


# Abrindo a caixa preta do tempo na saúde: análise da ordenação temporal por meio de objetos no Chile

## Opening the black box of time in health: analysis of temporal sorting by objects in Chile

Jorge Castillo-Sepúlveda<sup>a</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-6315-3798>

E-mail: [jorge.castillo.s@usach.cl](mailto:jorge.castillo.s@usach.cl)

<sup>a</sup>Universidad de Santiago de Chile. Escuela de Psicología. Santiago, Chile.

### Resumo

Neste artigo, exploramos os processos sociais e materiais envolvidos na ordenação do tempo ao desenvolver políticas e práticas clínicas. A partir da análise do material produzido durante um estudo de caso baseado em etnografias e entrevistas sobre o sistema de saúde no Chile, especificamente sobre o regime de Garantias Explícitas de Saúde, consideramos o modo como a articulação entre atividades e objetos sociais compõe a dimensão temporal na saúde. Analisamos esse aspecto considerando especificamente o papel dos índices e das estatísticas na sua dimensão biopolítica, bem como o papel local das disposições contingentes e regulares na atividade clínica. Concluimos com algumas implicações da integração de uma abordagem sociomaterial na apreensão do tempo em saúde.

**Palavras-chave:** Tempo; Distribuição Temporal; Biopolítica; Política de Saúde; Sistemas Nacionais de Saúde.

### Correspondência

Jorge Castillo-Sepúlveda

Avda. Víctor Jara 3650, Tercer Piso, Escuela de Psicología, Estación Central 9170197, Santiago, Chile

## Abstract

This study explores the social and material processes involved in organizing time when developing policies and clinical practice. From the analysis of material produced during a case study focused on ethnographies and interviews on the health system in Chile, specifically of the Explicit Health Guarantees regime, we consider how the articulation between social activities and objects composes the temporal dimension in health. We analyze this by specifically considering the role of indexes and statistics in their biopolitical dimension and the local role of contingent and regular dispositions in clinical activity. We conclude with some implications on integrating a sociomaterial approach to the apprehension of time in health.

**Keywords:** Time; Temporal Distribution; Biopolitics; Health policy; National Health Systems.

## Introdução

Nas últimas décadas, os governos ocidentais têm sofrido uma pressão cada vez maior para promover transformações políticas, econômicas e técnicas para otimizar a prestação de serviços de saúde (Pedersen; Roelsgaard, 2020; WHO, 2022), para os quais a velocidade tem sido frequentemente o parâmetro para uma melhor qualidade (Stepanovich; Uhrig, 1999). O próprio tempo se tornou o cânone para gerenciar e avaliar a legitimidade da administração da saúde. Assim, as estratégias de vários países latino-americanos geralmente se baseiam na priorização dos serviços médicos de acordo com índices epidemiológicos, demográficos e biomédicos e na otimização da medição do tempo de espera (Gideon, 2006). Desde 1990, o Banco Mundial tem orientado essas transformações para aumentar a longevidade da população, recomendando a intervenção direta nos mercados de saúde, financiando “um pacote de medidas de saúde pública e serviços clínicos essenciais [...] melhorando os incentivos para expandir a cobertura e controlar os custos, [...] [incentivando] a concorrência e a participação do setor privado na prestação de serviços” (World Bank, 1993, p. iii, tradução nossa).

No caso do Chile, essas orientações estão relacionadas à configuração do regime de Garantias Explícitas de Saúde<sup>1</sup> (*régimen de Garantías Explícitas en Salud*, ou GES, como é chamado em espanhol). Implementado desde 2004, esse sistema é fundamentalmente caracterizado pela priorização de trajetórias de doenças com base em plataformas epistêmicas, tecnológicas e econômicas que vinculam os serviços de saúde públicos e privados em torno do cumprimento de quatro garantias legalmente exigíveis relacionadas às condições de acesso ao atendimento, financiamento e qualidade, mas principalmente com o tempo dos tratamentos (Ministerio de Salud, 2004), reorganizando a infraestrutura tecnológica e econômica dos serviços de saúde para esse fim.

A conexão entre o tempo e os sistemas de saúde, como o GES, é fundamental. Isso também é expresso em estudos anuais sobre sua eficiência e sobre as diferenças que ele introduz em relação a tempos de espera, regulamentos e plataformas de

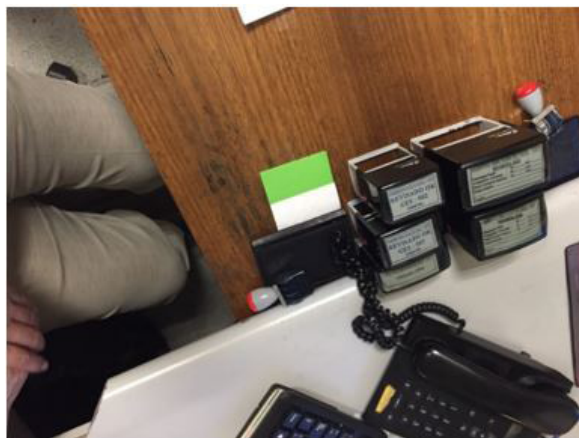
---

1 O termo “regime” é usado no sentido de um conjunto de regras e especificações (Ministerio de Salud, 2004).

TI, disparando alarmes em centros de atendimento se uma ação de atendimento parametrizada não ocorrer no tempo adequado (Ministerio de Salud, 2023). Entretanto, a interpretação adequada de tais relatórios e tecnologias deve entender o tempo como um fenômeno unidimensional e homogêneo (O'Mahony; Newall; Van Rosmalen, 2015). Em outras palavras, a temporalidade da saúde deve ser praticada como um “pano de fundo” sobre o qual fluem os cálculos de cuidados, as atividades clínicas e a própria saúde. O tempo é comumente apreciado como uma “questão de fato” ou uma realidade em si mesma que é homogênea para diferentes atores em espaços e interesses de saúde diferentes (Latour, 2004). Seguindo a metáfora de Latour (2000), o tempo opera como uma “caixa preta”, pois serve principalmente como um plano de contraste para avaliar a eficiência das intervenções médicas, evitando qualquer consideração sobre sua composição, possíveis variações ou complexidade interna.

