

Da espera à efervescência: notas etnográficas de um campo em movimento¹

Juliana Affonso Gomes Coelho

Doutoranda em Política Científica e Tecnológica/Unicamp

Resumo

Este artigo trata, por meio da narrativa, das dificuldades metodológicas e epistemológicas resultantes de uma pesquisa etnográfica realizada na rede tecida pela Estratégia de Saúde da Família, em bairro considerado de vulnerabilidade social no município de Americana-SP. A proximidade do objeto de pesquisa, sua multidisciplinariedade, bem como minha dupla formação acadêmica trouxeram uma série de interfaces para a leitura e análise desse objeto. Todavia, se, por um lado, foi possível ampliar o campo de visão pela inclusão de outros pontos de vista, por outro, o processo de retorno para a disciplina de origem foi mais complicado, marcado por intersubjetividades e afetações, configurando um campo pendular entre movimentos de espera e efervescência.

Palavras-chave: Antropologia; Sociologia; Saúde Coletiva; Etnografia; Multidisciplinariedade.

Abstract

This article, written as a narrative, is about methodological and epistemological difficulties detected in an ethnographic research made in the Family Health Strategy Network in a vulnerable neighborhood of Americana city, Sao Paulo State. The proximity to the research objects, its multidisciplinary and my two different undergraduations allowed many interfaces to read and to analyze this object. However, if, in one hand, it was possible to expand the vision to include other points of view, in the other, the process to return to the original discipline was more complicated, marked by intersubjectivities and affectations in a pendulous field between movements of waiting and effervescence.

Keywords: Anthropology; Sociology; Public Health; Ethnography; Multidisciplinarity.

1 Este artigo é uma adaptação do capítulo metodológico da dissertação de mestrado “Saberes e práticas de saúde em campo: um olhar antropológico sobre a Estratégia de Saúde da Família na Praia Azul – SP”, defendida, em fevereiro de 2011, no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), sob orientação da Prof^a Dr^a Marina Denise Cardoso.

Introdução

Este texto é uma tentativa de traçar um retrato compósito com alguns dados essenciais de uma pesquisa etnográfica realizada em equipamento de saúde pública do território Praia Azul – região periférica do município de Americana-SP. Trata-se de um convite para que o leitor compartilhe comigo os trajetos e os enredos que perfazem essa narrativa, para que mergulhe nos fragmentos etnográficos selecionados para essa escritura, na qual adoto a postura metodológica de trabalhar com a intersubjetividade do campo e com a assunção da autoria de meu próprio texto. Opto, desse modo, pelo emprego da primeira pessoa e pela inserção de memórias pessoais e autorreflexivas, além de procurar expor as impurezas dos dados e das relações ao invés de esterilizá-las.

Americana está localizada na região centro-leste do estado de São e pertence à região metropolitana de Campinas. A cidade tem cerca de 215 mil habitantes – o que a situa como a terceira mais populosa dessa região – distribuídos numa área territorial de 134 km². O município é um dos principais polos fabricantes de tecidos de fibra artificiais e sintéticos do Cone Sul. Seu território está dividido em dez áreas de planejamento, de acordo com uma racionalidade estratégica que atribui valor a áreas mais ou menos homogêneas da cidade, conforme determinados interesses de uso do território. A região denominada Praia Azul, que contava, em 2009, com aproximadamente 12.836 habitantes, foi escolhida como o lócus central da pesquisa.

Em 2004, um Fórum da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis (RMPS), promovido em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS), bem como com o departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, apontou a Praia Azul como a área mais vulnerável do município, com problemas ambientais e sociais como: falta de saneamento básico, degradação ambiental, falta de pavimentação, prostituição, necessidade de ampliação da rede escolar e adequação dos prédios das Unidades Básicas de Saúde. Ainda hoje a região não tem cobertura integral da rede de esgotos, o que faz com que muitas residências ainda necessitem de fossos sanitários. A pavimentação também continua inconclusa; nos bairros mais periféricos, como o Jardim da Mata, as ruas não são asfaltadas, o que impede a visita dos agentes comunitários de saúde (ACS) quando chove.



Figura 1 Áreas de Planejamento de Americana.

Fonte: Secretaria de Planejamento e Controladoria da PMA.

