais alguns, mas agora seguirei para a análise do trabalho com territórios, suas interfaces com questões identitárias e, no próximo capítulo, aprofundarei o terceiro recorte da prática das equipes que é a atenção domiciliar.

2.5.1 Território e População Adscrita nos textos de APS

Não é muito recente certa aproximação entre geografia e saúde, em especial a chamada saúde pública ou sanitária. Frequentemente é citado como marco de aproximação das áreas os estudos de John Snow, de 1855 (Snow, 2008), onde a epidemia de cólera, ainda sem causa microscópica e bacteriológica definida foi relacionada a diversos fatores ambientais em especial a distribuição de água, através de observações geográficas. Evidentemente, a ligação entre ambiente e saúde é muito mais antiga, estando presente desde os mais remotos registros desta ciência-arte, entretanto o trabalho em bases territoriais com populações é que traz certa novidade. Essas relações foram aprofundadas com o aumento do interesse no controle da saúde de coletivos humanos, como descrito por Foucault (1998) ao estudar o fortalecimento da epidemiologia e a criação dos hospitais e manicômios na Europa.²⁹

Em relação à Atenção Primária à Saúde, vimos já que a declaração de Alma-Ata sugeria que os sistemas de saúde nacionais deveriam trazer “o cuidado de saúde tão perto quanto possível de onde as pessoas vivem e trabalham” (1978: 2). Já a Carta de Ottawa (1986) fala em “ambientes favoráveis”, “ambientes mais limpos e desfrutáveis” e de “uma abordagem socioecológica da saúde”, introduzindo a responsabilidade ambiental como parte desejável das políticas de promoção de saúde. Ambos os documentos têm caráter amplo e não entram em detalhes operacionais quanto ao trabalho diário com a saúde nos seus “territórios”, como veremos, ficando isto a cargo das políticas nacionais.

O Ministério da Saúde, em seu documento intitulado “Política de Atenção Básica à Saúde” (Brasil, 2007)³⁰, apresenta como um dos fundamentos desta:

²⁹ Neste mesmo livro, há uma entrevista “Sobre a Geografia”, em que Foucault descreve interessantemente esta ciência como “nascida à sombra do exército” e os mapas como “instrumentos de saber-poder”. Para uma revisão atual desta teoria e sua aplicação em saúde ver, por exemplo, Pickenhayn (2008).

³⁰ Pereira e Barcelos (2006) revisam o conceito de território no Programa de Saúde da Família. Neste trabalho, analisam os documentos mais antigos desta política de saúde e sugerem certo aprimoramento no uso dos conceitos relacionados ao território nas últimas

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; (p. 13, grifo meu)

O termo se repete mais adiante (p. 21, 44 e outras). Também se encontra os termos “população residente” (p. 23), “população cadastrada” (p.25 e 26). Esta população, portanto, está firmemente relacionada nesta política à terra, ao local de residência e à unidade que a cadastra.

Adscrito, em português (segundo o Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa, 1981: 59), é um adjetivo proveniente do latim *adscriptu*, e significa “acrescentado, aditado, aumentado, registrado”. Entretanto, também é um substantivo masculino para “1. colono sujeito ao regime de adscrição”; e, “2. servo de criação”. Adscrição é a qualidade ou condição de adscritício: “colono ou servo obrigado a trabalhar em determinada terra.” Essa múltipla definição, apesar de não se aplicar diretamente ao uso oficial das políticas - que pressupõem utilizam-na como adjetivo para população - exprime coincidentemente certas tensões observadas no dia-a-dia das unidades de saúde.

A noção de território (do latim *territoriu*) não é menos polissêmica, ora mais física, ora mais política. No mesmo dicionário: “1. Terreno mais ou menos extenso. 2. Porção da superfície terrestre pertencente a um país, estado, município, distrito etc. 3. Jurisdição. 4. Região sob jurisdição de uma autoridade. (...)” (p. 1692) Mais adiante no mesmo verbete, inclui o “solo, rios, lagos, mares interiores, águas adjacentes, golfos, baías e portos”, “o espaço aéreo superposto a este, navios de guerra em qualquer lugar em que se achem, e os navios mercantes em alto mar ou em águas nacionais, abrigados sob a bandeira do país a que pertencem”. Procurarei aprofundar esta noção adiante, após terminar a introdução de como ela aparece nos principais textos que atuam hoje na ESF. Voltando portanto à Política de Atenção Básica à Saúde, ela inicia dizendo que:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a

versões. O processo de trabalho com territórios é evidentemente prévio à Estratégia SF, sendo utilizado na proposta de distritos sanitários (Mendes, 1999).

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. (Brasil, 2007: 1, grifos meus)

Logo a seguir volta a mencioná-lo como “território adscrito” (p.13) e parte para os usos mais jurídicos como “território nacional” e território dos municípios. Ao mencionar as características do processo de trabalho das equipes de atenção básica, coloca como primeiro item a “definição do território de atuação da UBS (p. 20)”. Mais adiante, ao falar das especificidades em relação à Estratégia Saúde da Família (ESF), volta a figurar em quase todos itens:

I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos **territórios** em que as Equipes Saúde da Família atuam; II - atuar no **território**, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a **comunidade onde atua**, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população; III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no **diagnóstico situacional** e tendo como foco a família e a comunidade; IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua **área de abrangência**, para o desenvolvimento de parcerias; e V - ser um espaço de construção de cidadania. (p. 22)

Quando menciona as características desta:

Além das características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, são características do processo de trabalho da Saúde da Família: I - manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos 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; II - **definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;** (p. 28)

Surge aqui outro adjetivo: Adstrito – (latim *adstrictu*) “estreitado, ligado”, mas também “dependente, preso, submetido”. (Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa, 1981: 60). Também surge uma visão mais dinâmica com a idéia de “atualização contínua”.

Aparece no mesmo texto desta política o termo *micro-área*, definida como sendo parte da área de abrangência da equipe sob responsabilidade de um agente de saúde. Estabelece-se que todos os profissionais da equipe deverão estar mobilizados no seu processo de delimitação, mapeamento e estabelecimento de áreas, famílias e indivíduos “de risco”. Esta *micro-área de risco* é considerada com parte da área ou micro-área com especial concentração de problemas ou “fatores de risco” relacionados à saúde.

Na publicação de Starfield já citada (Starfield, 2002: 548), esta prática é apresentada como resultado do aprimoramento da forma de registro de saúde e relatórios de motivos de hospitalização. Este método forneceria informações que sugerem a existência de diferenças sistemáticas nas necessidades de saúde entre diferentes comunidades e teriam potencial de refletir diferenças “reais” devido a diferentes exposições ambientais ou diferenças do sistema de saúde. Ressalta-se as diferenças encontradas em estudos deste tipo quanto a diferença de renda principalmente nos Estados Unidos. Entretanto, no Brasil, os termos *micro-área* e *micro-área de risco* têm sido utilizado de forma mais ampla e são produzidos a partir de vários fatores, sendo rara a utilização de interações, seja por dificuldades do próprio sistema de dados ou pela difícil distribuição de informações que não chega às unidades de saúde da família e nem é facilmente agrupável por unidade. Em nossa realidade os conceitos de risco são mais frequentemente agregados a micro-áreas e famílias por uma confluência de informações de programas específicos (de acompanhamento de gestantes, mulheres, crianças, doenças crônicas e outros) e de informações do dia-a-dia das equipes, bem como há forte peso do fator renda e “exclusão”. Isto reflete em parte a idéia de *equidade*, que prevê um tratamento desigual de grupos diferenciados da população para atingir maior igualdade de resultados, mas por outro lado, acaba por reforçar antigas concepções ainda vigentes de um sistema de saúde voltado à caridade e de um conceito de pobreza relacionada à doença, sujeira e incapacidade de “cuidar de si”.

Grande parte do trabalho em APS atual no Brasil conta com o apoio de outro atuante importante, que foi acrescentado a rede de apoio da ESF por publicação recente do Ministério da Saúde. O livro “Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências” (DUNCAN, 2004), chamado simplesmente de “Duncan” principalmente pelos médicos, foi editado e distribuído por este órgão governamental e vem cumprindo papel crescente junto às equipes de saúde da família. Desde suas primeiras edições vem se modificando, de uma concepção inicial voltada mais para a clínica, para uma progressiva maior atenção a aspectos da política de atenção primária brasileira no que diz respeito especialmente aos médicos de família e comunidade. Neste, *território* é apresentado inicialmente associado á idéia de fluxo, de múltiplas dimensões e ligado intimamente ao social:

O **território-processo** é território de vida pulsante, de conflitos, de solidariedade e de busca de consensos: nele expressam-se diferentes interesses, projetos, sonhos e realizações. Possui dimensões econômicas, políticas, culturais e epidemiológicas. Configura-se nesse **espaço social** uma determinada realidade de saúde da população que nele vive. Realidade esta também em **permanente movimento**, por isso denominada de **processo saúde-doença**. É definido com base em critérios administrativos, assistenciais e organizacionais da população local. Por isso, é um **espaço de co-responsabilidade pela saúde** entre população e serviço. Cada território pode ser entendido como território-área – quando se distancia o **foco**, o que permite ver o conjunto e como micro-áreas – quando se aproxima o **foco**. a micro-área é definida pela lógica da homogeneidade (ambiental, geográfica, socioeconômica, sanitária, cultural, etc); nela se concentram grupos populacionais mais ou menos homogêneos, de acordo com suas condições de existência. Os territórios não são homogêneos, e as médias não costumam refletir a realidade. (TAKEDA, 2004: 80, grifos meus)

Esta forma de usar território parece derivar, embora percebam-se certas diferenças, do que Milton Santos chama de “território vivo”:

Como já temos mencionado repetidamente, o território, em si mesmo, não constitui uma categoria de análise, isto é, como questão histórica. A categoria de análise é o território utilizado. A partir desse ponto de vista, quando quisermos definir qualquer pedaço do território, deveremos levar em conta a interdependência e a **inseparabilidade** entre a materialidade, que inclui a natureza, e o seu uso, que inclui a ação humana, isto é o trabalho e a política. Dessa maneira, defrontamo-nos com o **território vivo**, vivendo. Nele devemos considerar os **fixos**, isto é o que é imóvel, e os **fluxos**, isto é o que é móvel. Os fixos são, geralmente,

constituintes da ordem pública ou social, enquanto os fluxos são formados por elementos públicos e privados, em proporções que variam segundo os países, na medida em que estes são mais ou menos abertos às teses privatistas. O território revela também as ações passadas e presentes, mas já congeladas nos objetos, e as ações presentes constituídas em ações. No primeiro caso, os lugares são vistos como coisas, mas a combinação entre ações presentes e passadas, às quais as primeiras trazem vida, confere um sentido ao que preexiste. Tal encontro modifica a ação e o objeto sobre o qual ela se exerce, e por isso uma não pode ser entendida sem a outra... (Santos, 2001: 247, grifos meus)

Destaco ainda a noção de “processo saúde-doença”, que introduz além da variante tempo mais dinâmica, a idéia de contínuo entre pólos. Estas duas variantes acrescentam muito à noção de saúde como “completo bem-estar bio-psico-social” que vinha sendo trabalhada pela OMS anteriormente e que sugere um estado mais do que um processo e algo com efeito tudo-nada. A idéia de que podemos ter diferentes focos (zoom) do território também é interessante e está relacionada neste texto à noção de micro-área como algo mais ou menos homogêneo, em contraste ao território mais amplo. Esta noção de homogeneidade será retomada e problematizada a partir da análise das práticas.

Em outro capítulo (Andrade et col, 2004) que trata da ESF, menciona-se como na política de saúde descrita, a “definição e descrição do território de abrangência” e “adscrição da clientela” como as tarefas iniciais de “treze passos para organização de uma equipe de saúde da família”. Esta deveria ser feita idealmente “de forma democrática e em conjunto com a comunidade e técnicos da secretaria municipal” (p.90). Recomenda levar-se em conta, neste processo, aspectos como densidade populacional, existência de micro-áreas de risco, meios de transporte e presença de barreiras físicas. Dá ainda passos para a equipe fazê-lo: percorrer o território, de preferência caminhando, elaborar um mapa³¹ posteriormente, destacando limites e recursos como praças igrejas, escolas, etc.

³¹ Mais adiante, encontra-se capítulo (Lima, 2004) específico de ferramentas de informática médica com destaque para os programas de informação geo-referenciada. Estas ferramentas ainda são pouco utilizadas na prática das unidades que muitas vezes não tem computadores. Um exemplo do uso clássico destas ferramentas na saúde pode ser visto em Leite, 2008.

2.5.2 O trabalho de territorialização no dia-a-dia da equipe de saúde: descrevendo as práticas iniciais

Vamos acompanhar então, conforme sugerido pelos autores e munidos destes documentos e textos que são usualmente estudados pelas equipes de SF, as práticas destas equipes, mapas e territórios, para que posteriormente possamos relacionar às idéias a que me propus. Utilizarei a descrição destas práticas para levantar outras questões relacionadas à APS e ESF frequentemente. Esta atividade é chamada na área de saúde de *atividade de territorialização*. É desejável que parte do trabalho da equipe de saúde seja destinada continuamente a esta tarefa, visto que não só nos primeiros tempos, de demarcação e cadastramento ela é necessária, mas como considera os fluxos incessantes de pessoas, deve ser continuamente atualizada e isso deve ser realizado por todos integrantes da equipe (médico, enfermeira e auxiliares e agentes de saúde no mínimo). Na prática, entretanto, o que acontece é que na maioria das vezes estando o mapa do território pronto, a atualização contínua fica a cargo dos (as) agentes de saúde, que estão continuamente percorrendo (ou deveriam estar) a região e interagindo com as pessoas.

Em outros lugares, esta atividade é ainda mais ignorada, não havendo construção de mapa, mas utilização de algum mapa já existente na prefeitura ou nos mais novos programas de fotos de satélite. Deve-se ressaltar que as únicas etapas obrigatórias para o início do recebimento dos incentivos para os municípios que aderem à ESF são a delimitação das áreas e adscrição de população que preencha os critérios bem como a construção da unidade e alocação de profissionais para esta e ACS que preencham os critérios admissionais como morar na área. Após estas etapas e iniciados os trabalhos, não há qualquer forma de avaliação dos trabalhos de territorialização por parte das equipes, exceto as que ela mesma ou a secretaria local (que raramente o faz) se proporem. Evidentemente estas atividades ocupam tempo e afastam por momentos os profissionais do atendimento direto às demandas pontuais dos moradores e são frequentemente por isso mau vistas pelos gestores locais que, dependendo

de sua formação e mentalidade, preocupam-se mais com a “produção” de consultas e procedimentos.

No entanto, quando há uma equipe sensibilizada e treinada para tal atividade e gestores com apropriação mais ampla da proposta, reserva-se um tempo mais ou menos contínuo ao longo do ano para tais atividades. Inicialmente, é prático partir de algum mapa ou foto aérea geralmente existentes na prefeitura para outros fins. A equipe do Pinhal Alto, munida deste e do carro que dispõe, decidiu em reunião interna reservar inicialmente um turno por semana para percorrer o território e conferir de forma mais ou menos grosseira os dados já presentes. Aí já aparece uma das diferenças que vale a pena ressaltar em um país como o Brasil: a recomendação de ir “a pé” do texto anterior é praticamente inviável, ao menos nesta etapa, para a maior parte do território não urbano. As áreas rurais apresentam distâncias muitas vezes enormes. Mesmo em áreas urbanas, em alguns locais é necessário autorização dos grupos locais e/ou órgãos governamentais para entrar como em áreas indígenas e partes de favelas. Em grande área do território nacional não há ruas ou estradas para se caminhar, mas rios ou mesmo nada, sendo necessário transporte aéreo. Ainda hoje, entretanto, a maioria destas áreas de maior dificuldade, em especial as indígenas estão sob cuidado de um sub-sistema de saúde indígena embora haja progressiva aproximação com a ESF. Isso nos faz lembrar como grande parte da literatura de saúde e mesmo da legislação é escrita pensando-se nos grandes e médios centros urbanos. Estes dão forma e são considerados “o normal” para só posteriormente serem adaptadas as orientações para “outras realidades”.

Saímos então motorizados e de mapa em punho. Estrategicamente optou-se por revezamento das auxiliares de enfermagem no posto para a recepção eventual de emergências e comunicação por telefone se necessário chamando de volta a equipe, o que ocorreu algumas vezes. As pessoas da região haviam sido previamente avisadas que naquele turno não haveria atendimentos médicos de rotina, só de emergências. Nesta etapa inicial, com grande apoio legal é mais fácil esta negociação, o que nem sempre ocorre posteriormente. O atendimento por outros profissionais que não são da equipe básica e portanto só vem semanalmente na equipe como apoio

matricial, como vimos anteriormente, continuava normalmente, cabe ressaltar. Interessante lembrar também, que nesta etapa as micro-áreas já estão definidas e os ACS já designados, sendo isso pré-requisito para início dos trabalhos. Na maioria das vezes, portanto, o gestor (que nem sempre consulta a comunidade previamente, mas indiretamente através de um conselho de saúde nem sempre representativo) decide onde será o posto e os limites da unidade. Em outras ocasiões, a equipe já pode estar formada (inclusive já trabalhando na região sem ESF, em uma UBS) e participar mais ativamente com a comunidade destas demarcações, como foi o caso aqui. Essas diferenças na forma de demarcação inicial são importantes pois constituem a origem de grande parte dos problemas posteriormente encontrados no trabalho do dia-a-dia das equipes, como exemplificaremos a seguir. Portanto, já saímos não com qualquer mapa e com qualquer visão do território mas com um mapa com limites definidos, fatiado em 5 micro-áreas, com casas, ruas e córregos já desenhados a serem conferidas.

Por limites de acomodação no carro, optamos por percorrer uma micro-área por vez levando seu respectivo ACS. A idéia era de ter uma visão geral inicialmente do território, visto que algumas partes ainda eram desconhecidas mesmo a equipe tendo já trabalhado alguns anos na região, aproximando-se do que Takeda mencionara com “distanciamento de foco”, para posteriormente aproximar este e aprofundar o conhecimento inclusive com incursões selecionadas a pé e interação maior com os elementos humanos e não –humanos identificados. Entretanto, estas etapas não são claramente distinguíveis e não foram seguidas de forma rígida, muitas vezes. Ao passarmos por determinadas regiões parávamos, descíamos e caminhávamos um pouco, eventualmente chegando ao nível de maior aproximação planejado que é o dos domicílios. Algumas regiões mais distantes só poderiam ser visitadas após um período maior de tempo então aproveitávamos para visitar alguma pessoa que sabíamos necessitava atendimento e/ou tinha dificuldades de locomoção até a unidade de saúde.

Estes momentos foram muito ricos em informações e em estabelecimento de relações com as pessoas da comunidade, visto que o olhar clínico e pontual se mesclava com outros mais amplos, abarcando o território físico, as relações de vizinhança, os dados epidemiológicos

populacionais, as informações de modo de vida da comunidade³². Entretanto, e em especial em uma comunidade onde o trabalho e o descanso tem valores tão característicos como as de origem europeia com forte influência protestante, as saídas para territorialização carregavam algumas vezes a tensão de não estar trabalhando verdadeiramente visto que o trabalho nesta comunidade é considerado basicamente o braçal. No caso da equipe de saúde, o atendimento da unidade já é visto frequentemente como um “meio-trabalho” ou mesmo um “não-trabalho” como quando, ao sair do posto, num final de tarde, após atender as 25 ou 30 pessoas, sentindo-me bastante cansado, comentei amistosamente, como cumprimento, a um morador, aposentado: “_ E aí, sr. X, trabalhando um pouco?” (ele recolhia uma lona ou algo parecido em frente à casa) E recebo a resposta em tom nada jocoso: “_Eu estou trabalhando, sim. Se fosse doutor não precisava trabalhar, mas como não sou, trabalho.” Mais do que manifestação de mau humor ou de mau relacionamento (trata-se de uma pessoa que consulta comigo e nos damos muito bem em momentos de consulta e fora), acredito que esta fala revela, assim como outras, a importância que o trabalho tem para estas pessoas e sua identificação com esforço físico, embora estas atitudes provavelmente estejam em transformação nas gerações mais novas. Portanto, atender num turno por semana somente emergências, muitas vezes foi carregado ao menos parcialmente como um peso da probabilidade de ser visto como “passeando” ou na melhor das hipóteses “não estar trabalhando”.

Talvez a mescla com atendimentos domiciliares que realizamos durante as atividades de territorialização tenham sido uma forma menos consciente de contrabalançar isto e em parte justificar nossas saídas do posto. Em outras comunidades, entretanto, isto pode funcionar de forma diferente, não havendo este “peso” das saídas, por exemplo nas unidades que tem mais de uma equipe ou mais de um médico atendendo. Em outras este peso pode ser ainda maior, em especial nas que apresentam mais séria desproporção entre população e equipe associada a uma fraca oferta de outros serviços de saúde. Nestes casos, sair um turno, mesmo que menos

³² Este entrelaçamento de ações e perspectivas é citado na literatura de medicina de família e comunidade como desejável para uma boa atenção à saúde, em especial domiciliar (Targa, 2006).

frequentemente pode significar privar da única forma de atenção a uma parcela considerável da comunidade que no funcionamento normal da unidade já não consegue suprir suas necessidades. Em nosso caso, tínhamos ao menos esta tranquilizante certeza que, devido à uma adequada distribuição de recursos, estaríamos absorvendo toda demanda daquele turno imediatamente em caso de emergência ou no máximo em 24 horas em casos eletivos.

Voltando a nosso “passeio”, portanto, íamos corrigindo “falsas” casas, identificadas pela foto aérea que gerara o mapa e que na verdade eram galpões, garagens e outras construções inabitadas. Casas novas também precisavam ser acrescentadas e para isso a presença da ACS foi muito importante. Esta trazia sua lista de família e números de prontuários no posto. Ao iniciar seu trabalho, ela passou em todas as casas de sua micro-área cadastrando todos moradores, numerando casas, recolhendo informações sobre saúde e fatores relacionados a esta através de um instrumento chamado “ficha A” (vide anexo 5 e 6). De posse destes dados, a SMS prepara relatórios que são devolvidos às unidades e estas devem utilizá-los para ajudar no planejamento de suas ações e organizar os “prontuários de família”. Estes são, no caso descrito, envelopes de papelão arquiváveis em móveis de metal com gavetões. Dentro estão contidas as fichas individuais dos moradores daquela residência numerada, onde são registrados pelos profissionais de saúde os atendimentos realizados e planos terapêuticos, independente do grau de parentesco que possuam.

A idéia de agrupar os membros de uma unidade domiciliar (que frequentemente, mas não sempre, coincide com algum grau de parentesco) ao contrário da usual forma individual de arquivamento de dados vem da noção de processo saúde-doença mais amplo que o nível individual e da proposta da medicina de família em ter um olhar mais atento para as relações que ocorrem entre as pessoas que convivem durante este. Evidentemente, também diz respeito à noção de hereditariedade de certos problemas de saúde e da possibilidade de transmissão que para muitas doenças é maior ao partilhar o domicílio. Além disso, ajuda a identificar a rede de apoio social imediato que uma determinada pessoa possui ao procurar atendimento, sendo diferente muitas vezes os riscos ou a necessidade de internação por

determinado problema se o paciente vive solitário ou não. Para isso, além do conteúdo dos envelopes (que é o das casas) deve ser mobilizado o produto restante do trabalho de territorialização: o número das casas, sua divisão em micro-áreas e áreas de maior ou menos concentração de problemas (de risco) e a visualização de suas relações que só será possível após a construção e instalação adequada em alguma parede de um mapa, como veremos a seguir.

2.5.3 Parênteses para as Famílias

A idéia de utilizar a família como unidade teórica para se chegar a comunidade (Scott, 2001) pode gerar certa confusão ao ser tomada de formas diferentes no lugar de “grupo domiciliar”. Cabe aqui abrimos um parêntese para pensar um pouco esta questão. Na prática da MFC busca-se através de um olhar diferenciado, eventualmente instrumentado por conhecimentos da terapia de família e de ferramentas como o genograma³³, compensar estas dificuldades operacionais, não restringindo ao conceito de parentesco as relações intra-domiciliares que são úteis para o cuidado da saúde, mas também sem ignorar sua importância. Entretanto, estes conhecimentos em grande parte provindos do que se chama “terapia de família” necessitam ser adaptados às diferentes realidades (se é que isso é sempre possível) tendo em vista sua origem voltada para atenção de famílias de classe média, de zonas urbanas, de países centrais, especialmente os de língua inglesa. Nota-se nestas origens e na prática da ESF uma certa tendência à naturalização do conceito de família, em especial a formada pelo núcleo do casal e filhos co-habitando e dependendo do sustento por principalmente um dos pais. A prática de cuidado de famílias corre o risco portanto de, mesmo sem intenção, tender a ações de “normalização” destes grupos a partir de um padrão que não é o seu, necessariamente.

³³ Para uso do genograma na prática da ESF ver, por exemplo, Fernandes (2005) e Pavarini et col (2008). Para uma noção de como a abordagem familiar tem sido utilizada na ESF ver Falceto (2004) e Fernandes (2005).

A realidade das famílias brasileiras³⁴ pode variar desde pequenas variações de arranjos deste modelo que chamarei *naturalizado*, tanto em relação às classes sociais, quanto em nível mais profundo, de significado do parentesco e família. Devemos lembrar também que há diferenças entre grupo de parentesco e os laços consangüíneos, onde padrinhos, compadres por exemplo podem ser vistos como parentes. Em todos os casos a “dinâmica familiar” sofrerá mudanças e não pode ser vista nem trabalhada a partir de um ideal de normalidade. Exemplos disso podem ser encontrados nas complexas redes de parentesco e clãs indígenas variados, onde o tio materno pode ocupar, por exemplo, papéis pensados como o do pai no modelo naturalizado, ou onde o papel de criação das crianças pode ser delegado a um grupo muito mais amplo do que o casal genitor ou mesmo a família extensa. Em nossas cidades e zonas rurais também é cada vez mais comum a dependência da renda de uma aposentadoria de um idoso que é mantido aos cuidados dos mais jovens, sem falar nas combinações homossexuais e as recentes tensões por mudanças das legislações de criação infantil por estes, na circulação de crianças (Fonseca, 2002, 2004a).

Entre as classes populares, o conceito de família está ancorado nas atividades domésticas do dia-a-dia e nas redes de ajuda mútua, muito mais do que na herança de um patrimônio, nome ou linhagem. Neste caso o sacrifício, por exemplo, em nome de um membro problemático pode ser diferentemente aceitável e desejável em diferentes classes. Desta forma a prática da APS em um país como o Brasil deve ser versátil e estar preparada para compreender a realidade de uma forma mais ampla. O uso de dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) e SIAB³⁵ (Sistema de Informação da Atenção Básica) que utiliza o domicílio como unidade da vida familiar, apesar de poder ser útil em alguns casos, demonstra-se insuficiente para dar conta do trabalho da saúde em diferentes realidades, em especial a partir da lógica integralizadora e sistêmica que se propõe a APS. As próprias fases do ciclo vital também podem ser muito diversas entre modos de vida (culturas?) e situações econômicas diferentes: a expansão da família com

³⁴ Para mais aprofundamento em questões de família e casamento a partir de uma perspectiva antropológica ver ainda Fonseca, 1987, 2004c, 2005 e 2006 e Sarti, 1996.

³⁵ Para maiores detalhes sobre SIAB, ver Brasil, 2009.

filhos pode preceder o casamento e mesmo a existência de uma casa nova; o papel de cuidado de crianças pode estender-se para além da maternidade; o retorno mais ou menos fácil ao lar dos pais; o momento de parar de trabalhar para os mais novos assumirem o trabalho rural e como fica quando estes trocam o campo pela fábrica; as relações entre celibatários e primogênitos ou ultimogênitos em sistemas de heranças assimétricos como os de colonos alemães do sul do país. Cabe lembrar ainda a freqüente inferioridade com que são vistos estes traços ou desvios de padrões hegemônicos, como se fossem sintomas de desorganização social ou atraso (Fonseca, 2004b) inclusive potencialmente nas práticas e políticas públicas.

Fechando estes parênteses apresento o questionamento de se o próprio modelo como foram desenhadas as equipes de SF não refletem em parte a idéia (talvez inconsciente) de um *modelo familiar para cuidar das famílias*. Nas equipes básicas é freqüente a liderança e o poder serem centralizados nas figuras do médico e enfermeiro. Na maioria das vezes o profissional de enfermagem é do sexo feminino e pode-se pensar o trabalho médico como algo masculino em sua história, só muito recentemente as mulheres tendo assumido esta função. Mesmo quando exercido por mulheres, o papel do médico pode continuar a apresentar características tidas como masculinas na sociedade ocidental³⁶: responsabilidade, decisão, atividade, força, resolutividade, sabedoria, paternalismo em contraste com as características identificadas com a enfermagem, mais relacionadas ao cuidado, conforto, acolhimento, nutrição, higiene, paciência, zelo. Os outros profissionais da equipe básica por legislação, renda, status e tempo de formação assumem quase sempre um papel secundário, subordinado, o que pode identificá-los com o nível familiar filial. Os outros profissionais, quase sempre de presença intermitente nas unidades (com exceção dos grandes serviços de ensino, os profissionais de nutrição, fisioterapia, psicologia entre outros, exercem apoio matricial periódico à equipe) poderiam ser encarados como núcleo familiar expandido, tal como tios e cunhados.

³⁶ Desnecessário lembrar que grande parte da terminologia médica e sanitária deriva da militar: vigilância, monitoramento, rastreamento, combater, matar os germes, arsenal terapêutico, são alguns exemplos.

Assim como as famílias locais, teríamos, portanto, diversas dinâmicas familiares possíveis dentro das equipes, ora a enfermeira-mãe assumindo o papel de liderança e chefia, ora o médico-pai ditador ou a família-problema com “hólons” mal definidos, como diriam os terapeutas de família. Obviamente isto não deve ser levado rigorosamente de forma literal, mas utilizado como uma metáfora para pensar se não estaríamos, através desta política, tentando apresentar certo modelo para a comunidade, mais ou menos como a sagrada família é apresentada pela igreja católica como modelo para os fiéis.

2.5.4 Voltando às práticas iniciais de territorialização das equipes de saúde

Estávamos, portanto, saindo de carro da unidade, percorrendo duzentos metros de asfalto e entrando nas *linhas* ou *colônias*, estradas mais estreitas de terra, margeadas por mato, plantações ou propriedades rurais mais ou menos espaçadas. Ao pararmos no que é considerado o centro de uma destas *linhas*, geralmente fáceis de identificar pois, em meio ao verde exuberante, destacam-se a capela (onde se realizam alguns casamentos e velam-se os defuntos mas, em geral, não há missas ou cultos regulares), o cemitério local sempre ao lado desta (em alemão cemitério é *Kirchhof*, “pátio ou quintal da igreja”, ao pé da letra, ou ainda *Friedhof*, “pátio ou quintal da paz”), o campo de futebol gramado e uma escolinha desativada de duas salas do tempo que o ensino municipal era descentralizado nas zonas rurais. Caminhamos um pouco nesta localidade e comparando com outras notamos algumas variações que se repetem: a primeira, o fato de uma parte do cemitério antigamente ser reservado para “os anjos”, crianças de morte muito precoce, com cruzeiros mais simples, muitas vezes sem nome algum. A segunda, o fato de, em alguma construção próxima ao futebol quase sempre se organizar um barzinho temporário e clandestino, que só abre em dias de festa e jogo, que ocorrem principalmente em dias de semana. Este é organizado por um ou mais moradores da localidade às vezes com um esboço de organização “comunitária”, apesar de a maioria destas linhas menores não ter oficialmente (e muitas lamentam verbalmente isso devido às

brigas ou falta de organização) uma sociedade de moradores. Obviamente esta realidade está ligada à falta de comércio oficial na maioria destas linhas, o que seria inviável financeiramente, mas também nos dá uma pista de uma relação que é quase obrigatória na região e que interessa sobremaneira à saúde: a do lazer e as bebidas de álcool. Praticamente não se encontra exemplo de atividade (especialmente de lazer, mas também de trabalho) que não esteja relacionada ao álcool, constituindo-se o alcoolismo e o uso nocivo de álcool à saúde em geral prioridade eleita pela comunidade do município em conferência de saúde recente e responsável por grande parte dos agravos de saúde e internações hospitalares da região. Caberia aqui um novo capítulo sobre álcool e identidade alemã e suas complicações no planejamento da atenção à saúde que procurarei explorar mais adiante para não gerar um novo desvio.

Outro aspecto destas “descidas” do carro e exploração da área é a diferente percepção das distâncias através de caminhos não-oficiais mapeados. Às vezes, casas que parecem longuíssimas pelas estradas usuais, são reveladas em grande relação através de “picadas” menores, “caminhos de roça” onde às vezes, só se transita a pé ou bicicleta. Estes trajetos interligam morros e vales evitando grandes desvios e são por vezes muito utilizados até por alguns ACS. Estes, entretanto, não deixam de ficar confusos muitas vezes ao olhar os mapas e confrontá-los com a realidade. Lembro-me que apontava um dedo para o morro adiante e perguntava a uma ACS, que casa era aquela e quem morava lá, tentando me livrar da ilusão que as estradas muito curvas dão ao não-familiarizado e que aparecem retificadas e achatadas no mapa. A ACS evidentemente sabia quem morava lá, mas não consegui juntar sua informação com o mapa, até que caminhamos mais em meio a uma plantação e pudemos visualizar melhor em que estrada estava.

As ACS levavam suas pranchetas com os números das famílias recentemente atribuídos e os nomes destes. Decidiu-se que o número seria constituído de duas partes: o primeiro algarismo seria o número da micro-área, o que permitiria uma rápida identificação da ACS e do local de moradia da pessoa em questão e os restantes seriam do número da casa (“família”). Assim, quando alguém chega à Secretaria de Saúde, no centro da cidade,

para marcar uma consulta ou solicitar o que seja, apresenta seu número como 9.123, sabe-se que ela é moradora da casa 123, da micro-área 9, que fica na localidade do interior, chamada Pinhal Alto. Posteriormente, estes números identificam os prontuários das famílias que como vimos ficam em arquivos na entrada do posto de saúde, divididos em gavetões, separados por micro-área e ACS, e contém os registros agrupados de todos moradores daquela unidade domiciliar. Ao passarmos pelas casas íamos, portanto, em um diálogo com a ACS e seus números, nos apropriando aos poucos dos arredores: _ “Quem mora aqui?” _ “O Sr. S, a esposa e dois filhos.” _ “E lá acima no morro?” _ “ É o irmão dele, que mora sozinho e não se dá bem com o resto da família. Ele não tem carro e quando precisa consultar os parentes não querem levá-lo”. “_ E naquela última casa no fim daquele caminhozinho quase tomado pelo mato?” _ “É X. Mas só vêm à noite, porque trabalha o dia todo na fábrica. Este trabalha muito!”. _ “E ali, naquela casa bonita, perto do posto?” _ “É aquele que já foi vereador” _ “Ali mora o W. F., parece que anda bebendo muito e briga com a esposa...”

Portanto, não só as casas, números e nomes eram organizados mas relações de parentesco e amizade ou inimizade, modos de vida, doenças e fatores de risco à saúde, distâncias, facilidades ou dificuldades de locomoção, beleza e riqueza expressas, antecedentes políticos. Mais do que isso elencado e apresentado pela ACS, que domina as informações de sua micro-área como ninguém na equipe, em geral, estes dados também vão aos poucos sendo relacionados com os que aparecem em consultas para o médico, em procedimentos e na recepção para a enfermagem. Não raras são as expressões tipo “Eureka!” quando os fatos se iluminam seja por aparecimento de dados que faltavam na unidade, seja por percepção de distâncias e vizinhanças. Tudo graças há algumas horas, um lápis, um mapa, um carro e uma pessoa da comunidade treinada para caminhar e conversar com as pessoas o máximo que puder. Mais do que “o território”, parece que estávamos mapeando “as territorialidades”. Ao mesmo tempo, também íamos nos conhecendo entre a equipe e os ACS. Muitas características pessoais e profissionais foram reveladas nestas horas de contato e construção inicial do mapa, o que nos ajudou em outros momentos a entender como o território

estava sendo “construído” para os outros membros da equipe, visto que este processo não se dá de forma homogênea.

Em outro momento, constatou-se as grandes distâncias da área por ser rural e como isto deveria impactar no número de pessoas e famílias a serem acompanhadas pela equipe de saúde. Notou-se neste momento e através das queixas de duas agentes de saúde, grandes diferenças entre as micro-áreas, o que apareceu ainda mais após a confecção do mapa, como veremos. No primeiro caso, as distâncias de um grupamento de cinco ou seis famílias que moram nos limites do que era o território demarcado ficavam mais ou menos equidistantemente de duas unidades, entretanto o que o mapa e o planejamento anterior não vira é que a distância para um lado é muito mais íngreme (no caso um morro de talvez 600 metros de altitude) e no outro uma pequena elevação, tendo ficado o aspecto tridimensional do mapa de fora do raciocínio inicial.

No segundo caso, mais do que altitude encontramos status e fluxos já estabelecidos previamente a existência da unidade de saúde. Os habitantes desta extremidade do recorte geográfico realizado necessitam, pela distância, de transporte mecânico (que envolve custos altos e horários restritos neste local) ou animal (que é raro, mais lento, geralmente desabrigado do frio intenso desta região, impróprio para pessoas com déficits motores e, além disso, pode ser vergonhoso para alguns) para deslocarem-se em estrada de terra, até o local do prédio onde está centralizado o trabalho da equipe de saúde. Acontece que há poucos metros do final deste território demarcado, há um ponto de ônibus e acesso asfaltado ao centro da cidade, com a mesma distância que para o posto referido. Os habitantes desta localidade, que é mais urbanizada, pouco utilizam o serviço designado para seu atendimento alegando, além de algumas das causas acima, a conveniência de combinarem o acesso ao sistema de saúde com o de outros serviços exclusivos da área urbana como serviço bancário, sindicatos, farmácias, mercados maiores com mais variedade e melhores preços, além do lazer de “ir ao centro”. Fica evidente que, além disso, a diferença de status que há em ser morador desta região e, portanto, ser mais urbano e, eventualmente, em indicar uma situação econômica e de classe social diversa, comparando com a região mais rural a que teriam que se deslocar para buscar atendimento,

portanto fazendo-se necessário uma redefinição destes limites ou das condições de acesso, com por exemplo reivindicar uma mudança no sistema de transportes.

