

Antropologia da Saúde: Ensaaios em políticas da vida e cidadania

Organizadoras:

Ednalva Maciel Neves

Marcia Reis Longhi

Mónica Franch

ABA PUBLICAÇÕES

Reserva de Direitos Autorais

Reserva-se aos autores a exclusividade do direito de utilização, publicação ou reprodução desta obra, conforme preceitua o art. 5º, inciso XXVII, da Constituição da República Federativa do Brasil, a Lei Federal nº 4.944, de 06.04.1966, a Lei Federal nº 5.988, de 14.12.1973 (Lei dos Direitos Autorais – LDA), e a Lei Federal nº 9.610, de 19.02.1990.

REVISORA:

Ana Lúcia de Godoy Pinheiro

N518 Antropologia da Saúde: Ensaio em Políticas da Vida e Cidadania /
Organizado por Ednalva Maciel Neves, Marcia Reis Longhi & Mônica
Franch; Prefácio: Maria Cecília de Souza Minayo. –
1 ed – Brasília: ABA Publicações; João Pessoa: Mídia Gráfica e
Editora, 2018.
356 p. ; Antropologia da Saúde
Bibliografia
ISBN 978-85-7320-130-7
1. Antropologia da Saúde 2. Saúde Coletiva 3. Cidadania 4. HIV/AIDS
I. Neves, Ednalva Maciel II. Longhi, Marcia Reis III. Franch, Mônica

UFPB/BC

CDU 572-056.2

CAPÍTULO 1

De restos e sofrimentos: sobre fazer etnografias em serviços de saúde

Octavio Bonet

Este texto nasce a partir de um conjunto de reflexões suscitadas pelo convite para participar da 1ª Reunião de Antropologia da Saúde, em João Pessoa, acompanhado da proposta de falar sobre fazer etnografias em serviços de saúde. Era uma proposta ampla demais, e isso poderia ser bom e ruim ao mesmo tempo.

Poderia começar a partir de uma questão ampla: o que significa fazer etnografias em serviços de saúde, hoje? Por que nos interessam? O que é que encontramos neles? Por que insistir em uma perspectiva micro, da proximidade, do princípio de união ingoldiano, em momentos em que o foco parece se endereçar para a saúde global, para os processos migratórios e as questões de saúde que suscitam? Por que insistir nos serviços que, geralmente, são contextos de tecnologias leves, quando as questões importantes parecem migrar para as altas tecnologias, para as experimentações genéticas, as biotecnologias, as biossocialidades? Ou, indo mais fundo, poderíamos nos perguntar se os serviços de saúde continuam sendo uma questão para a antropologia. Ou continuar a pesquisá-los está mostrando que perdemos (ou eu perdi) o rumo do que é central para o saber antropológico a fim de explicar as tendências da contemporaneidade?

O objetivo deste texto é, portanto, refletir sobre algumas respostas possíveis para estas perguntas. A ideia central que quero exprimir é que fazendo etnografias em serviços de saúde temos acesso às dimensões fundamentais dos processos de adoecimento, as dimensões da vida que abrangem os sofrimentos e os afetos; mas, acima de tudo, adquirimos a certeza, por experiência própria, de que todas essas dimensões sempre deixam um "resto", de que "vazam". Por que fazer etnografias em serviços de saúde? Porque nos permitem perceber o resto.

Para responder à minha questão central e relacioná-la com a ideia de resto, preciso fazer um rodeio que necessariamente me levará

ao meu percurso como pesquisador no campo da antropologia da saúde.

Etnografias, tendências e restos

No encontro da Associação Brasileira de Antropologia (ABA) de 2012, propus uma mesa sobre antropologia da saúde, e chamei para integrá-la três expoentes do campo: Jane Russo, Cynthia Sarti e Jean Langdon, com a preocupação de que as diferentes dimensões que constituem o processo de saúde-doença (pessoa, corpo, sofrimento, emoção, sexualidade, gênero) foram ganhando importância nas últimas décadas, igualando ou deslocando os estudos específicos sobre as práticas da biomedicina enquanto instituição hegemônica. Em outras palavras, eu tinha a percepção de que o que seria o campo da antropologia da saúde estava se desmembrando e os estudos sobre a biomedicina estavam sendo abrigados na saúde coletiva. A ideia trazida por Jane Russo¹, após fazer uma apresentação das relações entre saúde coletiva e antropologia da saúde, foi que os novos objetos e os movimentos sociais (epidemia da Aids ou a reforma psiquiátrica) produziram uma socialização de questões médicas; ou seja, temas do campo biomédico passam a ser olhados do ponto de vista social ou político. E assim, nesse movimento, se resignificaram as relações entre antropologia e saúde coletiva e as oposições natureza e cultura ou corpo e mente.

Era, em parte, uma resposta à minha questão, mas continuei me perguntando o que fazia pesquisando a profissão médica. O processo de aprendizagem da biomedicina ou da medicina de família? Quem se interessa, hoje, na antropologia, pelo cotidiano dos serviços de atenção primária (como no meu caso)? Ou pelos itinerários terapêuticos? O que eu me perguntava era por que continuar fazendo etnografias em serviços de saúde. Para responder essas perguntas poderíamos começar com a citação clássica de Geertz de que não estudamos aldeias, mas em aldeias (GEERTZ, 1989, p. 32). Isso nos diz que a preocupação não são os serviços, mas que através deles podemos alcançar as questões antropológicas que, sim, nos

¹ Uma versão modificada dessa fala foi publicada no artigo Russo e Carrara (2015).

interessam. Isso está claro. Mas o que gostaria de afirmar neste texto é que a importância dos estudos dos serviços de saúde está em nos fazer perceber o resto.

A explicação deste conceito é o percurso que preciso fazer. Há algumas semanas, li um texto de um psicanalista e psiquiatra, professor da Unicamp, Mário Eduardo Costa Pereira (2002), no qual se perguntava sobre o futuro da Psicanálise. Nesse texto, ele se pergunta: quem escuta o sofrimento hoje? Quem acolhe o sofrimento? E responde que o futuro da psicanálise tem a ver que com essa escuta. O pano de fundo da discussão apresentada no texto estava na disputa entre a psicanálise e a psiquiatria biológica, que toma impulso a partir da publicação do manual DSM-III dos anos 1980². Nele, propunha-se uma nova maneira de entender o sofrimento psíquico, com o declínio da ideia de doença mental e o surgimento da ideia de transtorno. Nesse movimento, segundo Costa Pereira, havia dois pressupostos, um pragmático e outro biológico. O primeiro diz respeito à ideia de que a noção de doença mental, e a essencialização que carrega, atrapalhou o avanço da psiquiatria; assim, o transtorno não vai se centrar em uma essência, mas em uma convenção³. Em razão dessa convenção, um transtorno é o que nós combinamos que um transtorno é; em outras palavras, “não há instância transcendental, não há instância racional maior do que o campo da decisão humana, a respeito do que é desejável ou não no comportamento dos outros e de si próprio” (COSTA PEREIRA, 2002, p. 243). Com isso, diz Costa Pereira, criamos um referencial mínimo de entendimento, que se fundamenta em um campo com formas clínicas claras e imediatamente verificáveis através do método empírico-experimental, e não de uma teoria psicopatológica implícita (como a psicanálise).