Na época da pesquisa de campo, contava com 79 estabelecimentos de saúde, dos quais 34 estavam vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse período, a Estratégia de Saúde da Família em Americana era um programa relativamente novo, cuja primeira equipe havia sido implantada em 2002 e contava com sete equipes multiprofissionais cadastradas no Ministério da Saúde e mais três em fase de implantação. Cada uma dessas equipes tinha em seu corpo técnico: um(a) médico(a) da família, um(a) enfermeiro(a), um(a) técnico(a) em enfermagem, um(a) auxiliar de enfermagem e de seis a oito agentes comunitários. A Praia Azul contava com duas dessas equipes e 12 agentes comunitários de saúde.

Meu intuito é mostrar, ainda que resumidamente, como se deu o processo de construção do conhecimento antropológico, desde minha chegada ao campo até a composição desse texto; desde os dados confusos e dispersos do caderno de campo até sua transformação em escrito coerente e legível. Dessa maneira, trata-se de uma composição preñe de elementos subjetivos e intersubjetivos, bem como das imprevisíveis situações que se configuram entre pesquisador-pesquisado no cotidiano da pesquisa (Peirano 1995), cujo processo de reflexão multifocal vai tecendo uma trama poética com os *insights* e os revezes da dupla temporalidade de “estar aqui” e “estar lá” (Geertz 2003), mesmo que estas categorias, em estudos de antropologia urbana, pareçam tão próximas.

A construção do conhecimento em Ciências Sociais, especialmente no que se refere à interação entre teoria e pesquisa, é um reflexo dinâmico e negocial de um conjunto de fatores: a história pessoal do pesquisador, sua personalidade, seu gênero, sua orientação teórica, seu papel institucional, seu envolvimento emotivo, político e ideológico; e das circunstâncias, especificidades e idiossincrasias do próprio objeto e de seus interlocutores, os quais também são contingenciados pelo sexo, idade, *status*, formação, religião, entre outros (Clifford 1998; Crapanzano 1985; Favret-Saada 1977).

O objetivo da pesquisa em questão foi o estudo socioantropológico das equipes multiprofissionais da Estratégia de Saúde da Família,² a partir da interação entre diferentes campos discursivos e práticas profissionais. Percebia-se a existência de três províncias simbólicas que dialogavam, direta ou indiretamente, no cenário que esse modelo de atenção à saúde conformava: os profissionais de saúde legitimados (médicos generalistas, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), os agentes comunitários de saúde (membros da comunidade treinados pelo Programa para atuar junto a seus pares) e os usuários do serviço de saúde em questão.

No intuito de apreender seus discursos e suas práticas, recursos metodológicos diversos foram utilizados, os quais incluíram: a observação direta do trabalho das equipes multiprofissionais de Saúde da Família (ESF), entrevistas informais, análise documental e etnografia. A etnografia tinha por objetivo a apreensão das lógicas e das categorias operacionais subjacentes à atuação das equipes multiprofissionais, assim como a investigação da forma como estas eram aplicadas pelos atores envolvidos, uma vez levadas em consideração as relações entre os diferentes saberes e seus mecanismos de negociação simbólica. Por meio desse instrumento metodológico, busquei apreender o modo de operacionalização dos discursos entre os diferentes agentes e atores das duas equipes multiprofissionais localizadas na Unidade de Saúde da Família (USF) da Praia Azul.

A formulação da questão de pesquisa revelava uma opção teórica fortemente influenciada pelo estruturalismo, cuja preponderância advinha tanto da minha recente formação como cientista social quanto da filiação teórica de minha orientadora. Contudo, eu era uma neófito, e tanto o objeto de pesquisa em si quanto o próprio campo se revelaram muito mais complexos do que eu imaginara a princípio; quando eu me dei conta, os dados estavam me levando para outro lugar, e eu, acertadamente ou não, me deixei por eles ser conduzida. Nesse sentido, a pesquisa adquiriu um caráter muito mais exploratório, performático e experimental e, em alguma medida, caótico, uma vez que eu não dialogava mais apenas com meus informantes e com seus saberes e práticas, mas com os saberes e práticas da própria antropologia e, conseqüentemente, das mais diversas tradições, ainda que contraditórias. Assim, as opções que faço na escritura deste texto, como o uso da primeira pessoa, não são por modismo nem por filiação teórica, mas pelo seu propósito – o de narrar o meu próprio processo de construção de conhecimento antropológico coproduzido com meu objeto de estudos, ele próprio tendo se revelado como uma coconstrução complexa entre saberes, tecnologias de cuidado, política, ação institucional e elementos sociais, na qual esses elementos são mutuamente constituídos por meio de interações complexas (Jasanoff 1999, 2004).