Contudo, em um estudo de caso do regime GES, encontramos situações como as seguintes, relacionadas à Figura 1, tiradas em um hospital público na cidade de Santiago do Chile<sup>2</sup>:

#### Figura 1 - Fotografia de carimbos do regime de garantias explícitas de saúde



Fonte: Fotografia gerada pelo autor durante o processo de pesquisa.

A fotografia mostra elementos que poderiam fazer parte de uma mesa comum em qualquer escritório administrativo: telefone, carimbos e

lembretes fazem parte da imagem. O centro da imagem mostra três dos quatro “carimbos do GES” que existem em todo o hospital de 2,6 hectares e oito andares, distribuídos em três grandes blocos. Sua importância só pode ser entendida pela composição do regime: Com as mensagens “Revisado OK GES (Número de Timbre)” (Revisado OK GES [número do carimbo]) ou “(nombre de hospital) Unidad GES” ([nome do hospital] Unidade GES), esses carimbos aceleram qualquer tipo de atividade clínica em todo o espaço. Mônica, uma profissional responsável por sua gestão, diz o seguinte:

*Mônica: Há apenas quatro carimbos GES em todos os edifícios.*

*Entrevistador: Quatro carimbos?*

*Mônica: Quatro carimbos que autorizam um exame ou que recebem um medicamento sem nenhuma pergunta. Quando os pacientes chegam a um quichê de atendimento, são verificados na tela [ou no banco de dados] os exames ou receitas que eles trazem consigo para verificar se estão cobertos pela cesta de benefícios. De acordo com isso, é determinado se eles devem receber uma receita ou um exame. Quando isso não se aplica, as enfermeiras vêm até mim e dizem: “Sra. Monica, esses pacientes não estão cobertos pelo seu diagnóstico” ou “...o exame não se aplica”. No entanto, se tivermos a possibilidade de fazê-lo, nós o fazemos de qualquer maneira, com a prioridade que ele deve ter. E com o carimbo, ele é feito.*

*Entrevistador: O carimbo do GES exige isso?*

*Mônica: O carimbo do GES é o que manda.*

*Entrevistador: E por que são quatro?*

*Mônica: Porque é um assunto muito delicado, então são três aqui e mais um na Unidade de Diabetes que fica em [...] [outro prédio] (Profissional, 30 de novembro de 2016)*

O relato do profissional evidencia como um objeto mundano como um carimbo, uma vez inserido em um cenário epistêmico e normativo específico, pode estabelecer diferenças temporais relevantes. Cada carimbo do GES atua como um agente temporal

<sup>2</sup> As informações não relacionadas aos objetivos de análise deste estudo nesta e em outras figuras ou imagens foram borradas para respeitar e manter o compromisso com o anonimato das unidades ou organizações de saúde não ministeriais participantes.

nas relações sociotécnicas <sup>3</sup> em que está inserido, adquirindo um significado específico e afetando os modos pelas quais outros elementos são ordenados para transformar a velocidade do curso das ações clínicas. O tempo dos processos carimbados difere dos regulares, produzindo variações sociais e materiais para sua realização.

Situações como a acima ilustram que o tempo dos processos clínicos parece depender, em vez de apenas dos elementos naturais ou exclusivamente normativos que o organizam, de questões muito mais mundanas e sutis. O tempo na saúde parece ser “dobrado, e não linear” (Cloatre, 2019, p. 130) como produto de articulações entre elementos heterogêneos, ou seja, uma aliança entre componentes linguísticos, equipamentos, processos biológicos e convenções sociais, que participam de sua elaboração (Serres; Latour, 1995). Tanto a criação da dimensionalidade das políticas de saúde – que envolve procedimentos de temporalização – como um processo performativo<sup>4</sup> mediado por rotinas de numeração quanto as práticas clínicas locais ligadas à produção e reprodução da vida em determinados tempos padronizados (Carvajal; Gaete, 2016) podem ser entendidas como configuradas por uma série de ajustes que envolvem relações entre elementos humanos e não humanos com implicações para a classificação temporal (Jespersen; Jensen, 2012).

Considerando o exposto, articulamos uma abordagem para “ver por dentro” alguns dos mecanismos da operação “caixa preta” do tempo mencionada anteriormente, considerando sua composição na configuração das políticas de saúde e nas rotinas clínicas cotidianas. Em relação primeiras, consideramos as implicações das práticas cotidianas na intervenção sobre a dinâmica temporal da longevidade da população, ou seja, a dimensão temporal do que o filósofo francês Michel Foucault (2007) chama de biopolítica como uma política que atende às condições para o desenvolvimento da vida. Com relação a isso, enfocamos o papel específico desempenhado pelas entidades técnicas nessas configurações no ajuste de hábitos e práticas ligados à produção e reprodução da vida em determinados

tempos padronizados (ou não). Em relação às rotinas clínicas, focamos nas formas em que a temporalidade se torna apreensível no fluxo das rotinas cotidianas.

Nessa perspectiva, em vez de antecipar-nos analiticamente às dicotomias temporais (naturais ou sociorregulatórias), atribuindo normatividade às estruturas temporais, adotamos uma abordagem baseada em um ponto de vista empírico para explorar a temporalidade na prática (Pedersen; Roelsgaard, 2020). Seguindo as diretrizes dos estudos de ciência e tecnologia (ECT), em vez de considerar o tempo como uma “questão de fato”, desenvolvemos uma abordagem do tempo na saúde como uma “questão de interesse”, considerando que sua articulação depende do esforço entre diferentes agentes reunidos para que ele seja desdobrado de maneiras específicas (Latour, 2004).