Esse campo empírico-experimental se apoia em uma perspectiva biológica dos transtornos mentais. Olha-se a loucura sob o prisma da biologia. As consequências da operacionalidade desses dois pressupostos é que algumas disciplinas ficaram de fora do campo de debates legítimos sobre o sofrimento psíquico.

² Essa mudança foi bem documentada no trabalho de Jane Russo e Ana Venancio (2006).

³ Poderíamos dizer, acompanhando Roy Wagner (2010), que essa convenção produz uma nova essencialização e assim por diante.

Por que nos interessa tudo isso? O próprio Costa Pereira diz que não é assim que as coisas funcionam do ponto de vista clínico, político e das ideologias implicadas. Ou seja: essa perspectiva pragmática da psiquiatria biológica estava tão preocupada em dar conta da realidade e em possibilitar uma “operação efetiva do mundo” que “deixou de fora o real” (COSTA PEREIRA, 2002, p. 246). Para exemplificar esta ideia, o autor retoma vários casos da sua prática clínica que mostram como esse real retorna. Os pacientes com transtorno de pânico, por exemplo, que ao tomar a medicação apresentam uma melhora significativa, reduzem as crises de pânico, mas que tempos depois continuam com medo de que as crises voltem, permanecem inseguros, alguns hipocondríacos, depressivos etc. Ou seja, algo resiste em se enquadrar nessa forma de delimitarmos o mórbido e sua cura.

O que desejo sublinhar é essa ideia de que algo resiste, de que sempre há um resto que tem que ser escutado, de que podemos fazer protocolos de práticas, mas haverá algum resto. Costa Pereira diz que os que escutam o resto são os psicanalistas, eles são os profissionais do resto. Freud, por exemplo, se interessou, na passagem do século XIX para o XX, pelas histéricas, que eram o resto.

Há algum tempo venho me interessando pela psicanálise, e me perguntava o porquê desse interesse. A resposta veio associada à ideia do resto. A antropologia também se interessa pelo resto. Quando a psicanálise adotava as histéricas, que eram o resto da psiquiatria da época, a antropologia adotava as culturas “primitivas”, que eram também o resto das ciências sociais.

Na minha própria trajetória acadêmica, comecei estudando um serviço de clínica médica em um hospital de alta complexidade. Como nos mostram os textos de Foucault, eu não poderia estar mais no centro do saber biomédico, ao estudar a clínica médica em um hospital. No entanto, me interessei não pelo saber, mas pelo sentir, pelas emoções. Ou pela relação entre o saber e o sentir, pelos dramas sociais que se instauram quando as emoções se apresentam no cotidiano do serviço. Quer dizer que me interessei pelo resto (BONET, 2004).

Lendo alguns textos para essa pesquisa no hospital, vi que existia uma polêmica levantada por um grupo de médicos que não

trabalhavam nos hospitais, mas nas unidades básicas de saúde. O hospital não era o lugar de formação ideal para eles, a formação teria que ser feita nos serviços de saúde da rede ambulatorial. Mas naquela época, nos anos 1997, eles ainda eram considerados lugares-castigo, isto é somente ia trabalhar lá quem era punido ou quem era médico de família, que escolhia esse lugar de trabalho por questões ou de formação ou políticas. Assim, podemos considerar essa opção deles, dos médicos de família, e a minha de estudá-los também, como uma opção pelo resto.

Na perspectiva da medicina de família, que é fundamentalmente a especialidade médica da atenção básica no Brasil, instrumentalizada através da Estratégia Saúde da Família, a ênfase recai em conceitos como integralidade, pessoa,⁸ continuidade da relação, territorialização, cuidado, escolha e humanização da prática. Esses meus interesses na atenção básica me levaram a pensar nesses novos campos de estudo da antropologia da saúde, ou nos novos enfoques sobre a medicalização do mundo, de que nos fala Nikolas Rose em seu livro *A política da vida própria* (2013). Daí a minha sensação de ir contra a corrente e uma certa angústia que isso me causava: interesse-me pelo resto, pelo sofrimento, pelo sentir, em um momento em que parece que a onda está nos processos de biologização e molecularização das questões do campo.

Ao pensar o processo de biologização dos seres humanos, da saúde e da medicina, Nikolas Rose propõe que estaríamos nos tornando indivíduos somáticos:

[...] a minha análise diz respeito não só ao que os seres humanos são, mas ao que eles pensam que são: os tipos de seres humanos que eles presumem ser [...] estamos chegando progressivamente a nos relacionar a nós mesmos como indivíduos 'somáticos', isto é como seres cuja individualidade está, pelo menos em parte, fundamentada dentro de nossa existência carnal, corporal, e que experimentamos, expressamos-nos, julgamos e agimos sobre nós mesmos parcialmente na linguagem da biomedicina (ROSE, 2013, p. 44).

Em seguida, afirma: “a somatização da ética estende-se à mente” (ROSE, 2013, p. 45) e, assim, esse espaço psicológico interior que nos caracterizou durante a primeira metade do século XX vai dando lugar a novos jogos da verdade, às neurociências, que “atuam em um nível molecular, o nível dos neurônios, dos pontos receptores, dos neurotransmissores das sequências exatas dos pares de bases, em localizações particulares naquilo que agora pensamos sendo o genoma humano” (ROSE, 2013, p. 45). Esses fenômenos moleculares se tornam alvo de técnicas farmacêuticas, que nos ajudam a nos aprimorar através da nossa corporalidade. Parece-me que estas ciências neuroquímicas estão operando ao modo da genética, criando uma “economia da esperança” de que solucionarão os problemas de saúde das populações.

Concordando com Rose, não podemos negar o fato da biologização do nosso presente, mas tem alguma outra coisa que esse indivíduo somático não explica, que está em outro lugar. Rose falará de um si mesmo neuroquímico, mas o que é? Ou como se relaciona com os outros si mesmos que formam um Eu, e que me fazem emocionar com coisas que emocionam somente a mim e não a outros? Isso tem a ver com as nossas escolhas pessoais e com nossos desejos. Isso é neuroquímico? É claro que tem um componente neuroquímico, mas tem outro que não é. Mas então porque o sujeito é neuroquímico?

Rose nos mostra o surgimento de uma biopolítica molecular, em que a vida em si se torna aberta à política. No seu modelo de análise, a vitalidade e a vida mesma estão associadas ao nível molecular. Por quê? Por que a vida não está associada à política no nível molar? Por que a vida tem que ser vida somática? A vida subjetiva, as intersubjetividades, não é vida? Não nos estamos tornando somáticos demais? E como incluímos nessa “biopolítica molecular somática” todos os investimentos que fazemos cotidianamente na subjetividade psicológica ou os investimentos espirituais e religiosos? Vamos jogar fora porque a tendência é somática? O próprio Rose não faz isso, e é justamente por esse fato que a pergunta sobre o motivo de sermos indivíduos somáticos é pertinente. Rose, ao ser interpelado sobre se essa tendência somática significaria que o indivíduo psicológico estaria desaparecendo, responde:

[...] eu não acho que estejam desaparecendo, eu acho que estão sendo suplementados por essas outras formas de pensar sobre a gestão de nossos corpos e de nossos cérebros [...] não se trata dos seres humanos terem se tornado cérebros, mas do fato deles terem cérebros [...] A gestão de nossa existência neurobiológica se tornou parte da gestão de nossa existência somática. Mas as pessoas que fazem essa gestão são ainda entendidas a partir de um conjunto de características psicológicas e, conseqüentemente, aberto a intervenções psicológicas concebidas para mudar as maneiras pelas quais elas administram suas capacidades biológicas e neurobiológicas (CARVALHO, 2017, p. 223).⁴

Não se trata de desconhecer a tendência, mas me interessa o que está fora dela. Até podemos concordar que existe, em parte, um processo de molecularização da biologia e da nossa relação com a saúde, mas, sendo antropólogo, vou me interessar pelas linhas de fuga, pelas aberturas, pela via contrária à tendência da somatização.