Nesse intuito, procurei mapear o meu campo por meio da observação participante realizada durante a permanência prolongada na USF, de março de 2009 a julho de 2010, e no conseqüente acompanhamento, em momentos diversos, das rotinas de trabalho e dos protocolos de atendimento do Programa. Além do mais, tive acesso privilegiado aos trajetos habituais dos agentes comunitários de saúde (ACS), especialmente pelo acompanhamento de suas visitas domiciliares.

Utilizei-me da prerrogativa do caderno de campo como técnica para o registro dos dados etnográficos, tanto para sua descrição quanto para a reflexão acerca destes. Não me

2 Anteriormente denominada Programa de Saúde da Família (PSF).

servi de gravador e evitei fazer anotações na frente de meus informantes, no intuito de não despertar reações pouco acolhedoras, mesmo que isso me causasse certo “prejuízo” decorrente de uma memória, por vezes, falha e lacunar. Para Bergson (1999), a memória é praticamente inseparável da percepção; percepção esta que acaba por favorecer certas imagens em detrimento de outras, pois escolhe entre nossas recordações aquelas que nos fazem experimentar afecções e, ao mesmo tempo, efetuar ações, permitindo-nos esboçar o concreto vivido.

A metodologia de pesquisa, etnográfica e qualitativa, fazia com que eu justificasse a inserção dessa pesquisa em Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Todavia, a extrema proximidade do objeto com minha própria realidade social, além da especificidade desse objeto que já nasce multidisciplinar, dialogando tanto com as ciências da saúde quanto com as ciências humanas, acabava por privilegiar, em muitos momentos, análises de cunho mais sociológico. Se não bastasse, minha primeira formação como terapeuta ocupacional e meu engajamento anterior na gestão de políticas públicas acabavam por proporcionar leituras e vieses nem sempre compatíveis.

A problemática metodológica foi o grande desafio dessa empreitada, o que exigiu aproximações e afastamentos das disciplinas envolvidas e um diálogo que tornasse possível descrever e analisar a questão da forma mais profícua possível, sem, contudo, esquecer-me que esta pesquisa fazia parte de minha formação como antropóloga. Creio que esse intercâmbio multidisciplinar faz com que alarguemos nossa visão do objeto, mas isso pode tomar proporção tal que acaba por dificultar o retorno à especificidade epistemológica da leitura que se quer imprimir. É preciso saber dosar a justa medida das aproximações e dos distanciamentos possíveis entre as áreas do conhecimento implicadas, sem ultrapassar os limites próprios ao *métier*, o que nem sempre se faz sem certo grau de confusão intelectual e, algumas vezes, de somatização e sofrimento psíquico e emocional.

Após essas considerações iniciais, trago um relato de campo no qual exponho a questão entre a intersubjetividade do campo e o processo do conhecimento antropológico. Para tanto, ao utilizar-me de uma metodologia narrativa – que considera a amplitude dos agentes, instrumentos, instituições, ambientes e seus entornos para o melhor entendimento do fenômeno que se quer descrever e analisar –, creio aproximar-me, ainda que sutilmente, do que Mol (2005) denominou “praxiografia”.

A Espera

“A imobilidade das coisas que nos cercam talvez seja imposta por nossa certeza de que essas coisas são elas mesmas e não outras, pela imobilidade de nosso pensamento perante elas” (Proust).

Durante o primeiro ano de pesquisa, minha inserção esteve restrita apenas ao acompanhamento da gestão do que veio a se denominar Estratégia de Saúde da Família. Nesse

período, participei de cursos de formação de agentes comunitários, capacitações para a equipe multiprofissional e eventos comemorativos aos 15 anos da estratégia. Este era o momento de familiarizar-me com o discurso oficial do PSF: sua origem, suas influências, suas transformações, sua abrangência, entre outras questões. Minhas principais interlocutoras de pesquisa, nessa fase, foram a Coordenadora do PSF do município e a Diretora de Atenção Básica.

Ao término desse ano eleitoral e com a ascensão de um novo partido para a gestão administrativa do município, os principais cargos da Secretaria de Saúde ficaram, temporariamente, vagos – fato que impedia o prosseguimento de minha pesquisa. Foram meses de espera até que esses cargos fossem novamente ocupados e uma série de trâmites burocráticos para que obtivesse permissão para dar continuidade à pesquisa.