## Uma abordagem da configuração social e técnica do tempo na saúde

Resumidamente, as diversas abordagens do estudo do tempo durante a maior parte do século XX compartilham algumas características comuns. Em primeiro lugar, o tempo é entendido a partir de uma perspectiva dualista, ou seja, o tempo obedece a uma disposição natural ou a uma construção exclusivamente social. Em segundo lugar, o tempo é considerado relevante na medida em que é colocado em relação a outros processos sociais, culturais ou simbólicos. Isso significa que o tempo geralmente é considerado em termos de suas consequências para a vida coletiva, e não como uma questão relevante (Adam, 2016).

Entretanto, as sutilezas no estudo da temporalidade na medicina diferem da compreensão do tempo em termos exclusivamente físicos ou sociais. Embora a medicina tenha se apoiado por muito tempo em uma ideia compartilhada de tempo herdada pela modernidade como um processo linear e unidirecional (Cloatre, 2018), vários trabalhos destacaram o papel ativo das práticas e dos componentes técnicos na produção e coordenação das dimensões temporais. Por exemplo, Armstrong (1985) relata como uma economia específica do tempo na saúde surgiu

<sup>3</sup> Nesse contexto, “sociotécnicas” refere-se ao processo no qual os aspectos sociais e técnicos são co-definidos reciprocamente.

<sup>4</sup> A performatividade é uma teoria derivada da filosofia analítica que afirma que a linguagem e as práticas sociais não apenas representam ou moldam o mundo, mas também o constituem.

no período pós-guerra, associada ao esforço para tornar a prática médica mais eficiente e ao slogan de economizar o tempo dos médicos. Nesse período, a relevância dada à dimensão temporal mudou a forma como a doença é concebida: em vez de um evento, um processo (início dos sintomas, diagnóstico, tratamento, resultado) ligado à observação contínua e às práticas de cuidado; a doença crônica cristaliza a união da doença e do tempo, estando ligada à avaliação do “progresso adequado” dos aspectos biológicos do corpo (Armstrong, 1985). A incorporação de tecnologias e objetos especializados tem sido fundamental para isso.

Assim, com base na perspectiva dos ECT, Berg e Bowker (1997) apontam a importância dos artefatos mundanos na articulação da continuidade do tempo em cenários de saúde. Eles mostram como os prontuários médicos e os bancos de dados “mediam” a constituição de um corpo com uma história e uma geografia específica da doença, construindo um passado médico imóvel e coordenando e alinhando diferentes temporalidades (Hine, 2016). Assim, para Moreira (2007), o espaço temporal da saúde consiste em muitas temporalidades diferentes que são promulgadas por várias formas de participação epistêmica e artefactual. Portanto, as epistemologias e ontologias da saúde e da doença dependem de formações temporais que envolvem experiências e práticas de antecipação, preparação, resiliência e resposta. Em todo esse processo, a abordagem da doença deixou de se referir ao evento em si, consistindo no controle de suas possibilidades (prevenção e intervenção precoce para proteger o futuro) (Moreira, 2007).

## Política de tempo da saúde

Assim, as maneiras pelas quais a temporalidade é articulada assumem várias conotações políticas. Auyero (2013) mostrou como o tempo pode ser manipulado no sentido de distribuir a espera e a aceleração de forma discriminatória para determinados corpos, geralmente em relação ao clientelismo e à pobreza. Como diz Ost (Harrington, 2012), o poder decisivo cabe àqueles que podem impor sua construção do tempo a outros grupos sociais.

Essa administração política do tempo está intrinsecamente imbuída no que Foucault (2007)

chama de “biopolítica”, uma política que “converte o poder-saber em um agente de transformação da vida humana” (p. 173, tradução nossa). Como apontou Deleuze (2014), a biopolítica intervém no ritmo e “torna prováveis certas escolhas e comportamentos”: “A biopolítica nunca cessa de tornar provável [...] ela implica uma gestão de fenômenos probabilísticos: nascimentos, mortes, casamentos, etc.” (p. 84, tradução nossa). A duração dos sintomas, como normatividade biológica e epistêmica, está associada a práticas médicas que definem padrões sobre a compreensão do corpo, sua distribuição em relação a outros corpos e como eles participam de ritmos sociais e materiais. Essas associações, juntamente com os cálculos relacionados, conferem uma temporalidade particular às doenças em cada situação com relação à sua duração, aceleração ou letargia (Moreira, 2007). Entretanto, como destacou Moreira (2007), essa consideração dos efeitos das negociações locais e sutis na formação da dinâmica biopolítica é comumente omitida em termos de suas implicações macro e micro.

Assim, em suas implicações macro e micro, o tempo excede as lógicas cronológicas exclusivas e aparece relacionado às rotinas cotidianas de intercâmbio com diversos tipos de organização. Assim, com base na abordagem dos ECT, Latour (1993) introduziu a metáfora da “classificação” para explicar os meios de rastrear as temporalidades decorrentes dos encontros de uma ampla gama de elementos e agências humanos e não humanos: essa classificação dá origem a novas temporalidades, agindo e afetando-as. Como afirma Latour (1993), é “a classificação que faz os tempos, não os tempos que fazem a classificação” (p. 76, tradução nossa). O tempo se desdobra pela agência social e material, criando tempo(s) por meio da ação e praticando-o como um processo dinâmico, complexo e contingente (Beynon-Jones; Martin; Buse; Nettleton; Annandale, 2020). A partir de uma aproximação material-semiótica, uma perspectiva que implica a relacionalidade de entidades humanas ou não humanas e a noção de que ambas são produzidas por relações heterogêneas (Law, 1999), é possível:

[...] devemos passar de uma temporalidade a outra já que, em si mesma, uma temporalidade nada tem de temporal. É uma forma de classificação para ligar os elementos. Se mudarmos o princípio de

classificação, iremos obter uma outra temporalidade a partir dos mesmos acontecimentos. (Latour, 1993, p. 75, tradução nossa)

A questão desse tipo de perspectiva é que ela permite que diferentes temporalidades surjam por meio de diferentes processos de classificação. Portanto, o tempo é um coproduto da ação de diferentes elementos sociais e materiais, em vez de um pano de fundo para a ação.