O processo de delimitação de “áreas de abrangência” e “população adscrita” é constituído de diversos momentos e é disputado por diversos atores. Quem define o quê, quem tem poder de impor sua territorialidade, quem tem força para dizer quem será um outsider ou não e como estas afirmações serão negociadas no dia-a-dia deve fazer parte do próprio processo se quisermos um resultado positivo para as pessoas que lá estão. Tanto atuantes humanos (pinhalenses, moradores da outra zona de status diferenciado, gestores, profissionais, administradores da companhia de ônibus) quanto não-humanos (mapas, morros, rios, estradas, ônibus) são importantes e devem ser levados em conta pois (assim como a prática clínica observada anteriormente) o processo de territorialização pode ser visto como a formação de novos coletivos.

Isto não gera somente conseqüências para a comunidade mas também para o serviço de saúde que necessita entre outras coisas prestar contas de dados de vigilância em saúde como cobertura vacinal, de exames preventivos, detecção de diabéticos. Uma insistência obstinada por parte da equipe em relação à comunidade – fato freqüente principalmente em cidades grandes onde as dificuldades de re-mapeamento são maiores por burocracia – pode gerar piora nas relações entre estes e, conseqüentemente, de indicadores de saúde. Uma pequena mudança no mapeamento como exemplo, entretanto, poderá gerar alterações “em cascata” no número de atendimentos das equipes vizinhas, o que alterará o tempo e a qualidade da atenção, a necessidade de transporte público, possivelmente os índices de cobertura de ações programáticas, podendo impactar da mesma forma na qualidade da relação pessoal entre profissionais e comunidade e entre membros desta. Dificilmente ao estudarmos um aspecto poderemos esquecer outro.

2.5.5 Os mapas e os territórios

Após este trabalho concluído, o produto desta etapa começa a ser confeccionado. O curso de preparação para trabalho na ESF recomenda a confecção de dois mapas: um para a comunidade, que ficaria na sala de espera ou recepção da unidade de saúde e que conteria os limites e micro-áreas das agentes de saúde, acrescentado de alguns dados para facilitar leitura, como os nomes das principais ruas e pontos importantes conhecidos de todos; um segundo mapa, interno, para a equipe trabalhar com mais detalhe, onde podem ser identificadas além das casas e pontos-chave para a saúde, a distribuição espacial de problemas de saúde ou fatores de risco. Para tanto, existem hoje alguns softwares que, entretanto, ainda são pouco utilizados na prática por causas variadas conforme a região: falta de recursos, de treinamento, de interesse, de computadores, entre outros.

No Pinhal Alto, como em muitos outros lugares, optamos por redesenhar o mapa que a prefeitura tinha, já atualizado das casas e numerado devidamente com os números das “famílias” em papel e fixá-lo à parede da sala de espera e outro, acrescentado de isopor atrás, na sala de reunião. Neste caso o isopor serve para receber alfinetes de cabeças com cores variadas que, associados a uma legenda, nos mostrarão em que casas há, por exemplo, gestantes, crianças pequenas, hipertensos, diabéticos e qualquer outra coisa que queiramos visualizar melhor. Pode-se com isso também cruzar problemas e perceber relações que anteriormente passavam despercebidas (ou o contrário): como tentar ver se há relações e em que áreas, entre alcoolismo e violência doméstica, ou entre diabetes e região de origem na Alemanha dos antepassados, ou ainda entre inscrição em programas sociais do governo e peso corporal. Bares, terapeutas tradicionais (benzedeiras, massagistas, colocadores de ossos no lugar), igrejas, salões comunitários, fábricas, cursos d’água, escolas, também foram acrescentados tanto para ajudarem na identificação como por atuarem na construção da situação de saúde da região.

O mapa da sala de espera foi fixado primeiro, já que esperávamos a compra por parte da SMS do isopor para o mapa interno. Cabe lembrar que os dois mapas foram confeccionados em tamanho grande e ocuparam uma

parede inteira das salas em que foram colocados. Nos primeiros dias foi freqüente o interesse das pessoas que circulavam por ali: paravam, olhavam com cara intrigada aquele painel colorido, cheio de quadradinhos com números e nomes das linhas que conheciam. Alguns tentavam achar suas casas, a partir do número de seus prontuários. Flagrei um ou dois ajoelhados, visto que suas casas ficaram mais em baixo, satisfeitos quando viram que não tinham sido esquecidos. Outras vezes fui chamado para ajudar nesta tarefa, correndo os dedos sobre os números e tentando não me perder muito. Já comecei eu mesmo a utilizá-lo sempre que saía da unidade, para lembrar os caminhos que deveria percorrer antes de chegar à determinada casa onde atenderia alguém. Outros mantinham distância e não demonstravam interesse ou compreensão ao que ali estava. Ele também ajudou muito a mostrar aos médicos residentes como era a região em que estavam iniciando seus estágios e para lembrarmos quem morava por perto e, portanto, constituía a rede de apoio espacialmente mais próxima de determinada pessoa.

O mapa portanto, já desde os primeiros dias esteve atuando de diferentes formas: Para a equipe, mudando a percepção quanto a si mesma, quanto às pessoas e á região em que moram e/ ou passam parte de suas vidas, reforçando a idéia de responsabilidade e cuidado da saúde como algo mais amplo do que resolução de episódios de doença. Além disso, sem o mapa as relações entre casas e prontuários não seria captada ou facilmente esquecida, o que poderia em parte ser produto também de uma longa permanência trabalhando na mesma comunidade (longitudinalidade) o que demandaria tempo e não seria garantido, visto que a permanência prolongada ainda é um dos problemas que a ESF vem enfrentando³⁷. Para a comunidade, o mapa pode reforçar a idéia de identidade ou comunidade delimitada, de pertencimento (o que pode ou não ser aceito como vimos), de que são muitos atendidos naquela unidade (especialmente com a associação de números de consultas e outros procedimentos realizado por mês fixado ao

³⁷ Vários são os fatores por isso responsáveis. Citarei apenas alguns: vínculos empregatícios inadequados, má gestão de recursos humanos por parte de alguns gestores, remuneração, desinteresse na ESF, formação em outras áreas encarando a APS como algo temporário ou complementar, menor status do trabalhador generalista ou especialista de APS, comparado ao especialista focal.

lado ou apresentado nas reuniões de comunidade). Além disso, pode passar a idéia de que “estão de olho” em alguém, mesmo fora da unidade, como nas atividades de vigilância em saúde, vocês não sendo “de outros”, mas “nossos”. Pode também ligar o que está(va) separado, ou separar o que está(va) unido, como no caso de vizinhanças conflituosas e limites questionados entre áreas.

Numa tentativa de humanizar um pouco o mapa (até então com números e nomes de locais), houve a sugestão de acrescentarmos fotos da equipe e localidades, o que foi facilmente aceito. Fotos individuais foram recusadas em especial pelas ACS, o que pode além da vaidade e vergonha, demonstrar certa resistência em ser identificada como profissional independente da equipe, ou necessidade de reforçar sua posição ao se instalar junto aos profissionais “mais fortes”. A idéia de colocar fotos 3x4 nas microáreas surgiu, num primeiro olhar, da forma como o mapa se organizara, mas pode também ter sido resultado inconsciente de certa divisão que acaba ocorrendo como “fora-dentro” da equipe ou “mais -menos estudo”, “mais-menos status”. A idéia de colocar ao lado do mapa os nomes das pessoas, diminuindo a impessoalidade dos números, encontrou dois problemas: o grande número de pessoas (2000 aproximadamente) mesmo se optássemos por só uma pessoas por família e a dificuldade de definir um nome principal para cada casa, ou coincidir nome família com casa, reforçando a difícil relação ou identificação entre grupo doméstico e família, como visto.

O mapa parece ajudar a tornar dócil o território, trazendo para o espaço seguro (para os profissionais) que é a unidade de saúde. Ao entrar nestas rotinas e caminhos ele ganha cientificidade e o *status* do trabalho com a saúde. Pode-se dizer que ele também, no caminho inverso, encharca a realidade de saúde e seus discursos. Lá fora, o campo de atuação da equipe foi ampliado e modificado, seja para olhar, fiscalizar, andar ou interferir. As agentes de saúde quando percorrem incansavelmente o território (é esperado que façam uma visita mensal em cada casa) reforçam esta dimensão, esta impregnação do território como território da saúde. Estes fenômenos não são completamente claros para os envolvidos e nem aceitos passivamente, sem reação. Veremos adiante, algumas das estratégias por exemplo criadas para driblar as visitas domiciliares dos profissionais de saúde e já vimos as

dificuldades de coincidir os fluxos esperados pelos gestores e equipes e os das pessoas, como nos exemplos da ida ao centro para outras atividades e diferenças de *status* entre micro-áreas. Estes são somente alguns exemplos, também desta resistência ao processo de domesticação do território pela “saúde”, e demonstram como diferentes *territorialidades* disputam em torno destes acontecimentos cotidianamente.

O território da (ou para a) unidade de saúde é diferente portanto dos territórios presentes: a diocese católica e protestante que se entrecruzam; a unidade territorial oficial do município; as “linhas” ou “colônias”, historicamente formadas pelos antepassados; os territórios redesenhados pelas heranças ou brigas de divisas entre vizinhos e famílias, que às vezes duram gerações; ou pelas classes econômicas e chegada progressiva de melhorias (como o asfalto, água tratada, luz trifásica, telefone, ônibus de linha); pela demarcação entre “alemães” e “brasileiros” ou entre “alemães” e “negros”; entre “colonos caprichosos” e “relaxados ou preguiçosos” (ou entre “fortes” e “fracos” como identificou Woortmann, 1995).

2.5.6 Territórios, Territorialidades, (Des e Re) Territorializações.

Para estudarmos melhor o que ocorre e é inicialmente descrito nestes últimos parágrafos me parece útil revisar de forma geral as formas como os conceitos vem sendo utilizados pela geografia e antropologia, além do que vimos quanto ao setor saúde. Além disso, tentarei introduzir aspectos da discussão que aprofundo no capítulo 4, sobre *natureza e cultura*, e que me parece receber contribuições interessantes ao ser envolvida nestas discussões “territoriais”.

O território pode ser visto como simples palco dos acontecimentos, porção espacial onde ocorrem os acontecimentos econômicos e transformações vivenciadas pela sociedade. Raffestin (1993) aprofunda esta visão destacando o caráter político que dá ao território, mantendo a idéia do espaço geográfico pré-existente, substrato do território. Para ele a idéia de poder é sempre vista como algo mais amplo do que o poder de Estado,

sendo partilhado e exercido por atores que surgem da população, presente em todas as relações. Esta ampliação de atores teria sido importante para desenvolvimento de uma matriz “jurídico-política” dentro da geografia que, segundo Monken (Monken et al, 2008) “deriva da geografia política clássica e estabelece uma ligação vital entre Estado e território”. O conceito de território como espaço social em construção ganha grande destaque em nosso país com a obra de Milton Santos:

Como já temos mencionado repetidamente, o território, em si mesmo, não constitui uma categoria de análise, isto é, como questão histórica. A categoria de análise é o **território utilizado**.

A partir desse ponto de vista, quando quisermos definir qualquer pedaço do território, deveremos levar em conta a interdependência e a **inseparabilidade** entre a materialidade, que inclui a natureza, e o seu uso, que inclui a ação humana, isto é o trabalho e a política.

Dessa maneira, defrontamo-nos com o **território vivo**, vivendo. Nele devemos considerar os **fixos**, isto é o que é imóvel, e os **fluxos**, isto é o que é móvel. Os fixos são, geralmente, constituintes da ordem pública ou social, enquanto os fluxos são formados por elementos públicos e privados, em proporções que variam segundo os países, na medida em que estes são mais ou menos abertos às teses privatistas.

O território revela também as ações passadas e presentes, mas já congeladas nos objetos, e as ações presentes constituídas em ações. No primeiro caso, os lugares são vistos como coisas, mas a combinação entre as ações presentes e passadas, às quais as primeiras trazem vida, confere um sentido ao que preexiste. Tal encontro modifica a ação e o objeto sobre o qual ela se exerce, e por isso uma não pode ser entendida sem a outra...(Santos, 2001: 247)

A produção do território, enquanto algo vivo e dinâmico, que pressupõe mais do que um espaço da natureza enquanto palco da ação social me parece um grande avanço na forma de se pensar estas questões. Este conceito tem sido progressivamente mais utilizado pelos profissionais de saúde e pode ser lido nas entrelinhas da citação prévia de Takeda, do livro referência de medicina ambulatorial usados nas equipes de APS e, de forma mais tímida, na problematização das normas e diretrizes mais recentes do Ministério de Saúde. Apesar desta evolução conceitual, estes aprimoramentos conceituais ainda estão muito além da prática da maior parte das equipes de saúde em nosso país, onde uma percepção territorial mais ligada a limites geográficos, demarcação de micro-áreas e, quando muito, impacto ambiental na saúde e doença são percebidos.

A partir destas idéias de fluidez e território enquanto relações é que se desenvolve a idéia de territorialidade. Esta tem sido definida de várias formas que tem em comum o aspecto dinâmico e de processo social de construção dos territórios:

A melhor tradução do conceito de territorialidade para as sociedades humanas é a de Robert Sack (1986), segundo a qual "...a territorialidade em seres humanos é melhor compreendida como uma estratégia espacial para afetar, influenciar, ou controlar recursos e pessoas, pelo controle de uma área; e, como territorialidade pode ser ativada e desativada." (Sack, 1986). A territorialidade estaria assim intimamente ligada ao modo como as pessoas utilizam a terra, como elas próprias se organizam no espaço e como elas dão significado ao lugar. A territorialidade de Sack está vinculada às relações de poder, como uma estratégia ou recurso estratégico que pode ser mobilizado de acordo com o grupo social e o seu contexto histórico e geográfico. (Monken, 2008: 5)

Para Little (2002), a territorialidade é definida como "o esforço coletivo de um grupo social para ocupar, usar, controlar e se identificar com uma parcela específica de seu ambiente biofísico, convertendo-a assim em seu "território" ou *homeland* (cf. Sack 1986: 19). A territorialidade humana teria ainda "uma multiplicidade de expressões", que produziriam um leque muito amplo de tipos de territórios, cada um com suas particularidades socioculturais.

Assim, a análise antropológica da territorialidade necessita de abordagens etnográficas para entender as formas específicas dessa diversidade de territórios. No intuito de entender esta relação particular que um grupo social mantém com seu respectivo território, utilizo o conceito de cosmografia (Little 2001), definido como os saberes ambientais, ideologias e identidades – coletivamente criados e historicamente situados – que um grupo social utiliza para estabelecer e manter seu território. A cosmografia de um grupo inclui seu regime de propriedade, os vínculos afetivos que mantém com seu território específico, a história da sua ocupação guardada na memória coletiva, o uso social que dá ao território e as formas de defesa dele. (Little, 2002: 4)

Tendo como base esta ligeira conceituação, podemos verificar como fizeram Pereira e Barcellos (2006) algumas vertentes básicas das noções de território a partir dos trabalhos de Haesbaert (2004) e de como esta pode ou não ajudar a entendermos as "práticas de territorialização" das equipes de saúde da família. Uma *perspectiva parcial* é a que percebe a territorialidade sendo exercida a partir de um único ponto de vista: política, cultural,

econômica ou naturalista. O olhar político (ou jurídico-político) refere-se ao espaço controlado pelo Estado e suas relações de poder. A perspectiva cultural é produto da valorização simbólica por parte de um grupo sobre um determinado espaço. Na mirada econômica, o território passa a existir quando consiste em fonte de recursos ou é incorporado no debate entre classes sociais e na relação capital-trabalho. Em uma visão naturalista, é o que se baseia no entendimento das relações entre sociedade e natureza. A configuração resultante destas perspectivas parciais, tomadas isoladamente, como nos alerta os autores, é formada por um conjunto de territórios isolados, como se em cada localidade fosse exercido apenas um tipo de territorialidade.

Na *perspectiva integradora*, busca-se estender este território, nas suas diversas perspectivas, e com outros territórios de forma articulada. Em uma *perspectiva relacional*, as relações sócio-históricas ocorrem em um determinado espaço e tempo, sendo o território “fruto de uma relação complexa entre os processos sociais e o espaço material” (Pereira e Barcellos, 2006: 50). Esta perspectiva, como nas idéias de Milton Santos de fixos e fluxos entre outras, permite ver o território como movimento e fluidez. Dá-se origem, a partir destes conceitos, a processos de *territorialização, desterritorialização e reterritorialização* (TDR). A primeira seria resultado de uma estratégia de tomar posse de um espaço geográfico, a desterritorialização seria o abandono espontâneo ou forçado da primeira e a última a construção de uma nova territorialização, que não necessariamente ocorre na mesma localidade (Haesbaert, 2004).

Podemos ainda exercer mais de um tipo de territorialidade simultaneamente, com ou sem deslocamento. Mais do que múltiplos territórios, vivemos segundo este autor, processos de territorialização constante de territórios plurais (em si além de entre si), uma *multiterritorialidade* em territórios-rede, onde mais do que uma ou mais zonas delimitadas, de variadas dimensões, são necessários o controle dos meios que permitam a movimentação “entre os nós ou pelos fios” destas redes, que são multi-escalares, não apenas determinando variações numericamente diferentes mas formas qualitativamente diversas de inserção nos territórios. Aprofundarei alguns destes conceitos mais adiante.

As práticas de territorialização que nos propomos estudar mostram um grande desejo de superação das perspectivas parciais ainda hoje dominantes. Ao se dar o trabalho de confeccionar um mapa dito “mapa inteligente” que contenha dados não exclusivamente relacionados às doenças, ao manter um constante diálogo com os agente de saúde e com a comunidade, completando as informações que o SIAB e mesmo o mapa não fornecem, a equipe procura superar as visões jurídico-políticas herdadas dos gestores quando do momento de criação burocrática do “território” e as tendências estáticas, “congeladas” da vida local. Neste sentido, um território não somente físico, mas político, social, econômico, que reúne e organiza emoções, dinâmico, em permanente construção, de limites frequentemente imprecisos, continuamente negociados, e que não pode jamais ser visto completamente destacado das pessoas que ali (e com ele) se relacionam. Desterritorializado do meio físico que o aprisionava e re-territorializado como dimensão social, lugar de atravessamento de vetores locais, nacionais e mundiais (Ortiz, 1996).

Um exemplo disso foi o processo de identificação de uma determinada linha como “área de risco”. Nesta localidade, após alguns anos de trabalho ficou evidente o grande acúmulo de eventos de diabetes e doença isquêmica cardíaca em pessoas relativamente jovens e que apresentaram grande resistência aos tratamentos, vindo a falecer ou ficar com graves seqüelas precocemente do ponto de vista médico. Durante o processo de territorialização, ao ser recuperada em suas características históricas além de espaciais, reparou-se a possível origem ancestral diferente do resto da área. Uma pista para tal foi a percepção de diferenças de dialeto local da língua germânica. Esta diferença provável de origem pode determinar até onde sabemos diferentes riscos genéticos para tais doenças, mas também diferentes formas de valorizar e interpretar o que chamamos de risco, doença, tratamento, controle ou sobrevivência. É muito freqüente nesta área posturas como a da fala escutada por um destes pacientes:

“_É melhor viver bem e pouco do que mal e muito!”

Viver bem quando questionado foi exemplificado com comer e beber muito, fazer festa, trabalhar bastante e não se preocupar demais. Evidentemente estas são escolhas legítimas, embora nem sempre totalmente

conscientes. O comer e beber considerados normais nesta região como um todo pode ser considerado por outras pessoas de diferentes lugares e formas de viver como um grande esbanjamento. Por outros, a qualidade da alimentação deixaria a desejar em troca de uma maior quantidade. O saber biomédico por exemplo sugere que uma alimentação adequada para estas pessoas seria algo como a “Dieta Mediterrânea”³⁸. Esta recomendação porém ignoraria que a dieta rica em carne de porco (criado solto ou verde como dizem, natural, sem muita ração), galinha “caipira”, banha de porco, legumes em conserva, frutas em grande quantidade conforme a estação e pão caseiro leva em conta a produção local de alimentos. O que está disponível não precisa ser comprado. As frutas devem ser consumidas em grandes quantidades para não estragarem, a menos que sejam transformadas em *schmier* (doce de frutas) ou passas. Trocar no caso a banha (rica em colesterol segundo os médicos) por azeite de oliva pode ser neste caso pior para a saúde, principalmente se levarmos em conta a situação econômica do agricultor familiar e a elevada expectativa de vida (uma das mais altas do país) desta região.

Mesmo estes refinamentos de saber, entretanto, devem ser adaptados e devidamente incorporados no processo de territorialização. O território deve ser também lugar de responsabilidade e atuação compartilhada. Para isso, a equipe optou por manter uma reunião de grupo nesta localidade (as demais regiões com menores taxas de problemas foram centralizadas em uma reunião centralizada por questões de horários e outras atividades) para manter constantes a discussão sobre estas e outras questões e garantir o fornecimento de medicações e procedimentos como a medida da pressão arterial mais próximo destas pessoas. O ideal parece ser o ponto de discussão democrática em que a “comunidade” e a equipe ambos informados

³⁸ A dieta mediterrânea foi estabelecida com base nos povos que vivem nas regiões litorâneas ao sul da Europa e que apresentam taxas baixas de doenças crônicas cardiovasculares, diabetes e câncer. Basicamente é composta de peixes, vegetais frescos e crus, óleo de oliva e vinho tinto em quantidade moderada. A ciência médica ignora na maior parte das vezes que muitos outros povos têm baixas taxas (até menores que os povos mediterrâneos) destas doenças, como vários grupos indígenas amazônicos que não possuem hipertensão e diabetes provavelmente por não usarem cloreto de sódio, comerem muita carne branca, mandioca brava e pouco consumirem carboidratos simples. Curioso notar que apesar disso, nunca houve nenhuma recomendação de uma “dieta amazônica” por parte da ciência apesar das muitas décadas de trabalho com saúde indígena.

dos saberes do outro tomem as decisões de vida e trabalho que forem aceitáveis para ambos. Este processo envolve escuta e muitas vezes a difícil decisão de aceitar outros resultados que não o que esperávamos ou julgamos melhor, enquanto equipe.

Interessante notar também, e isso ficou mais claro na confecção do mapa, que esta é uma das poucas localidades de nossa área que possui mais de um bar, apesar de ser rural e relativamente pouco povoada. Todos os outros bares da região ficam no asfalto, onde há maior circulação de pessoas e dinheiro. Estes locais podem por um lado ser opções protetoras de saúde ao proporcionar mais atividades de lazer mas também de risco para a saúde ao facilitarem o acesso a produtos considerados nocivos como tabaco e álcool. Os mais velhos da área fumavam em geral, quando o faziam, cigarros de palha, de tabaco plantado em suas próprias terras, com relativamente mais baixa administração de agrotóxicos. A característica destes cigarros por si só também os expõe a menor risco, devido ao constante ato de reacendê-lo que se faz necessário e muitas vezes é postergado durante o trabalho manual, gerando um menor número de unidades consumidas por dia. Da mesma forma a fabricação artesanal de bebidas coloniais como a *spritzbier* (cerveja de gengibre, que cresce ali por todos banhados e terras mais úmidas, e que tem baixíssimo ou nenhum teor alcoólico) e vinho, bem como o menor acesso a bares, que ainda há em algumas regiões tornavam o consumo de álcool mais esporádico ou comedido em muitos casos.

A maior disponibilidade de refrigeradores e congeladores (praticamente cada casa tem um ou mais), facilitada pela maior disponibilidade de crédito, taxas facilitadas para energia elétrica em propriedades rurais e melhora no perfil de consumos dos mesmos, entretanto, não parece ter influenciado certas práticas de conservação de alimentos: continua-se a salgar muito as lingüiças e salames; a fazer compotas e *schmiers de doces*; a confinar pepinos e repolho (*sauerkraut*) em vidros vedados e fervidos com vinagre e sal em grande concentração. Estas práticas que serviam antigamente para conservar por mais meses os alimentos e que hoje poderiam ser modificados devido ao perfil de doenças que ajudam a acarretar (sal é altamente relacionado a hipertensão arterial e

os doces à diabetes) e à disponibilidade de congelamento, são mantidos por tradição e gosto, mesmo dando bastante trabalho às famílias. São inclusive congelados, muitas vezes, aparentemente sem necessidade.

O território que aqui nos interessa, portanto, deve ser estudado a partir do cruzamento de forças entre a rede de cuidado da saúde (profissionais, instituições, governo, Estado, prestadores de serviços, instâncias representativas, verticalmente entre as esferas de governo e horizontalmente entre os serviços e demais componentes da rede), comunidade (pessoas, famílias, conselheiros, organizações, grupos sociais em geral), território físico e transcendendo multi-direcionalmente este tanto historicamente, quanto em função de sua situação regional, nacional e global. Estas relações incluem, portanto, dentro de um conceito ampliado de saúde como o proposto pelo SUS, relações mais variadas como as que envolvem outros recursos de saúde, acesso ao trabalho, lazer, entre outros, dependentes do momento histórico e da situação político-econômica local, nacional e mundial em relação com o meio físico, ao mesmo tempo fixo e fluxo. Parece, a partir do estudo da realidade descrita, que também aqui como no estudo do cuidado clínico anteriormente realizado, pode servir para gerar um outro entendimento, as idéias de coletivo e mobilização de atuantes. Pranchetas, dados epidemiológicos, agentes de saúde, automóveis, mapas, alfinetes de cabeça coloridas, programas e computadores, envolvidos de certa forma com um mundo de morros, casas, fábricas, rios, história, identidades, doenças, etc. formam outra forma de trabalhar o processo saúde doença a partir de outra territorialização, que vai muito além da delimitação de uma área de abrangência, ou de uma população adscrita. Continuarei esta análise no capítulo seguinte onde aprofundarei os aspectos relacionados a territórios e identidades e avançarei sobre o último dos três itens a que me proponho analisar sobre a óptica de Latour em relação à mobilização de mundos ou de atuantes em coletivos.

Capítulo 3 – Mobilizando coletivos a partir da relação entre territórios e identidades e a partir das práticas de cuidado domiciliar

3.1 A identidade e as territorialidades como *fatiches*

O terceiro “*Kerb im Tannenwald*” ocorreu no dia 20 de setembro de 2008, na localidade. O objetivo declarado da renovada edição das vetustas festas de *Kerb* era a integração das comunidades do Tannenwald, nome dado por representantes dos moradores com intenções identitárias e, com muita probabilidade, ligado aos movimentos emancipatórios da região que então já não contavam com tanta força.

A programação incluía os “jogos germânicos”, provas em memória “dos costumes dos antigos e representando o trabalho dos antepassados”, conforme anunciado no microfone, instalado com uma caixa amplificadora em frente ao prédio do Centro Social e Cultural de Pinhal Alto. Após, o almoço “não-típico”, em contraste com o “jantar típico” à noite. Entre as duas refeições, à tarde, “Grande Carreata” com o *Bierwagen* (carro de chope) saindo da Igreja Evangélica em direção à Igreja Católica. No caminho, desfile de roupas típicas, música de bandinha, dança e distribuição gratuita de chope, cuca, lingüiça. Ao chegar, missa solene com participação do “Grande Coral dos Descendentes e Amigos do Pinhal Alto”. Após, procissão com a padroeira até o salão onde será o baile e o jantar.

Mais ou menos 100 pessoas aproximam-se da fita demarcadora do espaço de provas, na rua em frente ao prédio, ocupando meia pista da estrada asfaltada e de pouco movimento. A pontualidade extrema é característica local, sendo o horário anunciado para qualquer evento social, mesmo o mais insignificante, tomado como horário final de chegada, sendo prática padrão o comparecimento com 20 a 30 minutos de antecedência. Muitos não vieram por causa do vendaval que destelhara e destruíra parte da região na semana anterior, segundo alguns, outros achavam que a lei seca no volante contribuía, comparando com o ano anterior, outros ainda falaram que o pessoal viria mesmo é para o baile e jantar à noite.

Ao chegar vou cumprimentando em português os primeiros grupos que encontro. Todos eles estavam falando animadamente em alemão e assim respondem minhas saudações, testando-me com olhares maternos e obrigando-me a aderir à sua língua. Desde minha chegada há cinco anos na comunidade, como médico de família do posto de saúde, essa tem sido uma reivindicação contínua e insistente, beirando às vezes a descortesia, mas também servindo de pretexto para aproximação e, após minha adesão, como fator de aceitação. A língua parece ser um dos fatores principais de identificação, mais ainda do que o aspecto físico (cor da pele e pêlos), do que o nome de família ou tempo de moradia no local.

O dia estava nublado e ventava um pouco o ar gelado da serra. Isso não impediu que vissemos alguns de camisa e chinelo de dedo como é usual mesmo em temperatura próxima ou abaixo de zero. Pontualmente, como esperado, a presidente da associação de moradores toma o microfone e abre as festividades, saudando a todos, falando da destinação das verbas para os atingidos pelo vendaval, da programação se não chover.

As equipes preparam-se então para a primeira prova: cabo de guerra. Esta prova só é permitida para homens. A força é grandemente alardeada por alguns membros da comunidade. Um personagem interessante é o “Kong”, como é conhecido uma pessoa de mais de 150 kg, que propagandeia sua força (relacionada, infelizmente do ponto de vista médico, com sua obesidade) de já ter competido com equipes de outras localidades usando um só braço. Os nomes das equipes são todos em alemão dialetal e estão impressos em suas camisetas: *ima truf* (sempre em cima), *bei dinks* (difícil tradução mesmo falando com várias pessoas, algo como “junto das coisas”, certamente relacionado a alguma história da turma que constituía a equipe mais jovem), *main lait* (meu povo), *wo sind ihr mir rom?* (onde é que nós estamos?), e outras relacionados às localidades do interior rural desta região: *dreizen coloni* (13 colônias), *die harmoni* (nova harmonia), *die withofa* (santa Inês), *die feliza* (feliz lembrança). A prova termina após muito suor e a equipe de Kong para surpresa de muitos não ganhou. “_Tá marcando consulta, doutor?” pergunta-me algum brincalhão ao ver-me anotando os nomes das equipes na agenda. Não acabaria a manhã sem uma consulta informal,

conforme esperado: o que eu achava “daquela manchinha ali no braço, héin?”

Serrar uma tora de eucalipto de uns 30 cm de diâmetro com um serrote antigo para dois trabalhadores é a prova seguinte igualmente destinada somente aos homens. Durante as provas, vários comentários em português e em alemão são gritados em estímulo ou zombaria pelos torcedores. São 10h30 da manhã e os primeiros copos plásticos com chope aparecem. A seguir, vem as mulheres pregar com martelo em uma tora. A primeira participante logo cala os que estavam querendo gracejar da capacidade feminina em lidar com a ferramenta: batidas certas e poucos segundos gastos. As adversárias parecem intimidadas e não conseguem bater seu tempo. Ensacar milho veio a seguir, prova que apesar de opcional para homens ou mulheres, foi realizada só pelos primeiros. São 11h30min e o sino da igreja recentemente automatizado toca. O cheiro da cozinha da sociedade começa a abrir o apetite do pessoal. Há alguns minutos iniciara tímida uma musiquinha de bandinha do auto-falante, por enquanto de CD. Mais tarde surgiu uma música gaudéria³⁹ e o som foi progressivamente aumentando, bem como a circulação de copos de chope. O *Bierwagen*, que seguiria a carreta entre as igrejas à tarde, já estava estrategicamente colocado ao lado da disputa, na calçada da sociedade, com seu nome em uma placa em letras góticas amarelas talhada em madeira. A premiação simbólica dos vencedores ficará para amanhã após as provas maiores de pegar o porco e a galinha. “Vamos nós dois no ano que vem, doutor!” diz outro gozador, de alto dos seus 70 anos, referindo-se a fazer dupla para serrar a tora.

O uso dos nomes das linhas nas equipes, a exclusividade de moradores para participar das competições que estão obviamente relacionadas com práticas ancestrais mais ou menos recentes e que ainda se fazem presentes no dia-a-dia de muitos e o uso da língua alemã no nome da localidade invocam claramente outras territorialidades que convivem com a jurídico-política ou “oficial”. Os copos plásticos, aparelhos de CDs convivem com os serrotes antigos e a carroça de chope. As máquinas digitais registram

³⁹ Música tradicional gauchesca, do sul do país.

os momentos de glória ou desespero dos parentes nas equipes e talvez sejam transmitidos pelos celulares a lugares distantes, mostrando que eles ainda são os mesmos embora outros. Para os crentes o território também é o da procissão e gira em torno da igreja que está na frente das provas, no outro lado da rua da sede da sociedade de moradores. Este entrecruzamento de territorialidades simbólicas, funcionais, mistas sempre, pluralidade de territórios e territorialidade plural (Zambrano, 2001), pode ser lido como multiterritorialidade (Haesbaert, 2004).

Este autor ressalta que, enquanto “espaço-tempo vivido”, o território é sempre múltiplo, desdobrando-se em um *continuum* que vai de um pólo mais concreto ou funcional, de dominação político-econômica, até um mais simbólico ou cultural, de apropriação mais subjetiva. Mais do que esta caracterização que pode levar a interpretações mais ou menos dicotômicas ressalta a importância de perceber a historicidade do território e suas variações, não sendo possível separar totalmente os aspectos mais simbólicos dos de poder, disciplina ou mais recentemente de controle de redes. Simplificadamente, destaca quatro objetivos da territorialização, acumulados e distintamente valorizados ao longo do tempo: como abrigo físico, fonte de recursos materiais e meios de produção; para identificação ou simbolização de grupos através de referentes espaciais (a começar pela própria fronteira); para controle através dos espaços; e, para construção e controle de conexões e redes fluxos, principalmente de pessoas, mercadorias e informações).

A distinção entre territórios-zona e territórios-rede também é importante para este autor onde os últimos seriam representantes do momento “pós-moderno” que hoje viveríamos. Exemplifica com a convivência atual de formas de território-zonas do Estado-nação com outras formas de poder, como as territorialidades do narcotráfico e grupos terroristas. Poderíamos pensar ainda em movimentos sociais mais ou menos migrantes como os sem-terra ou sem-teto além dos grupos nômades que convivem no território nacional. Destes ponto de vista, em nosso estudo, deveríamos pensar no que Haesbaert denomina “multiterritorialidade em sentido estrito”, construída por grupos ou indivíduos que constroem seus territórios na conexão flexível de territórios multi-funcionais e multi-identitários. Ao mesmo

tempo que são alemães, são brasileiros. E não quaisquer alemães nem brasileiros, mas também acionam uma identidade mista sempre que convém não abusar dos extremos, criando assim outra identidade a de “colono” ou do “Tanenwald” ou desta e daquela linha. Obedecem ao poder político local mas não de forma passiva, tendo poder de, além das formas tradicionais de vereadores e cargos governamentais, pressionar a vontade do gestor local diretamente e através de seus representantes locais. Longe de simples sobreposição e encaixe, estes territórios e identidades se atravessam e influem mutuamente na sua construção. Além das “delimitações internas”, outros exemplos que reforçam a identidade do *Pinhalense* ou do “colono alemão” desta região, a partir de uma fronteira externa: “os alemães desta região são os mais “cabeça-duras” que há!”; “temos muita depressão aqui, pois o basal do alemão é ser deprimido”; e, em brincadeiras tipo “tinha muita gente, sim. E bastante alemão também”. Algumas destas afirmações, assim como a análise dos eventos descritos, tratam a identidade como algo homogêneo e fixo, a partir de um conteúdo identificável externamente, enquanto que outras permitem a visualização de descontinuidades.⁴⁰

Outras formas destacadas por Haesbaert seriam as territorializações político-funcionais mais tradicionais que admitem certa pluralidade cultural sob uma mesma bandeira mas não pluralidade de poderes; as territorializações mais fechadas “tipo uniterritoriais”, no sentido de importem a correspondência entre poder político e identidade cultural (como nos grupo étnicos que se pretendem culturalmente homogêneos, não admitindo pluralidade territorial de poderes e identidades); e mais flexíveis, admitindo sobreposição territorial, seja sucessiva (como nos territórios periódicos ou espaços multifuncionais dos grandes centros urbanos) ou concomitantemente (na sobreposição “encaixada” de territorialidades político-administrativas, o que também caberia ao exemplo acima de determinado ponto de vista).

Os territórios plurais são uma multiplicidade de espaços (culturais, sociais, políticos) com conteúdos jurisdicionais em tensão, que produzem formas particulares de identidade territorial (Zambrano, 2001) Distingue-se

⁴⁰ Os depoimentos são de diferentes profissionais de saúde da região e estão registrados em meu caderno de campo. Para conceitos de identidade, conteúdo x fronteira e relação com cultura e etnicidade, ver Barth 1969, Poutygnat e Streiff-Fenart (2000).

assim, a *pluralidade de territórios dos territórios plurais* que permitem perceber, em cada unidade do múltiplo, a pluralidade percepções territoriais “estruturadas e estruturantes”. Como se fosse duas perspectivas diferentes, uma “para dentro” e outra “para fora”. Para Haesbaert, podemos dizer que sempre vivemos uma multiterritorialidade, no sentido de experimentar vários territórios ao mesmo tempo e de, a partir daí, formular uma territorialização efetivamente múltipla. Citando Barel (1986) ele nos faz pensar que a relação entre a pessoa ou grupo humano e o território “nunca é biunívoca”, sendo mesmo raro que um território seja suficiente para assumir todas as dimensões necessárias. Ressurge então a idéia de vários níveis (família, grupo, nação, por exemplo) e vários papéis, gerando “multipertencimento territorial”. Esta visão estaria ligada a uma concepção de multiterritorialização em “sentido lato”, mais tradicional. Seria necessário avançarmos ainda para um entendimento de multiterritorialidade que inclua não só uma mudança quantitativa e de escala, mas qualitativa, na medida em hoje temos possibilidade de combinar de forma inédita a intervenção e vivência de uma enorme gama de diferentes territórios, que sucumbem à descontinuidade, à fragmentação e à simultaneidade “que não podemos mais distinguir claramente onde começam e onde terminam, ou ainda, onde irão eclodir, pois formações rizomáticas também são possíveis” (p. 348).