No primeiro dia de campo³ propriamente dito, o Gerente Administrativo das Unidades Básicas de Saúde dos territórios Praia Azul e Antônio Zanaga tinha como meta ciceronear-me no expectante encontro com meu objeto. Todavia, nomeado às pressas e desconhecendo, quase que totalmente, minha pessoa e minha pesquisa, fui abandonada ao incógnito sem uma apresentação adequada e sem possíveis orientações. Se essa falta de direcionamento me provocou uma sensação imediata de desamparo, por outro lado, fui agraciada com uma liberdade quase ilimitada de trânsito pelo campo. Assim, eu pude descortiná-lo sem regras impostas, desde que não invadissem as zonas proibidas: as consultas médicas e as sessões de aconselhamento psicológico para os agentes comunitários de saúde desse território.

Entregue à própria sorte, fui galgando lentamente os degraus de superação de uma timidez paralisante a fim de me fazer presente aos funcionários e usuários do serviço de saúde em questão. Entretanto, obtive como resposta inicial ao meu esforço uma receptividade indiferente e insossa. Com a mente anuviada em busca da ação que me permitisse um contato mais proveitoso, recostei meu próprio corpo numa parede limítrofe entre a sala de espera da recepção – lócus privilegiado dos usuários do serviço – e as salas dos médicos e de reuniões – lócus privilegiado da equipe multiprofissional.

Essa parede, transversal à fachada da Unidade, conformava um limite fictício entre saberes formais (peritos) e informais (leigos) de saúde, onde eu escolhera exercitar a minha observação, em pé, encostada pelo lado direito no que deveria ser um batente, caso ali houvesse uma porta. Nunca imaginara que um canto de parede viria a se tornar o meu arrimo, o meu apoio e a minha proteção.

Nesse primeiro dia, fiquei nessa posição por mais de uma hora, observando um fluxo de atores que me pareceu, a princípio, insuficiente para uma unidade de saúde piloto como aquela onde eu me encontrava. Alguns profissionais e outros poucos usuários passavam por mim sem sequer me enxergar. Se, naquele momento, minha percepção sobre esse fato era desalentadora, por algum tempo, a condição de passar despercebida foi importante aliada. Vale ressaltar que a escolha aparentemente aleatória por esse local de observação, se não revelava explicitamente, ao menos sugeria, na prática, a existência de uma espécie de ponto cego entre clientela e profissionais de saúde – ponto fulcral no qual se parecia estar imperceptível a ambos os olhares. Era como se houvesse um obscurecimento do

3 O conceito de campo utilizado aqui é polissêmico, ou seja, designa-se ora como um objeto de pesquisa, ora como um espaço geográfico. Assim, é composto de documentos, bibliografias, relações, impressões, reflexões, construções textuais, etc.

campo visual exatamente na intersecção entre essas duas instâncias – possivelmente, o início de um espaço potencial para o estabelecimento de relações.

Essa potencialidade residia justamente na existência de um par visível-invisível que se alternava em movimentos oscilatórios; isso significava que se, naquele momento, a interação entre pesquisador-pesquisado estava apenas latente, a tendência seria a de que este estado se alternasse para a abertura dessas relações. Restava-me, então, tanto aguardar que o pêndulo atingisse o limite visível de seu movimento quanto usufruir, ao máximo, daquilo que a invisibilidade era capaz de me mostrar; pois, afinal, toda invisibilidade carrega consigo um foco de luz, enquanto toda visibilidade oculta algo. Segundo Strathern (2000), nem tudo o que é tornado visível e transparente corresponde, de fato, à realidade, o que torna necessário questionar sempre o que a visibilidade esconde.

Desse modo, esse lócus de invisibilidade que se tornara uma espécie de panóptico no qual era possível visualizar grande parte dos fluxos daquele equipamento de saúde – local privilegiado, ao qual só vim dar a devida atenção refletindo posteriormente sobre o campo – deu-me acesso a dados que, curiosamente, não eram refratados pela presença do pesquisador. Assim, percebi que poderia encarar esse fato de forma favorável, uma vez que me permitia ouvir e ver coisas que, talvez, não me fossem possíveis se os atores estivessem incomodados com minha presença; fato que tornou esse “local de espera” bastante significativo.

O mesmo efeito não se reproduzia em outros espaços, por exemplo, na cozinha. Situada no andar inferior e sem qualquer acesso do público, este local também era privativo dos profissionais da Unidade. Entretanto, lá as conversas estavam impregnadas de meias palavras, de olhares desconfiados, de expressões dúbias, bem como de um discurso sempre mais elaborado e refletido. Não se falava sem pensar, como se fosse preciso se proteger de escutas nas paredes. Outros espaços situados no andar superior, tais como a sala de reuniões e a sala de espera dos usuários, aparentavam para mim certa monotonia e inércia.