## Calculando a saúde, mudando o tempo: uma descrição do caso

Como dito no início, as últimas décadas transformaram significativamente a administração da saúde e do tempo de saúde, especialmente na América Latina. O Chile tem dois grandes sistemas de saúde: um sistema público (administrado por um Fundo Nacional de Saúde) e um sistema privado (administrado por diversas instituições de saúde de seguridade social); juntos, eles atendem 77,8 e 17,29% da população, respectivamente<sup>5</sup> (Sánchez, 2021). O GES está inscrito em ambos os sistemas, estabelecendo atualmente 87 problemas de saúde priorizados relacionados à casuística nacional de diagnósticos, para os quais estabelece quatro garantias legalmente exigíveis: *acesso* (o cumprimento de determinados critérios diagnósticos garante a incorporação ao plano), *pontualidade* (os tempos máximos entre cada ponto definido no tempo para o tratamento diagnóstico), *proteção financeira* (uma porcentagem de cobertura em relação ao custo total do tratamento) e *qualidade* (a revisão das condições de credenciamento dos prestadores de serviços de saúde). Cada diagnóstico é selecionado com base em tarefas epistêmicas, éticas e políticas complexas que geralmente seguem a medicina baseada em evidências. Esses padrões produzem um conjunto de “cestas de serviços” – para as quais foram fornecidas evidências de sua eficiência – e com diretrizes de prática clínica para uso local. O mesmo regime estabelece uma temporalidade de três anos para a análise da incorporação de novos problemas ou serviços de saúde (Ministerio de Salud, 2004).

Na prática, o regime GES articulou vários regimes temporais, induzindo vetores de aceleração para

problemas de saúde que atendem a uma série de requisitos de evidência e cálculos de custo-efetividade, entre outros. Esse regime pode ser entendido como um vetor de aceleração biopolítica, pois formula uma rede epistêmica complexa e dinâmica para priorizar determinados corpos e as atividades e tecnologias médicas e econômicas associadas ao atendimento oportuno. Enquanto isso, outros corpos são articulados em redes que produzem uma temporalidade desacelerada. Juntos, esses dois cenários formam uma estrutura complexa e sensível que configura as temporalidades da saúde na maior parte do país.

## Método

Para explorar os modos como o tempo é ordenado nos cenários de saúde no Chile, reuniu-se o material produzido por um estudo de caso desse regime que começou em 2015 até o presente, considerando o desenvolvimento de etnografias focadas (Knoblauch, 2005) e entrevistas em departamentos ministeriais e hospitais públicos no Chile. Neste estudo, foram consideradas especialmente notas de campo e trechos de entrevistas com especialistas em desenvolvimento de políticas – responsáveis pela revisão das doenças e benefícios incluídos nos serviços oferecidos e pela orientação metodológica no desenvolvimento de protocolos de atendimento – (n = 13), juntamente com 31 profissionais de saúde que participaram de comitês de especialistas para priorizar doenças ou serviços, organizados por departamentos ministeriais, ou que fazem parte do tratamento clínico de doenças priorizadas. A maioria das entrevistas (42) foi realizada nos locais de trabalho desses especialistas e profissionais, o que permitiu a integração dos componentes materiais desses espaços na conversa, desenvolvendo, em cada caso, como eles articulam seu trabalho diário. Além disso, durante as etnografias focalizadas, foi possível gerar imagens por meio de fotografias e obter documentos legais (n = 3), protocolos (n = 80) e boletins de divulgação interna (n = 2), que também foram integrados nesta análise.

Para considerar os recursos deste estudo, foi utilizada a análise abdução. Para Tavory e Timmermans

5 A porcentagem restante está associada a serviços de saúde exclusivos para forças armadas e de segurança.

(2014), ela consiste em encontrar elementos novos no fenômeno estudado, descrevê-los e buscar referências teóricas que possibilitem reflexões sobre os elementos observados. Assim, retornamos a esses elementos, oferecendo novas hipóteses que contribuam para sua compreensão. Diferentemente do indutivo (que é predicativo) e do dedutivo (que visa a prever um evento), o método abduutivo concentra-se na produção de novas ideias plausíveis a partir do material.

Nossa estratégia de análise baseou-se especificamente na revisão de situações e relatos em que especialistas e profissionais descrevem ou analisam como realizam atividades que podem intervir para acelerar, desacelerar ou conduzir suas atividades em geral, considerando as notas de campo e as entrevistas em termos semelhantes, ou seja, como o registro semiótico das atividades. Assim, como nosso objetivo era analisar amplamente os arranjos temporais, embora nosso estudo de caso tenha surgido do estudo do regime do GES, as situações gerais de saúde também foram incluídas.

Esta pesquisa seguiu as diretrizes éticas sobre o cuidado com os participantes e a salvaguarda da confidencialidade das informações dos entrevistados e das instituições. Este estudo foi revisado e aprovado por um Comitê de Ética Institucional.

## Objetos e tempo

*Depois de avançar na fila, a mulher diz à enfermeira que, há um ano, recebeu um pedido de quatro exames médicos que está trazendo hoje, mas que não se lembra do nome do médico. Seis meses atrás, ela trouxe dois resultados, mas foi informada de que precisava de todos os exames para o diagnóstico. A enfermeira procura nos armários de arquivo, insere as informações no computador e olha rapidamente para a tela antes de pedir à paciente que aguarde. (Nota de campo em hospital público, 17 de março de 2017)*

A citação acima mostra uma situação relativamente comum no serviço público de saúde do Chile. Embora exponha problemas relacionados, por exemplo, ao tempo necessário para receber atendimento especializado e à validade ou “duração” dos exames laboratoriais, ela também mostra como os processos geralmente tidos como certos, como a unidade e a continuidade do tempo, só ocorrem por meio da

articulação de práticas e objetos específicos. Apreciar o que é necessário para que a situação médica seja realizada mostra o envolvimento de mais elementos do que apenas o tempo do corpo biológico dos pacientes: tanto a trajetória da doença quanto a continuidade de seu processo patológico como um caso único emergem como a articulação de equipamentos tecnológicos (como bancos de dados), processos epistêmicos e sociais e a biologia do próprio corpo. O tempo deve ser recomposto e alinhado a partir do trabalho diário de profissionais, máquinas e rotinas instaladas para se tornar objetivável e passível de intervenção por conhecimentos e práticas específicos.