Esta descontinuidade e imprevisibilidade se faz presente tanto na rede de internet que compartilha o evento com os serrotes e carroças quanto nas discussões da secretaria municipal de saúde (SMS) sobre a distribuição de chope gratuita e pública. Em um espaço denominado “reunião de planejamento”, vários representantes de diversas unidades de saúde, do centro de atendimento psico-social (CAPS) e da própria secretaria têm como um objetivo entre outros discutir a situação de saúde do município e traçar metas e planos para execução e avaliação de ações. Neste episódio estávamos em uma fase recentemente após um evento chamado “Fórum Municipal da Saúde” onde uma espécie de diagnóstico da saúde do município foi apresentado aos profissionais e serviços de saúde com participação aberta à população, nos moldes das conferências de saúde oficiais previstas na legislação brasileira. Este evento, além dos dados oficiais do governo contou com um diagnóstico do próprio sistema de saúde,

elaborado com participação de estudantes de medicina e através de questionários que as ACSs aplicavam nas visitas às casas e que continham questões sobre as principais características do sistema (acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação)⁴¹ local do ponto de vista de usuários e trabalhadores da área, separadamente. A partir destas apresentações, foram grupos formados de composição mista entre estes atores sociais diversos e elencadas prioridades para o trabalho da SMS através de votação sobre os resultados parciais daqueles grupos. A primeira prioridade (e que por sinal escapava por suas características aos diagnósticos “oficiais”) foi os problemas relacionados ao uso de bebidas alcoólicas. Partindo desta prioridade a secretaria provoca na reunião de planejamento seguinte ampla discussão sobre os caminhos a seguir.⁴²

Uma das questões então levantadas em determinado momento foi a dúvida sobre se todo o esforço que estava sendo feito não seria em vão, visto que a própria prefeitura, em certos eventos, promovia a distribuição indiscriminada, gratuita, em via pública de chope e cerveja. Além disso, várias materiais de divulgação turística da cidade (o que constitui uma importante fonte de renda para o município) continha fotos e imagens relacionadas ao consumo de cerveja. As oposições levantadas foram de que isso “fazia parte da cultura” alemã e do modo de vida local, não podendo ser combatido frontalmente. Outros se manifestaram dizendo que “se a cultura é essa, precisa ser mudada”. Outros exemplos de *oktoberfest* e dos conflitos que algumas cidades estavam tendo com o início da “lei seca” (para álcool no volante de veículos) e horários para fechamentos de bares surgiram e foram questionados tanto positivamente quanto negativamente quanto aos resultados.

O tom final da reunião foi de dúvida, entre o “sacrossanto direito da cultura” e a necessidade de enfrentar um problema sério de saúde, colocado como tal também pela própria comunidade. O que interessa aqui me parece ser mais as formas como *cultura* e *identidade* são pensadas e acionadas.

⁴¹ Este é um trabalho ainda em execução. Ver Targa et col. , 2006b e Pinheiro Machado, 2009.

⁴² Não cabe aqui ampla revisão do processo, bastando a contextualização para a discussão de como conceitos diversos de “cultura” e formas diferentes de pensar “identidade” e suas territorialidades estão em disputa e procurando influenciar na construção da realidade. Para maiores detalhes ver Targa et. Col. 2008a, 2008b

Não se trata aqui de um primordialismo identitário (como em Shils, 1957 apud Poutignat e Streiff-Fenart, 1988), nem de um utilitarismo total (como por exemplo em Cohen, 1974). O que está claro é que traz radical desmentido à tese de “eclipse da comunidade” que estaria a ocorrer nos últimos tempos pela tríplice “urbanização, industrialização e burocratização” (Poutignat e Streiff-Fenart, 1988). No momento justo em que os termos *globalização* e *desterritorialização* tomam mais força, paradoxalmente assistimos a um recrudescimento da sensação de pertencimento, do acionamento de identidade em outros tempos mantidas ocultas ou mesmo abertamente negadas (como no caso da perseguição germânica durante a segunda guerra mundial onde até o uso do idioma era proibido aos colonos). De um lado uma postura de “não podemos alterar a cultura” traz uma concepção naturalizada e cristalizada no tempo, algo frágil, inerente às pessoas e que não deve ser “contaminado” sob o risco de se perder. Em outro extremo, a negação total de qualquer importância a estas questões como se fossem escolhidas de forma puramente consciente e aleatoriamente, portanto podendo ser desprezadas pelas políticas, pretensamente neutralizadas de qualquer resquício cultural por sua aproximação com a ciência.

A partir deste exemplo, pode-se perceber como um espaço longínquo e uma prática diversa (do que normalmente os praticantes da territorialização nas equipes de APS identificam como tal) são importantes para o trabalho territorializado da saúde. Não é só nas “atividades de territorialização” (criação mapa, delimitação de microáreas, etc.) que se capta esta multiplicidade de territorialidades, devendo estas ser complementadas continuamente pelas equipes de saúde durante todas as outras atividades: reuniões de planejamento, reuniões de equipes (onde as ACS são elementos fundamentais de ligação entre os mundos em questão), durante os atendimentos individuais ou familiares, sejam estes na unidade ou no domicílio, nos grupos, etc. Grande parte da história do território e dos movimentos atuais só estarão presentes se a equipe de saúde estiver com a mentalidade livre durante estas atividades para entrelaçá-las com os momentos de construção e atualização dos mapas e dados dos bancos de informação que dispõem para planejar suas ações.

Tanto o conceito de etnicidade (ou identidade) quanto o territorialidade, por outro lado, parecem enfrentar sérios dilemas relacionados à pós-modernidade. Como vimos em Haesbaert a fragmentação e vulnerabilidade reais e virtuais destas multiterritorialidades-redes onde apenas uma “pequena parcela elitizada da sociedade” consegue real mobilidade (mesmo que sem sair do lugar) não parece deixar muito espaço para o “resto” da humanidade, que ficaria como espectadora ora deslumbrada, ora revoltada (mas sempre sem reais condições de se desvencilhar desta confusão enredada de territórios e virtualidades descontínuas). Assim também retrata o impasse da pós-modernidade Geertz (2002) onde os “recentes desenvolvimentos (pós-queda do muro de Berlim) não produziram uma nova ordem mundial. Têm produzido ao invés disso um sentimento de dispersão, de particularidade, de complexidade e descentralização. Se desfizeram as temíveis simetrias da era pós-guerra e, ao que parece, nos restaram os pedaços” (p. 213, tradução minha) E segue mais adiante:

A busca de esquemas completos deve ser simplesmente abandonada (na proposta dita pós-moderna) como relíquia de uma antiquada demanda do eterno, do real, do essencial e do absoluto. (...) Devemos nos contentar com contos diversos em idiomas irreconhecíveis e prescindir de qualquer intento de reuni-los em visões sinópticas.(...) Aspirar a elas só conduz à ilusão – ao estereótipo, ao prejuízo, ressentimento e conflito. (Geertz, 2002: 216)

Ao que parece não nos dá muita saída, apenas apresentando a vaga noção de que necessitamos algo que seja sensível a um “micro” e um “macro” já que um sentido de conexão só pode ser extraído de “maneiras de pensar sensíveis às particularidades, às individualidades (...), a uma pluralidade de modos de pertencimento e de ser (p. 218) Mas esta conexão “não é completa nem uniforme, nem primária nem invariável, porém de qualquer modo, é real” (p. 219).

Partindo destes exemplos, que passam uma sensação de imobilidade e quase desesperança, visto que só é possível constatar os erros do passado e o que “não é”, nem pode ser, mais do que os caminhos a seguir, parece-me que o caminho sugerido por Latour pode ser interessante e proporcionar

alternativas, ao identificar no projeto pós-moderno a consumação máxima da “Constituição Moderna” onde o estado de separação entre natureza e sociedade seria levado a um ponto de hiper-incomensurabilidade (Latour, 1994: 58ss). Ao mesmo tempo em que se promulgam pós, concluiriam este movimento secular, tirando-lhe “para todo o sempre a mola propulsora de sua tensão” (p. 61). A saída proposta por este autor de partirmos do estudo das práticas e dos quase-objetos (atuantes híbridos que povoam a realidade cada vez mais durante o processo de separação da Constituição e que produzem somente a posteriori uma realidade que chamamos “natureza” e outra “sociedade”) pode ser interessante para os impasses identificados. Se a *identidade* não precisar escolher mais entre os pólos natureza (primordialismo) ou construção social (utilitarismo), com todas as alternativas intermediárias que só a fazem pular para um lado e outro, ora mais para um ora mais para outro (no que Latour chama de prisão “é e *mais também*”), ela pode ser um híbrido, não no sentido de mestiçagem, de fronteiras fluídas e permeáveis que nos fala Barth (2000) e compila Hannerz (1997), mas no sentido de ser algo que só é problemático no momento que desejamos separar e catalogar aqueles pólos. O mesmo ocorre para as territorialidades que estão relacionadas com estas identidades. Não precisam mais escolher entre ser o resultado artificial de um deslocamento de projetos sociais utilitaristas ou de uma terra naturalmente herdada de heróis míticos e ancestrais, não estando as comunidades mais obrigadas a este esquiteamento (por parte dos “estudiosos” principalmente, pois se os outros falam em cultura, natureza e sociedade é mais por aprendizado a ferro e fogo dos “ocidentais” do que por si mesmos...) entre regiões ontológicas que se definem mutuamente mas que não se assemelham ao que observamos no mundo.

Este esquiteamento permite que a tragédia do homem moderno se desenvolva de forma absoluta e irremediavelmente diferente de todas as outras humanidades e de todas as outras naturalidades. Mas uma tragédia deste tipo não é inevitável, se lembrarmos que estes quatro termos [*entre natural, social, local e global*] são representações sem relação direta com os coletivos e as redes que lhes dão sentido. No meio, onde supostamente nada acontece, quase tudo está presente. E nas extremidades, onde reside, segundo os modernos, a origem de todas as forças, a natureza e a sociedade, a universalidade e a localidade, não há nada além de instâncias

purificadas que servem de garantias constitucionais para o conjunto.(Latour, 1994: 121)

Os pós-modernos estariam corretos ao identificar a novidade das inovações, da velocidade dos fluxos, mas enganados ao comemorar (ou lamentar) isso como a fragmentação total das categorias: é justamente nos quase-objetos híbridos e no seu trabalho de mediação - no caso nas fotos de equipes serrando lenha e ensacando milho desesperadamente, enviadas via internet por celular para todo mundo, nos copos plásticos que carregam a identidade alcoólica de um povo - que veio na verdade de vários, através de um oceano, em barcos frágeis - que estas identidades e territorialidades se constroem e reificam naturezas e sociedades. O fato de serem construídas não as priva de realidade e vice-versa. São reais porque construídas e são sociedade porque isso é natural.

A construção e transformação das culturas são fenômenos demasiado complexos para que sejam reduzidos à substância de uma identidade definitiva que seria reencontrada voltando-se às origens. O culturalismo ruiu há muito tempo, junto com o exotismo que o conduzia. (Latour, 2002, p.91)

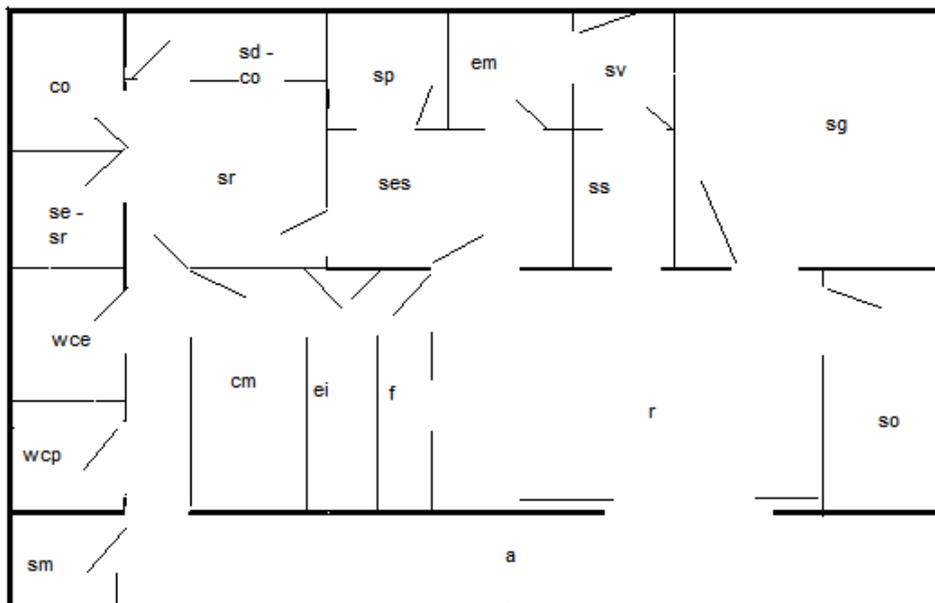
O que se apresenta no mapa e o que ele faz no mundo (ou seja, mediação das territorialidades) e nos elementos do Kerb (que o fazem único e únicas àquelas pessoas) são tanto *representação* quanto *existência*. Como crenças, a construção de identidades e territorialidades é a “atividade mais complexa, mais sofisticada, mais crítica, mais sutil, mais reflexiva que há. Mas esta sutileza não pode jamais se manifestar caso se procure, em primeiro lugar, fragmentá-la em objetos-causa, em sujeitos-fonte e em representações. Privar a crença de sua ontologia, sob o pretexto que ela tomaria lugar no *interior* do sujeito, é desconhecer ao mesmo tempo os objetos e os atores humanos. É não conseguir atingir a sabedoria dos fe(i)tiches⁴³” (p 79).

⁴³ Particularmente acho o termo fatiche mais apropriado, com usado em algumas traduções do termo francês *faitiche* que condensa *fait* (feito, fato) e *fétiche* (fetiche, objeto inanimado construído pelo homem que se atribui propriedades sobrenaturais), mantenho porém aqui a forma da tradução utilizada nesta citação fe(i)tiche, para designar a mesma coisa.

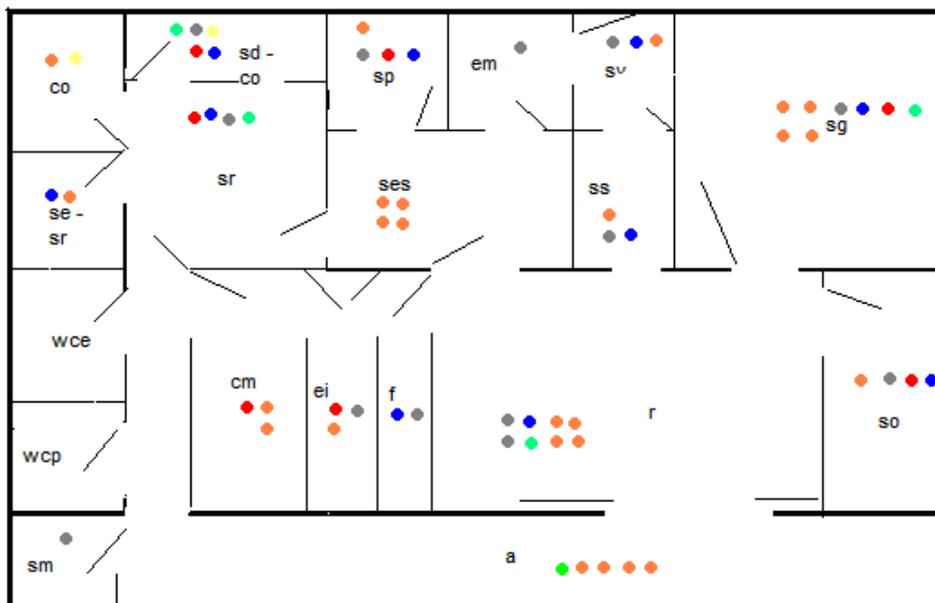
3.2 Mobilidade, Acesso e Territorialidades – Identidades: O território da equipe dentro e fora da unidade de saúde

Em outra escala podemos realizar um estudo de como é utilizado o espaço pela equipe de saúde, dentro da própria unidade. A partir de algumas plantas e esquemas visuais tentarei fazer isto. Após, passarei para o estudo de aspectos mais aprofundados das práticas de trabalho com territórios, fora da unidade. Nesta parte, procurarei também fazer algumas reflexões a partir do acesso à equipe de saúde por parte da população, a partir da proposição de alguns modelos, padrões percebidos em diferentes realidades, como a delimitação de áreas deve ser adequada conforme diversidade brasileira e como outras características da APS como a longitudinalidade, além do acesso, devem ser repensadas.

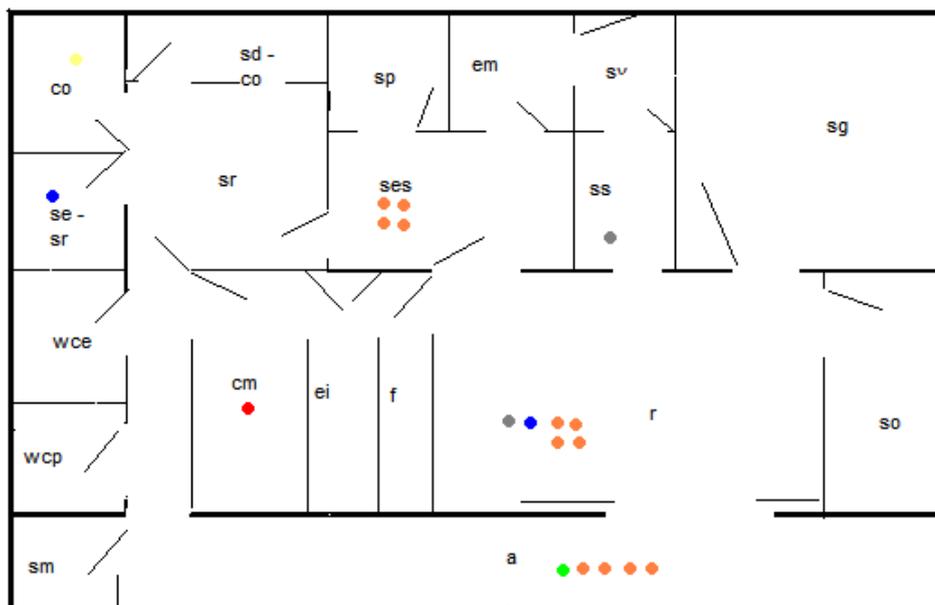
A unidade de saúde em questão, conforme mencionado, ocupa o espaço de uma antiga escola (ver anexo 7). O espaço interno desta foi reformulado pela própria equipe e está representado no esquema abaixo (planta 1). Na planta 2, podemos visualizar onde as pessoas circulam em 90 % do tempo e na planta 3, qual o local onde elas passam a maior parte do tempo. Note que nem sempre elas estão lá ao simultaneamente, nem permanecem lá quantidades iguais de tempo. Os ACS, por exemplo, utilizam o espaço da unidade raramente, visto que em geral estão caminhando pelo “território” e visitando as pessoas. Quando na unidade, eles estão muitas vezes misturados com a população, sendo facilmente identificáveis pelo uniforme azul. Fazem-se presentes em especial nas reuniões de equipe, onde juntam-se aos outros profissionais na sala de reuniões (sr) e nos dias de reuniões dos grupos (na sala de grupos-sg) e reuniões com a comunidade (estas por reunirem em geral número maior de pessoas, são realizadas no prédio ao lado do posto, pertencente à associação de moradores).



Planta 1 – Planta Baixa da Unidade de Saúde Pinhal Alto. A – área externa (aqui representa tanto uma varanda quanto a área total da comunidade, Cm – consultório médico, co – consultório odontológico, ei – exame íntimo, em – esterilização de materiais, f – farmácia, sd-co – sala discussão de casos e cozinha, se-sr – sala da enfermeira, ses – sala de espera, sg – sala de grupos, sm – depósito, so – sala de observação, sp – sala de procedimentos, sr – sala de reuniões, ss – sala de verificação de sinais, sv – sala de vacinas, wce – wc equipe, wcp – wc público.



Planta 2 – Distribuição predominante de pessoas pelo espaço da unidade de saúde. ACS – verde, Aux. de Enfermagem – cinza, Enfermeira – Azul, Médico – Vermelho, Odontólogo – Amarelo, Usuários – Laranja.



Planta 3 – Permanência predominante. Mesma legenda da planta 2.

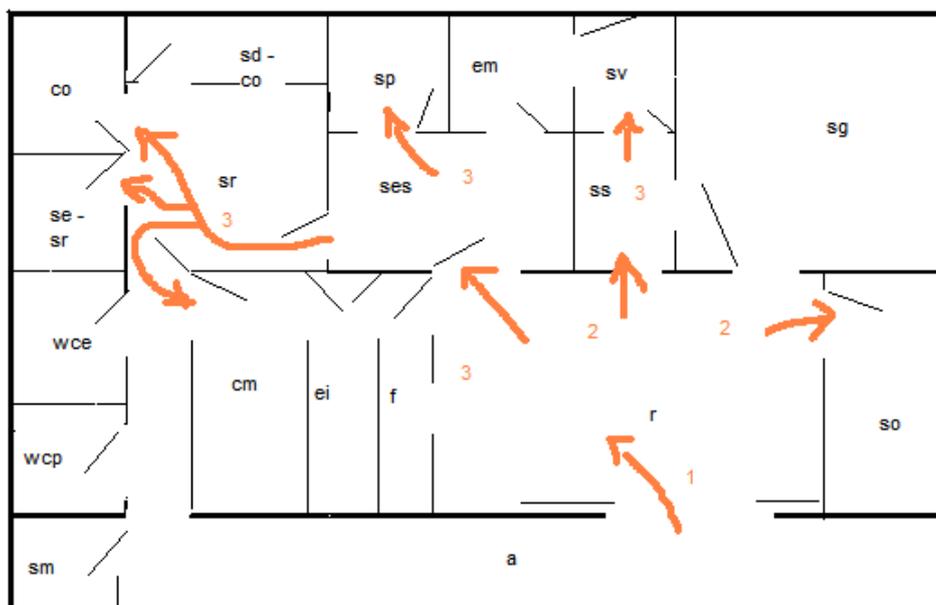
É interessante notar por exemplo como o pessoal de enfermagem tem muito mais mobilidade do que o médico e o odontólogo. Estes dois passam quase todo seu tempo nos respectivos consultórios e área interna. Esta área interna é demarcada claramente entre a sala de espera (ses) e a sala de reuniões (sr) - que serve de passagem para os consultórios e onde praticamente nunca está algum usuário parado – se olharmos os fluxos da planta 4. A partir da porta da sr, os usuários perdem densidade e entram nos consultórios sozinhos ou com familiares. Partindo da recepção onde é realizado o “acolhimento” de 100% das demandas que chegam, as pessoas podem seguir 4 caminhos:

1 – ter seu problema resolvido ali mesmo e sair do posto. Este é o caso, por exemplo, de quem veio retirar medicações de uso contínuo ou marcar uma consulta;

2 – ir à sala de observações se está sentindo-se muito mal, não pode esperar atendimento sentado na sala de espera, ou em caso de emergência grave como parada cardíaca, por exemplo. Nesta sala a pessoa será acomodada em leito e o pessoal da enfermagem iniciará o manejo enquanto comunica o médico da necessidade de alteração do fluxo normal de atendimentos;

3 – ir à sala de procedimentos, em caso de curativos, aplicação de injeções e ferimentos; e,

4 – passar à sala de verificação de sinais onde conversará com mais privacidade com o profissional que realizou o primeiro acolhimento (na maioria das vezes alguém da enfermagem) e será acordado, conforme as possibilidades, se o caso foi ali mesmo encerrado, no caso de alguma orientação, se será atendido como “consulta do dia” por algum profissional (“encaixe” entre as consultas agendadas previamente) ou, no caso de não haver urgência, se será agendado um novo momento para breve. Caso o paciente necessite ser atendido naquele turno mesmo ou já tinha uma consulta agendada, nesta sala serão verificados sinais vitais (pressão arterial, altura, peso, temperatura) e anotados na ficha do usuário que ficará em uma pilha ordenada por ordem em que deve ser chamados pelo profissional médico ou outro. Esta ordem reflete a agenda prévia e ordem de chegada das “consultas do dia”. A ordem não é totalmente fixa, como já comentamos, podendo ser alterada conforme a chegada de urgências.



Planta 4 – Fluxos dos usuários numerado por etapas sucessivas.

Voltando às plantas 2 e 3, perceberemos que quanto maior o tempo de formação, menos publicamente se dá a presença do profissional, com

possível exceção da enfermeira-chefe. Os médicos e dentistas, apesar de circularem por todo posto, passam a maior parte do tempo de trabalho e lazer na “área interna”. Lá, obviamente dependendo do relacionamento pessoal que mantiverem em determinada época e do volume de trabalho que estiver sendo necessitado, mais frequentemente se reúnem por afinidade de tempo de estudo (o que reflete também origem social e renda).⁴⁴ Da mesma forma o acolhimento via telefone é organizado conscientemente por acesso a informações como horários, agendas, fluxos de funcionamento, o que fica a cargo da enfermagem, mas deixa transparecer também um diferencial de *status* e renda, sendo raríssimo um médico ou odontólogo fazê-lo. Quando isso ocorre, por exemplo, num dia com menos consultas e que as enfermeiras estão ocupadas em algum procedimento, não são raras as confusões, o profissional não sabendo como encaminhar a demanda da população e acabando por mobilizar alguém da enfermagem para tal. Outro aspecto pode ser a idéia de que ao se atender o telefone está mais “desocupado” o que, como vimos em exemplo anterior, tem valor extremamente pejorativo na região. Houve inclusive uma fala de uma enfermeira organizadora e de um membro importante da secretaria de saúde que reforçam esta idéia, pois aconselhavam que, quando o médico terminou seus atendimentos eventualmente mais cedo que de costume e ainda vá esperar por uma eventual ocorrência até o final do turno de trabalho, que não fique “sem fazer nada” na recepção do posto. Isso foi justificado pelo fato de ser difícil recusar uma consulta que não sendo urgente, deva ser agendada, se o profissional fosse visualizado descansando, independente de quanto tivesse trabalhado antes e o quão tarde fosse. Da mesma forma, a ausência da auxiliar de enfermagem em seu posto (para um lanche, por exemplo) é claramente visível aos que esperam atendimento e perturba o fluxo caso se prolongue, enquanto isso ocorre muito menos com o médico ou odontólogo. O uso da área interna e do evitamento do primeiro contato (mesmo telefônico) com o público reflete, além da praticidade organizacional

⁴⁴ A enfermeira, historicamente importantíssima para o cuidado à saúde, só vem conquistando status de profissional superior em momento relativamente recente, onde vem assumindo progressivamente mais tarefas e responsabilidades, inclusive gerenciais, aos poucos desligando-se da idéia de simples “auxiliar do médico”. A definição de sua imagem, entretanto ainda está presente de formas muito variadas no imaginário popular e é motivo disputas frequentes entre categorias.

estabelecida, a resguarda do trabalho e descanso de alguns profissionais mais do que outros, portanto.

O uso do telefone nos remete a outra questão importante e que diz respeito ao acesso ao serviço de saúde (e ao sistema) e obstáculos mais ou menos claramente “territoriais”. Um primeiro exemplo é o do uso do idioma alemão e vários dialetos locais. O uso da língua alemã pelos profissionais de saúde é altamente valorizado e estimulado pela população local pois é evidentemente útil⁴⁵, já que muitos não dominam o português, além de provavelmente reforçador da identidade e auto-estima local, como visto. Entretanto, não há política nenhuma sistemática por parte da prefeitura em oferecer treinamento ou estimular o desenvolvimento desta capacidade. Basicamente identifico que há cinco posturas dos profissionais perante isso: 1) Os que já sabem alemão. São naturais de famílias alemãs ou da região alemã e/ou que estudaram em escolas que ensinam o idioma. Nesta categoria se enquadram a grande maioria dos ACSs, alguns profissionais da enfermagem e, em nosso município, alguns médicos; 2) os que não sabem alemão e têm vontade e renda suficiente para inscrever-se num curso, geralmente profissionais de nível superior. São a exceção entre os que não sabem “de casa” o alemão; 3) os que não sabem, têm vontade e não renda. Estes em geral aprendem algumas expressões e frases relacionados à saúde e utilizam em geral mais como forma de aproximação e relacionamento do que como forma de comunicação em si. Neste grupo se enquadram muitos profissionais de enfermagem e outros profissionais que aceitam trabalhar na região como algo temporário; 4) os que tem dinheiro para um curso mas não vêm razão para tal. Em geral, também de nível superior mas sem comprometimento maior com a proposta de APS ou com características pessoais que não o motivam a um maior investimento nesta área; e, 5) os que não têm renda e nem vontade de aprender alemão. Em geral, curso

⁴⁵ Além de útil, poderíamos questionar outros papéis para esta valorização, tais como reforço da imagem diferencial identitária tanto para demarcar diferenças quanto para aproximar, reforço da auto-estima com conquista de aliados (profissionais), tentativa de compartilhamento de mundos contidos nas linguagens para melhor acesso aos fenômenos de doença e saúde, etc. Interessante notar que mesmo quando este esforço de aproximação é realizado por um profissional, mantém-se certa demarcação diferencial, visto que o alemão gramatical (*Hochdeutsch* – alto alemão) ensinado nas escolas continuará a diferir do dialetal (*Plattdeutsch*).

técnico ou superior pior remunerado e que justificam verbalmente sua decisão por serem “brasileiros e no Brasil se fala português”. São também uma minoria a expressar abertamente estes motivos. Creio que a falta de incentivo oficial contribui para tanto e, além disso, parece haver algum ganho secundário em posturas encontradas, tipo: “ele (a) deve realizar a tarefa pois eu não falo alemão”. Isto se tornou ainda mais evidente quando um novo integrante foi escalado para a equipe sendo muito habilidoso com a língua, tendo gerado preferências por parte dos pacientes, o que levou a disputas entre profissionais de certa categoria e manifestações de temores de não ser tão adequado para o trabalho naquela localidade.

Muitas das pessoas que não dominam o português ou simplesmente preferem se expressar em alemão optam por trazer um familiar ou solicitar ajuda de um vizinho, o que traz certa preocupação em relação ao sigilo profissional. Muitas vezes um membro da enfermagem assume o papel de tradutor e eventualmente um ACS é escolhido para tal pela pessoa que procura atendimento. Isso parece ser uma barreira também no caso de encaminhamentos para especialidades que só estão acessíveis fora da cidade. É comum a reserva de dois lugares para se levar um acompanhante demandando um número maior de transporte por parte da secretaria de saúde. Muitas pessoas, entretanto, apresentam grande receio de realizar tais viagens, mesmo acompanhados, apesar da relativa pequena distância (90km da capital, 50 km de outra grande cidade). Alguns simplesmente recusam qualquer abordagem que envolva deslocamento maior do que o municipal alegando “medo”, “não estar acostumado”, “passar mal na viagem”, algumas vezes deixando de realizar procedimentos necessários do ponto de vista médico. Esta postura, que é muito mais freqüente nas pessoas mais antigas, é sustentada mesmo em situações de relativo prejuízo financeiro, havendo preferência por serviços pagos que não exijam deslocamento do que os gratuitos (SUS) à distância.

São ainda alegadas condições do trabalho rural para não realizar tais viagens. A criação de animais requer um cuidado diário e que, na região, é realizado quase que exclusivamente pela família, sendo mobilizado algum parente ou vizinho disponível, quando houver, nos casos em que uma ausência mais prolongada se faz necessária. A renda das famílias em geral

depende em grande parte destes cuidados mesmo quando alguns membros “trabalham fora”. O caráter de pequena propriedade familiar e o relevo acidentado faz com que a criação de animais seja quase que total em modalidade de confinamento ou semi-confinamento, necessitando o alimento (pasto, ração e complementos) ser administrado de forma controlada. O pasto deve ser cortado e levado até os animais que, de outra forma, soltos nas pequenas pastagens, destruiriam pisoteando grande parte destas e comeriam mais irregularmente, esgotando para outras épocas o alimento e comprometendo a produção de leite e carne.

Essa situação também é importante de ser levada em consideração no momento dos atendimentos e da análise do perfil epidemiológico encontrado a partir destes: uma das características desta região é o alto índice de consultas por problemas ortopédicos e traumatismos relacionados ao trabalho. O conhecimento dos diferentes tipos de pasto, conforme as épocas do ano, as diferentes técnicas exigidas de colheita destes e as posturas adotadas nestas são de grande importância para a adequação das práticas de saúde, evitando iatrogenias, tratamentos inúteis ou desnecessários e recomendações impossíveis de serem cumpridas. Por exemplo, logo que iniciei meu trabalho nesta região aplicava os conhecimentos que recebera na faculdade e que pareciam funcionar bem para o trabalho doméstico e de fábricas nas grandes cidades: Ao erguer peso ou juntar algo do chão, dobrar os joelhos e manter as costas retas; ao levar peso, dividi-lo nos dois braços; ao trabalhar junto ao solo, ajoelhar ou sentar, etc. Isso demonstrou ser completamente impossível logo nas primeiras vezes que tentei fazê-lo na prática, em meu novo local de moradia, na zona rural vizinha a que trabalho e que apresenta as mesmas características. Isso é apenas um de muitos exemplos de como o aprendizado corporal e a vivência ou experiência diversificada são importantes para a maior adequação “cultural” das práticas de saúde. O acesso ao sistema também passa por um acesso a equipe de profissionais que conheçam “em que mundo” a pessoa vive, não só em termos de representações (“sociais” ou “culturais”) como veremos no capítulo seguinte, mas literalmente falando.

Voltando um pouco ao espaço dentro da unidade, podemos reparar como diferentes usos do espaço interno e dos atuantes não-humanos

(quase-objetos) influi nas relações do coletivo total da equipe como o uso de uma grande mesa por parte da enfermeira, geralmente encarregada (e às vezes sobrecarregada) da parte mais burocrática da reunião, (como avisos, ofícios do gestor, organização em geral) ou de um médico, pode ser mais ou menos conscientemente utilizado como mobilização de atuantes para reforço de status (poder simbólico). Uma mesa de trabalho pode ter muitas funções além de servir de apoio para livros e escritores: isolar, afastar pessoas, centralizar atenção e poder, demarcar posição de chefia, etc. (O mesmo ocorre na reunião de planejamento com a secretaria municipal e em muitas reuniões em geral.) O espaço da reunião de equipe, que costuma ser de círculo de cadeiras, também comporta outros símbolos como uniformes, cores, estetoscópios pendurados em pescoços, bolsas de ACS, que ajudam a lembrar (ou a esquecer quando não são trazidos) papéis profissionais, importâncias atribuídas comumente, tempo de estudo, renda, etc.

A periodicidade destas reuniões, exigidas burocraticamente, como as de “entrega de relatórios”, onde a enfermeira recebe os papéis eternamente re-preenchidos nas visitas mensais das ACS parece facilitar uma recordação periódica da hierarquia, além de ajudar a montar os dados com que a SMS e a equipe vão tentar enxergar seus respectivos “territórios de abrangência”. Nestas reuniões são avaliadas as frequências com que as visitas vem sendo feitas, conforme as metas exigidas pela SMS, repassados casos que estão com algo para revisar, combinadas visitas nas casas de “faltosos” ou famílias e pacientes “de risco”. Trata-se, portanto, de controlar o espaço não só da população em geral mas também os das ACS, seus fluxos e ritmos.

Diferentes territorialidades também podem ser percebidas em relação ao acesso e aos horários e mobilidade da equipe de saúde e da população. Os horários da primeira são mais ou menos fixos, invariáveis em relação às estações do ano, com deslocamentos programados em turnos de “atenção domiciliar”, “atividades com grupos”, “atividades de territorialização” e fixo nos demais. Para grande parte das pessoas que vivem no local, em especial os que se mantêm nas diversas atividades rurais, o tempo é completamente flexível, sazonal ou seguindo outras periodicidades, bastante relacionado espacialmente à propriedade, mas dependente de fluxos de mercadorias, transportes de cargas, dias de ir ao banco e mercado no centro da cidade. Os

profissionais de saúde são representados muitas vezes como privilegiados por ter renda garantida, horários fixos e trabalho leve (que quase nem é trabalho) em contraste com os ganhos incertos conforme os resultados, os horários variáveis e serviço pesado, “judiado” do trabalho do colono.

Atividades como a criação de aves, exigem nos momentos mais precoces destas cuidados intensivos com manutenção de fogo (a maioria das vezes manual e à lenha, sendo rara a automatização) dentro dos galinheiros para evitar a morte por congelamento no clima frio da serra gaúcha. Os mesmos frangos quando já adultos, necessitam ser transportados em caixas até o caminhão que os conduzirá ao destino final onde serão sacrificados e processados. Este trabalho também é realizado à noite, pois o comportamento noturno destes animais facilita sua captura manual e deslocamento. Estes serviços muitas vezes são realizados somente pela família e independente do estado de saúde ou climático que encontrem.

Da mesma forma a retirada de leite e oferta de pasto são atividades que exigem horários mais ou menos rígidos e nem sempre confortáveis sendo freqüente as observações comparativas com os horários do posto, algumas vezes claramente exageradas: “_ Vocês chegam *de tardezinha* e vão para casa descansar. O colono não tem descanso.” “_A gente não tem dia para ficar doente. Deveria ter atendimento sempre”. Ou ainda: “_O colono não tira férias porque os animais não descansam, então o colono não pode viajar.” Os mesmos motivos são mobilizados para justificar com mais ou menos propriedade a recusa por atendimentos ou procedimentos mais distantes ou ainda ao combinar os horários de reuniões entre equipe e comunidade. “_Às 20h depois do trabalho.” Ou “_À noite é melhor, depois de fazer o pasto e guardar os bichos”.

As épocas de plantio e colheita apresentam certa diminuição da procura por atendimentos programáveis e aumento dos por acidentes e dores musculo-esqueléticas. Há também variações sazonais em relação à probabilidade de acidentes por animais peçonhentos, intoxicação por agrotóxico, problemas respiratórios ocupacionais e doenças de pele. Muitos moradores locais também referem aumento de peso e pressão arterial nos meses de inverno, quando o trabalho diminui, “a gente fica mais dentro de

casa”, e a alimentação é reforçada pelas conservas ao invés da grande quantidade de alimentos frescos das épocas quentes.