Se a tendência agora é estudar a molecularização da biomedicina, vou me interessar pelo que fica de fora da tendência, pelo molar. Pelo resto. Não é por acaso que estudo medicina de família, emoções e corpos. Utilizando a ideia de Ingold (2012), interessa-me pelo que vaza. Interessa-me o que resiste. Se for possível dizer que essa perspectiva do interesse no resto, na contratendência, é um pouco romântica, podemos também dizer isso dessa ênfase na molecularização da biomedicina, nas tecnologias da vida, na ética somática, ao carregar essa "economia da esperança" não sustentada.

Possibilidade que é desmentida pelo próprio percurso da pesquisa sobre o genoma humano. Sempre terá alguma coisa que não será explicada, que vazará, algum resto. Esse é o problema dessas perspectivas bios, biotecnologia ou biossomáticas: alguma coisa resiste, não se enquadra, não poderá ser somatizada. Ou será somatizada no sentido de somatização (relação soma e psique); ou seja, quanto mais sabemos do nosso corpo, quando mais mergulhamos nas profundezas

⁴ É essa complementação que permite a Rose pensar na biologia como oportunidade e não como destino (CARVALHO, 2017, p. 222).

desse corpo, menos cartesianos somos, menos podemos dizer o que é soma e o que é psique. Uma coisa nova surgirá onde estava essa fronteira, mas essa coisa nova não será somática.

Por outro lado, como bem mostra Rose, o movimento de molecularização da biomedicina, essa tendência somática, se dá junto a uma tendência molar. Quando se refere à epidemia de SRAS (síndrome respiratória aguda grave) imediatamente tende-se a encontrar o vírus, o agente causador, mas sem complementar com práticas molares, ou seja, não se contém a epidemia. As práticas molares são vigilância epidemiológica, restrições de movimentação, territorialização, conhecidas desde a medicina da peste e da lepra. Foucault desenvolve isso em *Vigiar e Punir* (1987), reticulação e isolamento. E continuamos fazendo isso. É necessário conhecer o vírus para tentar fazer uma vacina, mas é igualmente necessário controlar a circulação. Então por que nos centrar na molecularização biossomática e não na relação entre elementos moleculares e molares?

Nessa direção, oposta à molecularização, encontram-se os pacientes que se recusam a serem passivos e usam ativamente as biociências para maximizar a sua própria vitalidade, como bem mostra o próprio Rose. Isso se vincula à biossocialidade (RABINOW, 1999, p. 144), ou cidadania biológica (ROSE, 2013, p. 42) ou comunidades biossociais (ROSE, 2013, p. 63), que de alguma forma baseada no corpo gera ativismos que podem ser entendidos como uma resistência à tendência. O que não nos permite tomar de forma mecânica a ideia da otimização somática e molecular defendida pelos expertos. Aceitar isso é achar que os indivíduos somáticos acatarão os argumentos dos expertos sem questionamentos. É negar a agência dos primeiros. Basta etnografar um serviço qualquer para perceber que não é assim que o mundo funciona. A lógica somática dos expertos não migra para os usuários, mas é utilizada de forma diferente, seguindo interesses específicos.

Ao centrarmos nessa tendência da ética somática, perdemos a dimensão central da transferência, porque qualquer um pode fazer uma consulta com profissionais e acompanhar essas consultas com pesquisas na internet, para ver qual é a doença que se tem e chegar a um diagnóstico. Mas se não criamos um vínculo transferencial com o profissional, escolhemos outro. E como se toma essa decisão? Aí entra

em jogo a lógica da escolha, mas também a lógica do cuidado de Annemarie Mol (2002). **Cuidado** remete à proximidade, a um compromisso, a uma relação, a uma individualidade e, portanto, a uma escolha pessoal. Interesse-me em como a lógica da escolha se associa à lógica do cuidado.

O que quero argumentar é que a dimensão somática se conecta com outras dimensões que vão além do corpo. Para essas outras dimensões aponta outro livro publicado no mesmo ano que o do Nikolas Rose, 2007. Estou me referindo à coletânea *Subjectivity: Ethnographic Investigations*, organizado por João Biehl, Byron Good e Arthur Kleinman. Eles estavam olhando para outra tendência, ou tinham outro modo de percepção. São perspectivas diferentes sobre a vida. Neste livro, encontramos um enfoque que junta essa perspectiva da corporalidade e da experiência à ideia de subjetividade. Esse diálogo é pensado a partir de pesquisas etnográficas. Eles estariam trazendo esse lado que escapa, o que vaza, o resto. Os modos diferentes de apropriação da saúde, da experiência e da vida. Ou a vida na experiência. Nesses textos, discute-se quais são as condições de possibilidade, dada pela situacionalidade, que permitem que se desenvolvam determinadas subjetividades. Assim, esses indivíduos não estão em si mesmos, mas envolvidos numa sociedade abrangente, em relações intersubjetivas nas quais se jogam valores e afetos, que estão corporificados e conectados a espaços domésticos, à vida pública e aos conflitos interpessoais.

João Biehl, em um dos textos dessa coletânea, que ele chama de *A Vida*, relata a sua etnografia em um hospital psiquiátrico em Porto Alegre, onde encontra a paciente Catarina. Biehl consegue traçar a rede familiar, estatal, médica e econômica na qual Catarina se encontra presa. Descrevendo a luta pela reforma psiquiátrica, empreendida pelos ativistas e expertos/profissionais, e os conflitos e carências familiares da Catarina, Biehl conclui que “Catarina não caiu simplesmente na rachadura entre os domínios doméstico e o sistema público. Seu abandono era dramatizado e realizado em novas interações e justaposições de vários contextos sociais” (BIEHL, 1997, p. 408). O autor se centra no processo de produção da invisibilidade do sofrimento da Catarina.

Isso nos leva às questões do início da minha fala. Por que fazer etnografias em serviços de saúde? Neles, encontramos a “vida”, isto é, os movimentos criativos e improvisados ao longo dos quais nos desenvolvemos em emaranhados de linhas de crescimento (INGOLD, 2012). As etnografias nos serviços nos permitem ter acesso a esses emaranhados em que percebemos a dimensão relacional que abrange os afetos, o sofrimento, o que resta. O que não se enquadra nos discursos. O que vaza.