Após esta breve descrição do meu lócus fixo de observação, gostaria de encorajar o leitor a me acompanhar no relato do percurso, muito mais relacional do que físico, de um dia de campo, traçado a partir desse ponto inicial. Meu cotidiano de pesquisa seguia, mais ou menos, a seguinte rotina: eu chegava à Unidade por volta das 7h30; entrava pela recepção; guardava minha bolsa na sala de reuniões e dirigia-me àquele meu local singular de observação, onde permanecia entre uma e duas horas. Em seguida, descia até a cozinha a fim de encontrar algum agente que quisesse uma companhia para suas visitas. Procurei alternar e diversificar os agentes acompanhados, para que eu pudesse vislumbrar as particularidades não só do trabalho de cada um, mas também dos diferentes bairros adstritos e, principalmente, da forma de apropriação e operacionalização, por eles, do próprio discurso do PSF.

O PSF na Praia Azul compreendia quatro espaços fixos: duas Unidades de Saúde da Família (onde atendiam os médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem), uma Casa de Apoio aos ACS, também chamada de “Casinha dos Agentes”,⁴ e uma Unidade de Saúde

4 Merece destaque um local *sui generis* encontrado em campo, qual seja a “Casinha dos Agentes”, localizada a cerca de duas quadras da USF. Esse espaço pertencia à Secretaria de Meio Ambiente e tinha sido utilizado pela Secretaria de Planejamento quando da elaboração de um projeto para a reestruturação ambiental dessa região, o qual acabou por ser engavetado posteriormente. Quando a segunda equipe foi lotada nessa USF, o espaço se tornou pequeno para o número de funcionários. Destarte, os 12 agentes comunitários de saúde foram sediados nessa Casa de Apoio, onde realizavam suas refeições, guardavam seus pertences, discutiam casos de usuários e procuravam compartilhar procedimentos e soluções; também

Bucal (onde atendiam o dentista e seu auxiliar). Entretanto, para além desses espaços oficiais, a estratégia baseava-se em linhas e teias que buscavam a interconexão de indivíduos, famílias, residências, espaços públicos e serviços em uma grande rede intersetorial composta de: centros comunitários, conselho tutelar, escolas, delegacia da mulher, creches, vigilância sanitária, secretarias municipais, etc., dependendo da necessidade da família em questão.

Em uma sexta-feira, Lúcia⁵ convidou-me a acompanhá-la até o Parque Dom Pedro II, o qual, junto ao Jardim da Mata, configurava a área mais distante da USF, bem como aquela considerada mais vulnerável. O trajeto era longo e cansativo, com trechos de terra batida, esburacados e escorregadios. Ao invés de sairmos pela recepção, dirigimo-nos à saída pelos fundos, a qual desembocava na Praça Antônio Leite de Camargo. Ao lado direito desta, situava-se a “Casinha dos Agentes”, por onde passamos brevemente a fim de nos protegermos do sol com protetor solar e bonés estilizados do PSF.

Lúcia e eu seguimos por mais duas quadras até chegarmos à principal rua da região – a Rua Maranhão. Alguns metros adiante, deparamo-nos com o Motel San Remo. Chamou-me a atenção a quantidade de cadeiras de plástico brancas dispostas, estrategicamente, em frente e nas laterais do motel, as quais serviam como “ponto” para dezenas de profissionais do sexo que trabalhavam na mais famosa zona de prostituição do município, concentrada, predominantemente, na rua supracitada. A vivacidade dessa rua contrastava com a apatia e com a morosidade que eu percebia na Unidade. Repentinamente, via-me transportada de uma cena forjada em tonalidades pastéis, típica das construções salubres das instituições biomédicas, para uma cena muito mais exuberante, tingida em cores quentes e vistosas.

Seguimos pela Rua Maranhão, e, conforme nos afastávamos da represa, começaram a surgir imóveis comerciais, igrejas e pontos de ônibus que pareciam reduzir significativamente o volume de profissionais do sexo, até extingui-lo por completo nas quadras em que o comércio se intensificava e onde se situavam os principais equipamentos públicos. Paramos por alguns instantes para nos hidratar na Unidade de Saúde Bucal – mais um dos espaços descentralizados do Programa de Saúde da Família nesse “território”. Após uma caminhada de dois quilômetros, ao longo dos quais havia aglomerados de barracos, estávamos, finalmente, defronte da residência a ser visitada.