As pessoas que trabalham em fábricas têm um horário e fluxos de deslocamento que nem sempre combinam com os das unidades de saúde. Nesta localidade, há ônibus ligando ao centro, três vezes por dia: um cedo pela manhã, outro próximo ao meio dia e um último no final do dia. Portanto, se alguém necessita consultar de manhã e depende deste, que é o único meio público de transporte disponível, só poderá retornar no almoço. O mesmo ocorre para quem o fizer a tarde, necessitando perder o turno todo na localidade. Como a maioria das famílias dispõe de veículo próprio, este problema atinge mais as de mais baixa renda e as de certas localidades como as mais próximas a estrada principal e de extremidades do “território”, conforme anteriormente comentado, que possuem fluxos próprios nem sempre condizentes com a territorialidade oficial que os agrupa como “pinhalenses”.

As questões de acesso e horários podem ser pensadas também em relação aos “momentos de risco” ou vulnerabilidade. No Pinhal Alto, por exemplo, como em muitas outras comunidades de origem europeia a exposição ao frio ou calor está relacionado a muitas doenças. Em algumas etnias amazônicas, há horários e fases da vida em que se deve evitar a exposição pública, ou externa, sob riscos de receber feitiços ou desencadear castigos.

Certa vez no baixo Xingu, fui chamado a trabalhar com uma pajé pela saúde de uma mulher que havia, contra certas recomendações banhado-se à tardinha no rio. Esta havia, segundo familiares, informados pela pajé, que um espírito havia através da picada de um inseto entrado em seu corpo e causado os sintomas: falta de ar, chiado no peito e manchas na pele. Desloquei-me até a casa da família da vítima, que ficava em área indígena, no posto indígena do Diauarum e realizei, segundo meus conhecimentos, o diagnóstico de reação sistêmica alérgica à picada de inseto, nada necessitando de espiritual para o caso. Havia lesões urticariformes disseminadas pela pele e chiados pulmonares intensos. Esperei a pajé (uma das únicas, ao menos naquela época, do gênero feminino) conforme me orientaram os familiares e é de praxe na política de trabalho local,

preparando já minhas doses de antialérgicos e me preparando para a piora do quadro, visto que a terapeuta dava amplas borrifadas de fumaça de tabaco no rosto da doente e mandara acender uma pequena fogueira abaixo de sua rede. Sabidamente o tabaco e o calor pioram respectivamente as reações respiratórias e dermatológicas da reação alérgica e não existe relato de cura espontânea de um caso desta gravidade, ao menos não em pouco tempo. A performance terapêutica foi impressionante com cantos, diálogos com espíritos em língua para mim incompreensível, gritos, desfalecimentos e aparentemente grande sofrimento e mal estar da pajé. Por fim, pude aproximar-me da rede da doente novamente e para espanto meu, não haviam mais sinais ou sintomas observáveis sem que eu necessitasse mobilizar nada científico. Pouco mais do que meia hora havia passado. Desnecessário afirmar que este não é um caso isolado de eficiência de outros sistemas de saúde. Voltando à “mobilização terapêutica de coletivos no cuidado da saúde” (item 2.4), os atuantes principais que necessitaram ser mobilizados para o cuidado neste caso foram uma fogueira, um cigarro longo de tabaco e a pessoa híbrida da pajé que detém o poder de transitar entre mundos e perspectivas.⁴⁶

Nesta localidade o esquema de fluxos de acesso podem ser representados pela figura 5. Uma unidade fixa mais ou menos no centro do “território” e fluxos de pessoas para esta ou “fugas” para outras unidades. Estes são considerados nestas como sendo “fora de área” e recebendo atenção que deve ser apenas momentânea, não programática, com ênfase em situações pontuais e com enfoque curativo.

⁴⁶ Ver Viveiros de Castro (2002)



Figura 5 – Fluxos não condizentes com a territorialização oficial, de procura de atendimentos de saúde. As cruzes representam serviços de saúde, sendo a cruz branca a unidade de saúde Pinhal Alto.

De forma esquemática, muito simplificada, o acesso como porta de entrada do sistema oficial de saúde neste local poderia ser representado da seguinte forma:

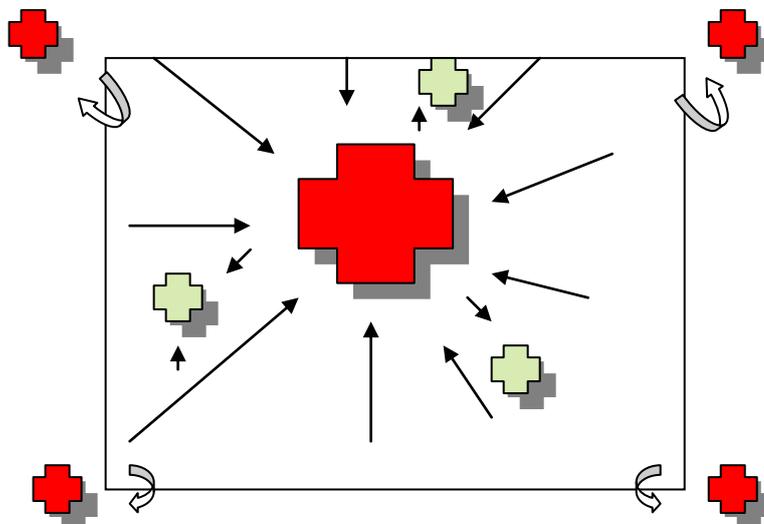


Figura 6 – Tipo modelo balanceado fixo de acesso. As cruzes vermelhas representam os serviços oficiais de APS, dentro e fora do território de abrangência, as verdes, os serviços não-oficiais como curandeiras, rezadeiras, massagistas, etc. As setas nos cantos representam fluxos mais ou menos frequentes de pessoas que procuram acesso inicial a serviços de saúde fora de “sua área”.

Neste modelo *balanceado fixo*, os fluxos concentram-se na unidade de atenção primária, mas não são monopolizados por esta. Apenas uma pequena parte opta por manter fluxos alternativos. Quando melhor a qualidade da atenção e sua adequação às necessidades e características daquela população, mais ela deve tender a centralizar o acesso como porta de entrada e coordenar/cooperar com os outros serviços oficiais ou não. Este modelo contrastaria com o *modelo utópico*, que despreza as linhas de fluxo para fora do território, a menos quando são via emergências ou serviços privados e os serviços menores (do ponto de vista do “oficial”) de práticas tradicionais, sendo menos realista:

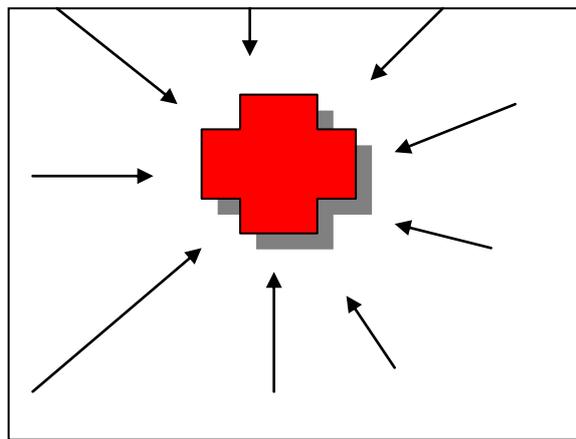


Figura 7 – Modelo utópico e biomédico do serviço de atenção primária à saúde, onde a totalidade do acesso é centralizado na unidade de APS oficial daquela “área de abrangência”.

Em outras realidades, entretanto, como no caso de áreas onde o serviço “oficial” de APS não fica no centro dos fluxos do território (o que nem sempre quer dizer no meio do mapa), a representação poderia ser:

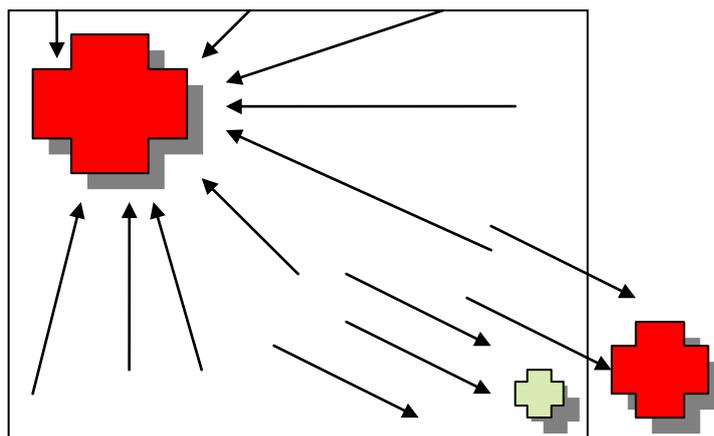


Figura 8 – Modelo assimétrico ou descentrado de acesso, onde grande parte migra para serviços não oficiais ou oficiais fora da “área de abrangência”.

Importante ressaltar que o centro do esquema, onde está ou não a unidade conforme a figura, não é o centro do mapa, mas dos fluxos identificados no processo de territorialização e envolve como os exemplos que estudamos, fluxos de meios de transporte, renda, status de diferentes áreas e identidades, entre outros fatores. Pode-se dizer que, quanto mais deslocado do centro, maior a probabilidade de reforço de outros fluxos que não o oficial. Frequentemente quando bem centralizado

Em localidades com o esquema de distribuição de fluxos como na figura 6, talvez seja suficiente o trabalho de aproximação da unidade, o tempo de prestação com qualidade de serviços de excelência e relacionamento respeitoso, ou ainda a mobilização comunitária por mudanças nos fluxos de transporte coletivo ou horários de funcionamento e sistema de agendamentos da unidade de saúde. No modelo assimétrico, entretanto, é provável que boa parte da população ainda se mantenha distante com estas medidas ou se estas não forem facilmente realizáveis. Neste caso a mobilização da equipe, com uma unidade móvel ou um segundo ponto de acesso dentro do território pode ser a solução.

Em áreas indígenas ou da floresta amazônica por exemplo, a necessidade de uma maior mobilidade inviabiliza a atenção universal, com equidade e integralidade a partir destes modelos, visto que nestes casos é

comum uma inversão de mobilidade, deslocando-se mais frequentemente a equipe que a comunidade. Os exemplos de unidades que utilizam barcos para trabalhar com populações ribeirinhas e em aldeias dispersas por um território poderiam ser representadas assim:

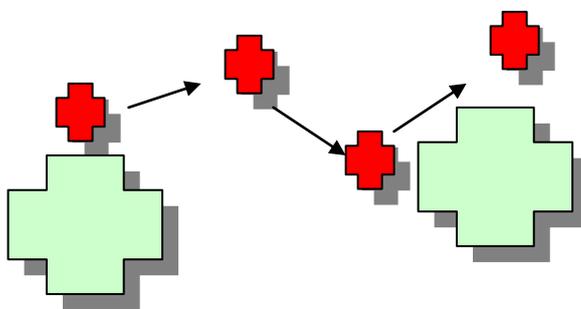


Figura 9 – Modelo móvel não-hegemônico. Equipe de saúde móvel (por exemplo ao longo do rio) e populações, com seus serviços principais (e portanto representados como cruzes maiores) “tradicionais” de saúde, fixos.

No *modelo móvel não-hegemônico*, como o que acontece de forma mais ou menos típica em populações amazônicas (ou ainda em medicina de ilhas), muitas vezes o sistema “oficial” local não é o biomédico e o tamanho das comunidades obriga as equipes a um constante peregrinar para trabalhar. Muitas vezes a ausência freqüente desta reforça sua importância secundária em relação aos sistemas locais contrabalançando os aspectos tecnológicos e muitas vezes de resolutividade.

Pode-se ainda imaginar outra situação, hoje em dia não tão comum em nosso país, de populações nômades. Nestes casos, assim como no anterior, a implantação de um modelo balanceado fixo, na esperança de atingir-se um acesso utópico, logo demonstra-se inviável, excluindo grande parte da população a maior parte do tempo. Talvez algo como um *modelo nômade* fosse necessário nestes casos, embora muito difícil de conseguir totalmente.

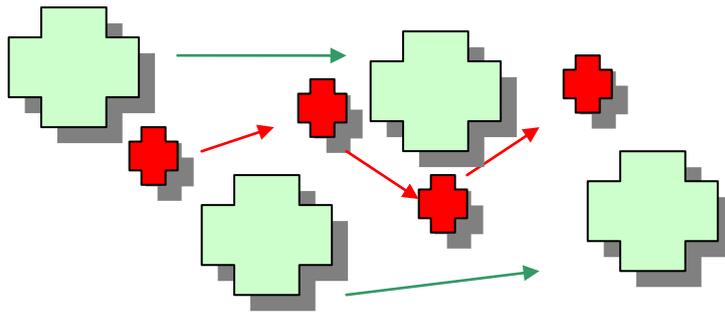


Figura 10 – Modelo nômade. Tanto a equipe quanto a comunidade estão em movimento.

Um modelo completamente nômade provavelmente é muito difícil de alcançar, resultando provavelmente em um modelo misto. Ressalto que nos modelos nômade e móvel não-hegemônico, os limites do território não estão representados como nos modelos anteriores, pois são tão móveis quanto as pessoas, no sentido mais geográfico do termo, perdendo sentido parcial ou totalmente os aspectos “dentro-fora”. Há também o neo-nomadismo urbano (dos andarilhos por exemplo) e os fluxos constantes de migração interna observados com grande intensidade nas periferias de grandes cidades e nas zonas rurais em épocas determinadas, em busca de trabalho. Estes fenômenos mostram ainda mais como o sistema de saúde não encontrou ainda um modelo complexo o suficiente para dar conta da situação de saúde universal como se propõe. Uma saída possível para estes casos, que deve se desenhar nos próximos anos, virá com a ampliação destes coletivos por atuantes em rede (um sistema de dados informatizado entre diversas áreas, por exemplo).

Outro aspecto a ser cogitado é se um nomadismo contínuo do sistema de saúde é desejável por (e para) estes povos (assim como os demais, sedentários ou semi-sedentários), que podem optar por manter uma maior autonomia perante nossas práticas. Os *kulina* da porção acreana rio Purus, por exemplo, apesar de não se encaixarem no modelo nômade, são um bom

exemplo disso. Recusavam, em 2001, abertamente quase toda abordagem do sistema de saúde, embora não se importem o tempo todo com a presença da equipe. Os kashinawá que compartilham as mesmas margens desta porção do rio, têm contato com nosso sistema de saúde há décadas, embora de forma mais ou menos intensa. Muitos dominam o português, estão adaptados à vida política local e nacional e já contam com agentes de saúde integrando as equipes dos pólos de saúde indígena. Neste caso, no “mesmo” território (do Distrito Sanitário Especial Indígena, que evidentemente trabalha não exatamente esta questão como a ESF) fica ainda mais claro as diferentes territorialidades em questão e o esforço diverso que o sistema de saúde deve realizar para se adequar a condições diversas.

O que tento realizar aqui é ressaltar a necessidade de se pensar as questões de acesso, de longitudinalidade e de cultura de modo integrado e oferecer instrumentos para identificação de situações mais ou menos comuns, oferecendo instrumentos (os modelos) para que tentemos evitar os erros graves de delineamento de territórios de abrangência das equipes, que muitas vezes ocorrem por desconhecimento destas questões ou por idealização ingênua de um modelo utópico. Evidentemente, esta tarefa já vem sendo realizada pelas muitas equipes de saúde espalhadas pelo país e que tem que lidar muitas vezes despreparadas com estas diferenças. O que ofereço aqui, portanto, é uma tentativa de sistematização inicial de algumas destas experiências e que pode ser útil para pensarmos a questão da multiterritorialidade.

Um aspecto que acho necessário questionar a partir de toda esta discussão entre acesso e cultura é o de quanto a característica de “competência cultural”⁴⁷ deve continuar sendo vista como algo “derivado” das características principais da APS, como nos sugere Starfield (2002, ver quadro 2 no capítulo 1 desta dissertação). Será possível pensarmos acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação como algo que produz competência cultural? Será a “competência cultural” como algo menos essencial para definição da APS? Embora entenda a forma não totalmente

⁴⁷ Mantenho aqui os termos cultura, social e competência cultural pois vou aprofundar a problematização destes apenas no próximo capítulo. Entretanto, mantenho as aspas por entender que eles apenas são úteis provisoriamente aqui como forma de dialogar com as idéias da autora citada.

rígida destas características para a autora, questiono aqui esta divisão como algo que não pode ser totalmente representativo da verdade. Não é possível pensar em acesso (ou qualquer outra característica) como algo abstrato e cientificamente neutro, como vimos nos exemplos e modelos, a menos que se presuma uma humanidade fixa onde possa ser aplicado um sistema acultural. No mesmo momento em que é decidido que a porta de entrada do sistema será de uma forma e não de outra estou tomando uma decisão social, culturalmente construída, o que não implica que ela seja pior ou menos científica. Se esta decisão é ignorada ou se não se adequa localmente a forma como o acesso é organizado em determinado território, o que se realiza também é uma omissão “culturalmente” instruída e direcionada. Ao fazê-lo de uma forma ou outra deriva-se para uma maior ou menor “competência cultural”, mas esta de forma alguma deixa de precedê-la, visto que o sistema de saúde, a ciência médica e a dos planejadores é apenas um dos lados deste “encontro intercultural”.

3.3 Atenção domiciliar, agentes comunitários de saúde: cuidado e controle

3.3.1 Atenção domiciliar do ponto de vista do ponto de vista dos profissionais da saúde e gestores

Outra face da territorialização, que envolve o acesso indireto a uma unidade de saúde, é o da atenção domiciliar. Procuo, nesta parte, estudá-la a partir de um olhar específico que, juntamente com o estudo da clínica e da territorialização, possa instrumentar, no capítulo seguinte, a tarefa de repensar o conceito de competência cultural.

As práticas domiciliares de cuidado da saúde têm longa história e não são específicas da ESF, embora recentemente tenham ganho novo impulso e características com esta⁴⁸. Estas podem ser realizadas por qualquer profissional da equipe com periodicidade variável conforme a categoria. É esperado que os ACSs por exemplo realizem uma visita mensal em cada domicílio. Já os médicos e enfermeiros programam suas visitas em equipe ou individualmente conforme a necessidade em determinado momento, podendo ser única ou repetida. Outros profissionais da estratégia mais raramente realizam-na.

Uma proposta de classificação realizada por um serviço de ensino de APS sugere a divisão em quatro formas de atendimento domiciliar: os *chamados*, as *visitas periódicas*, a *internação domiciliar* e a *busca ativa* (Oliveira e Berger, 1996). Estas categorias não são apresentadas de forma rígida pelos autores, sendo apenas uma forma didática útil para compreender a variedade presente na prática da atenção domiciliar.

A primeira definição refere-se aos atendimentos de pacientes que, por doença aguda ou agudização de problema crônico ou outro tipo de limitação, têm dificuldade de locomoção. No dia-a-dia do funcionamento de uma unidade de saúde, esse tipo de chamado pode ocorrer com alguma frequência e costuma haver uma normatização para sua realização, visando a evitar desorganização do resto das atividades. Em geral, reservam-se

⁴⁸ Para uma revisão histórica e de legislação desta ver Targa 2006. Este capítulo também traz diversas idéias sobre como esta prática tem sido reformulada pela MFC na ESF impactando algumas características do SUS.

turnos intercalados na semana (após atividade de grupo ou em momento de AD programada, por exemplo) para tais atendimentos. O quanto a equipe é mais ou menos rígida fora desses horários faz parte de sua capacidade de lidar com as demandas, podendo ser escutado, por exemplo, o familiar ou vizinho que as trouxer, para uma avaliação prévia do quadro e da possibilidade de sua resolução ou encaminhamento. Em geral, adequa-se também de acordo com a realidade local, ou seja, quais outros recursos o cidadão dispõe para resolução desse evento, tais como serviço de transporte emergencial público, serviço de emergência, plano suplementar de saúde, etc.

As visitas periódicas referem-se, em geral, a pessoas com problemas crônicos, devendo ser agendadas com antecedência e manter periodicidade variável. Em geral é aceito que não se deve restringi-las demasiadamente a pessoas acamadas, embora essas possam ser a maioria. Nas visitas periódicas, costumam ser incluídas quaisquer casos de necessidade de acompanhamento continuado de “famílias de risco” (inclusive social), cidadãos com necessidades especiais, idosos solitários, famílias longínquas com acesso restrito aos serviços de saúde por questões de transporte, etc. Essas inclusões idealmente deveriam ser apropriadas e periodicamente debatidas, caso a caso e em equipe, conforme a capacidade de resolução desta e da necessidade dos usuários. Entretanto, é freqüente a decisão por parte do profissional de nível superior, com discussão menos freqüente com o restante da equipe. Nestas, além de aspectos clínicos é sugerido que se esteja atento ao ambiente, relações sociais e aspectos culturais

As internações domiciliares são realizadas após consenso entre o paciente, seus familiares e equipe de saúde. Um exemplo comum ocorre no cuidado de pessoas com doença graves, incuráveis, em estágio avançado. Nesses casos, os cuidados gerais e paliativos, o manejo da dor e um atenção especial ao que o paciente e familiares necessitam nessa fase da vida para obter uma melhor qualidade de vida costuma ser priorizado. As internações domiciliares podem também ser um recurso para descompensações com menor severidade de problemas crônicos, ou mesmo para afecções agudas. A legislação atual não estabelece como papel definido da equipe da ESF e os incentivos da ESF não a custeiam. O Programa de Internação Domiciliar

(PID) e os serviços por ele instituídos deveriam trabalhar como “costura” entre o nível hospitalar e a atenção básica (Brasil, 2006), mas ainda cobre somente uma pequena parcela da população e alguns estudos (Silva et col, 2005) sugerem que, apesar de uma relação custo-benefício aparentemente positiva, não há uma adequada ligação com o restante do sistema e aparentemente uma nova fragmentação entre prevenção, que ficaria com a ESF e o tratamento, com o PID.

A denominação “busca ativa” refere-se à mobilização de esforços no sentido de encontrar usuários “de difícil adesão”, “faltosos” aos programas de saúde (vacinação, exames preventivos atrasados ou alterados, etc.) e aos serviços de vigilância como a dos recém-nascidos.

3.3.2 Parênteses para mais identidades

Esta categoria dos “faltosos”, ao lado dos “foras de área” já comentados, e outras como “famílias e indivíduos de risco”, “hiperutilizadores”, “pacientes com dificuldades de vínculo” ou “com problemas crônicos de adesão”, são algumas das identidades criadas pelo sistema de saúde (teóricos, profissionais e gestores) e presentes no cotidiano das equipes de SF⁴⁹.

Estas categorias agrupadoras de características que delimitariam subgrupos, apesar de não serem totalmente fixas nem relacionadas a identidades no sentido étnico utilizado pelas ciências sociais, pode ser assim entendido visto que demarca diferenças entre os “de dentro” e os “de fora”, naturaliza atitudes e comportamentos e gera reações diferentes nas relações entre estes e o sistema de saúde.

Algumas delas são “secretas”. Há dois casos que identifico destas. Um primeiro, porque só servem para uso interno das equipes ou planejadores, como a de hiperutilizadores. Estes são citados como “pacientes que retornam frequentemente aos consultórios por razões aparentemente insuficientes”

⁴⁹ Algumas delas não são exclusivas do sistema brasileiro, sendo encontradas na literatura sobre APS internacional. Esse é o caso de hiperutilizadores, também chamados de poliqueixosos, em que a literatura em língua inglesa em geral chama de “frequent attender” ou “frequent-visit patient” e espanhola “hiperfrecuentadores”. Ver além das referências no texto, Hildebrandt, 2004, para hiperutilizadores e uso de atendimentos por telefone.

(Gillette, 2003). São definidos em alguns estudos como pessoas com mais de 14 anos e com mais de oito visitas/médico/ano e em outros por um número de visitas superior a 2 desvios padrões da média de frequência.(Arnal et al, 2001; apud Hoyos et al, 2007). Não cabe aqui uma ampla revisão sobre o termo mas como ele serve na prática de construção de identidades pelas equipes de saúde. Ao explorar as razões do fenômeno da hiperutilização do sistema de saúde, alguns textos profissionais da área destacam como principais certas características dos pacientes (com transtornos psiquiátricos, solidão, fraca rede social de apoio, viciados em medicações, mal informados, além das doenças crônicas que necessitam tratamento continuado). Entretanto, quando escutados (Hoyos et al, 2007 por exemplo), outros fatores são destacados tais como características do próprio sistema de saúde (renovação de receitas, burocracia, facilidade de acesso, sistema de pagamento) e de relacionamento com os profissionais. As diferenças culturais são também frequentemente alegadas e, em países que dispõem deste recurso, profissionais especialistas (especialista em antropologia médica por exemplo) são mobilizados para atuar em conjunto com os clínicos.

O fato é que esta categoria criada e utilizada pelas equipes gera reações de quem os atende e de gestores. Algumas delas são do tipo: “Lá vem aquele chato de novo”, ou “toda semana está aqui no posto”. E dos gestores: “Muitos vem consultar e não estão doentes ou querem só um atestado”. Mas também geram reações de compaixão: “coitados, precisam ser ouvidos”, ou então: “precisam de atenção”. Não raro os próprios já se defendem antes mesmo de serem atendidos: “_Aqui estou eu de novo, doutor, incomodando”. Ou: “_Deste jeito vou acabar morando aqui no posto, para facilitar”. Alguns inclusive utilizam estas frases sem serem considerados hiperutilizadores, em parte pelo fato de que o que é ou não utilização excessiva varia de pessoa para pessoa e pelo fato de que em muitas localidades a presença longitudinal de cuidado ainda é relativamente recente facilitando que qualquer demanda mais ou menos repetida seja considerada excessiva pela população.

A utilização freqüente de serviços é um fenômeno de múltiplas causas e características sendo discutível seu agrupamento sob um único rótulo.

Grande parte do que é considerado assim, é simplesmente resultado das mudanças recentes do sistema de saúde que coloca a gratuidade e universalidade aliadas à longitudinalidade e a presença próxima e descentralizada das equipes. A ampliação do conceito de saúde e conseqüente aprimoramento da visão integral do cuidado mas também da medicalização da vida tem contribuído para isso. Outro aspecto é o da baixa resolutividade para lidar com vários tipos de “hiperutilizadores”, evidenciado pelo fraco treinamento que recebem a maioria dos profissionais de saúde em mobilizar redes sociais, recursos não médicos, técnicas de escuta e alternativas para a burocracia. Voltarei a estas habilidades quando estiver discutindo competência cultural e mobilização de coletivos no próximo capítulo, entretanto, podemos já perceber nos exemplos do início deste capítulo que o papel da equipe de saúde talvez seja mais o de não insistir em mobilizar de uma única forma o coletivo terapêutico para estes pacientes (exclusivamente técnicas diagnósticas e terapêuticas).

O cuidado de saúde parece ser mais uma arte de descobrir quais atuantes são necessários neste ou naquele caso e em como eles devem ser misturados, enredados numa teia para gerar determinados resultados. Os remédios e exames, além da mobilização simbólica que os médicos realizam, são apenas alguns dos recursos necessários (na verdade, muitas vezes os únicos). O que a existência de hiperutilizadores e todo o enorme volume de fracassos médicos esteja nos dizendo é que as formas de mobilização de coletivos de atuantes humanos e não-humanos precisam ser mais variadas. Os exemplos já apresentados e que serão reforçados com outros mais adiante parecem demonstrar a necessidade de uma mudança radical na formação e na forma de trabalhar dos profissionais de saúde.

Outras identidades são propositadamente ocultadas na tentativa de se evitar discriminação ou temor por parte dos familiares, como as de “criança de risco”. Escalas de risco foram criadas para identificação e manejo diferenciado dos recém-nascidos com maiores chance de adoecer e morrer. Estas geram escores que podem ser simbolizados nos prontuários para chamar a atenção de quem a atende ou do pessoal da recepção, mostrando que aquela criança tem prioridade de atendimento. Esta demarcação em geral é feita em alguma parte interna do prontuário para evitar identificação e

quebra de sigilo, entretanto, presenciei algumas vezes onde este fato era descoberto pela mãe ou outro parente da criança, seja por ter sido comunicado por algum profissional ou estudante, descuido ou sagacidade materna. Nestes casos o temor ou a busca insistente por ganhos secundários, como vemos em alguns casos de inscrição em programas sociais, pode interferir na relação entre família e equipe. Um exemplo disso é a confusão sistemática que pode se gerar pela descoberta, por parte da mãe, que será atendida com a criança em qualquer horário que chegar à unidade, independente das regras habituais de marcação de consultas ou distribuição de “fichas”. Em regiões periféricas de grandes cidades e outras regiões de pior situação econômica são comuns os relatos de atitudes que reforçam o risco para manutenção ou ampliação de benefícios, em especial em programas de cunho assistencialista.

3.3.3 Atenção domiciliar do ponto de vista da população

A atenção domiciliar parece ser percebida de múltiplas formas pela população. Os aspectos positivos desta são reforçados nos casos em que há dificuldades de acesso ou locomoção, por exemplo. Sentir-se cuidado “em tempo integral”, mesmo em casa ou quando não se procurou diretamente auxílio profissional, para muitas pessoas é confortante e é uma das intenções da política de saúde atual ao deslocar o eixo de atenção principal dos hospitais para as comunidades, da cura para o cuidado e prevenção, da doença para a saúde. Representa certamente um grande avanço no sentido de re-aproximação das comunidades e dos cuidadores e da democratização do cuidado.

Entretanto, esta não é a única forma de ver e sentir a atenção domiciliar. Outras opiniões surgem, em especial quando ela é realizada mais frequentemente do que considerado adequado pelo cidadão, ou ainda, conforme o tipo de profissional que a realiza. Talvez possamos, ironicamente e em alguns casos, falar em *hiperofertadores* (em contraste aos hiperutilizadores, vistos anteriormente) se olharmos desta perspectiva.

A prática das visitas mensais por parte dos ACSs, por exemplo, é vista de forma ambígua por parcela considerável da população. Teoricamente a “educação em saúde” é a prioridade deste procedimento. Entretanto, são também percebidas como formas de vigilância, controle e observação. São alegadas como aspectos negativos, por parte dos visitados, a interferência excessiva na rotina de trabalho ou da família (no caso da zona rural as duas se sobrepõem no trabalho doméstico e propriedade rural) e a não necessidade de tal periodicidade por não haver o que fazer em tantas visitas. Os próprios ACSs algumas vezes questionam a regra universal da visita mensal, sugerindo que houvesse uma priorização das famílias que mais necessitem. Algumas vezes esta regra tem sido flexibilizada em outras o caminho é o inverso com o aumento de tarefas centralmente planejadas (ou por equipe) para suprir esta falta “do que falar” nas visitas.

Algumas das atitudes presenciadas perante as visitas (de qualquer membro da equipe de saúde, não só ACS) podem exemplificar como estratégias de resistência mais ou menos abertas são adotadas por parte das pessoas a esta forma de monitoramento são: esconder-se total e literalmente, fechando a casa e mantendo (tentando manter) as crianças quietas, com em vila popular em Caxias do Sul; esconder-se parcialmente, como no caso das mulheres e crianças em famílias das margens do rio Purus, enquanto os homens é que recebiam a equipe; migração entre casas próximas; recusa formal polida; recusa formal violenta, no interior de Nova Petrópolis após mobilização de assistência social por suspeita de maus-tratos a idoso; omissão de informações e outras posturas de comunicação (também não-verbais) demonstrando o desconforto ou descontentamento, como no caso da paciente que praticamente só respondia com monossílabos e aos gritos nossas perguntas; escolha da pessoa que receberá a equipe, não raro crianças; sair para trabalhar (ou deixar recado que teve que sair para isso) na hora combinada da visita; agressão sexual (ou insinuação e tentativa) mais comum em profissionais mulheres e de “distância social”, como ACS em minha experiência; fugir mato à fora, como num caso de um etilista que temia uma internação compulsória; e, argumentar que tem dinheiro e plano de saúde, portanto não necessita do SUS ou / nem das visitas.

Para cada uma destas estratégias pode-se dizer que se formam contra-estratégias, que vão desde a desistência da visita com ou sem documento formal de responsabilidade por parte do visitado que as recusa, até sutis jogos de linguagem, significado e interesses como os que procuram demonstrar que em algum momento uma vacina, exame ou remédio serão necessários (estes são gratuitos na rede pública) ou então a chegada em horários não usuais como forma de conseguir encontrar as pessoas. Esta última estratégia muitas vezes é colocada como vantajosa também por evitar a manipulação do ambiente por parte dos visitados, que pode mascarar a “realidade da família”, “pegando-os assim de surpresa”. Algumas vezes estas contra-estratégias parecem realmente se fazer necessárias mas sempre levantam questões éticas importantes, lembrando que em nossa legislação o domicílio é um lugar privado e inviolável, devendo o acesso a este ser autorizado previamente pelo proprietário. Esta noção é mais clara quanto maior a renda e o status da família visitada (o que é sempre reforçado pela maior presença de obstáculos materiais com cercas e sistemas de segurança).

O modelo de visitas freqüentes e de agentes de saúde vem sendo inicialmente implantado em áreas de grande carência, tanto nacional quanto internacionalmente, onde muitas vezes não há outro recurso ou profissional de saúde e constitui-se estratégia valiosa, tendo salvado certamente muitas vidas através de medidas e sugestões simples como formulação de soro caseiro, orientações gerais de alimentação e higiene. Entretanto, não é só um vizinho treinado e estudado que está percorrendo os territórios e interagindo com as pessoas: são também a Ciência e o Estado. É muitas vezes a estes que se dá a resistência e não à visita da pessoa do ACS ou da equipe de saúde. Isso se agrava ainda mais quando a ESF se expande e começa a atingir a classe média gerando outra gama de reações e interpretações.

Em situações de criminalidade ou outras irregularidades menores, por exemplo, talvez não seja interessante para as pessoas o cadastramento detalhado dos membros da sua família. Em situações de grande diferença epistemológica, a educação em saúde pode ser entendida como colonização cultural. A busca ativa de “faltosos”, por exemplo, melhora os resultados de saúde do ponto de vista dos indicadores oficiais dos programas (Tavares e

Takeda, 1996), mas nem sempre melhora a relação entre as pessoas e a equipe de saúde, podendo gerar conflitos importantes que diminuam o acesso a outros serviços essenciais.

De certa forma o que pode ser lido como avanço ao retirar certa parcela de poder das mãos dos profissionais encerrados em grandes estruturas disciplinares com hospitais, manicômios e clínicas, também pode ser lido como uma mudança meramente qualitativa para redes de controle descentralizadas e capilarizadas como as que Deleuze nos sugere partindo de conceitos foucaultianos e citando os hospitais-dia, a educação permanente e a internet:

“estamos entrando nas sociedades de controle, que funcionam não mais por confinamento, mas por controle contínuo e comunicação instantânea.(...) Certamente não se deixou de falar da prisão, da escola, do hospital: essas instituições estão em crise. Mas se estão em crise, é precisamente em combates de retaguarda. O que está sendo implantado, às cegas, são novos tipos de sanções, de educação, de tratamento. Os hospitais abertos, o atendimento a domicílio, etc., já surgiram há muito tempo. Pode-se prever que a educação será cada vez menos um meio fechado, distinto do meio profissional – um outro meio fechado - mas que os dois desaparecerão em favor de uma terrível educação permanente, de um controle contínuo se exercendo sobre o operário-aluno ou o executivo-universitário. Num regime de controle nunca se termina nada.” (Deleuze, 2000).

A presença das unidades e das equipes nas localidades mais variadas, aos poucos fechando os “furos da rede de atenção”; os mapas com suas microáreas e casas bem como eventuais fotos de ACS e as mensagens que estão comunicando; as visitadoras com suas pranchetas, formulários, revisões periódicas de dados pessoais e sanitários, uniformes e panfletos informativos; as estratégias e contra-estratégias traçadas e aqui ligeiramente representadas ou as altas cercas e ausência daquelas; os planos de saúde ou falta de dinheiro para tê-los; o planejamento das equipes e gestores a partir deste mundo de informação que se abre; tudo isso está apoiado sobre si mesmo em mecanismos de múltiplos reforços e inibições e pode ser interpretado por atores diversos, em qualquer ponto do *continuum* que vai do “avanço maravilhoso da ciência” aliada à “máquina estatal” no sentido de proporcionar o “máximo de bem estar bio-psico-social” aos seus cidadãos, até o outro extremo onde o que há são “estratégias globais que perpassam e utilizam táticas locais de dominação” (Foucault, 1999).

Isso se torna ainda mais impressionante se projetarmos um maior uso dos sistemas informatizados (ainda discretos em nosso meio) e a idéia de cobertura cada vez mais próxima da totalidade da população nacional nos próximos anos: todas estas visitas, os dados médicos dos prontuários, os dados do território em um único sistema de dados do governo e podendo cada vez mais ser entrecruzados em ações intersetoriais. Será a política (e neste caso “as políticas públicas”) a guerra (inclusive civil) continuada por outros meios, como cita Foucault invertendo a Clausewitz⁵⁰ ? Da mesma forma, estará certo Latour ao sugerir, a partir de uma leitura do Górgias de Platão,⁵¹ que a instituição de um mundo exterior, de uma natureza governada por leis impessoais é resultado do ódio demótico (Latour, 2001)? É necessário livrar o saber “purificado” da ciência do poder da política? E vice-versa? Provavelmente nenhum dos dois extremos esteja certo na maior parte do tempo, mas ignorá-los é empobrecer a riqueza e complexidade das práticas cotidianas. Isso nos leva a uma discussão sobre ciência e política que não pretendo aprofundar aqui, mas que retomarei, em alguns aspectos, no próximo capítulo.⁵²

Além das óbvias vantagens exploradas na literatura médica sobre atenção domiciliar⁵³, parece necessário ressaltar outros olhares sobre o assunto, como as relações de poder já bastante estudadas em relação à atenção biomédica e que se transferem muitas vezes, com as propostas atuais, para dentro das casas das pessoas. A própria presença do profissional de saúde cada vez mais facilmente encontrada “extra-muros” das instituições, tem o poder de medicalizar as mais diversas situações de vida, ao incluí-las sobre o rótulo “saúde”. Brigas familiares, pobreza, solidão, velhice, por exemplo, podem ser facilmente convertidas mediante a presença de um corpo investido de poderes especiais (de cura, de diagnóstico) em problemas para resolver “de determinada forma” e por

⁵⁰ Foucault alude à formulação do princípio de Carl von Clausewitz (*Vom Kriege*, liv. 1, cap.1, Berlim, 1832; trad. Fr. *De la Guerre*, Paris, Éd de Minuit, 1955), segundo a qual: “A guerra não é mais que a continuação da política por outros meios”; ela “não é somente um ato político, mas um verdadeiro instrumento da política, seu prosseguimento por outros meios” (p.28)

⁵¹ Diálogo entre Sócrates e o sofista Cálicles.