A irrupção do resto

Gostaria de mostrar, valendo-me de exemplos das minhas pesquisas de campo em serviços de saúde de atenção básica, como aparece aquilo que resta, que vaza.

A residência em que fiz o trabalho etnográfico está associada a um serviço de medicina de família e comunidade, e é sediada em um hospital-escola ligado a uma universidade. Embora esteja inserida em um hospital, onde se realizam atendimentos ambulatoriais no serviço de medicina de família, os residentes cumprem parte da sua atividade cotidiana na malha de clínicas de família, que dependem da Secretaria de Saúde do Município. Desse modo, parte da sua carga horária é despendida nos consultórios das clínicas de família, ou em visitas domiciliares dentro da área de cobertura do hospital, quando a situação do usuário ou da família assim o requeira.

No cotidiano do hospital, os residentes, além do atendimento em consultório e das visitas domiciliares, recebem aulas teóricas sobre as ferramentas técnicas que empregarão no cuidado dos usuários, suas famílias e a comunidade. Essas atividades de formação se dividem entre os residentes de primeiro e de segundo ano, e são ministradas ou por docentes do serviço, preceptores, ou por professores convidados para temáticas especiais. Finalmente, uma vez ao mês, promovem um encontro em que todo o serviço discute um caso clínico segundo a abordagem familiar e comunitária. Essas discussões clínicas são apresentadas por um residente e pelo preceptor que o acompanhou no atendimento; posteriormente, abrem a discussão em que,

coletivamente, tentam responder às dúvidas e, também, sugerir condutas a serem adotadas.⁵

Como anteriormente mencionei, as atividades de atendimento nas consultas se complementam com as visitas domiciliares aos usuários da área de cobertura que, por diferentes razões, não podem se deslocar até o hospital a fim de receber atendimento no serviço. Estas visitas são efetivadas pelos residentes, geralmente em duplas e, dependendo da complexidade da situação, eles são acompanhados por preceptores e/ou por docentes do serviço. Esta atividade extramuros, além do atendimento, tem como objetivo transmitir/adquirir habilidades para lidar com a visão comunitária, atentando para os problemas populacionais que se apresentam na área de cobertura.

O sofrimento de Ana

A história da Ana permite ilustrar a questão do tempo e, associado a ele, a questão do sofrimento. Não de um sofrimento derivado de uma situação de *stress*, que poderia configurar um quadro de *stress* pós-traumático, mas de um sofrimento que chamo de "difuso". É difuso porque se estende no tempo, porque se perde seu início e final. É a cronicidade dos problemas sem resolução. E essa não resolução somente em poucas oportunidades dá lugar àquilo que Boltanski (2007) chamou de tópica da denúncia, que se associa com a indignação. Frequentemente nos deparamos com a tópica do sentimento, com o sofrimento e as emoções vivenciados em silêncio, olhando para o chão, com as mãos entre as pernas.

Escolhi a história de Ana porque ela tem nuances e cenas que mostram esse sofrimento difuso, mas porque mostram também as dimensões que ficam de fora dos discursos e as consequências dessas dimensões nas práticas e no aprendizado dos profissionais.

Ana é uma mulher de 74 anos, negra, casada com José, de 83 anos, com quem vive a poucos quarteirões do hospital e, por essa razão, recebem a visita dos médicos-residentes do serviço. Moram em

⁵ Nas clínicas da família, os residentes são acompanhados por preceptores aos quais apresentam suas dúvidas e que eventualmente vão com eles às consultas domiciliares. A relação é de um preceptor para cada quatro residentes.

um apartamento de três ambientes, no terceiro piso de um prédio sem elevador, que a antiga patroa de Ana lhes empresta. O apartamento é simples, mas bem cuidado e ordenado. Ela recebe uma aposentadoria mínima e havia parado de trabalhar por causa da doença; seu marido vende guloseimas e refrigerantes num carrinho na esquina do hospital. Faz isso todos os dias, das oito da manhã até às cinco da tarde. Os dois são analfabetos. Têm uma filha que os visita pouco e quatro irmãs, mas somente uma vive no Rio de Janeiro.

Ana tem diabetes e hipertensão, ambas descompensadas; no dia em que fizemos a primeira visita, sua pressão era 11 x 20. Além disso, tem glaucoma e catarata (como consequência dessas doenças, está quase cega, vê tudo embaçado). Ana tem uma estatura corporal pequena e uma postura curvada; fala pouco e está permanentemente com secreção lacrimal nos olhos – o que faz com que esteja sempre com um lenço na mão. Por este último traço, foi diagnosticada e tratada, durante quase um ano, como depressiva, antes de entrar no serviço de medicina de família.

O motivo da visita foi porque, dois dias antes, Ana tinha caído e não estava conseguindo sair da casa. Segundo o que ela contou, sentou-se na cama e não sentia as pernas; tentou se levantar e caiu. Depois desse episódio, parou de tomar um dos remédios (ela toma seis comprimidos por dia, quatro de manhã e dois à noite). Os médicos perguntaram ao José quais remédios Ana estava tomando, porque é ele quem os controla. Em cada uma das caixas dos remédios estava escrito quantos comprimidos Ana deveria tomar, e se era à noite ou de dia.

Os residentes, ao terminar a visita, explicaram novamente a José como ele deveria ministrar os remédios de Ana. Como a pressão dela estava alta, decidem voltar na próxima semana para ver se o quadro mudou, após ela tomar novamente os remédios. Escrevem tudo de novo, em outro receituário, com caixa alta e bem grande. Mas o problema foi que José já sabia a ordem da outra receita e, com essa nova, ficou confuso. Eu sugeri que colassem na receita uma das tampinhas da caixa de cada remédio, ao lado das indicações. Nesse momento, produziu-se um significativo silêncio; os residentes se olharam e ficaram pensando em como resolver aquela situação, que exigia criatividade para solucionar o impasse que consistia em saber como lidar com uma paciente quase cega e com um cuidador

analfabeto. As dúvidas não estavam centradas nem no diagnóstico, nem na terapêutica (descritos nos livros de medicina), não estava em questão a dimensão somática-molecular, mas era uma questão funcional, relacional. Era uma questão dessas vidas, do modo como essa hipertensão arterial e essa diabetes se inserem na história de Ana e de José.

Buscando resolver esse impasse, um dos residentes começou a indicar com números cada remédio e, se era para ser tomado de dia, desenhou um sol, e se à noite, uma lua. Momentos depois, perguntaram a José: "como é esse aí?". José fica olhando a caixa por um instante e faz um gesto de que não sabe. Estava olhando a caixa ao contrário. Como percebi isso, girei a caixa; aí ele explicou o que tinha entendido. Naquele momento, ficou explícito, embora não tivesse sido mencionado, que ele não sabia ler.

Nos momentos finais da consulta, sentados à mesa da sala, os dois residentes estavam conversando com Ana e José sobre as indicações para ministrar os remédios. José acenava com a cabeça positivamente, demonstrando que estava entendendo as indicações. Ao despedir-se, um deles pega no braço dela e lhe diz para ficar tranquila e se cuidar.

Quando saímos da casa, um dos residentes me explica que ela está o tempo todo lacrimejando, já que usa colírio porque tem síndrome de olhos secos. Eu comentei que ela começou a lacrimejar quando, ao se despedir, ele lhe tocou o braço.