A moradia de D. Lourdes ficava no meio da quadra, nos fundos de um grande terreno. Na frente, um muro baixo e um portãozinho aberto, através do qual entramos após batermos palmas. Como a maioria das casas visitadas, não havia campainha nem trancas no portão. Após caminharmos alguns metros, deparamo-nos com um poço artesiano e logo à esquerda com a lavanderia. Lá estava D. Lourdes – uma senhora de 80 anos e chefe de uma das famílias usuárias do PSF – sentada na muretinha que cercava a lavanderia, além de Helena – sua filha de 40 anos, portadora de Síndrome de Down –, quem lavava louças no tanque.

D. Lourdes aparentava certo abatimento e, justamente por isso, foi interrogada pela agente Lúcia. A usuária disse que estava aguardando ansiosamente pela visita domiciliar,

era nesse espaço que ouviam músicas, colocavam a fofoca em dia, faziam as unhas, “chapinha” e escova, davam toques de maquiagem, combinavam churrascos e festas, entre outras atividades.

5 Preferi omitir o nome de meus interlocutores, identificando-os por nomes fictícios ou pela posição social que ocupam.

pois seu filho mais velho estava deixando-a muito preocupada. Ele residira por muitos anos com a esposa, há poucas quadras da USF. Há cerca de um ano, sua esposa havia falecido vitimada por um câncer. Desde então, Jair vinha emagrecendo a olhos vistos, bem como tendo comportamentos inadequados, segundo o ponto de vista da mãe, os quais incluíam o consumo de bebidas alcoólicas em grandes quantidades e encontros casuais com profissionais do sexo que atuavam nas imediações. Numa sequência de acontecimentos, Jair havia perdido o emprego, deixado de tocar violão e parado de alimentar-se, além de ter diarreias constantes que o prostravam na cama.

Apreensivo, o filho caçula resolveu intervir, levando Jair para a casa da mãe. A pequena casa de três cômodos tornara-se insuficiente para os três moradores, ainda mais se levarmos em consideração um agravante – o filho quase não saía do quarto e não gostava que ninguém o perturbasse. Desse modo, as outras duas ocupantes, sentindo-se meio despejadas de sua própria residência, pediram à Lúcia para que conversasse com ele. Fomos receosas até o quarto, afinal, não tínhamos a menor ideia do que iríamos encontrar e nem mesmo do que poderíamos fazer. A porta estava entreaberta, e, a partir dela, era possível ter um panorama do local: janelas fechadas, que deixavam o quarto em penumbra e abafado; uma cama por fazer; roupas espalhadas pelo chão; copos com resto de leite e um odor nauseante que não nos deixava nem um pouco confortáveis para avançar.

Entretanto, D. Lourdes seguia logo atrás de nós, exortando-nos a entrar. Lúcia ensaiou alguns passos tímidos, mas estancou ao deparar-se com outra cama no canto do quarto, na qual se podia entrever um aglomerado de cobertores sobre um possível, mas oculto, corpo encolhido. Trocamos um olhar indeciso, e a agente resolveu recuar. D. Lourdes tentou chamar o filho, mas ao obter como resposta um grunhido quase inaudível, acompanhou-nos de volta à lavanderia. Lá, disse que o filho havia perdido quase 40 quilos nos dois últimos meses e que seu filho caçula estava trabalhando menos para auxiliá-la a cuidar de Jair, pois este se sentia fraco demais para deslocar-se sozinho até o banheiro – único trajeto que ainda se dispunha a fazer. Algumas hipóteses estavam sendo levantadas não só pela família como também pela vizinhança: depressão pela morte da esposa, AIDS, câncer, entre outras. Segundo a usuária, o filho esteve internado, durante dois dias, no Hospital Municipal, onde lhe aplicaram soro e receitaram-lhe algumas vitaminas para anemia.

Seguindo o protocolo, a agente informou esse caso para a enfermeira-chefe de sua equipe, assim que retornou à Unidade, a qual fez uma visita naquele mesmo dia, acompanhada da enfermeira Augusta. O irmão caçula implorou por uma internação, dadas as dificuldades para cuidar de Jair, suas recusas com relação à alimentação, seu comportamento arreadio e a crescente carência financeira. Augusta foi contra a internação, alegando que *“os leitos do hospital não podiam ser ocupados aleatoriamente”*. A enfermeira-chefe ratificou a decisão, embora seu argumento se baseasse no receio de que a saúde do paciente pudesse ser agravada no hospital, em decorrência da exposição aos riscos de contaminação e infecção, dada a fragilidade física e imunológica que Jair apresentava. Sua sugestão era a de que aguardassem mais dois dias, quando seria dia de coleta laboratorial na Unidade. Dessa forma, as enfermeiras poderiam colher, em seu próprio domicílio, a amostra de sangue necessária para que pudessem solicitar exames para HIV e anemia.