⁵² Ver Feyerabend, 2007; Jasanoff, 2005 e Latour 2001.

⁵³ Ver Targa (2006), Grupo Hospitalar Conceição (2003), Oliveira e Berger (1996), por exemplo.

“determinado ator social”, diminuindo o leque de causas e opções de ação. Isso não quer dizer que esta ampliação do conceito saúde não seja positiva, mas se a proposta da APS deseja construir resultados positivos deve estar atenta a esta característica de transformação da realidade perante a maior presença física dos profissionais de saúde no cotidiano das comunidades. Esta ampliação do leque de causas (econômicas, políticas, entre outras) dos problemas da vida e dos caminhos diversificados que devem ser ou não percorridos para tentar modifica-los, em tese deve ser trabalhada pela equipe através de sua postura no dia-a-dia, nas reuniões de comunidade e demais instâncias de participação previstas em lei, mas não se deve jamais subestimar o poder do modelo biomédico nesta nova etapa ampliada de saúde coletiva em medicalizar progressivamente todos os aspectos da vida.

O que penso visualizar a partir dos exemplos de atenção domiciliar expostos aqui, e na parte de análise da clínica, é que a atenção domiciliar apresenta vantagens também pelo fato de mobilizar atuantes que não estão disponíveis no consultório ou hospital. Estes atuantes são fortemente relacionados à vida do usuário e sua família, dá grande noção da comunidade em que estes estão inseridos e frequentemente tem grande poder terapêutico. Quando notamos o quadro da nuvem mística na parede, no primeiro exemplo do capítulo anterior, quando percebemos aspectos da dinâmica familiar a partir do entendimento da rotina da casa no segundo exemplo, quando percebemos reações e contra-reações nas casas das pessoas ou o poder de medicalização pela simples presença de profissionais de saúde, creio que estamos percebendo efeitos de uma determinada disposição das coisas e pessoas e das relações entre estas. Ao deslocarmos os profissionais de saúde, com seus respectivos conhecimentos e habilidades, para perto de onde os atuantes que juntos contribuem para determinado processo de saúde-doença, estamos já por isso deslocando os limites deste coletivo. Se já é a muito sabido que o corpo fala, podemos dizer agora também que as casas, as ruas, os móveis, a circulação das pessoas também. O entrelaçamento das práticas das equipes de saúde entre consultórios, domicílios, ruas e micro-áreas têm aberto possibilidades de novos resultados no cuidado da saúde e fazer enxergar isso possibilita a

potencialização destas características que já estão presentes no cotidiano da APS.

De forma resumida, a partir do estudo das situações práticas de cuidado clínico e domiciliar (contidos nos exemplos) e da teoria mobilizada acima, bem como de suas intersecções com as discussões de territórios - o que parece ter gerado dois capítulos também entrelaçados - espero ter conseguido deixar mais ou menos clara a idéia de que as práticas da ESF, mais especificamente do médico de família e comunidade e da equipe de SF, dentro da proposta da APS, têm características próprias, muito especiais, que parecem estar de acordo com as idéias pré-modernas sugeridas por Latour. Algumas destas, como a de crítica ao acordo ou constituição moderna, mobilização de coletivos ou redes, a partir da mobilização de atuantes e fatiches já foram introduzidas e serão retomadas e aprofundadas no próximo capítulo, bem como relacionadas a outros autores, onde me proponho a pensar a idéia de competência cultural.

Espero ter demonstrado que tanto a prática clínica, quanto o trabalho com territórios e identidades, assim como as práticas domiciliares podem ser estudadas a partir da noção de coletivos e mobilização de atuantes. Esta opção metodológica, a meu ver, abre caminhos para entendermos as diferenças que observamos nas práticas (e resultados) da APS e da medicina de família e comunidade e facilitará a tarefa de melhorarmos a capacidade do sistema de saúde em lidar com a diversidade. Outra conseqüência que pretendo ter demonstrado ocorre com o trabalho interdisciplinar e intersetorial, que ganham outro sentido a partir da noção de que cada especialista, categoria profissional ou tradicional detém habilidades em relação à mobilização de determinado número e qualidade de atuantes e que o médico de família, por seu papel hoje central nas equipes de SF, deve ter a habilidade de orquestração destes, bem como a humildade de compreender quando atuantes não-biomédicos são necessários.

Capítulo 4 – Competência Cultural ou Mobilização de Coletivos?

Uma das motivações principais que movem este estudo é a de refletir sobre uma pergunta que tanto os profissionais de saúde e quanto a população formulam, embora com diferenças importantes, e de forma especial nos últimos anos. Esse questionamento nasce da constatação das enormes diferenças (simbólicas e materiais, ou ainda, culturais) entre as pessoas e grupos humanos pelo mundo e do impacto desta variedade na saúde. Esta pergunta é formulada pelos profissionais de APS e por parte dos gestores da seguinte forma: “Como cuidar da saúde com *competência cultural*?”. Parte do que foi discutido até aqui, como a idéia de que o trabalho das equipes de APS passa pela mobilização de coletivos - tomando termo emprestado de Latour (2001) – tanto em seus aspectos clínicos, como no trabalho de territorialização e atenção domiciliar, teve a intenção de gerar outro olhar sobre alguns aspectos desta política de saúde, instruído por saberes e técnicas da antropologia. O que me proponho neste capítulo é aprofundar, a partir dos casos descritos e de outros dados que apresentarei, a discussão mais específica sobre o que são estas diferenças, conceitos de cultura, competência, representações simbólicas e modelos explicativos. A partir da visão atualmente dominante no setor saúde e que é impactada de forma importante pelas idéias de Kleinman (1988, 2006) pretendo visualizar alternativas a certas limitações identificadas em campo, e construir alternativas utilizando idéias de outros autores.

Para ajudar a atingir este objetivo iniciarei novamente a partir de relatos de situações vivenciadas na APS. A primeira situação ocorreu dentro da própria unidade de saúde, entre os profissionais em um momento imediatamente após um atendimento de odontológico. O profissional desta área que, como vimos, não é membro da equipe básica que trabalha diariamente no local, mas um apoio periódico (2 ou 3 vezes por semana na unidade), procura-me para conversar sobre uma criança que atendera. Segundo ele, as condições de saúde bucal desta eram precárias e as suas tentativas de negociar condutas para modificá-la com os familiares não obtiveram resultados. Nesta idade, segundo o profissional, a escovação

dentária deve ser supervisionada e ele “até havia sido flexível”, acordando pelo menos uma escovação diária com os pais da criança e orientando mudanças alimentares (menos doces e farináceos). Entretanto, este profissional notara que não havia mudança nos hábitos sugeridos (nem no número de cáries). Questionava-me, com ar de quem não acredita muito em saídas, mas cobrava uma atitude perante o caso por parte da equipe. Trocamos informações sobre a situação da família - que é considerada uma “família de risco” pelo acúmulo de situações e fatores de risco para doenças encontradas pela equipe - sobre a área em que mora e sobre outros episódios de dificuldades de se criar um acordo com os familiares sobre a melhor forma de lidar com os problemas trazidos por eles e pelos que a equipe identificava. Ficava claro naquele instante que entendíamos que a comunicação entre ambos (família e equipe) não era boa e que não sabíamos o que fazer no momento para melhorá-la. Aquele parecia ser “um destes casos de dificuldades culturais”. Em outros países, talvez teríamos mobilizado um antropólogo do sistema de saúde para auxiliar nas relações com a família.

O segundo caso é de um senhor aproximadamente 60 anos, que progressivamente viera notando diminuição da força do jato miccional, aumento do número de vezes que necessitava acordar à noite para urinar e sensação que “não esvaziava completamente a bexiga” neste ato. Havia sido diagnosticada uma hiperplasia benigna da próstata⁵⁴ e recebido do especialista medicação de uso oral para o transtorno. Esta pessoa (que chamarei de Sr. L.) vivera toda sua vida como lenhador em matas de reflorestamento, morando grande parte do tempo, como me explicou em uma ocasião, em acampamentos improvisados, semi-nômades, prestando serviços com machados e, mais tarde, com motos-serra. Como evidentemente não enriquecera nesta prática, não tinha dinheiro para comprar a medicação, o que parece ter passado despercebido ao especialista⁵⁵ que, pela própria forma de organização do sistema quanto a

⁵⁴ Aumento de volume deste órgão, bastante comum em idosos. Muitas vezes é leve e sem muita gravidade, mas pode levar à obstrução total da uretra, canal da urina que passa por ele, ocasionando complicações que podem ser graves e até fatais.

⁵⁵ Como já vimos, mais do que “a natureza” do especialista, parece ser a distância e o tipo de coletivo em que está engajado que o faz muitas vezes ser inadequado como médico de APS,

atendimentos especializados, o atendera uma única vez, em um hospital distante de sua realidade, em outro município. Nestes casos, de forma simplificada, costuma-se reavaliar os sintomas em alguns meses e se não há melhora (ou há piora), o tratamento cirúrgico é considerado. Esta parece ter sido a orientação corretamente realizada por este profissional. O Sr. L., no entanto, não retornou ao especialista, não comprou a medicação nem a solicitou (mediante processo especial que está disponível gratuitamente em todos postos de saúde) ao governo estadual e acabou sofrendo uma obstrução total urinária, necessitando pedir ajuda em um serviço de emergência onde foi colocado uma sonda ⁵⁶ para retomada das funções urinárias e orientado que procurasse seu médico o mais rápido possível.

Nova espera longa se fez até a próxima intercorrência, quando a sonda vesical, que já deveria ter sido trocada há pelo menos duas semanas, facilitou a proliferação e ascensão de germes, gerando uma infecção urinária. O paciente apresentava-se com febre, calafrios, dor, urina de odor fétido e aspecto purulento. Novamente, não havia procurado o urologista (nem outro médico) e não trocara a sonda no prazo orientado. Chegou com estes sintomas e alguns familiares, poucos minutos antes do final de um dia de trabalho, no posto de saúde, desprezando as conhecidas regras de agendamento de consultas e distribuição de fichas. Seus familiares exigiam vivamente (e um pouco grosseiramente) a troca da sonda, exames, remédios, oxigênio e se mostravam em estado de grande agitação. Segundo eles, quando questionados, não havia sido possível trazê-lo antes por dificuldades de arranjar automóvel, o que foi desmentido pela ACS posteriormente. Procurando não me envolver em possíveis intrigas de vizinhança entre estas ofereci o tratamento adequado do ponto de vista médico para infecção urinária (antibióticos e analgésicos/antitérmicos), realizei a troca da sonda e orientei o retorno agendado para que estabelecêssemos um plano de ação com mais calma, após passado o momento de maior emergência. A hipótese de internação hospitalar, no

assim como o mesmo pode ocorrer no sentido inverso como o médico de família em casos que necessitam alta complexidade.

⁵⁶ Um sonda vesical é um equipamento simples que consiste em um longo cilindro oco de borracha que, introduzido pela uretra comunica a bexiga ao meio externo, sendo a urina coletada armazenada em uma bolsa plástica especialmente desenhada para este fim. No caso usou-se sonda Foley, “de demora”, que pode ser trocada mensalmente.

momento recusada pelo paciente e sua família, ficou como alternativa caso não houvesse melhora nas próximas horas.

No dia combinado, o paciente e um familiar vêm à consulta e se mostram muito mais calmos, relatando melhora dos sintomas. Trazem exames realizados que comprovam não se tratar de doença maligna e dizem-se dispostos a levar o tratamento até o final, mas que o senhor L. era “muito teimoso” e davam a entender, por linguagem não-verbal, que não seria fácil um acordo. Procurei então saber mais sobre esta “teimosia”, mas não consegui evoluir muito com os familiares. O Sr. L., entretanto, concordava com tudo e assumia uma postura completamente passiva e reservada em minha frente, não dando a entender por nenhum momento que tinha alguma opinião diferente sobre o assunto. Quando questionado diretamente sobre o que pensava, negava qualquer objeção ou apresentava dúvidas ou sugestões.

Muitos encontros foram realizados em momentos de novas infecções e trocas de sonda, posteriormente, e não houve “adesão” aos medicamentos, aos exames solicitados, nem aos novos encaminhamentos ao urologista, apesar da contínua concordância do paciente e familiares em fazê-lo. Em outra situação o Sr. L. havia tentado retirar ele mesmo em casa a sonda (provavelmente rompendo ou já estando rompido) o balão de ar intravesical que a posiciona corretamente e constatara sua incapacidade de urinar sem ela (obstrução total). A partir disso, combinei com a enfermagem e a ACS da região uma visita a sua casa, com o pretexto de que iríamos visitar um vizinho (que realmente necessitava de atenção domiciliar). A visita foi aceita e chegamos à sua casa num final de tarde. A construção era bastante simples, mista de material e madeira, com linda vista para um amplo vale costeado por morros cheios de acácias e eucaliptos cultivados para posteriormente ser transformados em lenha. Alguns de seus parentes da nova geração (filhos e genros) seguiam sua atividade de lenhador e trabalhavam nas terras ao redor, arrendadas.

Fomos recebidos na sala de entrada, após driblarmos um cachorro muito agressivo, e convidados a sentar. Minha disposição principal era para, mais do que uma avaliação clínica, propiciar um ambiente mais confortável para que ele pudesse falar, já que evidentemente, pelo desenvolvimento do

caso, havia muito a ser dito e não estava sendo feito na unidade de saúde. Parecia a nós, da equipe, incrível e até irracional que alguém “em sã consciência” preferisse ficar com uma desconfortável sonda vesical de demora, sofrendo vazamentos de urina e infecções freqüentes, tendo a cura relativamente fácil⁵⁷ e gratuita à sua frente. Este era um caso que, do ponto de vista médico, não apresentava dúvidas de que o desconforto e a virtual ausência de possibilidade de cura espontânea ou medicamentosa compensavam os mínimos riscos do procedimento cirúrgico de porte pequeno. Nestes casos é necessário ir devagar e iniciei - apesar de minha curiosidade e certa irritação que me causava o caso - do papel que tradicionalmente se espera do médico (ou para me sentir mais seguro antes de entrar em terreno desconhecido?): evoluindo os sintomas desde o último contato, examinando o paciente e revisando as medicações que estava (ou não) tomando.

Naquele dia, apresentava intensa dor na saída da uretra e evidente processo inflamatório no genital. A sonda mais grossa que fora possível passar, não evitava vazamentos, o que nos fazia questionar a real necessidade de seu uso e a veracidade de sua história previa de obstrução total. Os familiares relatavam que ele manipulava muito a sonda, não a deixando parada e atribuíam a isto os vazamentos. O cheiro de urina era forte e aumentava a sensação de que seria impossível alguém preferir continuar naquela situação. Apesar disso, o Sr. L. parecia muito satisfeito com nossa visita e com a mobilização de filhos(as) que ela trouxera. Após encaminhada a parte mais estritamente clínica, revisei os acontecimentos desde a primeira consulta com ele e questionei o Sr. L. sobre como ele via a sua história e o que ele esperava daqui para frente da equipe de saúde e de sua família.

Ele, como se já esperasse esta pergunta e com ar completamente diferente do que apresentava na unidade de saúde, mais tranquilo e seguro de si, começa a relatar a história de vida de seu pai, com grande lentidão, como se cada frase lhe desse grande prazer. Com o olhar longe, nas

⁵⁷ Hoje em dia, a cirurgia da hiperplasia de próstata pode ser feita de forma endoscópica, sem necessidade de anestesia geral, por via transuretral (portanto sem incisões), relativamente sem complicações.

montanhas, através do vão da porta aberta, ele me relatou como seu pai adoecera “da mesma coisa” e como fora ficando cada vez mais parado em casa. Ele havia cuidado do pai em seus últimos anos e, com forte sentimento, contava que quando o pai queria um chimarrão, ele o cevava e levava em sua mão, assim como a comida e a atenção de filho. Os filhos escutavam impacientes este relato, como se algo os incomodasse, seja porque já haviam ouvido aquela história (que parecia querer ser também uma lição para eles) diversas vezes, seja porque achavam que o pai tardava muito a concluí-la, alongando-se muito nos detalhes e roubando o “tempo sempre curto do médico”.

Eu tinha certeza de que ali estava algo importante e demorei um pouco a descobrir, necessitando conversar mais com alguns filhos para enfim começar a compreender. O que o Sr. L. talvez quisesse - e que, para tanto, o desconforto de uma sonda parecia compensar ou até mesmo ser fator necessário - era repetir a história, recebendo em pagamento pelos filhos um dom que oferecera ao pai. Este pelo que foi descrito, provavelmente não tinha hiperplasia de próstata, mas um câncer neste órgão, o que provavelmente também exigiu que usasse sonda mas que, ao contrário do caso atual, tem uma evolução muito mais rápida (especialmente se avançado quando descoberto) e grave. O Sr. L., entretanto, mesmo informado que, pelos exames, não parecia ter uma doença grave nem que aquele mal o levaria rapidamente à morte como o pai (ao menos não se continuasse a usar sonda e tratar as complicações), não parecia disposto a mover um só milímetro em direção ao que seria a resolução do problema do ponto de vista médico. Claramente queria atenção dos filhos, o que não conseguia na medida desejada apesar de tudo, e contentava-se plenamente com tratamentos paliativos e sintomáticos, sendo tudo o que parecia exigir do sistema de saúde. Nenhuma sombra de medo da cirurgia, crenças mágicas ou interferências outras. Dizia ainda que sempre vivera nos matos, acampando aqui e ali, como o pai, e que era muito forte quando jovem. Isso, para ele, parecia justificar sua postura perante a doença, como se explicasse talvez em função de sua bravura, sua postura. Contou-me como derrubava o dia todo árvores com machados, antes que viessem as motos-serra. Segundo ele os mais novos não sabiam usar bem um machado. Entretanto

todos estes relatos não tinham a mesma força, intensidade e brilho no olhar, tendo que ser mais ou menos induzidas de minha parte. Voltou duas ou três vezes ao relato inicial, sem acrescentar novos detalhes, ressaltando o ato de que como filho, sempre que o pai queria, fazia e servia o chimarrão em sua mão, nos seus últimos dias.

Ao abordar os filhos naquele e em outros momentos e tentar sentir como eles ouviam aquele apelo, a distância sempre era demarcada e não foi nada fácil mobiliza-los para uma mudança de atitude perante o pai, o que talvez resolvesse a questão, não necessitando mais (o que pareciam ser subterfúgios) da sonda e da doença. Mas talvez as coisas não fossem tão simples assim, havendo toda uma história de vida em família e um mundo de relacionamentos a que eu só arranhara a superfície. Minhas tentativas posteriores de aprofundar o entendimento no relacionamentos familiares demonstraram que ele sempre fora um pai distante, um tanto agressivo. Talvez os filhos fossem muito ocupados, ou apresentassem somente a freqüente dificuldade de colocar-se no lugar dos mais velhos. Talvez não sentissem a obrigação de uma repetição cíclica de retribuição de um dom que, em todo caso, não havia sido para eles. Talvez ainda pressentissem a descontinuidade do ciclo no temperamento de seus próprios filhos, ou ainda que algo fora perdido na mudança de tipo de vida (e com a chegada das motos-serra) não mais semi-nômade e precária de outros apoios que não as relações interpessoais.

Provavelmente nunca fique sabendo, pois após mais algumas sondas e antibióticos o paciente mudou-se para a casa de outra filha (“melhor de vida” e mais próxima de recursos, segundo os irmãos, já que vivia numa cidade maior) e perdi contato. É possível que o início de minha investigação por aspectos não tão estritamente médicos tenha influenciado esta decisão. Pelo que os filhos me informaram o Sr. L. continuava a usar sondas e a recusar os procedimentos curativos oferecidos. Lá julgavam que ele estava melhor cuidado entretanto e continuavam a se queixar de sua teimosia e necessidade de atenção.

É justamente esta indefinição que me parece importante quando procuro pensar em competência cultural, pois provavelmente nunca cumprimos completamente a tarefa recomendada pela antropologia médica

usual: não é possível na maioria das vezes (e a antropologia pós-moderna está aí para nos lembrar o tempo todo) adquirirmos competência total sobre os significados para o outro. Mesmo quando achamos que a comunicação foi ótima e estamos ao menos bastante perto, não há saída automática do que fazer com isso que construímos ou captamos, no processo terapêutico. A ciência não foi construída para ser tão flexível e o que os profissionais de saúde na maioria das vezes tem a fazer é continuar insistindo, talvez negociando opções com mais brandura, ou ainda manipulando os dados obtidos para convencer o paciente a fazer “o que é correto”. Essa sensação de dupla impotência (de acessar significados e de ter o que fazer com eles) é que, em minha opinião, afasta grande parte dos profissionais de saúde de lidar com este nível de questões, que parece a maioria deles muito abstrato, incerto e até perigoso.

Opto a seguir por revisar como diferentes conceitos de cultura geram diferentes visões de competência cultural e posturas em campo, para após propor uma forma de lidar com esta necessidade de saúde, que é lidar com a variedade, de forma menos assustadora.

4.1 Concepções de Cultura e Competência Cultural no Sistema de Saúde

O termo cultura tem uma história relativamente curta mas intensamente fértil em interpretações⁵⁸. Langdon (2005) nos fala um pouco, a partir de vários exemplos de encontros interculturais de sistemas de saúde, nas diferentes noções de cultura encontradas. Um pouco como ela, procurarei pensar nestas diferenças a partir da prática estudada. Esta discussão será útil mais adiante quando retomarei os casos estudados acima para completar minha discussão sobre “competência cultural”.

Noções *evolucionistas* do termo, por exemplo, tendem a transformar as diferenças em distância temporal, como nos mostra DaMatta (1981), estabelecendo estágios de humanidade, como no final do século XIX⁵⁹, que podem perigosamente gerar níveis diferentes de valor para o humano. A partir do pressuposto de que as sociedades devem ser comparadas entre si através de seus costumes (definidos por um olhar externo), poderia-se criar uma linha única (ou múltipla no caso dos *neo-evolucionistas*⁶⁰) onde os grupos humanos seguiriam desenvolvendo-se de forma determinista. Exemplo disto na área da saúde pode ser encontrado nas posturas que procuram “modernizar” as condições de vida e saúde de grupos populacionais como certas campanhas educativas verticalizadas. Nos exemplos que estudamos, uma postura facilmente encontrável seria a de que rechaça qualquer envolvimento não-biomédico no processo saúde-doença como resquício (ou sobrevivência como diriam os evolucionistas) de crenças atrasadas, pré-rationais como sinônimo de pré- ou não-científicas. Seria fácil, por exemplo, taxar a recusa a uma cirurgia como a da próstata como resultado de irracionalidade, atraso ou ignorância.

⁵⁸ Não importa aqui uma ampla revisão da história destes termos nem de todos os múltiplos nuances interpretativos que foram e vem sendo motivo de discussão na área, mas como alguns deles podem ser percebidos em campo e como isto influi as questões que procuro estudar aqui. Para uma maior revisão da história da antropologia e de suas correntes, ver Stocking Jr (2004) , Kuper (1973) e Eriksen e Nielsen (2007).

⁵⁹ Morgan (1877 apud Castro, 2005) e Tylor (1871 apud Castro, 2005) sugeriam a divisão dos grupos humanos em estágios de acordo com achados de sua “cultura” material e simbólica. Um exemplo de classificação seria a que dividiria uma humanidade homogênea em relação a outros fatores como raça em três estágios – selvageria, barbárie e civilização.

⁶⁰ Ver White (1959) e Steward (1955) por exemplo.

Uma frase de uma auxiliar de enfermagem representa bem esta diferença percebida e valorizada como evolutiva. Ao comentarmos sobre como eram comuns casos de medo de se limpar adequadamente o umbigo em certas regiões, tanto em adultos quanto em crianças, produzindo por vezes aspecto a determinados olhos de sujeira (e às vezes até mesmo micoses), ela exclama: “_ Umbigo é crendice, doutor”. Ao questionar o que ela quis dizer com isso percebi que ela considerava que o umbigo é tabu para muitas pessoas, uma parte do corpo mais vulnerável e que, portanto, não deve ser muito mexida, pois há riscos inclusive de acesso ao interior do corpo, comunicação interior-exterior.

O fato é que no termo “crendice” há a idéia de diferentes valores, para saberes diversos. Enquanto os outros crêem, nós sabemos. Enquanto os outros têm mitos, formas imperfeitas de saber, nós temos ciência, conhecimento da realidade, sendo um o estágio incompleto e infantil do outro. Da mesma forma, no exemplo das visões produzidas pela magia e controladas pela religião, o envolvimento entre profissionais da saúde e pastores, pais-de-santo ou outro recurso religioso ou místico, é em geral mal visto como não-científico e inapropriado, pelos pares, embora muitos profissionais de saúde (assim como cientistas em geral) compartilhem a idéia de que a ciência não basta muitas vezes (seja para resolver problemas pontuais ou para dar sentido amplo à existência). Desta postura podem se extrair normas de comportamento profissional do tipo “modernizador” e “destruidor de mitos”, frequentemente encontrados tanto em profissionais planejadores como na população em geral que, muitas vezes, clamam por evolução, vontade esta rapidamente identificada e canalizada por vários ramos da indústria e comércio para formas de consumo de produtos e serviços. Estes setores, pressionados também pelas próprias leis de competição e regulação que se auto-inflingem com maior ou menor grau de participação, acabam por necessitar se aproveitar de (e assim continuar alimentando) certa confusão entre a idéia de evolução e progresso como algo “quanto mais melhor” e entre conhecimento, técnica e sabedoria. Evidentemente, ao refutar certa forma de perceber evolução, não quer dizer que não possamos nem devemos mais fazer comparações entre saberes e práticas, nem que exista a possibilidade de melhoramentos nas vidas dos

povos, em especial no caso em que analisamos, de saúde. Entretanto, a experiência histórica nos tem demonstrado como não devemos aceitar de forma irrestrita e descuidada qualquer forma de evolucionismo e uma visão por demais confiante em um “progresso” único da humanidade, por exemplo através da “modernização” dos conhecimentos sócio-técnicos.

Competência cultural nestes casos pode facilmente ser percebido como a ação de um ser (ou saber) mais “evoluído” perante outros mais “atrasados”. A conclusão lógica desta atitude (tão possível de ser caracterizada como crença do que qualquer outra) é a de que os outros saberes devem ser eliminados se possível, ou ao menos reprimidos, sendo somente mobilizados quando necessários “para facilitar o entendimento” (e sedução muitas vezes) da Verdade. Esta Verdade, com “V” maiúsculo, só acessível por determinada técnica e saberes mais “civilizados”. A própria idéia de “competência” pressupõe de assimetria entre os que a têm e os que são objeto de sua ação. Quem tem competência sobre a cultura do outro parece não possuir cultura, ou ao menos não de forma igual. Neste modelo, assim como em outros que veremos a seguir, não há espaço para visualizar a ciência como um aspecto cultural particular, embora difundido cada vez mais universalmente, em especial no último século. Por outro lado ela permite certa mobilidade do conceito que não ocorre em outras visões, mesmo que só para seguir um único caminho: aquele percorrido pelas culturas “civilizadas”, mais evoluídas, em resumo a forma de vida ocidental dos países do atlântico norte, ou países capitalistas centrais.

Além desta visão evolucionista, outra postura perante as diferenças que podemos encontrar é o que poderia ser identificado como *funcionalista*. Quando na reunião de planejamento da SMS, já descrita, o grupo responsável pelo encaminhamento da prioridade “alcoolismo”, eleita em fórum aberto na comunidade, fica em dúvida do quanto se pode ou deve interferir com o consumo de chope enquanto manifestação cultural, o quanto este deve estar vinculado às atividades turísticas da cidade. Parece-me que na verdade o que se temia era de uma desorganização social a partir da desestabilização de um aspecto da cultura.

Esta visão, representada na antropologia pela obra de Malinowsky (1975), entre outros, não parte do princípio de que outras culturas são

necessariamente piores ou menos racionais que a nossa, mas que todos os elementos encontrados nesta desempenham um papel funcional importantíssimo e que a nós pode ou não ser acessível. Neste caso a família seria uma manifestação cultural da necessidade básica de reprodução e cuidado, a magia e os mitos formas de lidar com a ansiedade e os medos, etc. Ou, em uma visão mais radcliffe-browniana, ou *estrutural-funcionalista* (Radcliffe-Brown, 1973), as funções não seriam intenções diretas, mas sustentáculos da estrutura social, devendo, por exemplo, a magia ser estudada não do ponto de vista psicológico, mas sociológico, enquanto produtor de relações sociais.

Desta forma, o consumo de chope deve ter um papel nesta cultura, uma função. Alterar este aspecto cultural, através de políticas públicas pode ter conseqüências não facilmente previsíveis, tais como o desestímulo à manutenção da identidade alemã (assim como várias outras que “se perderam”), alteração nas relações sociais que se organizam em grande parte em torno do consumo de bebidas, até a diminuição dos rendimentos desta comunidade através do turismo e dos eventos que fazem uso da distribuição de bebidas para atrair visitantes. Por outro lado, os momentos em que a discussão da equipe tendia para o outro lado, que considerava este “elemento da cultura” como algo negativo, nocivo à sociedade, altera-lo só traria benefícios à estrutura social, melhorando índices de acidentes, violência, desarmonia familiar, faltas ao trabalho. Portanto, a manifestação cultural seria ora expressão, ora produtora da estrutura social subjacente e existiria em função de reproduzi-la ou deteriorá-la.

Caso este elemento ou hábito fosse ainda relacionado com o que mencionou um colega médico “que o alemão é um povo de basal deprimido”, poderíamos estar diante de um outro tipo de visão em relação à cultura, representado na história da antropologia pela escola “*Cultura e Personalidade*”. Nesta forma de pensar, presente nas obras de discípulos de Boas (2009), como Margaret Mead (1971) e Ruth Benedict (1934), entre outros, tenta-se interpretar a cultura em termos psicológicos, tendo sofrido influência de Sigmund Freud e Nietzsche, no que se supõe sejam traços básicos de personalidade. Neste caso, o que o colega destaca, baseado talvez nos relativamente altos índices de depressão e suicídio que por algum

tempo ocorreram no local (e hoje parecem estar em declínio) não seriam resultado de nenhuma necessidade estrutural básica (excesso de pessoas, ou falta de alimento) gerada pela crise das décadas anteriores ou pela migração. Também não seria característica do estágio evolutivo mais ou menos civilizado que aquela comunidade estava, mas uma característica daquele povo, que teria tendências apolíneas mais do que dionisíacas e, estas, seriam aproximadamente o somatório das personalidades individuais.

Outra interpretação de cultura, que se alinha com a visão *materialista* de M. Harris (1978), poderia argumentar que se algo está presente em uma cultura, deriva de uma necessidade ecológica material e brota de uma infraestrutura determinada para só posteriormente impregnar-se de significado. Assim poderíamos pensar que se há muito uso de álcool, isso se deve às baixas temperaturas da região, ou do local onde habitavam os ancestrais destas pessoas. Isso poderia levar à resolução de que aqui não sendo tão frio quanto lá, não há nenhum problema em alterar o costume como a postura contrária, que vê certa necessidade de manter o hábito para que não se perca um equilíbrio sócio-ecológico.

A “competência cultural” que se espera encontrar como “característica derivada da APS” (Starfield, 2002) deve, conforme estes modelos, ora tentar compreender o papel que a manifestação de doença tem em relação à estrutura, à função, ao meio ecológico ou à personalidade básica daquele povo ou subgrupo populacional. Estas correntes de pensamento, embora úteis, estas idéias, especialmente analisadas isoladamente, não dão conta da realidade observada nos exemplos. Não há, de igual forma, caminhos para a resolução dos problemas “automaticamente” ao serem percebidos como tal através destas teorias, como vimos nos casos relatados, ficando sempre uma impressão de “e agora, o que fazer?”, após o trabalho de confronto das diferentes formas de se perceber as diferenças enquanto “diferenças culturais”. Creio que alguns avanços mais recentes da antropologia e filosofia devem ser mobilizados para enriquecer estas reflexões e olhares da prática e, talvez, nos ajudem a criar novas alternativas de encarar esta discussão que vem sendo travada tanto na saúde pública quanto na antropologia.

Levando, portanto, mais adiante a história da antropologia, do conceito de cultura e como eles parecem estar presentes em episódios e

pensamentos correntes do sistema de saúde local, podemos levar adiante a escola *estruturalista* (cujo ícone é Lévi-Strauss, 1970 e 1976) até os esquemas de Laplantine (1991). Este autor propõe, com o título sugestivo⁶¹ de “As Formas Elementares da Doença” e “As Formas Elementares da Cura”, um mapeamento tipicamente estruturalista de “modelos etiológicos e terapêuticos” em diferentes culturas. Certamente podemos encontrar se procurarmos (às vezes necessitando certo empurrãozinho do observador) os modelos exógenos e endógenos, aditivos e subtrativos, exorcistas e adorcistas, sedativos e excitativos. Eles também serão úteis em momentos que percebermos diferenças importantes entre os envolvidos no processo de cuidado da saúde, evitando conflitos de visões improdutivos.

⁶¹ Segundo Louis-Vicent Thomas, que escreve o prefácio da obra de Laplantine, “Outra idéia mestra que anima continuamente este belo livro reside no esforço constante de classificar as *formas elementares da doença* a fim de construir modelos teóricos situados a meio caminho entre as tipologias à Forster ou à Murdock e as estruturas formais e operatórias buscadas por Claude Lévi-Strauss.” (p. 6)

Tendência predominante na forma de pensar “cultura”	Resumo ultra-simplificado e atitudes encontradas na saúde
Evolucionista (e neo-evolucionistas)	Culturas alinhadas temporalmente. Tendência a “modernizar” os outros a partir de nossos critérios.
Funcionalista (e Estrutural-Funcionalista)	Cultura predominantemente como algo utilitário em função de necessidades naturais ou para o bem estar social. Como estes objetivos são melhor alcançados pela ciência, as relações continuam assimétricas.
Estruturalista	Cultura como projeção de estruturas cerebrais universais que podem ser mapeadas comparativamente. Basta harmonizar as formas elementares entre profissionais e a população.
Interpretativa	Os problemas entre culturas se resumem a diferentes “modelos explicativos”. A tarefa da equipe é desvendá-los e criar acordos aceitáveis.
Materialista	As manifestações culturais são fruto de necessidades ecológicas e sua dimensão simbólica é simplesmente derivada das características de uma infra-estrutura. Mudadas as condições materiais, perdem sentido.
“Pós-modernas”	Incomensurabilidade, fragmentação, gerando certa imobilidade no sentido de lidar com questões culturais.

Quadro 4 - Simplificação das formas de se pensar cultura identificadas em campo.

Nesta mesma linha de confronto de modelos, mas em um nível não-estrutural, mas simbólico, está a corrente que atualmente parece ter mais

força junto à APS. Aparentemente, bastante calcada na corrente hermenêutica ou interpretativa (da qual Clifford Geertz é o grande nome), esta linha de pensamento procura ver as diversas manifestações culturais como textos a serem lidos, discursos sobre si e sobre o mundo, representados para si e para os outros. As culturas, para Geertz, apoiando-se em Max Weber (Geertz, 1978), seriam redes de significados que foram tecidas (e que continuamos a tecer) e onde nos enredamos ao longo de nossas vidas. O papel do antropólogo, e dos profissionais que procurem trabalhar com estas diferenças, seria então o de realizar descrições densas dos fenômenos culturais observados, buscando interpretar o que as pessoas estão dizendo a partir destes.

Munidos destas descrições e seus significados, o profissional de saúde, por exemplo, teria acesso a “modelos explicativos” de doença (Kleinman, 1988). Estes modelos seriam a chave para destravar a porta fechada entre a experiência de *enfermidade (illness)* vivido pelos pacientes e seus próximos e da *doença (disease)*, como compreendida pelos médicos e outros profissionais da saúde. (Kleinman, 1988; Helman, 1994). Esta diferença interpretativa seria a causa de muitas das grandes inadequações e falhas do sistema de saúde e, portanto, devendo ser corrigida. Kleinman sugere para tal, o treinamento dos profissionais de saúde no que chama de “mini-etnografia”. Esta referência a forma de trabalho principal dos antropólogos, seria baseada em seis passos (Kleinman e Benson, 2006) onde o profissional ou equipe deve identificar: a etnicidade ou identidade diferencial; qual o ponto principal neste processo específico de adoecimento para o paciente e sua família; estresses psicossociais que estejam influenciando o conjunto; influências das diferenças culturais nas relações pessoais entre profissionais e pacientes/ famílias; e, por fim, problemas da própria abordagem de competência cultural.

Esta abordagem traz grande avanço nas relações entre o sistema de saúde e as pessoas que o utilizam, pois permite avançar na compreensão de que também a ciência é um sistema cultural e representa nestes contatos uma determinada cultura.

A biomedicina, então, é uma etnomedicina, embora bastante peculiar. Ao afirmar isto, nós não negamos uma conexão com a natureza. A biomedicina e outros sistemas sócio-culturais reconstróem continuamente a natureza, incluindo a natureza humana; mas a natureza limita reciprocamente o que pode ser feito dela. A biomedicina é portanto o produto de uma dialética entre natureza e cultura. (Hahn e Kleinman, 1983:306)⁶²

Abre-se assim, um caminho que não mais pressupõe totalmente um mundo neutro e onisciente da “ciência” perante outros saberes menores e imperfeitos para um contato entre saberes. Entretanto esta abertura permanece incompleta. O próprio Kleinman admite que “uma ênfase demasiada nas diferenças culturais podem levar à falsa idéia de que se nós pudermos simplesmente identificar as raízes culturais do problema, ele pode ser resolvido” (Kleinman, 2006: 1675) e associa a falta de evidências científicas da valor das abordagens atentas à competência cultural mais ao fato de não-haver avaliações rotineiras de custo-efetividade destas do que por uma falta de esforço em implantar tais estratégias na clínica (idem: 1673). Retomarei isto mais adiante, após continuarmos essa trajetória de escolas antropológicas e suas influências no trabalho com a saúde, buscando aprofundar algumas destas idéias em relação aos casos apresentados no início deste capítulo.