Voltamos na semana seguinte, com os mesmos dois residentes. José não estava, e Ana desceu para nos abrir a porta. Subiu as escadas lentamente e, chegando ao apartamento, disse: "Esta escada vai me matar" – o que, em certo sentido, explicava também porque ela não saía de casa. Sentamo-nos à mesa da sala. Assim que a conversa avançou, os residentes foram controlando os remédios. Como na semana passada haviam contado os comprimidos de cada medicação, souberam que ela não tinha tomado corretamente um deles. Os dois profissionais mediram a pressão: 11x22. É interessante ressaltar que, após um deles medir a pressão, não diz quanto aferiu, esperando que o outro o faça novamente para comparar os resultados. O que está em jogo, além de saber como está a pressão de Ana, é

poder experimentar, medir a pressão de um paciente, isto é, desenvolver essa habilidade.

Ana perguntou-lhes: "Como estou?", ao que um deles respondeu: "A pressão ainda está alta. A senhora não tomou os remédios de modo correto. Esses dois estão bem, mas esses, não." Ela tinha parado de tomar porque a fazia urinar muito, e ficou com medo, mas não conseguiu explicar de quê. Ela pôs a mão na testa, pensou e disse: "É essa coisa da banana." Um dos residentes percebeu e esclareceu: "Ana está preocupada com o potássio"; então o outro residente disse: "Há outras coisas que têm potássio, como o tomate, legumes. A senhora gosta dessas coisas?"

As duas primeiras consultas foram no final de maio; em agosto, acompanhei outra visita, desta vez com um dos preceptores. Isto marca uma diferença em relação às outras duas consultas, porque entre o residente do primeiro ano e o preceptor existe uma distinção hierárquica, fundada em que o segundo tem vários anos de experiência no serviço e na especialidade.

Semanas antes, Ana tinha ido se submeter à cirurgia de catarata, que foi realizada porque, ao aferir sua pressão arterial, no centro cirúrgico, constataram que estava alta. Na visita, ela não consegue parar de falar da intervenção cancelada. O preceptor lhe pergunta o que sentiu, e ela respondeu: "Meu coração disparou. Ligaram para me dizer que iam me operar, e depois, no centro cirúrgico, me disseram que não. É horrível, não podem fazer isso. Fiquei com uma angústia aqui dentro [disse tocando-se o peito]".

Nessa visita, apareceu um componente muito importante em relação à saúde no Brasil: a dimensão religiosa. Todas as terças à noite, Ana e José vão à Igreja Universal. Nas terças, reza-se a oração de libertação, a oração da saúde. Ela disse que, quando vai, se sente bem, mas, como é longe, parou de ir. O preceptor a indagou: "Não é importante ir e fazer a oração da saúde?". Ela replicou que sim, mas que é longe. O preceptor perguntou: "Sua pressão pode ser espiritual?" Ela respondeu: "Pode ser, mas eles dizem que tenho que ir ao médico. **Fé mais os remédios.** Se a pessoa não tem fé, não sucede nada." Enquanto aconteceu o diálogo, o preceptor e Ana estavam de **mãos dadas** o tempo todo; o diálogo era pausado e com voz suave. Durante todo este processo, o residente ficou em silêncio, quem conduziu a

visita foi o preceptor. Sem estar explícita, havia uma relação hierárquica que se traduzia em um processo de aprendizado, que também não era explicitado, no sentido de que eles não trocaram impressões, mas essas se davam por meio de indícios, através da observação de como o preceptor conduzia a visita.

O preceptor perguntou a ela: "Se medirmos a pressão agora, como lhe parece que vai estar?" Ela respondeu: "Baixa". Mediram a pressão, primeiro, o preceptor (8x19), em seguida, o residente (8x22). Novamente se repetiu a rotina no processo de medir a pressão; o preceptor que tomou a pressão não disse o resultado, mas esperou que o residente fizesse a sua medição para compararem.

A última notícia que tive de Ana foi em novembro. Ela ainda esperava pela cirurgia de catarata, que não pudera ser feita porque sua hipertensão não estava controlada. Tinha ido ao hospital para uma consulta, acompanhada de José. A ideia do residente, na consulta, segundo me explicou depois, era fazer com que Ana comesse a pensar na possibilidade de que a intervenção cirúrgica não iria restaurar sua visão completamente e, além disso, queria convencê-la de que deveria começar a caminhar. Sua pressão estava 8x16.

Da primeira consulta, em maio, até a última, no início de novembro, passaram-se seis meses; tempo em que Ana conviveu com a pressão alta e com a esperança não realizada de fazer uma cirurgia. Tudo isso vivido como num platô de sofrimento. Em uma apresentação que fizeram na residência sobre este caso, descreveram como Ana respondia a todas as perguntas, como ria, mas não mencionaram que, quando nada lhe perguntavam, ela ficava com o olhar perdido em algum ponto do chão.

O que esta cena etnográfica nos mostra não é somente esse processo de sofrimento difuso, em que tem um momento de *stress* quando não consegue passar pela cirurgia de catarata, mas os fatos com os quais, frequentemente, os profissionais de saúde têm que lidar. Temos uma relação de aprendizagem entre o preceptor e os residentes, mas o que me parece mais importante são as questões que aparecem associadas à pressão arterial. Não se discute sobre o nível de pressão, nem sobre o tratamento da catarata, mas em como lidar com o analfabetismo deles, ou a dimensão religiosa associada à percepção que Ana tem da sua pressão: "Fé mais os remédios".

Cena etnográfica 2

Nesta segunda cena etnográfica, relato um caso clínico apresentado nas reuniões plenárias da residência por uma residente e seu preceptor. Nestas reuniões, estão presentes o conjunto de membros da residência, os professores-médicos do serviço, os preceptores e os residentes dos três anos. Um desses professores me dizia que a ideia destas reuniões surgiu para ter uma possibilidade de discutir casos clínicos segundo o ponto de vista de uma "medicina centrada na pessoa", que é a que eles praticam. O que se busca é que os residentes adquiram um saber de como construir uma história segundo essa perspectiva particular. A dinâmica é, basicamente, uma apresentação do caso seguida de uma discussão, em que a plateia apresenta suas dúvidas e sugestões de condutas e atividades a serem seguidas. Destas reuniões, participam aproximadamente 30 pessoas - contando os residentes dos três anos, os preceptores e os docentes da residência.

Nesta história que irei etnografar foi apresentada a itinação de um usuário do serviço de saúde. O que me interessa nesta cena etnográfica é mostrar o modo de apresentação e, fundamentalmente, o processo de discussão posterior. A história do usuário é reconstruída na apresentação, com dados obtidos a partir de várias visitas domiciliares, abrangendo um tempo de seguimento de dez meses, aproximadamente.

Ariel é um paciente de 39 anos, diagnosticado como hipertenso, tabagista, usuário de drogas e com epilepsia. Mora com o irmão, que tem tuberculose pleural; entretanto, após uma briga entre eles, passou a morar no espaço sob a laje do irmão, que, menos do que um cômodo, é um espaço entre o muro e a rocha do morro, sem janelas, nem ventilação.