## A produção do tempo por índices e evidências

Isso está de acordo com o trabalho dos especialistas na definição e no desenvolvimento de políticas de saúde da população, que são então integradas às atividades dos ambientes clínicos. Grande parte do trabalho no regime de GES está associada a questões epistêmicas, ou seja, tarefas ligadas à definição do conhecimento legítimo para orientar outros processos. A inclusão de um problema de saúde nesse arranjo exige que os especialistas estabeleçam rotinas para buscar, registrar e organizar evidências e chamar outros especialistas para estabelecer quais doenças e quais benefícios serão integrados às cestas de serviços. Em termos concretos, a expertise é colocada em prática com base na relação entre os especialistas e as entidades epistêmicas que fundamentam os julgamentos e as definições.

Essas entidades têm processos de elaboração e manifestações diversas, como os resultados de cálculos de custo-efetividade ou indicadores resultantes da revisão e sistematização de evidências. Entretanto, todas elas servem ao propósito de gerar as condições para o gerenciamento de doenças, avaliadas em seus termos epidemiológicos e econômicos. Parte disso pode ser vista na seguinte citação de uma entrevista com um especialista em elaboração de políticas:

*O que os requisitos dizem na lógica de priorização? As patologias têm uma alta carga de doença e demonstraram ter intervenções eficazes, certo? E você demonstra isso por meio da medicina baseada em evidências: que as intervenções são econômicas, que são uma prioridade para os pacientes e que são implementáveis na rede.*

*Para tudo isso, é preciso realizar estudos ou cálculos.* (Especialista, 9 de abril de 2017).

Em suma, essa lógica de priorização implica um esforço para alinhar as condições biológicas da população (patologias) com o valor atribuído a estatísticas específicas, as quais, com base na interpretação local de seu significado, operam como interlocutoras das doenças e de suas variações no entrosamento dos especialistas para compor a lista de serviços a elas associados. Assim, o papel dos objetos, longe de ser apenas circunstancial, constitui um pré-requisito para as operações de definição de políticas.

O produto dessas relações implica um complexo entrelaçamento de financiamento e fornecimento de recursos médicos e diferenças no tempo: as doenças priorizadas consistem em práticas distintas que definem sua trajetória. Além da integração dos aspectos biológicos, técnicos e sociais que definem uma patologia, a priorização afeta a duração de determinados processos e os *tempos* de atividade e espera. Em outras palavras, como ela define progressivamente a maneira de combinar os elementos linguísticos, sociais, práticos e materiais que estabelecem o curso temporal de uma doença. Como pode ser visto abaixo:

*Por exemplo, o GES serve para o primeiro episódio de esquizofrenia, mas não para a esquizofrenia crônica. O mesmo se aplica a todos os transtornos de ansiedade e comportamentais em pessoas sem depressão, que são a maioria delas.* (Especialista, 8 de outubro de 2015)

*Eu diria que os problemas que temos não estão relacionados à ortopedia, mas ao tempo [...] ou seja, o tempo para o tratamento de fraturas. Por exemplo, um paciente que tem uma fratura exposta no antebraço pode ter uma espera de dois dias; isso não pode acontecer, mas não está protegido pelo GES, e acho que é impossível integrá-lo porque a quantidade de dinheiro e recursos envolvidos é muito alta. [...] A vantagem do GES é que ele protege o seu tempo. É muito bom, especialmente quando você se coloca no lugar dos pacientes.* (Profissional, 6 de setembro de 2015)

Assim, o efeito concreto das relações entre especialistas e objetos - como índices, estatísticas, evidências e as técnicas que acompanham essas

garantias - consiste na maneira como os elementos técnicos e as atividades são *classificados* e como são distribuídos no nível da população. De fato, é possível estabelecer que essa importância da temporalidade está na própria configuração dos objetos epistêmicos que pertencem a esses processos. Se recuperarmos a noção de “carga de doença” apresentada pelo especialista acima, não é suficiente apontar que ela se refere à relação entre uma patologia e um indicador a partir de procedimentos estatísticos relacionados a pressupostos epidemiológicos previamente estabelecidos. O seguinte trecho de outra entrevista com o especialista explica isso brevemente:

*A carga da doença é uma variável que mede os anos de vida perdidos devido à incapacidade e à morte prematura [...] ‘Ele morreu aos quarenta anos, mas tinha uma expectativa de vida de oitenta, setenta’, não sei, qualquer que seja a expectativa de vida dele [...] Portanto, ele perdeu quarenta anos porque morreu prematuramente.* (Especialista, 12 de julho de 2017)

A citação acima mostra dois elementos associados que parecem fundamentais para a maneira como os objetos epistêmicos, como índices ou estatísticas e tempo, estão relacionados. O primeiro refere-se à maneira como a doença é compreendida. Para ser dimensionada, ela é inscrita em uma escala de tempo. De acordo com a definição do especialista, o cálculo da carga ou da intensidade de uma doença está relacionado ao acometimento de um contínuo temporal, estimado em termos estatísticos e epidemiológicos. O segundo refere-se à inscrição do tempo como uma dimensão intrínseca à estimativa dos processos vitais: a falta de tempo de vida, o tempo de vida provável e o tempo de vida vivido estão ligados, nessa citação, à compreensão da relação estimável do efeito de um diagnóstico sobre a vitalidade de uma população. Em outros termos, esse índice só é compreensível em relação a um continuum de tempo em contraste com várias estimativas de outras temporalidades assumidas ou calculadas em torno da doença. Assim, a biopolítica deve necessariamente permear, relacionar-se e produzir condições temporais para estabelecer uma relação com os processos vitais em relação a entidades epistêmicas muito específicas e concretas:



diferentes tempos “estimados” (p. ex., anos de vida perdidos, anos de vida possíveis de serem vividos) podem avaliar a potência de uma doença no tempo total de vida de uma população, atribuível tanto em termos populacionais quanto individuais. Integradas e classificadas, essas entidades podem produzir localmente uma temporalidade geral de doenças e sua classificação local.