Recentemente a antropologia tem seguido tendências ditas *pós-modernas*, que tem afetado vários campos do saber humano. Nesta área, mais especificamente, tem-se ressaltado algumas características do pensamento contemporâneo para compensar certas deficiências históricas das escolas anteriores, o que tem gerado importantes reformulações das práticas e da escrita do antropólogo. Exemplos destas posturas são as que assumem relativa impossibilidade de se falar do outro, de se fazer generalizações, de certa inacessibilidade à natureza e à cultura, gerando uma aparente fragmentação do mundo. O antropólogo, potencialmente revisto como uma espécie de romancista e construtor do outro, tem portanto que buscar certos recursos, de forma bastante variada entre os autores, como as alternativas do hiperrealismo e da polifonia, que pressupõem uma

⁶² “Biomedicine, then, is an ethnomedicine, albeit a unique one. In making this claim we do not deny a natural connection. Biomedicine and other sociocultural systems continually remake nature, including human nature; but nature reciprocally constrains what can be made of it. Biomedicine is thus the product of a dialectic between culture and nature”.

autoridade dispersa e negociada, em contraste com as tendências predominantes no início da disciplina.

Estas tendências também podem ser sentidas no campo da saúde, embora de forma não tão forte, por exemplo quando observamos as discussões que não se ocupam exclusivamente da dita “competência cultural”, mas quando estudamos a evolução da participação dos usuários no sistema. Frequentemente uma sensação de desinteresse e incomunicabilidade brota das relações travadas nos conselhos de saúde, nas reuniões de comunidade. Algumas vezes a tendência à hipervalorização de saberes populares, de forma pouco crítica, também retrata esta época de incertezas em relação ao poder da ciência em se auto-afirmar perante outros saberes, embora evidentemente esta ainda tenha enorme peso sobre a sociedade e o efeito final da negociação entre saberes populares e científico seja ainda, na maioria dos lugares, claramente assimétrico. Um exemplo disto me parece poder ser encontrado em alguns defensores de práticas “alternativas” dentro do sistema de saúde oficial e da constatação de como é difícil encontrarmos um meio termo, como nos fala a OMS (WHO, 2002) entre um entusiasmo acrítico e um cepticismo desinformado. Assim, ora posturas totalizantes que buscam identificar completamente o Estado com a Ciência, ora aberturas que parecem exageradas por desprezarem os benefícios e a cautela que são atingidos pelas caminhadas epistemológicas “oficiais”, se alternam na construção destas políticas. Como não me proponho a seguir estas políticas, mas as de APS, não avançarei aqui esta análise, servindo apenas de exemplo. Em minha experiência na APS, contudo, algumas vezes a sensação de imobilidade perante “as crenças” e “a cultura” muitas vezes se alterna com o conhecido poder silenciador das ciências, como nos fala Nader (1996:12), de forma nem sempre explícita, como vimos no exemplo da reunião de planejamento da secretaria de saúde onde diversas posições se alternavam perante o fenômeno identificado como cultural.

4.2 Competência cultural?

Nesta seção, retomarei os relatos etnográficos dos encontros entre equipes e usuários descritos anteriormente, em especial os do início deste capítulo, agora instrumentado pela revisão de diferentes formas de entendermos cultura, para gerar uma reflexão mais aprofundada sobre a característica da APS definida como “competência cultural”, como vimos no capítulo inicial. Tentarei também identificar como, nos eventos estudados, estas idéias foram mobilizadas e farei sugestões a partir de alguns autores de como esta questão pode superar certos impasses que identificarei. Juntamente com idéia de “mobilização de coletivos”, exposta anteriormente e explorada tanto em situações de cuidado clínico, como no trabalho com territórios e na prática domiciliar, uma reflexão sobre a noção de “competência cultural” são os dois pontos principais deste trabalho. Procurarei não somente mostrar os pontos duvidosos ou “fracos” desta proposta, mas fazer proposições positivas para pensarmos outros caminhos possíveis a percorrer para uma maior adequação entre os sistemas de saúde e a grande diversidade em nosso país.

Partindo da situação que envolveu a odontologia, descrita no início deste capítulo, podemos aprofundar um pouco mais a forma como estas questões são vistas de um ponto de vista da equipe de saúde. Esta, conforme já mencionado, pode variar muito, de acordo com os atores e ocasiões, sua concepção de cultura e a forma de lidar com ela. Varia também a sua capacidade de deslocar seu olhar etnocêntrico e se perceber também como sistema cultural, o mesmo ocorrendo para os profissionais de saúde em relação as suas respectivas culturas. Entretanto, é clara a predominância, em especial por parte dos profissionais que mais tem contato com antropologia médica ou da saúde, de noções interpretativistas e simbólicas do processo saúde doença enquanto vivido culturalmente.

A partir desta visão predominante, podemos seguir a forma de lidar com a realidade destes atores no exemplo, sendo a cárie o problema fixo, exterior e as diversas interpretações (das pessoas que consultam o odontólogo, dos dentistas ou dos gestores e planejadores) derivariam deste

plano, mais ou menos como na figura 11. As diversas interpretações que ocorrem e são observadas pelo antropólogo derivariam de uma razão universal e seriam construções alternativas, cosmologias ou “visões de mundo” superpostas à realidade “real” natural. Desta forma de pensar, a antropologia estudaria de forma comparativa estas formas de ver o mundo, enquanto as ciências naturais, acessariam o “mundo real”, que equivale à natureza. A forma da biomedicina ver um determinado processo saúde-doença é chamado de *disease* (doença⁶³), por Kleinman (1988) e Helman (1994), enquanto o ponto de vista do leigo é denominado *illness*. O que parece ocorrer é que o ponto de vista biomédico se autoregula e é percebido tanto por seus praticantes como pelas pessoas que o utilizam como sendo mais objetivo que outras explicações. Este esforço objetivador acaba por produzir uma postura que é a de investigar primeiramente a “evidência física da enfermidade (*disease*)” como vimos na investigação das visões pela senhora diabética, o que termina por gerar uma idéia de que *disease* é sempre mais objetivo do que *illness*.

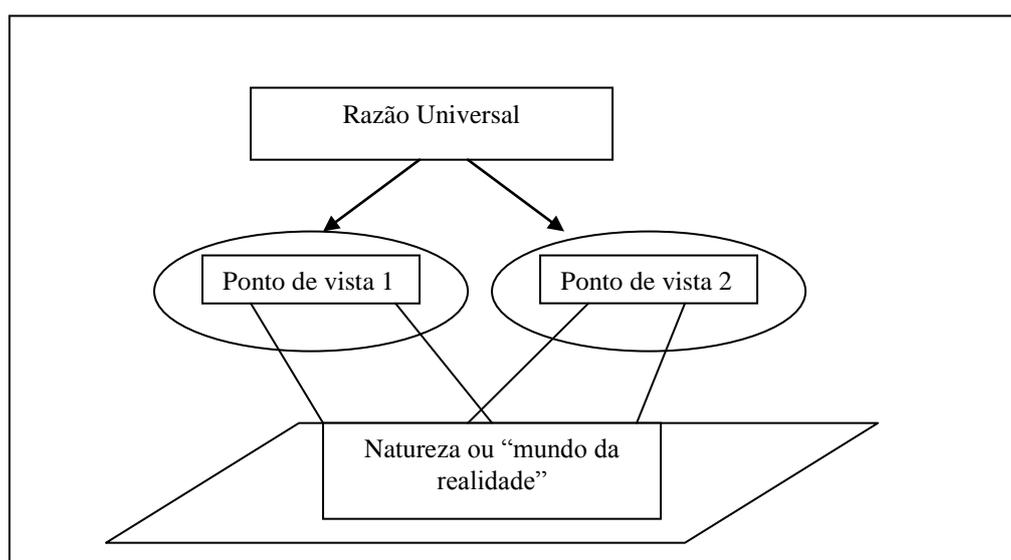


Figura 11 – Perspectiva de uma razão universal que considera as diferentes culturas como construções alternativas superpostas à “realidade” da natureza. Desta perspectiva, a antropologia estudaria as visões de mundo ou cosmologias enquanto caberia à ciência o estudo da natureza. (Ingold 2000:15)

⁶³ Não há termos exatos para *disease* e *illness* em português, ambos podendo ser explicados como doença ou enfermidade.

Desta forma, uma determinada visão do problema fixo *cárie* é concebida como um ponto de vista móvel (ou modelo explicativo, como diria Kleinman, 1988) que incide de uma forma ou outra sobre a realidade a partir de uma razão universal. Assim, facilmente um ponto de vista pode ser confrontado com outro e a cultura, passa a ser vista como o conjunto de elementos que determina e é determinada pelas visões de mundo. Uma consequência comum desta forma de pensar é o que nos fala Latour (2000: 300) e pode ser visto na figura 12. A suposição de muitos cientistas, e que está impregnando muitas vezes o senso-comum, é de que existe uma forma mais reta, mais correta, de se pensar a realidade (que derivaria de um uso não distorcido (representados pelas setas) da “razão universal” sobre a natureza real, ambas sendo fixas. A cultura, as diferenças entre gêneros, os preconceitos são mobilizados por esta forma de pensar para explicar “porque as pessoas desviam da forma correta de pensar”. Este apelo à forças externas só ocorreria quando se aceita, portanto, a posição dos cientistas que distingue crenças de conhecimento.

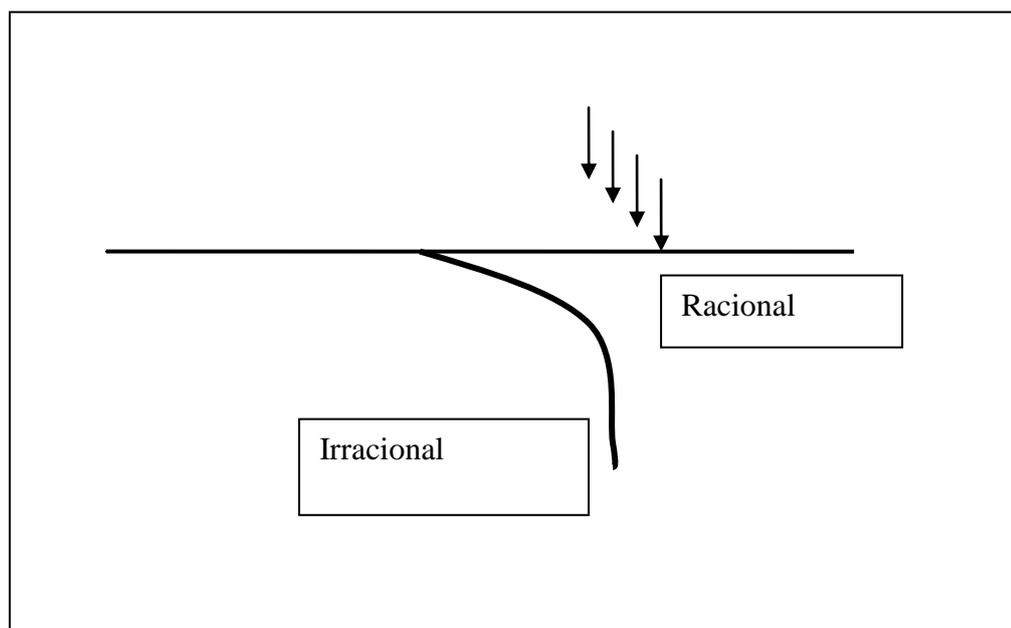


Figura 12 - Linha reta do pensamento científico, racional e o efeito desviante das crenças. (Latour 2000: 300).

Esta distinção é melhor esclarecida pelo que Latour (1994) chamou de “grandes divisões” geradas ao longo dos últimos séculos a partir da crença de que “nós ocidentais somos completamente diferentes dos outros”⁶⁴ (fig. 13). A primeira grande divisão interna, ocorreria quando acreditamos fazer a separação total entre natureza e sociedade. A segunda, quando afirmamos que somente nós fazemos isso, criando um fosso entre conhecimento e crença, ou seja, entre nossa forma de *conhecer* o mundo e as *crenças* dos outros. Desta forma, nossas sociedades seriam mais desenvolvidas por ter encontrado, em uma forma original de lidar com a realidade, um acesso diferenciado à verdade das coisas, purificadas de qualquer contaminação social ou cultural. Este acesso privilegiado seria fornecido pela metodologia científica. Neste sentido, competência cultural passa a ser a capacidade de quem tem conhecimento (linha reta da figura 12) em lidar com os fatores que fazem o pensamento dos outros desviarem (ação das flechas sobre a linha curva na mesma figura). O próprio termo “competência” parece carregar esta assimetria fundante do pensamento moderno e que impregna muitas vezes de forma arrogante a ciência.

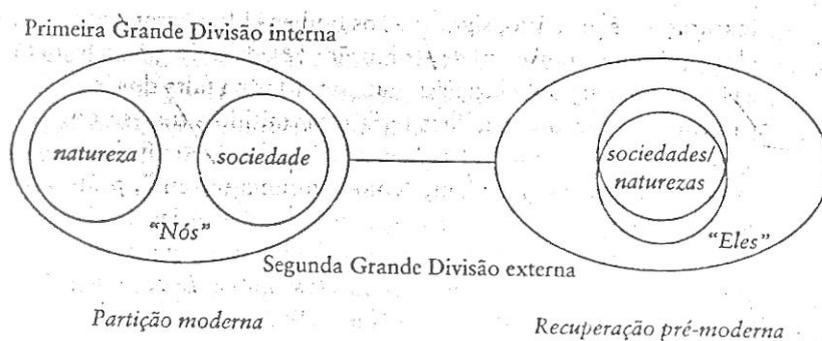


Figura 13 – Primeira e Segunda Grandes Divisões (Latour 1994: 98).

Caso a confusão entre natureza e sociedade que produz as diferentes crenças possa ser eliminado, o pensamento “naturalmente” correto das pessoas seria re-estabelecidos e os obstáculos à prática científica resolvidos. Esta visão que está impregnada de evolucionismo cultural e etnocentrismo

⁶⁴ “Os outros” aqui se refere em especial aos povos “exóticos” e “primitivos” estudados pelos antropólogos, mas também a toda e qualquer diferença ainda existente que gere resistência ao pensamento “ilustrado”.

aparece, por exemplo, em alguns movimentos de educação em saúde ao longo da história, em campanhas de “conscientização”, em ações autoritárias de higienização e saneamento como as descritas por Lyda (1994). Neste caso, o trabalho da equipe de saúde perante a situação de saúde bucal daquela família seria identificar quais fatores estão impedindo uma correta percepção da realidade (natureza = cárie) para removê-los e desimpedir o fluxo natural da razão universal (= ciência, = cultura biomédica).

Latour, ao descrever estas divisões, não sugere que devemos negar a existência de diferenças entre “nós” e “eles”, ou que não possamos em determinados momentos perceber através de uma óptica naturalista ou social aspectos da realidade. Importante situarmos esta discussão como desenvolvimento de seus estudos sobre as práticas científicas enquanto tentativa de contribuir para o fim das “guerras da ciência”. Se por um lado, diversos cientistas (em especial os que lidam com ciência “dura”), ao se defrontarem com a questão da ciência e sociedade tomam a postura de que o que é verdadeiro é explicado pela natureza e o que é falso é justificado pela influência da sociedade, outra corrente de pensadores (em especial os cientistas sociais) procura explicar os fatos como construções puramente sociais, sendo a natureza mais ou menos inacessível conforme as correntes seguidas. Esta questão, que está profundamente entrelaçada em discussões filosóficas a respeito da (in) capacidade humana de acessar a realidade, tem obviamente profundas repercussões epistemológicas e, como espero mostrar aqui, para a prática da “competência cultural” na política de APS.

A partir destes campos assimétricos de batalha, produzimos ao longo da História formas de relacionar as visões de mundo com a(s) realidade(s). A postura hegemônica em nossa sociedade é visualizar a natureza como algo fixo (como vimos no esquema de Ingold, acima) onde incidem as diferentes visões de mundo. Entretanto, como nos chama a atenção Latour, nossa cultura científica pressupõe ter acesso privilegiado à natureza, em um esquema de *universalismo particular* (figura 14), confundindo nossa visão de mundo (cultural) com a “natureza” e ambas com a “realidade”, realizando assim uma profunda separação entre nossa forma de viver e outras. Esta postura, em nosso caso, seria observada ao interpretar o problema cárie com um pólo natureza fixo e a explicação bacteriológica, de acidez bucal e

fermentação de carboidratos, por exemplo, com a linha reta da figura 12. Qualquer manifestação por parte do paciente em respeito à outras formas de ver o problema seria imediatamente deslocado como “crença”, e entendido como “desvio cultural”. Caberia à ciência explicar a natureza enquanto às outras formas de conhecimento, uma coincidência menor com esta ou mesmo um papel de obstáculo para um melhor saber. O papel da competência cultural seria de “educar” as pessoas a respeito de escovação, alimentação, tipos de anticéptico para “combater os germes”, etc. Esta relação estaria *diretamente* relacionada ao acesso privilegiado da realidade que determinada metodologia (derivada da purificação sociedade-natureza anteriormente vista e que tenderia a neutralizar interferências sociais sobre nosso acesso à verdade).

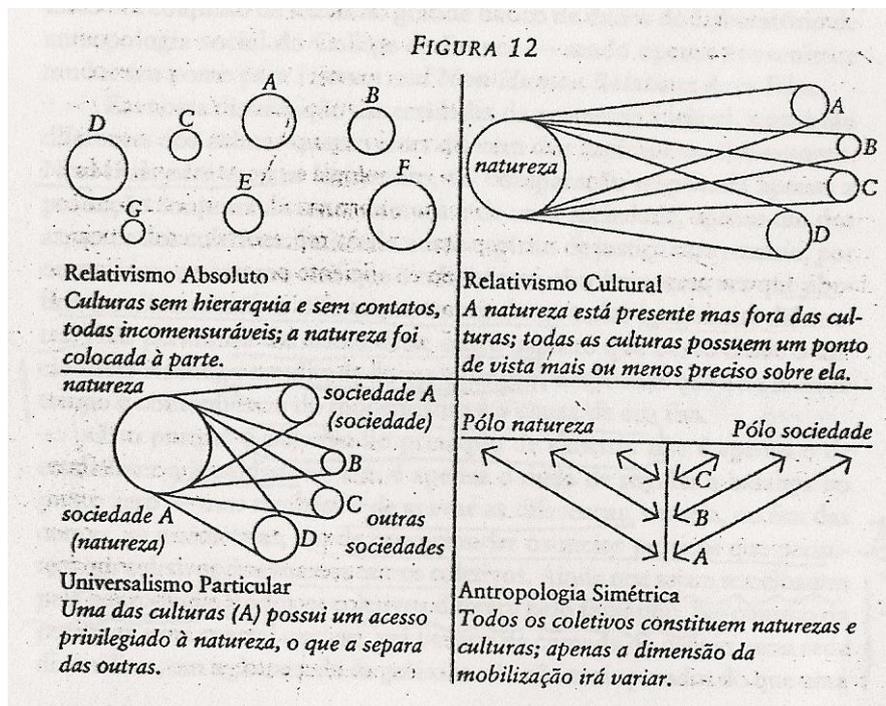


Figura 14 – Relações esquemáticas entre natureza e sociedade segundo Latour (1994: 103).

Isso não ocorreria somente em relação ao pólo natureza, mas também no modelo inverso, que procura as causas sociais dos fenômenos como forma de gerar certa simetria (que Latour chama de restrita em contraste com a generalizada que apresentarei a seguir) com a visão hegemônica apresentada. Neste caso, as explicações dos determinantes sociais do

problema tomam relevância sobre os biológicos e a cárie toma forma de consequência da pobreza, falta de acesso aos direitos básicos de cidadania como educação, alimentação saudável, materiais de limpeza pessoal. Mais ainda, é sublinhado o caráter cíclico do fenômeno onde a cárie gera problemas de alimentação e rendimento escolar, retroalimentando o processo social.

Note-se que nesta segunda visão, freqüente entre os sanitaristas, especialistas em saúde pública, epidemiologistas, cientistas sociais e militantes diversos, o fenômeno é visto pelo pólo sociedade e esta visão continua a apresentar-se como coincidindo com uma realidade fixa, externa ao observador e que não pode ser explicada totalmente pelo estudo do pólo oposto (no caso o dos biologicistas). Se há germes, alteração de pH, má higiene e alimentação é por que estes são fenômenos sociais. A linha reta segue lá, as explicações biológicas são desvios culturais que não se percebem como tal por não verem que as próprias idéias de higiene, combate aos germes, cidadania, educação sejam problematizadas e vistas como culturalmente construídas. Caberia ao cientista social ou sanitarista, esclarece-los sobre isso e que a visão biologicista da cárie é tão cultural quanto a dos índios, esquimós etc.

No primeiro caso, a “competência cultural” assume a missão de entender o modelo explicativo do paciente que “não adere às orientações” para melhorar a comunicação entre estes e achar pontos de acordo em uma negociação que deve ser simétrica. Nota-se na prática que isto raramente ocorre, na maioria das vezes existindo a tendência a corrigir o pensamento do outro diretamente ou, de forma mais velada, seduzi-lo após compreendido sua forma de visão “a fazer o que é certo”. No segundo caso, de explicativa social, a saída é a mobilização da sociedade, a transformação política, ou em último caso a revolução. Alterar “o contexto social” para influir no problema que continua fixo externamente e nossa forma de conhecer o mundo (seja através da biologia ou da sociologia) mais coincidente do que as crenças não-científicas ou semi-científicas do outro.

Em outras formas de perceber esta divisão (figura 14), temos o *relativismo cultural*, onde a natureza está presente, mas fora das culturas e ignoram (ao menos teoricamente) a vantagem da ciência sobre outros

saberes, ou ainda o *relativismo absoluto* onde as hierarquias entre culturas se perdem de forma mais profunda, sendo a natureza colocada à parte. Em ambos os casos, perde-se ou diminui muito a possibilidade de diálogo e interação entre elas e a “competência cultural” passa a ser, renunciando qualquer caráter privilegiado, um saber entre outros que nada pode ou deve fazer para modifica-los caso pense-se a cultura como algo positivo a ser mantido ou, caso contrário, se a cultura não tem valor, perde-se o caráter nocivo dos encontros “interculturais” e a ciência como qualquer outro saber pode (e talvez deva) competir livremente pelo fim das demais.

Os paradoxos entre uma ciência superior que deve evitar a todo momento (ou não) sua imposição ou de uma ciência “saber como qualquer outro” que, apesar de tudo, parece frequentemente gerar resultados diferentes do que os outros saberes, desafiando esta simetria, parecem não proporcionar muita saída. Mais ainda quando o profissional de saúde, simplesmente se deslocar em direção do outro para tentar entrar em contato com suas percepções do problema, se dá conta de que já está influenciando em sua formulação e interpretação e que desconfiar da superioridade de sua forma de conhecer o mundo pode ter sérias implicações éticas, profissionais e legais.

Obviamente nem especialistas focais nem cientistas sociais e seus representantes na área da saúde, ignoram a existência do “outro lado” explicativo. Simplesmente, o tratam como artefato de menor importância. Alves e Rabelo (1998) identificam o mesmo problema em relação às insuficiências das teorias antropológicas da saúde convencionais. Entretanto propõem a partir de outra via uma saída para seus dilemas: a partir de uma aproximação com as idéias da fenomenologia (apoiados na aproximação que Csordas (2008) faz da pré-reflexividade de Merleau-Ponty (1984) com o *habitus* de Bourdieu (1987)). Esta é outra possibilidade a seguir que, entretanto, não aprofundarei aqui, a partir da opção (não necessariamente melhor que outras) que fiz de olhar os dados de campo e os problemas surgidos em sua análise a partir de uma óptica predominantemente latouriana, pois para este autor, a fenomenologia

iria realizar, pela última vez, a grande separação, mas desta vez soltando lastro, abandonando os dois pólos da consciência pura e do objeto puro, e deitando-se, literalmente, no meio, para tentar cobrir com sua grande sombra o espaço agora vazio que ela sentia não ser mais capaz de absorver. (...) Os fenomenologistas têm a impressão de ter ultrapassado Kant e Hegel e Marx, uma vez que não atribuem mais nenhuma essência nem ao sujeito puro nem ao objeto puro. Eles têm a impressão de falar apenas de mediação, sem que a mediação esteja ligada a pólos. Entretanto tudo o que fazem é desenhar um traço entre pólos reduzidos a quase nada. Modernizadores inquietos, podem apenas estender a “consciência de alguma coisa” que é somente um fina passarela sobre um abismo que aumenta aos poucos (Latour, 1994: 58)

Para um odontólogo clássico, a explicação do problema e a solução deveria partir de um pólo natureza, enquanto as crenças ou a pobreza da família em questão são complicantes indesejáveis. Tentativas mais ou menos frutíferas de “educação em saúde” ou a coerção pura (que pode ir desde de uma postura ameaçadora até mobilização do conselho tutelar para proteção da saúde da criança, passando por graus intermediários) são as atitudes comumente derivadas desta forma de perceber o problema. De outro lado, um sanitarista não ignora que uma bactéria está presente atuando, ou nega que uma melhor higiene bucal ajudaria. Entretanto, estes seriam conseqüências posteriores do real problema (presente no pólo social) e considera que constitui erro grosseiro limitar a análise ao pólo natureza. Na melhor das hipóteses acharíamos posturas intermediárias tipo “é assim, mas também” que manteria a dicotomia e geralmente um pólo preferencial mais “generoso” com a outra forma de perceber. Esse tipo de visão é que tem sustentado as inúmeras propostas de trabalho em equipes interdisciplinares na saúde hoje em dia. Entretanto, o que se presencia é a grande dificuldade destes profissionais, ao trabalharem juntos, não estarem simplesmente dividindo espaços de trabalho e justapondo explicações, cada qual atuando “em seu pedaço”. Estas dificuldades são frequentemente atribuídas à falta de tradição deste tipo de trabalho em equipe, de vícios de formação acadêmica e de dificuldades pessoais.

Recapitulando o exemplo, teríamos as seguintes posturas em relação à cultura (além das que antes catalogamos grosseiramente em relação às escolas antropológicas): ou a cultura é algo que atrapalha a ciência, sendo necessário conhecer para modificar diretamente ou tacitamente, ou é algo intocável e cristalizado, quando não perigoso e misterioso. Quando Helman

(1994: 28) relata um caso de fracasso da terapia oral de reidratação, contra diarreia infantil, no Paquistão, por causa das crenças sobre a patologia e seu tratamento, procura indicar principalmente a importância de uma ampliação de foco que não se restrinja mais aos fatores médicos. Entretanto, não aprofunda que alternativas podem ser tomadas para superar o problema. Mais adiante (p.134) sugere quatro passos para aperfeiçoar a relação médico-paciente: compreender a doença (illness), melhorar a comunicação, tratar a doença (illness) e a enfermidade (disease) e avaliar o papel do contexto (interno, de “experiências anteriores, expectativas, modelos explicativos” e, externo, “ambiente real” e as influências sociais mais amplas). Mantém-se assim separados a “alternativa informal, a popular e o setor profissional” (p.86-92) e as representações do ambiente real.

Uma aplicação desta forma de ver o problema, que impossibilita em minha visão um verdadeiro diálogo, realizando no máximo uma sobreposição de alternativas, pode ser encontrado quando “rezas e soro” salvam as crianças (Nations, M et al, 1997, cujo subtítulo é “como motivar passo a passo os curandeiros populares a curar a diarreia e desidratação na comunidade”), onde levar informação, criar um clima de amizade, falar a língua do povo podem ser algumas vezes formas veladas de unir “os lados da moeda” a verdade e as crenças do outro, convencê-lo de fazer *o que é correto*, tolerando suas práticas que não sejam, a nosso ver, maléficas, para atingir os resultados que não conseguem. Sobre estas questões, partindo da proposta de pensar a contribuição da antropologia em programas de ação social, nos alerta Leal e Anjos (1999), para evitar a confusão entre o papel desta, que sugere ser o de uma terceira cultura (citando Cardoso de Oliveira, 1996:8), “entrepоста entre o modelo ocidental individualista e a cultura “nativa” em questão”, onde “a possibilidade de fusão de horizontes se dá pela busca do que há de comum nos parâmetros desses três horizontes que é necessariamente a busca do *bem viver*” (Leal e Anjos, 1999: 165) e o de uma simples proposta de “conversão de nativos” (no nosso caso de uma conversão à ciência e aos valores a ela atrelados). Como a mesma autora nos previne, estes valores relacionados aos de *bem viver* e *bem estar* estão sempre em processo de negociação. Assim, de um ponto de vista eticamente comprometido, a competência cultural não deve ser vista como uma forma de

“falando a língua do nativo”, convencê-lo de fazer o que nossa cultura ou a cultura biomédica determina, mas sugiro que seja procurar acordos entre os mundos (e não somente entre representações) a partir de objetivos pactuados.

O que chama a atenção nestes casos, portanto, é a grande assimetria que se mantém entre as visões de mundo e as práticas. Considera-se em ambos casos o problema como sendo um só e as visões variando. Sendo assim, uma perspectiva teria melhor acesso à esta realidade e por isto apresentaria melhor resultados. Desta forma, raras vezes será possível real diálogo entre as posições (ou possível o modelo peritoneal proposto por Oliveira⁶⁵), mas na melhor das hipóteses acordos assimétricos de tolerância caridosa à ignorância e incompetência do outro. Caso mais generosamente o profissional de saúde se proponha a respeitar outros saberes de forma mais radical, ficará com as mãos atadas quando estes saberes confrontarem de forma mais direta o seu, e isso ocorre muito frequentemente. Ou negligenciará, aos olhos da ciência e de parcela da comunidade, uma ação mais intempestiva em favor do paciente e no caso de um mau desfecho será acusado e se sentirá culpa por não ter sido mais enérgico ou se verá forçado em algumas vezes a confrontar estes saberes e, em caso de fracasso, novamente ser acusado de falta com a ética e colonialismo científico. Este problema deriva em grande parte, em minha opinião, da necessidade destes esquemas em manter uma natureza única e fixa dos problemas de saúde e partir de uma idéia de representação cultural bastante mental, no sentido que Ingold (2000) traz quando introduz a partir das idéias de Bateson, um desafio à noção senso-comum de mente, que identifica com o pensamento de Lévi-Strauss.

Partindo, entre outras coisas, do exemplo de Bateson (2000), do cego que utiliza seu bastão como sensor e se pergunta “onde termina a mente?” e confrontando com o modelo que chama de “intracraniano” ou “epidérmico”, borra os limites normalmente aceitos entre organismo e ambiente e propõe

⁶⁵ O peritônio é uma membrana semipermeável que recobre internamente o abdome e suas vísceras. Por suas características de proteção e troca é utilizado por este autor como exemplo para discutir com profissionais de saúde a necessidade de relações de duas vias entre os universos culturais destes e de seus pacientes (Oliveira, 2002: 65-66, ver também Oliveira, 1998).

uma ecologia da mente. Assim, não mais poderíamos pensar em um mundo cultural derivado de uma estrutura mental interna, mas de fenômenos culturais produzidos na conexão entre mente e mundo, que seria muito mais difusa e difícil de mapear do que pensamos anteriormente. Surgem assim as propostas de uma ecologia da mente, como sugere Bateson, e da vida, como nos fala Ingold. Esta mistura, este borramento de categorias anteriormente tidas como estanques e separadas é que abre caminhos a meu ver para pensarmos de forma diferente os dilemas da competência cultural vividos na APS.

Talvez seja interessante tentarmos levar adiante uma observação da cárie, para continuar nos dados etnográficos, não como um problema único que pode ser visto de uma forma social e de outra biológica, mas como um quase-objeto híbrido de Latour, algo que não é somente objeto que sofre as ações humanas impassivelmente nem sujeito total da ação na realidade, mas algo que constrói e é construído enquanto pertencente ao mundo. Assim, talvez pudéssemos achar natureza (s?) e culturas construídas e reificadas *a posteriori* e não *a priori*: a situação dentária daquela criança, naquela família e comunidade, produz a sociedade ao se perpetuar (ou ser modificada), ao descontentar dentistas que preferem outros serviços (privados, elitizados), classes, meio urbano ao invés de rural, o que vai diminuir ainda mais o rendimento escolar e gerar mais pobreza por gastos com cuidados mais caros (não públicos) e produz igualmente natureza, reificando estas situações em uma característica do pobre, do migrante. É híbrida porque tem origem múltipla, numa rede de atuantes que engloba e mistura dinheiro, sistema capitalista, nutrientes, bactérias, água, flúor, dentistas, professoras, escolas, etc.

Latour admite a partir desta constatação, que a ciência apresenta melhores resultados frequentemente. Entretanto, sugere que isto pode ocorrer não por um acesso privilegiado à natureza, como imaginam os cientistas, mas por mobilizar uma rede maior de atuantes (microscópios, sistemas de tratamento de água, agentes de saúde, antibióticos, brocas, livros, raios-x, etc.). Esta seria a diferença entre “nós” e “eles” se essa

diferença existir. Natureza e sociedade nunca⁶⁶ estiveram completamente separados como quisemos acreditar na “era moderna”. Jamais fomos modernos, pois enquanto pensávamos domar a natureza, os híbridos se multiplicavam em todos a parte de tal forma que temos progressivamente uma maior dificuldade de decidir o que pertence a um pólo e a outro (como por exemplo o buraco da camada de ozônio, os organismos geneticamente modificados e a internet).

Se não partimos de pressupostos de separação entre representações sociais e natureza, a missão do bem intencionado profissional de saúde não é mais a identificação das primeiras para agir na segunda. Frequentemente o profissional julga ter compreendido esta representação e não sabe o que fazer depois, pois como mudar uma percepção sem ser intrusivo, anti-ético, arrogante e assimétrico, como vimos anteriormente? Percebendo, entretanto, o caráter híbrido de formação das naturezas-culturas, o trabalho das equipes de saúde se torna muito diferente disso. Perceber que também suas “representações” são híbridas e que são aproximações relativas dos fenômenos assim como as dos outros e se tem diferentes resultados por vezes é por que mobiliza coletivos diversos (como vimos no capítulo anterior) abre portas para uma verdadeira possibilidade de postura ética perante a saúde e doença. A doença não está mais lá fora pronta para ser descoberta (o que tornaria tudo mais fácil, certamente e acabaria com as variações e irregularidades do processo) mas é constantemente construída e modifica o mundo que a constrói. Se é possível aproximações como as que fazem os livros de medicina e isso apresentar um bom resultado é justamente por que são só isso: aproximações. Capturas de fluxos em movimento, frequências comuns e mais ou menos fugazes. Onde está hoje o transtorno histérico do século XIX? Onde estavam os transtornos bipolares? Porque alguns casos de câncer estão aumentando? Porque não conseguimos encaixar casos de feitiço em nenhuma de nossas categorias patológicas? Porque há tribos de humanos que não tem hipertensão? Por que o mais exato diagnóstico e tratamentos nunca são 100% das vezes corretos e dão os resultados

⁶⁶ Talvez só em tempos pré-humanos, possamos falar de uma natureza completamente intocada pela mão humana e certamente nunca de uma sociedade não-natural. O que sempre tivemos foram naturezas-culturas, na visão de Latour. A cultura é um artefato que surge do processo artificial de purificação da escolha epistemológica moderna.

esperados? Onde estavam antes o transtorno de déficit de atenção, a síndrome da fadiga crônica, a síndrome da guerra do golfo e o estresse pós-traumático, como nos fala Dumit (2000)? Se Latour estiver certo, não só porque os fatores de risco mudaram, ou a carga genética é diferente entre povos, ou há diferenças individuais, ou a ciência ainda não avançou tudo o que deve sobre a natureza, ou as formas de catalogar as doenças mudam, mas porque o mundo enquanto natureza-cultura está em constante construção e desconstrução e porque nossas capacidades de criar sistemas de explicação são sempre mobilizadores de redes parciais.⁶⁷

O processo de catalogação das doenças captaria momentos deste fluxo de vida, os congelaria em livros-fotografias por mais ou menos tempo fidedignas, para depois reificá-los através de mecanismos corporativos, com apoio da indústria de informação e da constância de alguns atuantes-doenças que demoram muito para mudar, no dando a real impressão de que são entidades exteriores externas (como os espíritos responsáveis pelos feitiços amazônicos) e por determinado tempo mascarando o surgimento constante de novas formas de viver o processo saúde-doença. Este processo é útil certamente devido à nossa pequena capacidade de trabalho com algo mais fluido e pelo efeito tranquilizador que traz a possibilidade sempre iminente da totalização da tarefa de catalogação e controle das causas de nosso sofrimento. Mesmo os médicos hoje admitem que os grandes livros texto não são mais adequados pela sua pequena velocidade de adaptação, e vem sendo substituídos progressivamente primeiro pelos periódicos e pela internet. Embora admitam facilmente que esta necessidade deriva dos avanços no campo terapêutico e diagnóstico, tem grande dificuldade de ver que isso também ocorre em relação aos fatores etiológicos, às definições de

⁶⁷ Neste ponto poderíamos nos aproximar inclusive do perspectivismo de Viveiros de Castro, que estudando as cosmologias ameríndias, constata que estes em geral tem fixo o pólo cultura e não o pólo natureza. Por isso, vêem animais como humanos modificados ou disfarçados, e tem seus pajés como seres que podem circular entre diversas humanidades. A idéia de mundos diferentes parece menos estranha se começarmos a pensar este encontro entre formas de vida muito diferentes como entre ameríndios que ainda não tiveram contato com nossa sociedade no interior do Acre e a classe alta porto-alegrense por exemplo. Como falar em categorias de patologia semelhante aos dois, entretanto é o que o sistema de saúde oficial se propõe e, o que melhor pode fazer no modelo atual é propor uma postura de respeito à distância, pouco comunicável, um trabalho paralelo entre sistemas e uma desconfiança velada e nunca expressa mutuamente.

doenças e aos sinais e sintomas classificatórios, atribuindo em geral as mudanças somente ao avanço tecnológico.