Após a coleta do sangue, Augusta chegou a afirmar na Unidade que o paciente estava bem melhor e que ela o havia convencido a comer um “miojo”. Todavia, no domingo, ou

seja, três dias após essa descuidada afirmação, Jair foi novamente internado no Hospital Municipal, onde diagnosticaram um câncer terminal de intestino, com metástases no fígado e no esôfago. O oncologista previu uma sobrevida de, no máximo, seis meses e prescreveu, apenas em caráter paliativo, o tratamento quimioterápico e a alimentação por sonda nasogástrica,⁶ uma vez que o paciente estava pesando apenas 37 kg. Menos de dois meses após esse incidente, o paciente veio a falecer.

Não posso negar que esse caso – tomado como um emblema do campo – tenha me abalado. O que eu observava, especialmente nas visitas domiciliares, entristecia-me, dado o emaranhado de esferas da vida social acometidas: renda, habitação, família, saúde, entre outras. Por mais que não fosse novidade lidar com a pobreza e a doença, uma vez que, como terapeuta ocupacional de primeira formação, já havia trabalhado em hospitais psiquiátricos carentes, bem como junto à coordenadoria de programas e projetos de saúde pública, pareceu-me que me deparar com essas questões dentro do ambiente privado do “paciente” era muito mais impactante. É habitual depararmos com a doença em instituições sanitárias, mas, ao adentrar a privacidade dos “doentes” em seus lares, o binômio saúde-doença acabava por trazer atrelado uma miríade de questões outras, as quais não se podiam resolver apenas com uma consulta médica ou com uma medicação.

Por tratar-se de uma situação que irrompia por quase todo o território, acabei, com o decorrer das visitas, por criar uma couraça – mas esta não se mostrou impermeável o suficiente para afastar a minha angústia, possivelmente, decorrente de um inadequado processo de identificação com esses usuários do sistema público de saúde, que fazia com que eu trouxesse para mim mesma o sofrimento observado. Esse caso refletia não só uma situação cultural específica àquela comunidade, como também a forma de operacionalização cotidiana de um instrumento de saúde, pelos profissionais, que soava um tanto descomprometida. Eu me deixara envolver de uma maneira que me impedia de observar meu objeto com a alteridade mínima necessária. Eu estava à flor da pele – reagindo emocionalmente às situações. Raiva, desaprovação, tristeza, desprezo, revolta contribuía por nublar a minha visão e confundir os meus papéis.

Como dito anteriormente, meu objeto de pesquisa era, particularmente, a equipe multiprofissional de saúde da família. Mas eu me cegara ao me deparar com uma equipe que parecia: fragmentada, desorientada, sufocada pelos conflitos emergentes, gerida por profissionais despreparados e entregues ao marasmo institucional e à desmotivação advinda dele, e na qual cada um fazia o que lhe conviesse; ao invés da equipe modelo que eu idealizara por influência da literatura e do discurso da saúde coletiva: bem gerenciada, com reuniões de equipe, estudos de caso, troca de saberes e um relacionamento interpessoal razoável, isto é, um espaço de interação social e de significados negociados.

Por tudo isso eu me via sem foco, paralisada na ação e cada vez mais reativa aos estímulos que a mim chegavam; mas essa reação refletia-se em dor e desânimo, como se eu tivesse absorvido para mim a apatia e a imobilidade do meu próprio campo. Sentia-me aprisionada num lodo que misturava a morosidade do campo com a afluência de minhas próprias emoções. Por algum tempo, precisei me afastar a fim de não prejudicar a pesquisa com o meu olhar excessivamente interno e familiar, incapaz de estranhar adequadamente o meu objeto. Ao invés de capturá-lo e apreendê-lo em suas diferentes facetas, eu havia sido

6 A sonda nasogástrica é um tubo de cloreto de polivinila (PVC), tecnicamente introduzido, sob prescrição médica, desde as narinas até o estômago, para drenagem ou alimentação.

capturada e atada aos seus liames. Fazia-se necessário centrar-me novamente, ajustar o foco do olhar para, em seguida, retornar.