Portanto, o modo pelo qual a questão do tempo é praticada nos processos de concepção política em torno da saúde segue pelo menos duas expressões; a primeira consiste em um processo de estimar a saúde em si mesma, a intensidade ou o impacto de uma doença em termos de seu acometimento em escala populacional ou as relações de transformação entre saúde e doença, e a segunda constitui, na medida em que a própria temporalidade desses processos é de alguma forma produzida em tais relações, os índices e as estatísticas que estabilizam as definições e avaliações dos tempos que são dados como válidos para projetar a saúde da população, estabelecendo-os como vetores que atuam de forma relativamente homogênea na massa de diversidades que compõem os processos biológicos de uma população.

Os índices, estatísticas e evidências utilizados estão inscritos na temporalidade das rotinas dos especialistas, mas também participam da própria elaboração dessas práticas e da construção do próprio itinerário das políticas, inserindo-as em programas de ação mais amplos que lhes dão consistência:

*E ela [a pessoa de referência de outro ministério] me disse: “Olha, e se convertermos esse indicador em uma taxa e gerarmos uma taxa sustentada de aumento ao longo do tempo?” Não é a mesma coisa que falar em cobertura de benefícios, mas a taxa parece ser mais atraente para quem dá os recursos econômicos à política, e sim, é interessante. Então, eles ajudam a dar critérios mais técnicos à formulação, e eu posso medir no início, no meio, no final, a cada três meses. (Especialista, 1º de setembro de 2022)*

Como objetos, os índices ou as estatísticas participam dessa ordenação temporal dos elementos biológicos aos quais se referem e da política que os organiza na rede de assistência à saúde. Apesar de sua importância, eles fazem isso de maneiras específicas.

Essas entidades estatísticas não estão diretamente vinculadas a processos biológicos corporificados, mas às suas regularidades, no sentido de manifestações que podem ser registradas, compor frequências e ser vinculadas a outras escalas ou processos de numeração. Da mesma forma, por serem compostas de regularidades, elas permitem que essas regularidades dialoguem nos domínios dos especialistas, inserindo-se nos processos de argumentação sobre quais políticas definir e quais intervenções são, por sua vez, mensuráveis em termos de impacto ou relação custo-efetividade. As entidades estatísticas são tanto o efeito das regularidades quanto sua condição de possibilidade. Da mesma forma, esses objetos não produzem, por si só, a temporalidade da saúde, mas operam como uma condição de possibilidade para o estabelecimento de determinadas relações com especialistas e a elaboração de processos de argumentação que impactam essa produção. Em última instância, a partir do momento em que são disponibilizados, esses objetos são interpretados e articulados a outros processos normativos nos quais sua valoração toma forma. Entretanto, algo relativamente presente é a necessidade desses objetos para a possibilidade de dar continuidade aos processos. Como pode ser visto abaixo:

*Uma coisa que tive que aprender quando vim para cá é que o perfeito é inimigo do bom: que quando lhe pedem um documento para agora aqui, tem que ser para agora porque, caso contrário, perdemos 2 bilhões de pesos que eles oferecem para uma ação naquele momento. Então “Ah, vou verificar outro estudo... não sei o que, o que está faltando” ... não importa. Eu vou usar o de 2016. Ele não é padrão, mas contém os dados e serve para a oportunidade que precisa deles. (Especialista, 1º de setembro de 2022)*

### **Tratamento clínico do tempo: contingência e reiteração**

Algo parecido com o exemplo anterior ocorre em ambientes de prática clínica, nos quais a temporalidade parece ser dada de forma heterogênea, emergindo na prática em termos de seu desempenho

e dos registros que sustentam as decisões, como pode ser visto na citação a seguir:

*Acompanhamos a situação [no hospital] e percebemos que o dispositivo mais eficiente para a cirurgia não estava sendo usado porque foi deixado em uma prateleira alta e os enfermeiros eram de estatura bastante baixa. (Gerente do estabelecimento, 18 de novembro de 2020)*

A citação acima mostra uma situação que pode ter passado despercebida, mas que tem implicações importantes para a temporalidade da prática clínica. Ela mostra como arranjos materiais (como leiautes espaciais ou altura de prateleiras) que podem parecer sutis e contingentes participam do arranjo de práticas que moldam o ritmo da atividade clínica, influenciando sua ordenação temporal. Nesse caso, o arranjo que emerge da relação entre um espaço e corpos com qualidades específicas configura as formas específicas que ordenam uma atividade clínica ao fornecer (ou não) os elementos que facilitam as atividades especializadas. A ordenação temporal é o coproduto das relações de continuidade entre todos os elementos contingentes e reiterativos que elaboram o modo de implantação de uma ação concreta, tanto em termos de sua singularidade quanto das condições que promovem sua reiteração.

A temporalidade dos espaços clínicos adquire diferentes modalidades ou fluxos, pois depende dos arranjos materiais que a apoiam e classificam. Como vimos acima, o regime do GES foi estabelecido para reduzir essas variações e estabilizar relativamente esses fluxos temporais. Para isso, ele fornece regulamentos e elementos técnicos que permitem a construção de trajetórias de doenças relativamente estáveis em termos de tempo. Contudo, as operações cotidianas dos hospitais envolvem eventos relacionados à falta de recursos técnicos ou espaciais, o que implica a necessidade de desvios para cumprir as garantias. A obtenção de determinados processos estáveis e as variações temporais moldam a classificação heterogênea coexistente.