A tarefa passa a ser tentar ver *em que mundo* o processo saúde-doença se configura em cada caso específico e de tratar os padrões cristalizados nas categorias patológicas apenas como isso: padrões. [muito bom!] Toda uma reconstrução de nossa visão de praticar o cuidado da saúde passa a ser necessária. Se por vezes tudo ocorre muito bem é por que os mundos entre profissionais e membros da comunidade coincidem suficientemente para que a rede mobilizada (remédios, exames, outros recursos mobilizados pelo paciente) gerem resultado satisfatório (que também é um conceito construído da mesma forma). Por outro lado, quando identificamos “problemas culturais” estamos na verdade em frente a mundos muito diversos, *natureza e sociedade (não separadamente, ou seja, natureza-sociedade) precisam ser desvendados e não só representações*. A tarefa para cuidados e cuidadores deveria então ser: que elementos estão no coletivo formador deste fenômeno? Que rede necessita ser mobilizada para modificá-lo? Para que lado ir ou quais modificações e resultados são esperados? E por fim, que lições de nossos sistemas de informação (leigo, tradicional, biomédico, etc.) podem ser utilizadas para ajudar neste caso.

Assim, perante o Sr. L, ao perceber que seu modelo explicativo era diferente do biomédico, gerando uma projeção de futuro e exigindo uma mobilização de atuantes diferentes do estabelecido atualmente como científico, sentimos, enquanto equipe, certa imobilidade e assimetria. O que fazer? Esclarecer-lhe firmemente a visão de que a doença que tinha era diferente da de seu pai e que o que precisava não era uma sonda e dependência dos filhos, mas remédios e talvez uma cirurgia? Desta forma, a sua “representação torta” da realidade seria corrigida e o resultado desejado (por quem?) obtido? Seduzir-lhe com a possibilidade de grandes cuidados que necessitaria dos filhos após a aceitação de uma cirurgia, criando um acordo entre “representações” perante o mal fixo lá fora na natureza? Ou mapear os atuantes causadores, perpetuadores do transtorno, bem como os desejáveis para modificá-los? Neste caso, se houver acordo é em relação ao mundo (não mais identificado exclusivamente com a natureza), à doença, aos atuantes que estão envolvidos e se houver representações (e sempre há

sendo sempre importantes) é a partir destes que deve surgir. A partir desta visão creio que diminuem os riscos de caridade, sedução, paternalismo e agressão, bem como aumenta-se o respeito pelas diferenças encontradas e diminui-se a possibilidade de que a busca de simetria e acordo seja uma simples forma mascarada de tolerância com o primitivo e equivocado.

Os casos difíceis de disease sem illness, illness sem disease descritos na literatura de antropologia médica⁶⁸ podem ser lidos assim como diferenças de redes de atuantes significativos para uns e outros. Da mesma forma as divergências entre livros, exames e realidades diariamente encontrados na prática dos profissionais de saúde assumem outro significado. Ninguém tem uma visão completa e correta da realidade. O que tentamos, cientificamente ou não, é viver nela, profundamente engajados em processos mais ou menos criativos. Seres híbridos como naturezas-culturas mais ou menos fluidas, talvez devamos buscar nestas formas de engajamento o alívio de nossos sofrimentos e a solução entre nossas diferenças, e não em processos cerebrais e culturais obscuros e facilmente estigmatizantes. Esta atitude, neste mesmo sentido, por si só, já seria construtora de algo novo, visto que mais do que oferecer alívio para nossa ansiedade perante uma realidade de mundos continuamente em mudança, a biomedicina e grande parte da ciência tem servido sim para reforçar diferenças através de grandes estruturas de poder e opressão.

⁶⁸ Ver Helman, 1994.

4.3 A Mobilização de Coletivos e as equipes de SF – Uma Proposta Prática

Se aceitarmos pensar desta forma as questões que envolvem a capacidade das equipes de SF, e do sistema de saúde em geral, em lidar com mundos diversos e não somente interpretações diferentes de uma natureza fixa (ou quase), tendo como ação principal não o descobrimento de representações e a modificação total ou parcial delas (ou a tolerância total vista como negligente e potencialmente antiética), mas a mobilização de atuantes para a reformulação de coletivos, devemos estar prontos para repensar a formação dos profissionais e que conseqüências isto gera no dia-a-dia das equipes e para as pessoas atendidas por estes.

Partindo destes pressupostos, não é possível por exemplo esperar que um sistema baseado em profissionais isolados dê conta do cuidado da saúde, pelo contrário, novos atores devem ser aí associados. Entretanto, como já citamos anteriormente, não parece bastar a simples agregação de mais profissionais, sem que se acompanhem mudanças nas formas de ver suas práticas e exerce-las e na noção que temos da própria realidade. A observação de equipes de saúde evidencia que não bastam mais (ou mais tipos de) profissionais, mas seria preciso *outros* tipos de profissionais, no sentido de transformação destes. Um pouco de quais mudanças seriam necessárias acredito ter demonstrado ao analisar o que diferencia os médicos de família e comunidade, trabalhando em equipes de saúde e através dos princípios da APS, da prática médica usual. Agora que passamos pelo caminho teórico do capítulo 3, podemos utilizando noções de Latour, resumir dizendo que estes muitas vezes conseguem trabalhar com e como híbridos evitando assimetrias e competição entre os pólos natureza (como muitos especialistas focais) e o pólo sociedade (como os sanitaristas), prestando mais atenção a quais atuantes (humanos ou não, materiais ou não) são necessários e/ou desejáveis (por todos envolvidos) para formar uma rede terapêutica ou de cuidado em cada caso e calibrada localmente (ou culturalmente como ainda podemos dizer, mas pensando diferente).

Ao assumir que as equipes e a rede de cuidados de que faz parte deve assumir a responsabilidade por determinado território, com um olhar

ampliado aos fenômenos de saúde e doença, surge imediatamente a questão de que limites deve ter esta responsabilidade. É conhecida e inevitável a associação de “*risco, responsabilidade e culpa*” (Douglas, 1992 apud Castiel e Diaz, 2007) especialmente no que se refere ao descumprimento das obrigações. Esta frase que os autores aplicam a idéia de auto-cuidado proposto pelas novas práticas sanitárias (nas quais a ESF pode ser incluída) é para mim também aplicável à responsabilidade que se espera das equipes. Estes autores sugerem que um excesso de responsabilização individual (encontrada no tipo de postura de saúde que para fugir à normatização vertical das orientações propõe “ajudar os outros a se cuidar” ou “saúde como responsabilidade de cada um”) tem também efeitos negativos relacionados à culpa frequentemente associada, que por si só tem grande poder de gerar danos, além de eventuais ou sistemáticas mudanças de tratamento por parte do sistema de saúde. Esta filosofia que permeia muitas políticas de saúde, apesar de seu lado aparentemente positivo de reforçar a autonomia dos cidadãos, constantemente ameaçada pelo volume de inovações técnicas e especialização do saber biomédico e da indústria farmacêutica que frequentemente o deslegitima, poderia ser também relacionado ao movimento individualista que estaria “esvaziando a noção de responsabilidade coletiva” (Cruz, 2005 apud Castiel e Diaz).

As equipes de saúde, neste cenário, tem que lidar com as pressões das pessoas (pacientes, clientes, população? Se não parece que gestores não são pessoas...) e dos gestores (além das de seus próprios membros) dentro deste cenário de mudança de foco nos papéis e valores que envolvem o processo da vida. O *homo sanitatis auctor* (o ser humano que promove a sua saúde) é um ser “acossado por ameaças virtuais, indefinidas no espaço e imprevisíveis no tempo e, que deve, portanto, tomar medidas de prevenção. É necessário apegar-se a princípios de proteção aparentemente menos instáveis proporcionados pela chancela das biociências.” (Castiel e Diaz, 2007, p. 60) Este ser também pode ser identificado como *homo longo aevo* (devotado à sua longevidade), “figura gerada pela nova saúde pública, que enfatiza certas práticas individualistas e apolíticas de promoção sanitária, nas quais o bem supremo é o prolongamento da vida em termos estritos de

longevidade, de preferência com o máximo de conforto que seja possível” (p. 64).

Da mesma forma, começa-se a querer relacionar “resultados” das equipes, avaliados por “indicadores” (que podem ser mais ou menos escolhidos participativamente), com benefícios a estas (dinheiro).⁶⁹ Isso melhoraria a princípio os “índices de cobertura” das ações de certos programas como os de rastreamento de câncer, doenças infecciosas (principalmente a partir de vacinas) e doenças crônicas (hipertensão e diabetes principalmente). Por outro lado, sabe-se que os métodos hoje disponíveis para tais fins, além de não garantir benefício para todos os envolvidos (estes seriam probabilidades estatísticas, derivadas de estudos com populações na maioria das vezes diversa), podem gerar prejuízo. Discute-se cada vez mais os riscos do excesso de prevenção⁷⁰. Um estudo, por exemplo, detectou que a incidência de falso-positivos, que levam a mais testes (e riscos destes) ou mesmo procedimentos terapêuticos, pode ser maior que 50% em alguns casos, em especial se considerarmos múltiplas testagens ao longo do tempo (Crowell e Kramer, 2009). Outro exemplo que ajuda a enriquecer a discussão é o da falta de consenso até hoje com o rastreamento de câncer de próstata. Enquanto especialistas em vários países continuam a recomendar - e usar a mídia de forma maciça para tal – o exame anual para todos os homens a partir de 40 ou 50 anos, as sociedades de clínica geral e medicina de família, assim como os ministérios de saúde de diversos países, mantêm sua afirmação de que não há evidências que suportem esta recomendação no nível populacional, devendo ser priorizados certos subgrupos de pessoas e, mesmo assim, só realizado os procedimentos após uma discussão individualizada de possíveis prós e contras.

Parece que, até certo ponto, as políticas de estímulo do cuidado mais ou menos individualizado e do enfoque preventivo podem ter benefício para muitas pessoas. O difícil é prever quem pode se beneficiar e quais os limites desta postura em cada momento e lugar, de acordo com as redes de

⁶⁹ Esta prática, que já existe em alguns países ainda não é realizada no país de forma sistemática, mas há discussões na área sobre o assunto para os próximos anos.

⁷⁰ Ver por exemplo, Starfield, Hyde, Gervas and Heath, 2008; Gervas e Pérez-Fernández, 2006, ou ainda, Illich, 1999.

recursos (humanos e não-humanos) disponíveis. Ao estender estas redes até as comunidades e as casas das pessoas, de forma ativa além da espera passiva, amplia-se o acesso a certos atuantes (de forma mais ou menos consciente) mas também os riscos de má utilização destes. Poderíamos pensar em um eixo onde se distribuiriam estas posturas e onde os profissionais historicamente trabalharam com maior ênfase (fig. 15).

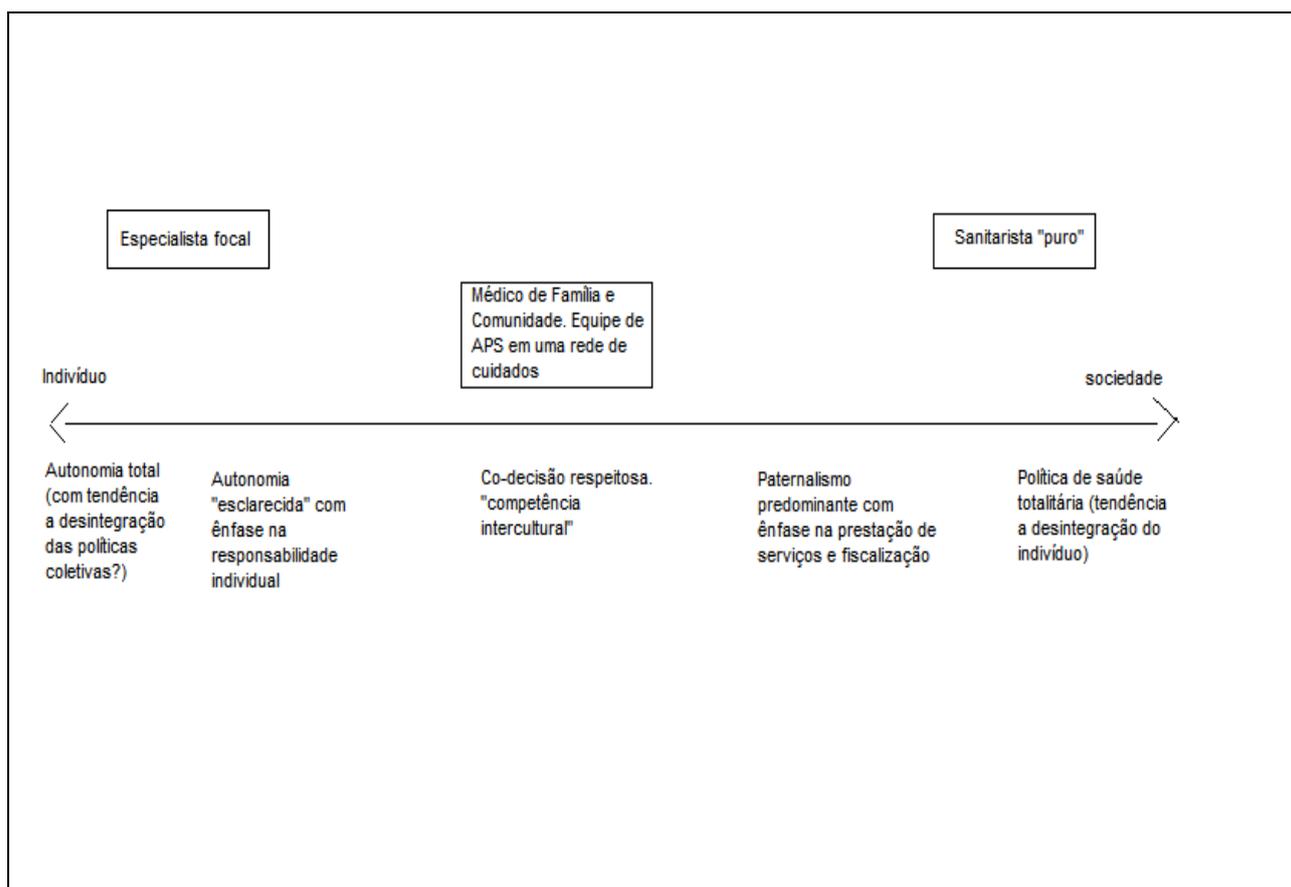


Fig. 15 – Proposta de visualização da distribuição de posturas e profissionais em relação a maior ou menor polarização em indivíduo ou sociedade.

Neste esquema que proponho, e que evidentemente é uma simplificação artificial e um tanto grosseira, podemos visualizar os sanitaristas, epidemiologistas ou especialistas em saúde pública que tradicionalmente trabalham com maior ênfase em populações ou subgrupos desta e os especialistas que dão, geralmente, maior ênfase no indivíduo (ou parte deste) em especial quando acometido de uma condição especial ou

doença. No centro, mas não estaticamente colocado ali, está o médico de atenção primária (no Brasil, idealmente o médico de família e comunidade). Este profissional, pela natureza de sua formação e de sua posição na rede de atenção, parece estar o tempo inteiro unindo os pólos e fazendo as pessoas com quem lida, suas famílias e comunidades, circularem. Na verdade, uma das novidades que aparecem com o modelo de APS, parece ser a capacidade maior destes circularem. No exemplo que demos no início do capítulo, a senhora com alucinações era *ao mesmo tempo*, uma pessoa com sintomas de uma síndrome psicótica (que poderia ter causas tais ou tais e que necessitavam ser investigadas e tratadas, mobilizando um coletivo de máquinas de exames, laboratoristas, remédios fabricados pela indústria e vendidos em farmácias ou comprados e distribuídos pelo governo) e membro de uma família e comunidade com características mais ou menos conhecidas (que tinha tal religião e uma filha distante, que deveria ser reconciliada ou combatida, mobilizando-se um coletivo de religiosos, nuvens mágicas, orações, indicadores epidemiológicos e perfis sanitários preparados por especialistas em saúde pública, computadores e formulários). Portanto a imagem deveria ser assim (fig. 16), visto que os pólos não estão na realidade separados (na verdade são só abstrações que às vezes impactam as ações), muitas vezes os atuantes humanos e não - humanos trabalhando em vários locais diferentes do que esperado.

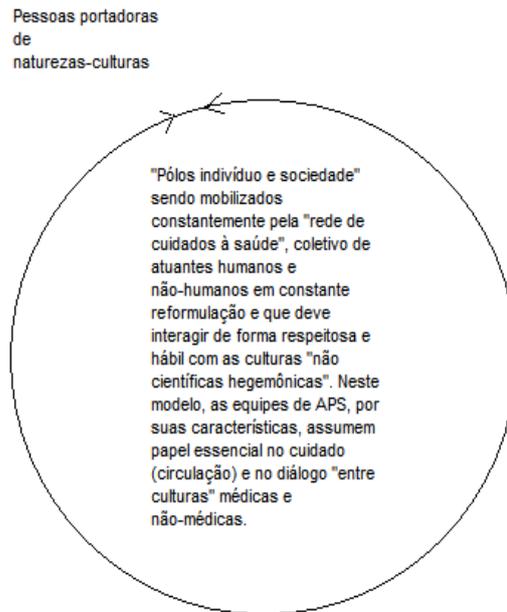


Fig. 16 – Circulação do cuidado à saúde

Parece-me que a mesma mudança é necessária em todas categorias profissionais da saúde quando se propõem a trabalhar em especial no nível primário, pois muitas vezes os não-médicos agem como os especialistas médicos, reproduzindo sob o pomposo nome de equipe interdisciplinar a fragmentação que muitas vezes condenam em outros setores do sistema de saúde. Evidentemente, não se trata de colocar em competição entre especialistas e médicos de família ou generalistas, muito menos entre a medicina e outras disciplinas mais focais. Todos são importantes para o funcionamento do sistema de saúde, não cabendo aqui uma negação dos progressos alcançados (mas também dos obstáculos criados) pelo movimento histórico da ciência. Em épocas em que pensamos, entretanto, quais melhores formas de organizar um sistema de saúde, qual o papel de cada um e em que definimos (no caso brasileiro) que cabe à população (através dos mecanismos de participação) juntamente com os profissionais e gestores decidir que configuração deve ter este, parece-me que as ciências sociais, mais especificamente a antropologia, não deve se omitir de participar

oferecendo seu corpo de conhecimentos, tendo grandes contribuições a fazer.

O grau de refinamento que chegou a discussão sobre cultura dentro da disciplina, o aprofundamento da percepção das relações desta com as relações históricas de dominação e poder, a aproximação desta com questões filosóficas e o grande poder crítico característico de suas metodologias conferem à antropologia características especiais para contribuir neste processo junto ao setor saúde. Vimos, por exemplo, que em alguns países estes profissionais atuam junto às equipes e serviços de saúde, correndo o risco muitas vezes de reproduzir o modelo fragmentado e simplesmente gerar encaminhamentos ao antropólogo, quando os problemas não se resolvem (como nos casos de má adesão, por exemplo).

Outra alternativa, que não envolve o envolvimento direto de antropólogos nos serviços, seria a elaboração de guias ou manuais para ajudar as equipes a alcançar a tal “competência cultural” como poderia ser cogitado a partir da constatação de tal necessidade. Entretanto, esta tarefa obviamente é inviável de forma completa, não sendo a aquisição de uma competência nem sequer desejável, como vimos. Se aceitarmos as proposições de Latour de que a cultura não existe previamente como algo social puro e muito menos que surge da natureza de nossos cérebros mas é um artefato posterior do processo de purificação criado pelo acordo moderno, isto se torna ainda menos possível e até indesejável. A tarefa do profissional que queira trabalhar com o alívio ou prevenção de sofrimentos, com cuidado de pessoas durante o processo de vida (saúde-doença), como vimos, parece ser muito mais o de um co-orquestrador improvisador de atuantes em uma melodia-rede do que um detetive de significados. Haverá formas de sistematizar esta improvisação que é feita compasso a compasso junto com as pessoas a quem dirige seu trabalho, suas famílias e comunidades?

Creio que é possível, nesta direção, não dar resposta a todas as perguntas, mas criar caminhos para se pensar em uma aproximação. O sistema de saúde brasileiro, por exemplo, vem criando núcleos de apoio às unidades de saúde da família (NASFs). Por que não incluir antropólogos nestas, preservados os cuidados para não criarmos simples corredores de encaminhamentos? A reformulação do ensino dos cursos de saúde tem

aproximado cada vez mais os estudantes das comunidades ao invés dos hospitais. Isso parece ser uma ótima forma de colocá-los em contato com outros mundos (visto que a maioria provém de classes mais altas, em especial na medicina). Deve-se ter o cuidado, entretanto, de que esta aproximação não seja feita se o devido embasamento teórico que possibilite aproveitamento para sua formação. Isso é um problema especialmente em um país onde a maior parte dos profissionais de APS não tem formação específica devido, entre outras coisas, à juventude da proposta. Muitos cursos de formação na área da saúde não contam com os saberes das ciências sociais, tendo grande ênfase nas disciplinas biológicas e quando têm, estão isolados em disciplinas teóricas iniciais (básicas) ou dão grande ênfase no modelo interpretativista, que parece um tanto místico para os estudantes que estão abrindo cadáveres e observando reações químicas. Uma abordagem mais inserida na prática (da APS, por exemplo) e que dê ênfase nas diferentes formas em como a saúde influi na prática das equipes (como foi feito no início deste capítulo) pode, juntamente com uma visão mais plural das possibilidades da antropologia do corpo e da saúde, contribuir para um maior interesse e sensibilização ao tema, com lucro para as próprias equipes, suas comunidades e o sistema com um todo.

A partir de mais um exemplo observado em campo são possíveis algumas sugestões de como esta aproximação pode ser útil para a saúde. O grande número de celibatários observados na comunidade que trabalho e que serviu de base para este estudo sempre me chamou a atenção. Como médico, assim como meus colegas de outras áreas da saúde, relacionamos este fator com isolamento, que por si está relacionado com um complexo variável e interrelacionada que inclui depressão e outros sofrimentos “mentais”, abuso de bebidas alcoólicas e risco de suicídio. Recentemente, também tem ganhado forma um complexo que relaciona cuidadores de doentes graves, especialmente acamados, com sofrimento “mental” (síndrome de *burnout*) e risco de maus tratos. Estes problemas, relacionados com base territorial e nesta forma de complexos sócio-patológicos (ou híbrido, na linguagem de Latour e outros), por si só já representa um grande avanço em relação aos modelos patológicos que tenderiam a encarar cada um destes problemas como uma doença separada e conseqüentemente

propor medidas para cada uma delas isoladamente, sem perceber que modificar uma pode ajudar no resultado de outra. Entretanto, a aproximação com a antropologia fez-me perceber em muitos casos em minha comunidade a aproximação entre os dois complexos, como resultado de um complexo híbrido ainda maior.

De forma muito resumida, tentando generalizar os casos simplesmente para fins práticos de entendimento, a forma de lidar com a velhice e doença da geração antiga que envolve o que poderíamos ler como resquícios do sistema de herança de regiões de onde proveram estas famílias (hoje Alemanha), como as que descreve Woortman (1995), associados a mudanças no padrão destas relações pela legislação moderna geram um *duplo burnout* em diversos casos. O filho mais velho (ou mais novo e às vezes uma filha) tradicionalmente foi criado para cuidar dos pais até a morte e herdar a propriedade. Outros irmãos trabalhariam para ele, se dedicariam à religião ou à música ou se casariam e abririam “novas picadas” (ou no caso da colonização, migrariam para o Brasil). A limitação de terras e o grande número de herdeiros era resolvida por muito tempo desta forma. Em compensação aos outros irmãos, o herdeiro trabalharia para pagar os dotes e prover os irmãos que iriam casando, protegeria e proveria os “irmãos mais fracos”, e sofreria com o cuidado dos pais na velhice e doença e com os gastos da propriedade.

Atualmente, muitas famílias continuam escolhendo um filho desta forma, só que quando os pais morrem, os irmãos reivindicam sua parte pelo sistema atual de divisão igualitária de bens. Desta forma o *duplo burnout* que mencionei se dá primeiro pelo cuidado dos pais e depois pela perda dos direitos que muitas vezes contava. Os filhos “menores” muitas vezes o abandonam totalmente nos momentos de cuidado dos mais velhos, como em muitos casos também vistos em outros lugares, já que a maioria das vezes, um único filho (geralmente filha nas cidades, quando há filhos e filhas) acaba ficando sobrecarregado. A diferença aqui é, entretanto, a esperança de uma compensação que se baseia em normas antigas e que não são mais respeitadas muitas vezes. Obviamente isto também pode ocorrer de diversas formas nas cidades, mas foi nesta comunidade, onde as características identitárias são ainda mais marcadas e diversas famílias ainda mantêm o

sistema antigo de herança que foi possível visualizar isto melhor, daí o grande número de celibatários e irmãos “agregados” que percebíamos na região.

Esta rede de atuantes que envolve os direitos do filho mais velho (ou mais novo, conforme a família e provavelmente a região de origem), a legislação atual de divisão igualitária de bens, a ascensão da mulher nas sociedades ocidentais (que por si mobiliza outra rede de anticoncepcionais, máquinas de lavar, mudanças na postura das igrejas, alterações na economia mundial, etc.), a quantidade de terras a ser divididas, níveis de serotonina e outros neurotransmissores, o maior ou menor acesso a outros trabalhos não-agrícolas, é o coletivo a ser identificado pelos profissionais de saúde e as pessoas que os procuram. A rede normalmente mobilizada pelos médicos é fragmentada, envolvendo antidepressivos e asilos para os mais velhos. Na melhor das hipóteses, assistentes sociais, atividades de grupos com cuidadores e parentes distantes (geográfica ou emocionalmente) são mobilizados com resultados variáveis para diminuir o *estresse* dos cuidadores. Em casos onde o sistema de herança é antigo e o filho cuidador for realmente herdar a maior parte dos bens, esta abordagem pode ser injusta para os outros filhos, por exemplo, gerando um *burnout* ao avesso (já que além de serem pressionados pelo sistema para exercerem o papel de cuidadores, sabem de antemão que não vão receber os benefícios reservados ao irmão “principal” a menos que outro acordo consiga ser estabelecido).

Creio que isto possa exemplificar um pouco a complexidade do trabalho de cuidado da saúde dentro de uma perspectiva mais ampla. Interessante notar também que aproximadamente metade da demanda das equipes de APS é claramente híbrida ao olhos de qualquer profissional. Estudos médicos dizem que grande parte dos casos de depressão procuram atendimento inicialmente por queixas “físicas”. Gostaria de aproveitar estes exemplos e estes estudos para questionar se toda queixa de saúde não será sempre híbrida. Será o olhar dos profissionais de saúde (e já hoje de grande parte da população leiga, embora felizmente com muitas exceções tidas como exóticas pela ciência), treinado pelo acordo modernista que os separa sempre e imediatamente em físicos e psicológicos ou sociais?

Parece que o que melhor tem sido feito no sentido de aproximação dos pólos é o movimento psicossomático, que parte do pressuposto de que os dois pólos existem separados mas em ligação, e da crítica às práticas de médicos, psicólogos e assistentes sociais que trabalham a partir destes. Entretanto, o que esta proposta faz é simplesmente desviar o olhar dos pólos corpo (natureza) e mente (ora natureza ora sociedade) e sociedade para as regiões de intersecção e comunicação entre estes, sem contudo tocar-lhes o conteúdo ou questionar sua existência separada *a priori*. O que as idéias de pensadores como Latour, Ingold e Bateson propõem aqui é algo mais do que olhar para as relações entre os pólos, mas um repensar mais profundo da forma como percebemos o mundo e como usamos conceitos como natureza e cultura.

De forma prática, além da visão de que a ação dos atores envolvidos no cuidado da saúde deva ser a de identificação de redes de atuantes (que podem inclusive abarcar significados) relevantes conforme resultados possíveis e desejáveis pactuados podemos propor algumas conseqüências e espaços das práticas das equipes de saúde para o uso destas habilidades:

1. Diminuição da assimetria entre profissionais de saúde e as pessoas a quem buscam servir, no sentido de elevar suas crenças a um nível “mais real”;
2. Ampliar a lista de possíveis aliados (atuantes) a ser mobilizados no processo de cuidado da saúde;
3. Diluir o saber-poder concentrado em categorias profissionais e especialidades que muitas vezes terminam por “esquartejar” os problemas e as pessoas, reforçando o movimento já iniciado de engajamento de outros atores no sistema de saúde;
4. Estimular a busca por uma formação diferenciada, que dê conta não só de criar profissionais capacitados para trabalhar em equipe mas que tem o potencial de gerar outros tipos de profissões;
5. Gerar tolerância entre saberes (mundos) e aumentar a diversidade humana. Se levarmos mais a sério as idéias de ecologia da vida, de entendimento de uma humanidade inserida em um mundo que pode ser visto como um grande conjunto de

ecossistemas e um sistema em si, teremos que, além de pensar na biodiversidade para os outros (animais, vegetais), pensar igualmente na diversidade humana. Será esta tão importante para a sobrevivência de nossa espécie quanto a de outras espécies é para a vida no mundo? Caso positivo, o conhecimento gerado pela antropologia pode assumir novas conseqüências. Capra (1996: 235), por exemplo, nos alerta sobre a possibilidade de que “se tentarmos maximizar qualquer variável isolada em vez de otimizá-la, isso levará, invariavelmente, à destruição do sistema como um todo” e que “um ecossistema diversificado também será flexível”. Estes princípios da ecologia podem e devem ser pensados também em relação à variação de formas de vida humana e sua saúde. Se, em uma grande criação ou lavoura, a monotonia de espécies leva a fragilidade para pragas e doenças, não poderá o mesmo ocorrer com a humanidade? Felizmente, apesar do medo manifestado por alguns em relação ao processo de globalização e, já antes disso, da uniformização de hábitos potencialmente proporcionado pela sociedade de consumo, estamos longe de chegar a este ponto. Pelo contrário, o fenômeno recente (e recorrente) de reforço das identidades locais parece continuar a garantir nossa diversidade. Além disso, como diz Hobbes (1971: 123-4), citado por Foucault (1999: 104): “A diferença pacífica”. Embora aplicada a outra situação, a da análise das questões de poder, política e guerra - de nem sempre corresponder aos fatos registrados pela História - podemos pensar da mesma forma, que uma maior ou menor diferença, que convencionamos chamar de cultural, pode exercer influência positiva ou negativa na situação de saúde das pessoas em suas comunidades. Assim, talvez à simples homogeneização de comportamentos saudáveis, resultado muitas vezes esperado da prática médica, enquanto aplicação de conhecimento científico, deva-se preferir estudar e trabalhar para entender melhor e estimular mesmo a diversidade de

costumes e hábitos. Desta forma deveríamos tentar entender porque as medidas “saudáveis” não podem ser – e realmente nunca foram – aplicáveis a todos em uma determinada população. Esta parece ser uma outra grande discussão e que somente poderei introduzir aqui, mas que me parece estar muito ligada à questão da competência cultural frequentemente utilizada como técnica de alfabetização científica, como já vimos.

Podemos pensar se estas idéias poderiam ser mais ou menos organizadas para uso prático no cuidado da saúde. Caso aceitemos esta possibilidade, devemos lembrar que a complexidade destas questões e desta abordagem provavelmente nunca nos permitirá possuir uma visão completa das redes relevantes e muito menos prever quais ações de tentativas de modificações dos limites de determinado coletivos gerarão quais resultados. Portanto, ao tentar trabalhar desta forma, deve-se sempre ter em mente a necessidade de pactuação de resultados com o maior número possível de envolvidos, avaliação contínua e abertura para o imprevisto. Uma tentativa inicial de aplicação em saúde do conceito de coletivos híbridos, a partir do que vimos nos dados de campo, poderia ser sistematizada da seguinte forma:

- Mapeamento de atuantes envolvidos no processo de saúde-doença em questão, seja ele uma queixa individual em consulta, atividade programática comunitária ou trabalho preventivo de vários níveis. Este trabalho é melhor realizado quanto mais tempo a equipe estiver trabalhando com estas pessoas, neste local. O número de profissionais e usuários, bem como a formação dos membros da equipe também influenciarão este processo, bem como suas características pessoais e capacidade de trabalho com diferentes mundos. Importante tentar manter nesta etapa a idéia de que os atuantes não tem intenção ou naturezas específicas por si só, mas as adquirem e constroem em contato com o resto da rede. Seus atributos

devem ser estabelecidos a cada novo contato com outro atuante, podendo ser variável conforme a forma de inserção. Isso evitaria julgamentos precipitados, estigmatizações e as clássicas posições de abordagem pelo viés social ou natural.

- Procurar significados e valores relevantes para os atuantes que foram identificados. Estes devem da mesma forma ser considerados produtos das relações entre atuantes humanos e não-humanos e não da mente dos atuantes humanos. Assim, procura-se evitar a comparação assimétrica de conhecimentos (nossos) e crenças (dos outros).
- Identificar diferenças na interpretação de quais atuantes são mais ou menos importantes para que o problema em questão exista e levar a sério as opiniões diversas. Elas vão juntamente com o passo anterior direcionar os próximos passos. Aqui também podem ser identificados os itinerários terapêuticos entre os diversos sistemas de saúde (oficiais e não-oficiais) que são criados e seguidos.
- Explicitar quais objetivos são desejados pelos atuantes (em especial os atores diretamente relacionados nos encontros terapêuticos ou entre planejadores de ações e políticas e seus “contemplados”).
- Pensar quais atuantes podem ser mobilizados, por quem, de que forma e em que prazo, para ajudar a atingir os objetivos identificados.
- Pensar quais outros atuantes influenciam nas tomadas de decisões nestes passos para todos envolvidos, inclusive a equipe.
- Pactuar quais objetivos desejados são possíveis de ser alcançados e através da mobilização de quais atuantes. No caso de alguns ou todos objetivos serem impossíveis, objetivos secundários e parciais devem ser mapeados.
- Iniciar mudanças no coletivo identificado inicialmente através de modificações na rede a partir dos pactos estabelecidos.

- Criar se possível inicialmente planos alternativos para diferentes cenários e quais opções estão disponíveis nestes casos.
- Avaliar conjuntamente resultados alcançados e reiniciar o processo de qualquer etapa que for necessária.

Na prática mais direta e imediata das equipes de saúde, embora de forma um tanto simplificada (e arriscada) uma proposta menos ousada adequação intercultural poderia:

- *Ajudar a “calibrar” condutas de cuidado à saúde.* Como nos casos em que percebi diferenças importantes na forma como muitas pessoas da região alemã exibem sintomatologia muito mais discreta do que chamamos de depressão, comparativamente às pessoas com quem trabalhava na capital. As manifestações de gravidade tendem a ser muito mais discretas e o sofrimento escondido menos visível. Antes de uma tentativa de suicídio, por exemplo, mantém-se em geral suas atividades profissionais em grande intensidade de trabalho até minutos antes da tentativa, ao contrário de trabalhadores de fábricas da periferia de Porto Alegre que, em geral, apresentam grande número de consultas por motivos diversos buscando atestados, afastamento do trabalho, benefícios do governo, onde a diminuição das funções é muito mais precoce. A frequência com que anunciam a tentativa ou realizam tentativas frustradas ou fictícias como forma de procurar ajuda também é muito menor, devendo o profissional de saúde estar muito mais atento à esta possibilidade e mobilizar atuantes de forma diferenciada.
- *Repensar atividades de rastreamento populacional de doenças.* Na população rural do Pinhal Alto, por exemplo, não há casos registrados nos últimos anos de câncer de colo do útero, nem mesmo de lesões pré-malignas (de alto grau), apesar da alta cobertura de exames preventivos. Isto também está confirmado

pelo controle de causas de mortalidade. As taxas de doenças venéreas e a adoção de múltiplos parceiros é baixa o que está relacionado com o dado anterior, visto que acredita-se hoje estar o câncer de colo relacionado com a transmissão sexual de um vírus. Além disso, apresenta-se alta a taxa de pessoas que referem grande ansiedade e medo, além de vergonha e desconforto, durante a prática rotineira de coleta de exames preventivos. Trata-se de uma comunidade de forte influência católica e há um grande número de mulheres com idade avançada que nunca mantiveram vida sexual ativa. Somam-se a isso a possibilidade não desprezível de falso-positivos que levam a mais ansiedade e, por vezes, procedimentos desnecessários. ⁷¹Poderíamos nos questionar se, nesta localidade, estaria justificada uma grande pressão como realizada frequentemente em todos os níveis de gestão, para uma cobertura anual de exames alta com vem sendo feito.

- *Adequar a eficácia simbólica.* A mobilização de um atuante famoso e que divide opiniões, o jaleco branco do médico, por exemplo pode ser feito de formas diferentes em diferentes comunidades, tendo em vista quais atuantes geram quais efeitos no mundo daquelas pessoas. Estes efeitos pode ser só simbólicos⁷², como quando o jaleco atua em associação a outros atuantes (inclusive quem o usa) de uma forma a aumentar o poder terapêutico do profissional (assim como as vestes de um sacerdote ou o cigarro do pajé tornam mais visíveis e verdadeiros seus poderes) ou demarcar um limite de classe, definindo uma autoridade. Em comunidades periféricas de Porto Alegre, senti que o segundo efeito sobrepujava em muito o primeiro, optando então por não utiliza-lo, assim como muitos outros médicos fazem, tentando aproximar as distâncias entre si e os que procuram seu trabalho. Na zona rural, entretanto, altamente religiosa e com um grau de formalidade

⁷¹ Para estes riscos ver, por exemplo, Croswill (2009).

⁷² Lévi-Strauss, 1970.

muito maior em quase todos espaços, senti que o primeiro efeito, potencializador do encontro terapêutico prevalecia e utilizo quase sempre.⁷³ Estes efeitos também podem ser “menos simbólicos”, mais palpáveis, como nos casos de “hipertensão arterial do jaleco branco” uma entidade descrita em livros médicos e até hoje pouco compreendida e no choro de muitas crianças que parecem achar mais relação entre o traje, a dor de vacinas e a náusea de abaixadores de línguas.