Como houve intermitência na administração dos remédios, teve uma crise convulsiva, caiu e fraturou uma vértebra lombar; por causa disso, tem paralisia nos membros inferiores e precisa andar com um andador, além de ter que usar sonda para urinar. O residente pediu um exame de urina que dá positivo; começam então a administração de antibiótico e o encaminham para urologia. Foi à consulta no serviço de Urologia, mas não fez os exames solicitados, nem voltou à consulta

seguinte. A cultura realizada na urina voltou positiva e sensível para um antibiótico, que ele não tem possibilidade de comprar. Aí se pode perceber uma passagem dessa dimensão molecular para uma dimensão molar: o exame bacteriológico, que remete à molecularização da biomedicina do que nos fala Rose, se associa com a dimensão social do sistema público de saúde brasileiro.

Quando o irmão sai para trabalhar, Ariel fica trancado em casa e come somente se o irmão deixar o almoço preparado e perto dele. Embora tenha começado a fazer fisioterapia (descendo do morro segurando-se pelo corrimão e pedindo ajuda), tem pouca sensibilidade nas pernas e parestesia nos pés (sensação de formigamento).

No início da apresentação, a residente diz que a família tem um índice de vulnerabilidade de tipo 1, mas, posteriormente, informa que, quando desce para o espaço onde Ariel mora, o risco de vulnerabilidade aumenta para 3. Realiza essas medições utilizando uma ferramenta que faz parte da maquinaria epistêmica denominada Escala de Coelho.⁶

Adicionando outra ferramenta, a residente constrói um quadro inserindo todos os membros da rede de Ariel. A questão, para a residente que apresenta a itinação de Ariel, é como organizar o cuidado. Nesse momento, há uma troca interessante, porque um dos docentes pergunta se tanto Ariel quanto o irmão são solteiros, se não têm ninguém, se não têm cuidadores. Imediatamente começam algumas piadas sobre a pergunta, além de certo estranhamento, em razão do que o docente se explica: "Não é o padrão que dois homens jovens, irmãos, não sejam casados e morem juntos". Uma residente diz que talvez "nessa sociedade" seja. O docente explicita que isso é um fator que aumenta a vulnerabilidade, porque diminui a rede de cuidados.

A apresentação ruma para questões teóricas sobre uma

⁶ A escala de Coelho permite medir o grau de risco em que se encontra uma determinada família e assim decidir quais famílias devem visitar em primeiro lugar. A pontuação varia entre risco 1 (risco menor) e 3 (risco máximo), segundo determinadas características (por exemplo: um membro acamado ou com deficiência física ou mental, ou desnutrição grave, tem uma pontuação 3; desemprego tem pontuação 2 e analfabetismo, membro menor de seis meses, hipertensão, diabetes tem pontuação 1).

ferramenta utilizada para medir a escala de resiliência⁷; sobre a epilepsia e seus modos de apresentação; sobre a classificação das convulsões; sobre os modos de descrever as diversas crises e como investigá-las; que exames pedir. Na discussão que se seguiu à apresentação, perguntaram sobre a queda que Ariel sofreu e sua fisioterapia; sobre o tratamento medicamentoso; sobre a relação entre os irmãos; sobre a bexiga neurogênica. Este último tema leva a questão para os exames de urina, as dificuldades em pedir os exames e como esses se perdem na comunidade. Nesse momento, o docente que perguntara se eles eram solteiros diz que, “em um paciente com bexiga neurogênica, a cultura [exame de cultura bacteriana] não era importante”. O urologista está preocupado com o diagnóstico, com a lesão, mas ele não vê a resiliência. “Talvez mandá-lo ao urologista não dê em nada”. E acrescentou: “Vamos esquecer o xixi dele.” Sem explicitar sua intencionalidade, o docente conduz a discussão para as temáticas que interessam ao modo de abordar a questão para a medicina de família (como, por exemplo: a resiliência ou as redes sociais frouxas), dizendo, com indícios, os modos diferentes de perceber da biomedicina e da medicina de família.

Depois dessa intervenção, as perguntas mudam novamente, e começam a se orientar para a resiliência: grau de escolaridade; possibilidade de organizar a alimentação (em virtude do problema da mobilidade); alguém sugere a possibilidade de conseguir uma cadeira de rodas e uma psicóloga interroga: “Para rodar onde?”

Nesse momento, o mesmo docente da intervenção anterior volta a falar e diz aos residentes que lhes estava faltando mais estranhamento, mais perguntas. E retoma: “Por que não estão casados? Esse estranhamento permite pensar em por que alguém é mais resiliente que outro.” Esta última questão me pareceu interessante porque mostra a função das perguntas aparentemente deslocadas, como aquela de saber se são casados; essa pergunta aparentemente não tinha sentido, daí as piadas, mas essa aparência foi resultado da não explicitação do que estava querendo ser ensinado. Isso só se explicita no final: a necessidade de estranhamento. A prática

⁷ Como utilizada nesses contextos, a resiliência seria a capacidade da pessoa de se recuperar de situações de adversidade para manter um funcionamento positivo com o meio ambiente.

dos médicos de família os coloca diante do estranhamento, não de uma bexiga neurogênica, que eles aprendem nos livros, mas de uma situação de resiliência; as dificuldades estavam não nas doenças, mas na situação em que essas doenças se configuravam como um ambiente de sofrimento.

Essa mesma questão apareceu sem ser explicitada quando um residente perguntou para a dupla que estava apresentando por que escolheram aquele caso para a sua apresentação. A residente respondeu: "Porque é um paciente resiliente"; mais interessante foi o comentário do preceptor: "Não existe evidência para isso. A evidência é com paciente hospitalar. Ninguém viu o que a gente viu lá".⁸ Essa fala remete ao estranhamento, à falta de livros para captar o ambiente, o mundo da vida. Esse estranhamento os direciona para o engajamento no ambiente (INGOLD, 2012, p. 30), necessário para poder fazer medicina de família.

Levando em consideração a minha argumentação inicial, o que esse relato de caso clínico nos mostra é como permanentemente precisa-se lidar com o resto, com o que não se resolve pelo saber somático, porque põe em jogo dimensões da experiência vivida que chamam para uma intervenção criativa. Eles sabem como lidar com uma bexiga neurogênica, mas como diz o docente: o problema não é o xixi, mas a situação complexa nas quais essas doenças interagem. O que lhes interessava era resgatar o emaranhado de linhas em que esses irmãos viviam. Não interessa a cultura da urina pedida pelo urologista, dimensão somática molecular, mas a resiliência que remete à malha de conexões molares, que estão para além do somático.

Nessa direção se encaminhavam a pergunta e a proposta do docente; parecia estar ordenando que se espantassem, porque do espanto viria a criatividade para lidar com o mundo. Essa conjunção espanto-ambiente é fundamental para pensar o cuidado, porque esta categoria remete a uma perspectiva abrangente que eles só podem alcançar quando se deixam espantar pelo ambiente.

⁸ Está comparando a sua prática, ou "o que eles viram lá", com a medicina baseada em evidência.