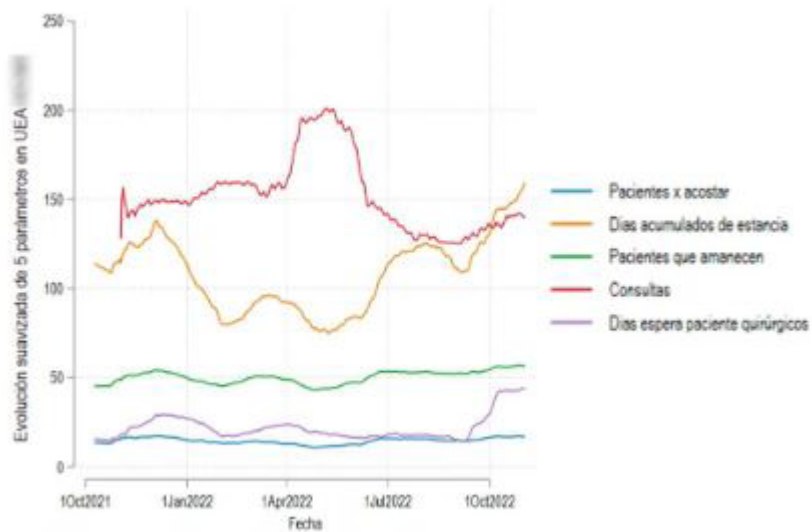
Entretanto, a contingência deve ser organizada em emaranhados clínicos para apreender a temporalidade. Em alguma medida, os centros clínicos definem quais eventos, a partir do acúmulo de situações heterogêneas em um amplo espaço de atendimento, são considerados

relevantes e legítimos para orientar sua administração. Para que o tempo se torne relevante em termos de seu planejamento, ele deve ser tratado como reiterações. Esse é o caso, por exemplo, das áreas em que a regularidade dos procedimentos é avaliada para determinar o estado atual e o possível estado futuro dos hospitais. Esses cenários específicos organizam o tempo como linhas mais ou menos sensíveis relacionadas às contingências cotidianas. Assim, a temporalidade habita as redes clínicas de diferentes modos: essas linhas não se assemelham à ordenação material concreta que habita a atividade hospitalar, sendo apenas apreensíveis em relação a elas; elas transformam essa materialidade para tornar alguns aspectos dela localmente visíveis; entretanto, elas são uma maneira pela qual a temporalidade é apreciada. Assim, os profissionais e os tomadores de decisões clínicas acessam o tempo como memória, e não como ele mesmo. Como aponta um médico responsável pela análise de dados hospitalares com o apoio de um software estatístico:

*Quero evitar perder informações o máximo possível. Quando digo ao software para me fornecer uma média móvel de sete dias atrás, estou tentando fazer com que os dados tenham muita memória; um dado obviamente lento porque não vai subir tão abruptamente, vai subir lentamente porque tem as informações dos seis dias anteriores, mas os seis dias anteriores são informações relevantes para mim hoje; não são informações desperdiçadas. Nesse sentido, não é que o hospital seja reiniciado todos os dias; pelo contrário, quero ver como esse processo está se movendo. Não é um processo porque é bastante caótico, mas para ver que curso ele segue. (Diretor do Departamento de Epidemiologia, 2 de novembro de 2022)*

Essas análises elaboram “linhas do tempo” que expressam as flutuações de eventos considerados relevantes para os sistemas de relatório e planejamento. Essas memórias de tempo são então investidas em atividades destinadas a transformar sua condição, que são então integradas à própria configuração dessas linhas variáveis. Como exemplo dessa classificação temporal, a Figura 2 mostra linhas do tempo de pacientes a serem colocados em leitos, dias cumulativos de internação, pacientes que acordaram no hospital, consultas e dias de espera para pacientes cirúrgicos em ordem decrescente de sua expressão cromática à direita.

**Figura 2 - Linhas do tempo de eventos relevantes para o hospital**



Fonte: Gráfico extraído do relatório de distribuição diária aos médicos do hospital.

Assim, nenhum corpo é tratado como uma unidade ou única temporalidade, mas como múltiplos eventos ordenados em sua própria linearidade, que podem apresentar fluxos heterogêneos (um único paciente pode contribuir de forma diferente para cada linha de temporalidade). Assim, diferentes temporalidades coexistem contingente e regularmente como memória, articulando os elementos que a produzem, associados a propósitos estratégicos e práticos heterogêneos.

## Conclusão

Este estudo explorou a relação entre objetos e ordenações temporais ao considerar que o tempo decorre de articulações entre elementos heterogêneos além de uma determinada dimensão. Isso tem pelo menos duas implicações para a compreensão da implantação dos processos de assistência à saúde. Em primeiro lugar, a consideração de que a ordenação sociomaterial temporal baseia e molda qualquer abordagem da relação geral ou particular entre saúde e doença. Em termos biopolíticos, a temporalidade permite que os processos biológicos sejam inscritos no projeto geral e na reflexão sobre os processos populacionais. A própria biopolítica consiste - entre

outras coisas - em objetos técnicos (como índices, estatísticas ou evidências) que adquirem significado a partir de sua relação com o tempo à medida que o elaboram de uma maneira específica.

Em segundo lugar, embora este estudo ofereça uma aproximação, consideramos importante abordar a temporalidade na saúde como uma questão de interesse, não apenas em termos da necessidade de acelerar e otimizar os processos de prestação de serviços de saúde, mas também porque a própria configuração do tempo em suas múltiplas expressões segue a participação de agentes que sutilmente o encenam em cenários de saúde. A classificação do tempo é um esforço de entidades humanas e não humanas para configurar múltiplos fluxos que coexistem e se afetam reciprocamente. Além disso, a temporalidade biológica depende das articulações sociomateriais e as agências locais afetam o tempo; implicando as múltiplas maneiras pelas quais o tempo pode ser praticado e valorizado por diferentes agentes ou coletivos, colocando-o em operação de diferentes maneiras. As maneiras pelas quais as expressões variáveis e comuns do tempo são organizadas dependerão da sensibilidade das operações epistêmicas envolvidas em sua configuração a essa heterogeneidade.