- *Adequar orientações.* Como no caso das lombalgias e minha experiência com “fazer pasto” descrita no capítulo 3 quando discuti territorialidades e acesso ao sistema de saúde.
- *Adequar “ferramentas” de trabalho da saúde.* Como quando percebi a inutilidade de tentar demarcar horários pelo relógio entre os kaiabi ou de perguntar a cor do catarro no Pinhal Alto. Neste último caso, a resposta invariavelmente será amarelo quando não for branco. De forma que hoje, para evitar desdobramentos em mais de uma pergunta, questiono se está claro ou escuro, somente. Ou ainda para descobrir em cada caso o que quer dizer as expressões polissêmicas “tontura”, “estar mal”, “ficar amarelo” “desmaio” ou mesmo “estar com dor”, que assumem as mais diversas conotações com diferentes pessoas e comunidades. Assim, tontura no Pinhal Alto pode ser o mesmo que para a medicina é fraqueza, vertigem, cansaço ou tontura; estar mal quase sempre quer dizer enjoado, nauseado (em certas regiões “vomitar” é “provocar”); ficar amarelo significa quase sempre palidez, ao invés do amarelo médico que é a icterícia; desmaio nesta localidade é na esmagadora maioria das vezes uma tontura passageira sem perda de consciência, o que é pré-requisito para utilizar o termo do ponto de vista técnico; e sentir dor é explicado quando solicitado por

⁷³ Interessante notar que, muitos que julgam não usá-lo, de forma a parecerem politicamente corretos em meios da saúde pública o substituem eficazmente por outros símbolos que parecem ter igual eficácia em demarcar distâncias e regular o que é ou não aceitável em matéria de relacionamento, como estetoscópios bem visíveis nos pescoços, assim como os tradicionais trajes caros, gravatas, jóias, carros, etc.

qualquer sensação desagradável que passe por queimação, aperto, pressão, formigamentos, dormências, sensação de vazio ou oco e inquietude. O exame físico também pode variar, assumindo o toque, o olhar do profissional, as distâncias e proximidades, papéis diferentes e devendo ser mobilizados de formas variadas, bem como a presença ou não de uma auxiliar em exames mais íntimos, em situações diversas. Portanto as palavras e os gestos também podem ser vistos com atuantes a ser mobilizados de forma ou outra em benefício do cuidado à saúde, sendo impensável a anamnese ou exame físico como algo neutro e independente da realidade onde é enredado. Também a linguagem local pode expressar importantes formas de interagir nestes coletivos, como quando em adaptação da língua alemã ouço dizer que uma pessoa vai deixar-se vacinar ou deixar medir a pressão, ao invés de vacinar-se ou de medir a pressão. Longe de simples adequação ou correção lingüística, acredito que estas expressões também situam os atores e sua relação, pois quem *faz uma vacina* ou *se vacina* não tem a mesma autonomia e controle do processo de quem *deixa fazela*.

- *Ampliar opções terapêuticas.* Como acredito já extensamente explanado, a visão de rede de atuantes ou coletivo a ser mobilizado amplia a possibilidade de outros atores e saberes, além de deslocar o olhar das interpretações para os quase-objetos (que não deixam por isso de ser significantes). Mais um exemplo disso pode ser visto quando uma pessoa com disfunção erétil que não melhorava com nenhum tratamento conhecido teve a resolução de seu problema ao me contar que sua ex-esposa havia “rogado uma praga” para ele, condenando-o àquele destino com as futuras companheiras. Este relato apareceu após alguma insistência de minha parte, em busca de modelos explicativos. O que, entretanto, gerou a resposta neste caso, não foi a mudança deste, nem um acordo entre minha cultura (médica, *disease*) e a do paciente (leiga, *illness*) mas a

melhor percepção do mundo do paciente, de quais atuantes estavam ativados naquele caso. A associação de remédios, médicos, exames não havia sido suficiente naquele caso, não porque não combinavam com as crenças do paciente, visto que ele solicitava e confiava que remédios e minha ciência iriam curá-lo, tanto que relutou em me revelar sua história. Entretanto, de posse com estes novos dados de seu mundo, procuramos juntos outros atuantes que pudessem modificar a rede como estava (divórcio-praga-ex-mulher-impotência-remédios). A rede final foi (divórcio-praga-ex-mulher-feiticeira-“contra-praga”-vida sexual satisfatória). Outra forma de ver o caso seria o de explicar que na verdade o que o paciente acreditava era na feitiçaria, e que só buscara ajuda médica por pressão externa (social) e que isso estava inconsciente (visto que não fizera nada além do tratamento médico antes). Ou ainda que ao autorizar ou estimular o paciente a procurar outras saídas, a ciência teria elevado o status do feitiço, aumentando sua potência. No primeiro caso, a cura foi psicológica e o segundo parece inverossímil, pois se a ciência tivesse este poder não teria necessitado transferi-lo, tendo bastado os remédios. Prefiro a solução anterior que não fragmenta a mente e o mundo, bastando ao médico o difícil trabalho de ajudar as pessoas a mapear as suas.

- *Reforçar autonomia.* Como quando mobilizamos através de um programa de plantas medicinais cultivadas com apoio da prefeitura um mundo de histórias, conhecimentos populares, plantas *desobscurecendo* (as pessoas relataram que escondiam muitas vezes com medo estes saberes em especial na frente dos médicos) estas práticas e diminuindo a dependência da indústria farmacêutica e do saber biomédico. Ao encararmos a prática do cuidado da saúde como algo que não é divinamente encarnado na figura exclusiva do médico mas deve ser trabalhado por todos (mas também em conjunto com ajuda deste profissional que sabe sobre importantes

atuantes como remédios, exames e cirurgias) para construção de redes (mundos) mais saudáveis, inclusive ambientalmente, afirmamos que um profissional da saúde não é *sempre* necessário e que as pessoas participam mais do que imaginam - e devem participar ainda mais - na construção de seus processos saúde-doença. Isso, no entanto, sem reforçar a idéia de responsabilidade com a saúde associada à culpa, que obtemos quando limitamos esta responsabilidade a seguir às prescrições e orientações médicas, como visto anteriormente.

De forma resumida, não há como criar um manual prático de competência cultural, a idéia de competência sobre as crenças de outro é incompatível com os avanços mais recentes da antropologia. O caminho mais comumente tomado pela escola interpretativa da antropologia da saúde é o mais difícil ao se propor a partir de uma relação de grande assimetria (entre *disease* e *illness* ou entre a ciência e outras formas de conhecimento) a construção de um diálogo que é baseado mais em idéias sobre o processo saúde-doença do que o próprio processo. Penso ter seguido outro caminho, que surgiu a partir da análise dos dados apresentados em relação às práticas da APS em situações variadas. Parece-me que o entendimento das práticas da ESF enquanto mobilizadora de mundos, ou de atuantes em coletivos de limites modificáveis, pode ajudar a diminuir a assimetria identificada ao trazer o foco das crenças e mentalidades para o mundo real onde as coisas acontecem. A prática da saúde da família como vem sendo feita pelos médicos de família e comunidade num contexto de trabalho em equipes e dentro dos princípios de APS parece apresentar resultados interessantes a partir desta óptica e pode se beneficiar destas idéias.

Tanto se optarmos por tentar abrir diálogo entre sistemas tão desproporcionais quanto a biomedicina objetivante (*disease*) e as pessoas com suas experiências de sofrimento (*illness*), através de um acordo entre *modelos explicativos* (mentais), quanto se optarmos por um entendimento diverso de natureza e cultura como o proposto, que desvia o foco de atenção das crenças em doenças exteriores à mente, para os mundos de atuantes implicados em coletivos produzindo e sendo produzidos por naturezas-

culturas, o que mais importa é a busca de um contato entre cuidadores e cuidados que gere menos sofrimento e conflitos, mantendo sua capacidade de gerar resultados aceitáveis para todos. Para tal tarefa, a aproximação entre a antropologia e as diversas áreas da saúde se faz vital, pensando em melhorar a formação dos profissionais e instrumentar as práticas que estão em andamento. Neste encontro, talvez seja possível abandonarmos a separação entre as habilidades técnicas dos profissionais de saúde (das quais a competência cultural seria uma menos natural, mais social, e portanto menos valorizada) e o caráter ético que há no cuidar uns dos outros partindo da aceitação de que vivemos e devemos continuar vivendo em mundos e humanidades que são variados em suas naturezas-culturas.

Referências Bibliográficas

ALVES, Paulo César e RABELO, Miram Cristina. “Repensando os Estudos Sobre as Representações e Práticas em Saúde/Doença”. In: _____. *Antropologia da Saúde: Traçando Identidades e Explorando Fronteiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1998.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de Andrade; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; FONSECA, Cláudio Duarte da; HARZHEIM, Erno. “A Estratégia Saúde da Família”. In: DUNCAN, B. *Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, p. 88-100.

ARNAL JM, AMORIN MJ, CASTANC Y. *Análisis cartográfico de la utilización de Atención Primaria en la Comunidad Autónoma de Aragón*. Cuadernos de Gestión. 2001;7:73-84.

BARNES, JA. “Redes Sociais e Processo Político”. In: FELDMAN-BIANCO, Bela (org.). *A Antropologia das Sociedades Contemporâneas*. São Paulo: Global, 1987.

BARTH, Fredrik. “Grupos Étnicos e suas Fronteiras”. Trad. de Élcio Fernandes do original “*Ethnic groups and boundaries. The social organization of culture difference*”. Bergen, Oslo: Universitetsforlaget, 1969. In: POUTYGNAT & STREIFF-FENART (org). *Teorias da Etnicidade*. São Paulo: Editora Unesp, 2000. 252 p.

BATESON, Gregory. “Form, substance and difference”. In: _____. *Steps to an ecology of mind*. Chicago/London, The University of Chicago Press, 2000 [1972], p. 454-471.

BENEDICT, Ruth. *Padrões de Cultura*. Lisboa: Edição “Livros do Brasil”, 1934.

BERTALANFFY, Ludwig von. *The Theory of Open Systems in Physics and Biology*. Science, vol 111. pp 23-29, 1950.

BERTOLLI FILHO C. *História da Saúde Pública no Brasil*. 4ª ed. São Paulo: ÁTICA, 2001.

BOAS, Franz. *Antropologia Cultural*. Organização de Celso Furtado. 5ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.

BOISSEVAIN, Jermy. "Redes Sociais e Processo Político". In: FELDMAN-BIANCO, Bela (org.). *A Antropologia das Sociedades Contemporâneas*. São Paulo: Global, 1987.

BOTT, Elizabeth. *Família e Rede Social*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976.

BOURDIEAU, P. *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge: Cambridge University Press, 1987.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm .

Acessada em 16 de julho de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria 2529 de 2006*. Disponível em:

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2818.htm> .

Acessada em 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. 4. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4)

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistemas de Informação em Saúde*. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id_area=743 .

Acessado em: outubro de 2009.

BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. *Lei 8080 de 19 de setembro de 1990*. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm . Acessado em 16 julho de 08.

BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. *Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990*. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm . Acessado em 16 julho de 08.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Um Método para Análise e Co-Gestão de Coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAPRA, Fritjof. *A Teia da Vida*. São Paulo: Cultrix, 1996.

CAPRA, Fritjof. *As Conexões Ocultas: Ciência para uma vida sustentável*. São Paulo: Cultrix, 2005.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R. *Etnicidade e Globalização*. Revista Brasileira de Ciências Sociais, n.32, ano 11, 1996.

CARRARA, Sérgio. *Uma "Tempestade" Chamada Latour: A Antropologia da Ciência em Perspectiva*. Physis: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 12 (1):179-203, 2002.

CASTIEL, Luis David e DIAZ, Álvares-Dardet. *A Saúde Persecutória: Os limites da Responsabilidade*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

CASTRO, Celso (org.) *Evolucionismo Cultural*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

COHEN, Abner. "Introduction: The Lesson of ethnicity". In: *Urban Ethnicity*.^a Cohen (editor). (pp. IX-XXIV) London: Routledge, 1974.

CROSWELL, Jennifer Miller; RAMER, Barnett S; et al. *Cumulative Incidence of False-Positive Results in Repeated, Multimodal Cancer Screening*. Annals of Family Medicine Vol. 7, n. 3; may/june 2009.

CSORDAS, Thomas. *Corpo/Significado/Cura*. Porto Alegre, Editora da UFRGS, 2008.

DAMATTA, Roberto. *Relativizando*. Petrópolis: 1981

DELEUZE G. *Conversações: 1974-1990*. São Paulo: Editora 34, 2000.

DICIONÁRIO BRASILEIRO DE LÍNGUA PORTUGUESA. Encyclopaedia Britannica do Brasil. 5.ed. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 1981.

DUMIT, Joseph. "When Explanation Rest: "good-enough" brain science and the new sócio-medical disorders." In: LOCK, Margaret, YOUNG, Allan e CAMBROSIO, Alberto. *Living and Working with the New Medical Technologies: intersections of inquiry*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.

DUNCAN, B. *Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3ª ed. Porto Alegre: Artemd, 2004.

ERIKSEN, Thomas & NIELSEN, Finn. *História da Antropologia*. Petrópolis: Vozes, 2007.

FALCETO, Olga Garcia; FERNANDES, Carmen Luiza C. e WARTCHOW, Elisabeth Susana. "O Médico, o Paciente e sua Família". In: DUNCAN, B. *Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3ª ed. Porto Alegre: Artemd, 2004.

FERNANDES, Carmen Luiza Corrêa e CURRA, Lêda Chaves Dias. "Ferramentas de Abordagem da Família." In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. *Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade*. Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora, 2005, p.11-41.

FEYERABEND, Paul. *Contra o Método*. São Paulo: Editora Unesp, 2007.

FONSECA, Cláudia. Mulher Chefe-de-Família? R. Ci. Soc., Porto Alegre, 1(2):261-8, 1987.

FONSECA, Cláudia. *Caminhos da Adoção*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2002.

FONSECA, Cláudia. "Fabricando Família: Políticas Públicas para o Acolhimento de Jovens em Situações de Risco." In: JACQUET, Christine e COSTA, Livia Fialho (orgs). *Família em Mudança*. São Paulo: Companhia Ilimitada, 2004 a

FONSECA, Cláudia. "Olhares Antropológicos sobre a Família Contemporânea". In: ALTHOFF, Coleta Rinaldi; ELSESEN, Ingrid e NITSCHKE, Rosane Gonçalves (orgs). *Pesquisando a Família: Olhares Contemporâneos*. Florianópolis: Papa-livro, 2004 b

FONSECA, Cláudia. *Família, Fofoca e Honra*. Porto Alegre: UFRGS, 2004c.

FONSECA, Cláudia. *Concepções de Família e Práticas de Intervenção: Uma Contribuição Antropológica*. Saúde e Sociedade v.14, n2, p50-59, maio-ago 2005.

FONSECA, Cláudia. "O Casamento Revisitado: Afetos em Diálogo com a Lei." In: SOUZA, Ivone M. C. Coelho de (org). *Casamento: uma escuta além do Judiciário*. Florianópolis: VoxLegem, 2006.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. 13ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1998.

FOUCAULT, Michel. *Em Defesa da Sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FRANCO T, MERHY E. *Programa de Saúde da Família: contradições e novos desafios*. Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm> . Acessado em 2006.

FREIRE, Lincoln Marcelo Silveira. *Posicionamento da Sociedade Brasileira de Pediatria Quanto a Oficialização da Medicina de Família e Comunidade Como Especialidade*. Site da Sociedade Brasileira de Pediatria. 16 de março de 2004. Disponível em: http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=24&id_detalhe=1550&tipo_detalhe=s . Acessado em 28 de julho de 2009.

GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

GÉRVAS, Juan; MIRAS, A. López e PASTOR, Sanches. *Atención Primaria en Europa*. Atención Primaria, vol.12, n. 5, 1993.

GÉRVAS, J e PÉREZ-FERNÁNDEZ, M. *El Auge de las Enfermedades Imaginarias*. FMC. 2006; 13(3):109-111.

GILLETTE, Robert. *Caring for Frequent-visit Patients*. Family Practice Management. Maio de 2003, p. 57-62. Acessado de www.aafp.org/fpm em 2007.

GOMES, Rafael da Silveira; GUIZARDI, Francini Lube e PINHEIRO, Roseni. "A Orquestração do Trabalho em Saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes". In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araújo de. *Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipes, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC / UERJ: ABRASCO, 2005.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. *Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde. Experiência do SSC/GHC*. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição; 2003.

GUANAIS, Frederico e MACINKO, James. *Primary Care and Avoidable Hospitalizations: Evidence From Brazil*. J Ambulatory Care Manage Vol. 32, No. 2, pp. 115–122.

HAESBAERT, Rogério. *O Mito da Desterritorialização: do "fim dos territórios" à multiterritorialidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004, 400p.

HAHN, Robert A e KLEINMAN, Arthur. *Biomedical Practice and Anthropological Theory: Frameworks and Directions*. Ann. Rev. Anthropology. 1983. 12: 305-333.

HANNERZ, Ulf. *Fluxos, fronteiras, híbridos: palavras chaves da antropologia transnacional*. In: Mana 3(1):7-39, 1997.

HARRIS, Marvin. *Vacas, Porcos, Guerras e Bruxas. Os Enigmas da Cultura*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

HELMAN, Cecil. *Cultura, Saúde e Doença*. 2a. ed. Porto Alegre: Artmed, 1994.

HILDEBRANDT, David E et al. *Are Frequent Callers to Family Physicians High Utilizers?* Ann Fam Med 2004;2:546-548.

HOBBS, T. *Leviathan, or the Matter, Forme and Power of a Commonwealth, Ecclesiasticall and Civill*. Londres, 1651. Trad. Fr. *Léviathan. Traité de la Matière, de la Forme et du Pouvoir de la République Ecclésiastique et Civile*. Sirey: Paris, 1971.

HOYOS, Juan Antonio Guerra de e CONTRERAS, Isidoro A. de Anca. *Motivos que condicionan el uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes hiperfrecuentadores: estudio con grupos focales*. Aten Primaria. 2007;39(7):349-54

HORTON, Sarah e LAMPHERE, Louise. *A Call to an Anthropology of Health Policy*. Anthropology News of American Anthropological Association, January 2006.

ILLICH, Ivan. *La Obsesión por la Salud Perfecta*. Le Monde Diplomatique. 1999; 41 (marzo):21

INGOLD, Tim. *The perception of the environment: essays in livelihood*. London, Routledge, 2000, p. 13-60.

IYDA, Massako. *Cem Anos de Saúde Pública: A Cidadania Negada*. São Paulo: UNESP, 1994.

JASANOFF, Sheila. *Designs on Nature: Science and democracy in Europe and the United States*. Princeton: Princeton University Press, 2005.

JOVCHELOVITCH, Marlova. *Municipalização e Saúde: Possibilidades e Limites*. Porto Alegre: Ed. Da Universidade/ UFRGS, 1993.

KLEINMAN, Arthur. *The Illness Narratives: Suffering, Healing & The Human Condition*. New York: Basic Books, 1988, 304 p.

KLEINMAN, Arthur e BENSON, Peter. *Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It*. PLoS Med 3(10): e294. DOI: 10.1371/journal.pmed.0030294

KUHN, Thomas. *A Estrutura das Revoluções Científicas*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1987 (1976).

KUPER, Adam. *Antropólogos e Antropologia*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1973.

LANGDON, E. Jean. "A Construção Sociocultural da Doença e seu Desafio para a Prática Médica". In: *Parque Indígena do Xingu: Saúde, Cultura e História*. São Paulo: Terra Virgem Editora, 2005.

LAPLANTINE, François. *Antropologia da Doença*. São Paulo: Martins Fontes, 1991. 274p.

LATOUR, Bruno. *Jamais Fomos Modernos: Ensaio de Antropologia Simétrica*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994.

LATOUR, Bruno. *Os Objetos têm História? Encontro de Pasteur com Whitehead em um Banho de Ácido Láctico*. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, II (1), 7-26 Mar-Jun. 1995.

LATOUR, Bruno. *Ciência em Ação: Como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: Unesp, 2000.

LATOUR, Bruno. *A Esperança de Pandora*. Bauru, SP: EDUSC, 2001.

LATOUR, Bruno. *Como terminar uma tese de sociologia: pequeno diálogo entre um aluno e seu professor (um tanto socrático)*. *Cadernos de campo*, São Paulo, n. 14/15, p. 339-352, 2006.

LEAL, Ondina Fachel e ANJOS, José Carlos Gomes dos. *Cidadania de Quem? Possibilidades e Limites em Antropologia*. *Horizontes Antropológicos*, ano 5, n.10, p. 151-173, Porto Alegre: 1999.

LEITE, Marcos Esdras; FONSECA, Diego de Sousa Ribeiro da; e BRAZ, Cynara Kaliny Ribeiro. *Uso do SIG na Análise da Dengue: Aplicação na Microrregião de Montes Claros/ Bocaiúva (MG)*. *Hygeia* 3(6):126-141, Jun/2008. Disponível em: www.hygeia.ig.ufu.br . Acessado em novembro de 2008.

LÉVI-STRAUSS, Claude. *Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1970.

LÉVI-STRAUSS, Claude. *As estruturas elementares do parentesco*. São Paulo: Edusp; Petrópolis: Vozes, 1976.

LIMA, Marcelo Vieira de. "A Informática Médica na Atenção Primária". IN: DUNCAN, B. *Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3ª ed. Porto Alegre: Artemd, 2004, p. 107-114.

LITTLE, Paul E. *Territórios Sociais e Povos Tradicionais no Brasil: por uma antropologia da territorialidade*. Série Antropologia, Departamento de Antropologia, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Brasília: Brasília, 2002.

LITTLE, Paul E. *Amazonia: territorial struggles on perennial frontiers*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2001.

LOMNITZ, Larissa. *Redes sociales y partidos políticos en Chile*. REDES - Revista hispana para el análisis de redes sociales. Vol.3,#2, sept-nov. 2002. Disponível em : <http://revista-redes.rediris.es> , acessado em novembro de 2008.

MALINOWSKI, Bronislaw. *Uma Teoria Científica da Cultura*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1975.

MATURANA , Humberto e VARELA, Francisco. *The tree of Knowledge*. Boston: Shambhala, 1987.

MEAD, Margaret. *Macho e Fêmea*. Petrópolis: Vozes, 1971.

MENDES EV. *Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999.

MERLEAU-PONTY, M. *Merleau-Ponty. Coleção Os Pensadores*. São Paulo: Editora Abril, 1984.

MERTON, Robert K. *La Sociologia de la Ciencia*, 2. Madrid: Alianza Editorial, 1985

MONKEN, Maurício, et al. "O Território na Saúde: Construindo Referências para Análises em Saúde e Ambiente". In: MIRANDA, Ary Carvalho de; BARCELLOS, Christovam; MOREIRA, Josino Costa; MONKEN, Maurício. *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008. v.1 p.23-41.

MORGAN, LH. *Ancient Society* (1877). Cap.1 "A Sociedade Primitiva". In: CASTRO, Celso (org.) *Evolucionismo Cultural*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

NADER, Laura. *Naked Science*. New York: Routledge, 1996.

NATIONS, Marilyn K. et col. *Rezas e Soro Salvando Crianças: Como motivar passo a passo os curandeiros populares a curar a diarreia e desidratação na comunidade*. Fortaleza: Fundação Instituto Conceitos Culturais & Medicina, 1997.

OLIVEIRA, FA. *Antropologia nos Serviços de Saúde: Integralidade, Cultura e Comunicação*. Interface _ Comunic, Saúde, Educ, v.6, n.10, p.63-74, 2002.

OLIVEIRA, FA. *Serviços de Saúde e seus Usuários: comunicação entre culturas em uma unidade de saúde comunitária*. Dissertação de Mestrado. PPGAS/UFRGS: Porto Alegre, 1998.

OLIVEIRA FA, BERGER CB. *Visitas domiciliares em APS: equidade e qualificação dos serviços*. Mom & Perspec Saúde, 1996, 9 (2) : 69-74.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. 1948. Disponível em : http://www.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm . Acessado em : setembro de 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Carta de Ottawa*. 1986. Disponível em : <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadarg/ottawa.pdf> . Acessado em: setembro 2009.

ORTIZ, Renato. *Um Outro Território: Ensaio Sobre a Mundialização*. São Paulo: Olho d'Água, 1996.

PAVARINI, Sofia Cristina Iost, LUCHESI, Bruna Moretti, FERNANDES, Heloíse da Costa Lima, et col. *Genograma: avaliando a estrutura familiar de idosos de uma unidade de saúde da família*. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2008;10(1):39-50. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a04.htm> . Acessado em outubro de 2009.

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra e BARCELLOS, Christovam. *O Território no Programa da Família*. Hygeia, 2(2):47-55, jun 2006. Disponível em: www.hygeia.ig.ufu.br . Acessado em março de 2009.

PICKENHAYN, Jorge Amâncio. *La Geografía de La Salud y El Aporte de Foucault*. Hygeia 3(6):204 - 203, Jun/2008. Disponível em: www.hygeia.ig.ufu.br . Acessado em novembro de 2008.

PINHEIRO MACHADO, Bruna; BAINY, Renata G e TARGA, Leonardo Vieira. *Integralidade na Assistência do Médico de Família e Comunidade*. Trabalho apresentado no IX Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, Florianópolis, 2009.

POUTIGNAT, P & STREIFF-FENART, J. *Teorias da Etnicidade*. São Paulo. Editora Unesp. 1988.

PUSTAI, Odalci José. "O Sistema de Saúde no Brasil". In: DUNCAN, Bruce B. *Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3ª ed. Porto Alegre: Artemd, 2004, p. 69-75.

RAFFESTIN, C. *Por uma Geografia do Poder*. São Paulo: Ática, 1993.

RADCLIFFE-BROWN, Alfred Reginald. *Estrutura e Função na Sociedade Primitiva*. Petrópolis: Vozes, 1973.

RIBEIRO, Fátima Aparecida. *Atenção Primária (APS) e Sistema de Saúde no Brasil: Uma Perspectiva Histórica*. Dissertação (mestrado em ciências). Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007. 325p.

RIGHI, Liane Beatriz. Pirâmides, Círculos e Redes: Modos de Produzir a Atenção em Saúde. In: MISCZKY, Maria Ceci A. e BECH, Jaime (org.). *Estratégias de Organização da Atenção à Saúde*. Porto Alegre: Dacasa Editora/ Programa de Desenvolvimento da Gestão em Saúde, 2002.

ROSE, Geoffrey. *Estratégias da Medicina Preventiva*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ROSEN, G. *Uma História da Saúde Pública*. Série Saúde em Debate. Rio de Janeiro: HUCITEC, 1994.

SACK, R. 1986. *Human Territoriality : its theory and history*. Cambridge : Cambridge University Press.

SANTOS, Milton e SILVEIRA, María Laura. *O Brasil: Território e sociedade no início do século XXI*. Editora Record, 2001.

SARTI, C. *A Família como Espelho: um estudo sobre a moral dos pobres*. Campinas: FAPESP, 1996.

SBMFC. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. *Carta da SBMFC sobre a participação da Pediatria na Estratégia Saúde da Família (ESF) Uma proposta inclusiva*. 23/6/2006. Disponível em <http://www.sbmfc.org.br/site/not/notcont.asp?ID=67&idt=1>

SCOTT, Parry. “Agentes Comunitários e Saúde Reprodutiva: Uma Experiência Recente no Nordeste Brasileiro”. In: OLIVEIRA, Maria Coleta e ROCHA, Maria Isabel Baltar da Rocha (orgs.). Campinas: Unicamp/ Nepo, 2001, p.49-70.

SEGATO, Rita Laura. *Antropologia e Direitos Humanos: Alteridade e Ética no Movimento de Expansão dos Direitos Universais*. MANA 12(1): 207-236, 2006.

SEYFERTH, Giralda. “Identidade Camponesa e Identidade Étnica”. In: *Anuário Antropológico/91*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1993, p 31-63.

SHILS, E. *Primordial, Personal, Sacred and Civil Ties*. British Journal of Sociology 8(2): 130-145, 1957.

SHORE CN, WRIGHT S. *Anthropology of policy : critical perspectives on governance and power*. London : Routledge, 1997.

SILVA, Silvio Fernandes da. *Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas*. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Prática de Saúde Pública, São Paulo; s.n; 2001. 288 p.

SILVA KL, SENA R, LEITE JC, SEIXAS CT, GONÇALVES AM. *Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde*. Rev Saúde Pública. 2005; 39(3):391-7.

SNOW, JOHN. *On the Mode of Communication of Cholera*. Hygeia 3(6):1-11, Jun/2008. Disponível em: www.hygeia.ig.ufu.br . Acessado em novembro de 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *SBP discute inclusão do pediatra no Programa Saúde da Família*. SBP Notícias. Disponível em http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=88&id_detalhe=438&tip_o_detalhe=s . Acessado em 28 de julho de 2009.

SOUSA SANTOS, Boaventura de. *La globalización del derecho: los nuevos caminos de la regulación y la emancipación*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 1998.

SOUSA SANTOS, Boaventura de. "Toward a multicultural conception of human rights". In: B. E. Hernández-Truyol (org.), *Moral imperialism. A critical anthology*. Nova York: New York University Press, 2002. pp. 39-60.

SOUSA SANTOS, Boaventura de . "Por uma concepção multicultural de direitos humanos". In: _____. (org.). *Reconhecer para libertar. Os caminhos do cosmopolitismo multicultural*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. pp. 427-461.

SOUZA, Rebeca Hennemann Vergara de. *"Sequestraram a propriedade intelectual: uma agenda para o desenvolvimento na Organização Mundial da Propriedade Intelectual."* Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre; 2009.

SOUZA, Rosimary Gonçalves de. *Poder local e implementacao da politica de saude: dilemas da gestao descentralizada*. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro; s.n; 2005. 200 p.

STARFIELD, Barbara. *Atenção Primária – Equilíbrio Entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério de Saúde, 2002.

STARFIELD, B; HYDE, J; GÉRVAS, J e HEATH, I. *The concept of prevention: a good idea gone astray?* J. Epidemiol. Community Health 2008;62;580-583.

STEWART, JH. *Theory of culture change : the methodology of multilinear evolution*. Urbana : University of Illinois, 1955

STOCKING Jr., George. *A Formação da Antropologia Americana*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2004.

TAKEDA, S. "A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde". In: DUNCAN, B. *Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, p. 76 -87.

TARGA, Leonardo Vieira. "Atenção Domiciliar à Saúde". In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. *Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade*. Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora, 2006a, p.71-106.

TARGA, Leonardo Vieira; BAINY, Renata; PINHEIRO MACHADO, Bruna. *Atenção Primária como Espaço Privilegiado de Pesquisa e Ação no Ensino Médico: Recriando a Educação Permanente baseado na Realidade Local*. Trabalho apresentado no Congresso Brasileiro de Educação Médica, 2006, Gramado. Anais do Congresso Brasileiro de Educação Médica, 2006b.

TARGA, Leonardo Vieira; ANDRADE, MC; GERVINI, C. *Grupo de Estudo-Ação Intersetorial Sobre Problemas Relacionados a Drogas: A Experiência de Nova Petrópolis*. Apresentado no IX Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade. Fortaleza, 2008a.

TARGA, Leonardo Vieira; WISSMANN, MEV . *Protocolo Municipal para Manejo de Problemas Relacionados ao Uso de Bebidas Alcoólicas*. Apresentado no IX Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade. Fortaleza, 2008b.

TAVARES, Mario R e TAKEDA, Sílvia M. *Vale a pena buscar "faltosos"? Avaliação da efetividade das visitas domiciliares para contactar faltosos das ações programadas de saúde*. *Mom & Perspec Saúde*. 1996;9(2).

TAYLOR RJ, McAVOY BR E O'DOWD T. *General Practice Medicine*. Philadelphia: Churchill Livingstone, Elsevier Science Limited, 2003.

TYLOR, EB. Primitive Culture (1871). Cap. 2 “ A ciência da Cultura”. In: CASTRO, Celso (org.) *Evolucionismo Cultural*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. “Perspectivismo e multinaturalismo na América indígena”. In: _____. *A inconstância da alma selvagem – e outros ensaios de antropologia*. São Paulo, Cosacnaify, 2002, p. 347-399.

VUORI, H. *The role of schools of public health in the development of primary health care*. Health policy, n.4, p. 221-30, 1985.

WHITE, Leslie A. *The evolution of culture : the development of civilization to the fall of Rome*. New York : McGraw-Hill, 1959.

WOORTMANN, Klaas e WOORTMANN, Ellen F. “Fuga a Três Vozes”. In: *Anuário Antropológico/91*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1993, p. 89- 137.

WOORTMANN, Ellen F. *Herdeiros, Parentes e Compadres: colonos do sul e sítiantes do nordeste*. São Paulo – Brasília: Hucitec – Edunb, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Declaration of Alma-Ata*. 1978. Disponível em : http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf . Acessado em setembro de 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health Promotion: Making Healthy Choices Easy, Early and Exciting...Everywhere*. 1986. Disponível em : http://www.wpro.who.int/internet/resources.ashx/HPR/reg_framework.pdf . Acessado em: setembro 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The World Health Report 2008: primary health care now more than ever*. Disponível em : www.who.int. Acessado em setembro de 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. 2002. Disponível em: www.who.int . Acessado em: janeiro 2009.

ANEXOS

O Diário

Sexta-feira, 19 de setembro de 2008 - Edição 2042 - Ano XVI - R\$ 2,00

Novo Petrópolis

Kerb Im Tannenwald é no final de semana



Numa circunstância diferente dos outros anos, acontece neste final de semana a 3ª edição do Kerb Im Tannenwald. Parte do valor arrecadado na festa será destinada para auxiliar a comunidade do

Pinhal Alto, atingida pelo vendaval do dia 10 de setembro. Haverá desde jogos germânicos, baile de Kerb, o tradicional Bierwagen (foto), que acontece às 14h de sábado e muito mais.

Página 35

Anexo 1 – Festa de Kerb anunciada em jornal da serra gaúcha. Especial atenção para o título em alemão com menção ao nome germânico da localidade. Prédio atrás do carro puxado por trator é o da unidade de saúde.

3º Kerb im Tannenwald

20 e 21 de Setembro de 2008

CENTRO SOCIAL E CULTURAL DE PINHAL ALTO NOVA PETRÓPOLIS

20/09/08 Sábado:

10h: Disputa dos Jogos Germânicos entre as comunidades do Grande Pinhal e em seguida o almoço festivo.

14h: Grande Carreata com o "Bierwagen" pela Rua Vicente Prieto, saindo da Igreja Evangélica.

16h: Chegada do cortejo e confraternização com muito chopp, bandinha, cuca, lingüiça, dança e alegria em frente ao Centro Social e Cultural de Pinhal Alto.

19h: Missa Solene com a participação do "Grande Coral dos Descendentes e Amigos do Pinhal Alto".
Após, procissão com a Padroeira até o salão.

20h30min Janta Típica de Kerb e Baile com animação da Banda Tannenwald.

Cartões para janta: Antecipado: R\$ 15,00 - Na noite: R\$ 18,00

HAVERÁ TAMBÉM TENDA COM PRATO TÍPICO E LANCHES.

21/09/08 Domingo:

15h: Haverá disputa de 2 jogos germânicos.

Prova de "Pegar o Porco" (masculina) e "Pegar a Galinha" (feminina), logo após, será feita a premiação dos vencedores.

Traga a sua família e venha participar dos festejos. A festa é sua, a festa é nossa!

ENTRADA FRANCA

DANÇAS FOLCLÓRICAS

CHOPP EM METRO

PREMIAÇÃO DOS JOGOS GERMÂNICOS

Anexo 2 – Panfleto convidando para as festas de Kerb.



Anexo 3 – Aspecto geral dos Jogos Germânicos ocorridos em frente ao Centro Social e Cultural Pinhal Alto.



Anexo 4 – Detalhe de uma prova dos Jogos Germânicos.

FICHA A		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA						UF RS	
ENDEREÇO:			NÚMERO:		BAIRRO:		CEP: 95150-000		
MUNICÍPIO: Nova Petrópolis		SEGMENTO:	ÁREA:	MICROÁREA:	FAMÍLIA:		DATA:		
Nº	DATA NASC.	PESSOAS COM 15 ANOS E MAIS NOME	IDADE	SEXO	ALFABETIZADO		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)	ALTERAÇÕES
					Sim	Não			
01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									
10									
Nº	DATA NASC.	PESSOAS DE 0 A 14 ANOS NOME	IDADE	SEXO	FREQUÊNCIA A ESCOLA		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)	ALTERAÇÕES
					Sim	Não			
01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									
10									
Siglas para a indicação das doenças e/ou condições referidas									
ALC - Alcoolismo		EPI - Epilepsia		HAN - Hanseníase		DIA - Diabetes			
CHA - Chagas		GES - Gestação		MAL - Malária		TB - Tuberculose			
DEF - Deficiência		HA - Hipertensão Arterial							

Anexo 5 – Ficha A (frente), utilizada pelas agentes de saúde em suas visitas.

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO			
TIPO DE CASA		TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO	
Tijolo/Adobe		Filtração	
Taipa revestida		Fervura	
Taipa não revestida		Cloração	
Madeira		Sem tratamento	
Material aproveitado		ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
Outro - Especificar:		Rede pública	
		Poço ou nascente	
Número de cômodos / peças		Outros	
Energia elétrica		DESTINO DE FEZES E URINA	
DESTINO DO LIXO		Sistema de esgoto (rede geral)	
Coletado		Fossa	
Queimado / Enterrado		Céu aberto	
Céu aberto			
OUTRAS INFORMAÇÕES			
Alguém da família possui Plano de Saúde?		Número de pessoas cobertas por Plano de Saúde	
Nome do Plano de Saúde:			
EM CASO DE DOENÇA PROCURA		GRUPOS COMUNITÁRIOS	
Hospital		Cooperativa	
Unidade de Saúde		Grupo Religioso	
Benzedeira		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			

Anexo 6 – Ficha A (verso).



Anexo 7 – Unidade de Saúde da Família Pinhal Alto.