Cena etnográfica 3

Nesta última cena que irei narrar, o título da apresentação era: "Cuidador". Pareceu-me interessante como se expôs a questão dos cuidados, os limites do cuidado, e como, na intervenção de uma docente, se manifestou o ensino por indícios ou claves. O interessante neste caso é que o foco está na percepção de ausência de doença, "eu não doente" diz a usuária, mas, para o médico, o que conta é a possibilidade de adoecimento – sofrimento.

O caso clínico relatado começa com o pedido de uma visita domiciliar por parte de uma usuária cadastrada na clínica para a sua mãe, 78 anos, que estava acamada com sequelas de acidente vascular cerebral, com diabetes *mellitus*, insulino dependente e hipertensa. A paciente encontrava-se acamada, sem interação, e usando sonda nasoentérica para alimentação. Quem cuida da mãe é a filha, Julia, que está presente na visita domiciliar, e que realiza de quatro a cinco medições diárias de pressão arterial, glicemia e temperatura. O residente informa que, durante a visita, a filha mostrou-se "inquieta e questionadora" acerca da melhora da mãe. O residente perguntou à filha sobre o que aconteceria se sua mãe melhorasse, ao que a filha respondeu: "Seria a melhor coisa do mundo"; ou o que aconteceria se a mãe falecesse, ao que ela retornou: "Não quero pensar nisso." O interesse do residente era que a filha começasse a pensar na possibilidade do falecimento da mãe. Após essa consulta, organizam um plano de trabalho, de cuidado e acompanhamento, com fonoaudióloga e nutricionista.

Entretanto, rapidamente fica claro, na apresentação, que a preocupação do residente não era a mãe, mas, sim, a cuidadora, a filha. Daí a pergunta que faz em um momento "E a Julia?" A questão apontava para saber como podiam cuidar dela. Marcaram uma consulta para Julia na clínica. Ela foi à consulta, "saindo do ambiente domiciliar", acrescenta o residente. O discurso de Julia, quando chega, é: "Vim porque vocês [a equipe de saúde] falaram que não estou bem. Todos falam isso". Tobie Nathan (2001) argumenta que esse tipo de paciente coloca o terapeuta em um paradoxo, porque "demandam cuidado afirmando que não estão doentes" (NATHAN, 2001, p. 25), ou, ao menos, que estão doentes sem seu conhecimento.

Julia tem 52 anos, é solteira e se queixa de insônia, perda de memória e indisposição. Segundo a apresentação do residente, Julia relatou que, antes do AVC da mãe, tinha variados afazeres e atividades de lazer, mas agora se sente cansada e não sabe o que fazer.

Para relatar a situação familiar de Julia, que está recheada de conflitos com a família da mãe, o residente utiliza quatro ferramentas da maquinaria epistêmica: o familiograma, o ecomapa, o Apgar familiar e a escala de Zarit (que mede a sobrecarga do cuidador). Essas ferramentas mostram uma rede social estreita, sem muitos amigos, e com um Apgar familiar que indica uma elevada disfunção familiar.⁹

Através do relacionamento com a equipe de saúde e com a clínica, o residente percebe que a usuária demonstra maior abertura para falar sobre a possibilidade de morte da mãe; entretanto, diz que continuará tendo o cuidado da mãe como a sua principal atividade. Daí o residente termina a sua apresentação com a questão sobre o que fazer, através da interrogação: “E agora?” Essa pergunta pode ser assim traduzida, a partir da discussão que se seguiu a sua apresentação: como cuidar da cuidadora que não requer cuidado?

A primeira docente a falar indaga sobre o estado geral da mãe: se tem uma lesão cerebral grande, se tem escaras (por estar por longo tempo acamada); se Julia apresentou um conflito anterior com a mãe, se apresenta sentimento de culpa. Com essas perguntas, está tentando perceber o porquê de Julia abrir mão da sua vida para cuidar da mãe. E o interessante é que, depois de todas essas perguntas e diante desse quadro, questiona: “Você acha que fez alguma coisa?” A isto, o residente responde: “Acho que fiz, porque a Julia ganhou mais abertura para falar da sua relação com a mãe.”

Uma segunda intervenção, de uma psicóloga que participa das reuniões, direciona-se para a ideia de disfuncionalidade familiar e para o uso dessas ferramentas epistêmicas: “o que você faz com esses

⁹ Explicar detalhadamente essas ferramentas escapa aos objetivos do texto, mas podemos dizer que Apgar é um acrônimo com as primeiras letras das seguintes palavras: *Adaptation-Partnership-Growth-Affection-Resolve*. Um Apgar baixo (em uma escala de 0-4) mostra baixa adaptabilidade a novas situações e requer intervenções apropriadas.

A escala de Zarit mostra o grau de sobrecarga dos cuidadores em uma escala de 0-88, avaliando 22 itens que descrevem como a pessoa está sendo afetada pela situação do cuidado. No caso de Julia, foi de 61 pontos, o que expressa uma sobrecarga intensa.

números que obteve [ao utilizar as escalas de Zarit e o Apgar familiar]? Servem para planejar alguma coisa?” Nesse momento, o preceptor (que completa a dupla de autores do caso clínico, embora sempre quem fala seja o residente) intervém: “Julia não tem ideia de quanto a sua situação é ruim. Marcos [o residente], com o uso desses instrumentos, buscou sensibilizá-la mostrando os números.” Segundo esses números extraídos das ferramentas epistêmicas, a paciente estava com um alto grau de estresse, embora não percebesse. E foi isso que o médico tentou demonstra-lhe.

A psicóloga interpôs: “Temos que pensar em quais são os ganhos da posição na qual Julia se colocou.” Nesse momento, a primeira docente retomou a palavra para enfatizar o bom trabalho que o residente tinha feito “utilizando instrumentos objetivos” para descrever a realidade familiar de Julia. Desse modo, orientou sobre como se deve analisar um caso clínico que envolve dolências que estão além das doenças físicas.

Outra das docentes, também psicóloga, interveio contando uma história da sua prática. Ela relatou o caso de uma senhora que cuidava da filha que tinha uma deficiência. Sempre cuidou dela, até que sofreu uma queda quando a estava carregando. Ela cobriu a filha com o corpo para que não se machucasse. A psicóloga e a senhora fizeram planos terapêuticos, mas esta última não os cumpriu. Nesse ponto, a psicóloga usou a metáfora das máscaras do avião, que caem quando se produz a despressurização da cabine, e disse para ela: “O que você faz?” Ela respondeu: “Ponho a máscara na minha filha e depois em mim”. A isso a psicóloga retrucou: “Você não vai conseguir fazer isso. Tem que botar em você primeiro para poder botar nela.” E a senhora então se dá conta: “Quer dizer que para cuidar da minha filha tenho que estar bem?” A psicóloga terminou a sua fala dizendo que as recomendações têm que fazer sentido para a usuária, para que, assim, alcancem o efeito terapêutico.

Dois pontos que me interessaram nessa situação relatada. O primeiro foi que a psicóloga não disse para o residente o que ele devia fazer, ao invés disso contou uma história sem falar da moral da história. No final, ficou claro para o grupo que participava da sessão que estava mostrando um caminho para criar um vínculo com Julia, mas sem dizer isso de forma explícita, apenas através de uma história. O segundo

ponto se relaciona com o que era considerado um problema nesta situação: não era a mãe acamada, pouco podiam fazer sobre isso, mas a situação da filha, que não se considerava doente, e que os profissionais entendiam que estava numa situação de vulnerabilidade.