## Referências

- ADAM, B. Time. *Theory, Culture & Society*, Thousand Oaks, v. 23, n. 2-3, p. 119-126, 2016.
- ARMSTRONG, D. Space and time in British general practice. *Social Science and Medicine*, Amsterdam, v. 20, n. 7, p. 659-666, 1985.
- AUYERO, J. *Pacientes del Estado*. Buenos Aires: Eudeba, 2013.
- BERG, M.; BOWKER, G. The Multiple Bodies of the Medical Record: Toward a Sociology of an Artifact. *The Sociological Quarterly*, Abingdon, v. 38, n. 3, p. 513-537, 1997.
- BEYNON-JONES, S.; MARTIN, D.; BUSE, C.; NETTLETON, S.; ANNANDALE, E. Fixing the future? How architects make time in buildings for later life care. *The Sociological Review*, Thousand Oaks, p. 1-17, 2020.
- CARVAJAL, Y.; GAETE, J. *Volver al Hospital. Por una Salud Pública integrada a las Clínicas*. Santiago: Editorial Universitaria, 2016.
- CLOATRE, E. Traditional medicines, law and the (dis)ordering of temporalities. In: BEYNON-JONES, S.; GRABHAM, E. (Ed.). *Law and Time*. Abingdon: Routledge, 2019. p. 128-144.
- DELEUZE, G. *El Poder. Curso sobre Foucault II*. Buenos Aires: Cactus, 2014.
- FOUCAULT, M. *Historia de la Sexualidad. La Voluntad de Saber*. Ciudad de México: Siglo XXI, 2007.
- GIDEON, J. Accessing Economic and Social Rights under Neoliberalism: gender and rights in Chile. *Third World Quarterly*, Abingdon, v. 27, n. 7, p. 1269-1283, 2006.
- HARRINGTON, J. Time as a dimension of medical law. *Medical Law Review*, Oxford, v. 20, n. 4, p. 491-515, 2012.
- HINE, C. Databases as Scientific Instruments and Their Role in the Ordering of Scientific Work. *Social Studies of Science*, Abingdon, v. 36, n. 2, p. 269-298, 2016.
- JESPERSEN, A. P.; JENSEN, T. E. Making consultations run smoothly: An analysis of doctors' skilful use of time inspired by science and technology studies. *Time & Society*, Abingdon, v. 21, n. 3, p. 330-350, 2012.
- KNOBLAUCH, H. Focused Ethnography. *Forum Qualitative Sozialforschung Forum Qualitative Social Research*, [s. l.], v. 6, n. 3, p. 1-14, Sep 2005.
- LATOUR, B. *We have never been Modern*. Harvard: Harvard University Press, 1993.
- LATOUR, B. *Pandora's Hope. Essays on the Reality of Science Studies*. Harvard: Harvard University Press, 2000.
- LATOUR, B. Why Has Critique Run out of Steam? From Matters of Fact to Matters of Concern. *Critical Inquiry*, Harvard, v. 30, n. 2, p. 225-248, 2004.
- LAW, J. After ANT: complexity, naming and topology. In: *Actor Network Theory and After*. Oxford: Blackwell Publishing, 1999. p. 1-14.
- MINISTERIO DE SALUD. Establece un Regimen de Garantías en Salud. *Biblioteca del Congreso Nacional*. Santiago: Ministerio de Salud, september 3, 2004.
- MINISTERIO DE SALUD. *Glosa 05. Lista de Espera No GES y Garantías de Oportunidad GES Retrasadas*. Santiago: Ministerio de Salud, 2023.
- MOREIRA, T. How to investigate the temporalities of health. *Forum Qualitative Sozialforschung*, [s. l.], v. 8, n. 1, 2007.
- O'MAHONY, J. F.; NEWALL, A. T.; VAN ROSMALEN, J. Dealing with Time in Health Economic Evaluation: Methodological Issues and Recommendations for Practice. *Pharmacoeconomics*, New York, v. 33, n. 12, p. 1255-1268, 2015.
- PEDERSEN, K. Z.; ROELSGAARD, A. It's all about time: Temporal effects of cancer pathway introduction in treatment and care. *Social Science & Medicine*, Amsterdam, v. 246, p. 112786, 2020.
- SÁNCHEZ, M. *Análisis Estadístico del Sistema Isapre con Perspectiva de Género*. Año 2020. Superintendencia de Salud. Santiago, 2021.
- SERRES, M.; LATOUR, B. *Michel Serres with Bruno Latour*. Conversations on Science, Culture, and Time. Ann Arbor: University of Michigan Press, 1995.

STEPANOVICH, P. L.; UHRIG, J. D. Decision making in high-velocity environments: implications for healthcare. *The Journal of Healthcare Management*, Abingdon, v. 44, n. 3, p. 197-204, 1999.

TAVORY, I.; TIMMERMANS, S. *Abductive Analysis*. Theorizing Qualitative Research. Chicago: The University of Chicago Press, 2014.

WORLD BANK. *World development report 1993*. Investing in health. Washington D.C.: World Bank, 1993.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO urges accelerated action to protect human health and combat the climate crisis at a time of heightened conflict and fragility*. Geneve: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/06-04-2022-who-urges-accelerated-action-to-protect-human-health-and-combat-the-climate-crisis-at-a-time-of-heightened-conflict-and-fragility>. Acesso em: 13 de junho.

---

### **Contribuição dos autores**

O autor realizou a conceituação, a investigação, a administração do projeto e a redação do trabalho.

### **Financiamento**

A pesquisa que sustenta esta publicação foi possível graças ao financiamento do DICYT, Universidad de Santiago de Chile. Código do projeto 032193CS, e ANID, Fondecyt Regular, Folio 1241495.

Recebido: 05/09/2023

Reapresentado: 17/06/2024

Aprovado: 16/07/2024