Em seguida, uma residente pediu a palavra e questionou sobre o proceder dos colegas e da especialidade. Ela argumentou que se a Julia não tinha pedido ajuda para ela própria e sim para a sua mãe, por que medicalizá-la? Por que transformá-la em paciente? Segundo esta residente, se Julia não tinha pedido ajuda para ela é porque “não era o tempo dela, da família, temos que pensar na autonomia do paciente. Por que vamos falar para Julia que ela tem que sair de casa?” Ela própria responde criticamente dizendo que “a medicina de família faz isso”. Este era um questionamento fundamental, e que apontava para o coração da prática da medicina de família, por essa razão uma das médicas docentes respondeu à questão do por que se inserir na situação-problema e passar a cuidar da Julia. Ela argumentou que “não é uma intromissão, é uma resposta a um pedido da Julia.” E arremata: “Se eu não tenho uma abordagem familiar, o que vou fazer lá? Temos que criar a demanda, temos que estar presentes e não ser omissos.”

Outro dos docentes complementou dizendo que “Julia pediu e ele [o residente] só está respondendo à demanda. Estamos discutindo até aonde vamos. Colocar isso para ela não é um problema do médico, é da relação. Eu acho que está fazendo um bom trabalho, porque está ajudando a cuidar. Ele está criando um vínculo.”

Essa discussão, após a apresentação, adicionou vários conceitos que já se tornaram parte do fazer dos residentes envolvidos, como a abordagem familiar e a necessidade de criar vínculo para que se ative o cuidado. Os conceitos em si, vínculo e cuidado, não apareceram analisados, mas guiavam a discussão. A questão de saber até onde devemos avançar, na busca de cuidado relacionada à autonomia do usuário, coloca em discussão a totalidade da cultura epistêmica da medicina de família. Porque discute a relação, não só no sentido de responder à demanda e não ser omissos, mas pondo em jogo os conceitos de vínculo e cuidado. E posiciona o cuidado como uma dimensão central na medicina de família.

Como diz Joan Tronto (2009), o cuidado é uma dimensão central nas nossas vidas, porque passamos grande parte do nosso

cotidiano ou cuidando de outros ou sendo cuidados. Ao propor uma ética do cuidado, Tronto defende que essa ênfase no cuidado gera um deslocamento dos conceitos de autonomia-dependência para o de interdependência, e este último conceito aponta para a relação, fazendo com que o cuidado ganhe uma dimensão moral e uma dimensão política (TRONTO, 2009, p. 125). Com essas duas dimensões, ele é uma prática; a ética do cuidado, como Tronto a entende, não é um conjunto de princípios, mas uma atitude prática em relação ao outro.

Essa dimensão do cuidado nos situa naquela da intersubjetividade, dos sofrimentos compartilhados nas famílias. Novamente, o problema passava não pela dimensão biológica, mas pelo resto que aparecia no discurso da filha como um cansaço e um não saber o que fazer.

À maneira de conclusão

Gostaria de retomar minha pergunta inicial: por que continuar fazendo etnografias em serviços de saúde? Uma primeira resposta é óbvia, já foi dada ao longo deste texto: neles temos acesso à vida como esse emaranhado de linhas, que abrange a micropolítica dos afetos, a economia dos sofrimentos, dos conflitos (mas também das alegrias). Tudo isso apareceu nas cenas etnográficas relatadas; uma totalidade que inclui, mas que vai além dessa biopolítica molecular somática. Em outras palavras, nos serviços podemos encontrar o resto, o Real, que se apresenta como esse sofrimento difuso, como aquilo que vaza das nossas categorias analíticas.

Esse encontro é possível por essa perspectiva da união [*togetherness*], da correspondência, em que nossas linhas de vida se encontram com as dos profissionais e dos usuários quando fazemos etnografia.

Uma segunda resposta a essa pergunta está relacionada à ideia do que podemos fazer com essas pesquisas. Esta segunda resposta nasce da tese de Priscila Castro Vianez (2015), uma etnografia num serviço para tratar transtornos alimentares. A autora era formada em nutrição e, por essa razão, tinha interesse em fazer propostas para melhorar o funcionamento do serviço. Quando li os problemas que o

serviço tinha, segundo ela, pensei que esses problemas apareceram muitas vezes em diferentes teses, em diferentes serviços de APS ou de diferentes especialidades. Espantou-me como eles se repetem e como nós já sabemos disso, pelos diálogos que estabelecemos nas defesas, ou nos diferentes encontros acadêmicos. O que fazemos com essa informação? Talvez devêssemos começar a pensar em uma sistematização mais estruturada? Como comunicar, de algum modo, aos gestores, para que a informação seja útil para eles e, ao mesmo tempo, não perder de vista, nem abrir mão da possibilidade de entender o processo de metaforização no cotidiano da vida dos serviços de saúde?

Referências

- BIEHL, J.; GOOD, B.; KLEINMAN, A. **Subjectivity: ethnographic investigations**. California: University of California Press, 2007.
- BIEHL, J. A life: Between Psychiatric Drugs and Social Abandonment. In: BIEHL, J.; GOOD, B.; KLEINMAN, A. **Subjectivity: ethnographic investigations**. University of California Press, 2007.
- BOLTANSKI, L. **La Souffrance a Distance**. Paris: Gallimard, 2007.
- BONET, O. **Os médicos da pessoa: um olhar antropológico sobre a medicina de família no Brasil e na Argentina**. Rio de Janeiro: 7Letras, 2014.
- CARVALHO, S. R.; TEIXEIRA, R. R. Políticas da própria vida e o futuro das práticas médicas: diálogos com Nikolas Rose (Parte 3). **Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, v. 21, n. 60, p. 221-230, 2017.
- CASTRO VIANEZ, P. da S. **Desafios da atenção à Anorexia nervosa em adolescentes: uma pesquisa etnográfica em serviço de saúde do RJ**. 2015. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.
- COSTA PEREIRA, M. E. O futuro da Psicanálise. In: ALONSO, A. **O futuro da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002.
- FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. Petrópolis: Vozes, 1987.
- GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1989.
- INGOLD, T. Trazendo as coisas de volta à vida: Emaranhados criativos num mundo de materiais. **Horizontes Antropológicos**, n. 37, p. 25-44, 2012.

- RABINOW, P. **Antropologia da razão**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999.
- ROSE, N. **A política da própria vida**. Biomedicina, poder e subjetividade no século XXI. São Paulo: Paulus, 2013.
- RUSSO, J. A.; VENANCIO, A. T. A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a revolução terminológica do DSM III. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. IX, p. 460-483, 2006.
- RUSSO, J. A.; CARRARA, S. L. Sobre as ciências sociais na Saúde Coletiva - com especial referência à Antropologia. **Physis, Revista de Saúde Coletiva (UERJ. Impresso)**, v. 25, p. 467-484, 2015.
- WAGNER, R. **A invenção da cultura**. São Paulo: Cosac & Naif, 2010.