Tratar de um tema da Saúde Pública e Coletiva pelo viés antropológico foi, muitas vezes, uma tarefa árdua. Fazer essa interface entre as ciências sociais e as ciências biomédicas me situava em um lugar intersticial que dificultava a identificação e a apreensão daquilo que, de fato, era nativo, além de impedir que eu desse a devida importância a fatos que me pareciam banais. Minha dupla formação – enquanto terapeuta ocupacional e cientista social – muitas vezes fez com que eu desprezasse dados de campo relevantes e/ou enxergasse com olhos pouco críticos eventos que me pareciam naturais. Estabelecer uma “ponte de olhares” entre essas duas áreas fazia com que ora eu incorporasse o discurso nativo como meu, ora eu menosprezasse o estatuto desse discurso. Era difícil sentir repugnância por certas atitudes das enfermeiras sem fazer julgamento de valor, ao mesmo tempo em que era difícil assumir uma posição crítica sobre um discurso que eu já defendera.

Nesse momento de paralisia, uma proposta teórico-metodológica recém-apresentada por um colega do mestrado passou a fazer todo o sentido – tratava-se do construtivismo e da teoria ator-rede de Bruno Latour. A ideia de uma etnografia que se propunha não a acompanhar como os objetos/atores se estabilizavam em redes fixas ou estruturas, mas de mostrar uma realidade mais performática, fluida e em constante negociação, que incluía agentes, instrumentos, instituições, ambientes e seus entornos, bem como as relações ativadas por eles, parecia se coadunar melhor com meu objeto e me dar mais elementos para compreender o PSF, pois “mais flexível que a noção de sistema, mais histórica que a de estrutura, mais empírica que a de complexidade, a rede é o fio de Ariadne destas histórias confusas” (Latour 1994: 9).

Como proposto por Law & Callon (1988), é preciso mapear a maneira como os atores definem e distribuem papéis (os quais podem ter caráter social, político, técnico, burocrático) e mobilizam outros atores. Além disso, os objetos que são mobilizados para os papéis são igualmente heterogêneos e podem assumir a forma de pessoas, organizações, máquinas, equipamentos, instrumentos, textos, etc. A ideia de rede de Callon (1994) é um híbrido de três tipos de redes: técnicas, sociais e de discurso. Para Latour, interessa seguir os atores no trabalho, apreendendo associações, interesses, negociações, alianças, polêmicas e debates, pois, enquanto os seguimos, eles “vão mapeando para nós e para si mesmos as cadeias de associação que constituem a sua sócio-lógica” (Latour 2011: 315).

Segundo Knorr-Cetina (1996), quanto mais perto do local das práticas da ciência e da tecnologia, mais dinâmicas, mais instáveis, mais indeterminadas e menos consensuais são a interação e a organização dos profissionais. Segundo ela, as arenas de ação dentro das quais se dá a produção de conhecimento são transepistêmicas, isto é, envolvem uma combinação de pessoas e argumentos, princípios científicos e não científicos, interesses de natureza técnica e não técnica, na qual há a necessidade constante de negociação entre os diferentes saberes e práticas. Assim, as relações implicam escolhas e decisões técnicas. Embora a autora trate da produção de conhecimento científico, podemos usar esse conceito para entender a produção de saúde, que ocorre nas relações entre os profissionais de saúde e entre estes e os usuários, porque é na rua, nas casas, nas unidades de saúde que os saberes são contextualizados; é na interação dos vários agentes, com interesses próprios nem sempre convergentes, que as arenas de ação, disputa e negociação se constituem e se dissolvem cotidianamente.

A Efervescência

“É impossível construir o movimento com imobilidades” (Bergson).

Esse encontro nada auspicioso com o meu objeto, ou melhor, a sensação de inexistência deste, contribuiu para que eu quisesse fugir da avalanche que entrevia em meu campo. Fuga esta que era dificultada pelo precioso “fardo” que eu carregava e que era o meu melhor instrumental – o meu diário de campo. Cansada, as notas que eu lia e relia nele pareciam-me totalmente bizarras – mas a bizarrice estava, justamente, na completa inutilidade que eu dava a elas. Todos aqueles detalhes não pareciam revelar absolutamente nada. Eu estava obcecada por vislumbrar uma lógica interna, mas o próprio campo se mostrava muito mais nuançado sem que eu me apercebesse. Conforme Jullien (2000), não era necessário tanto conhecer quanto tomar consciência do fundo de imanência que se difundia com a evidência, tão próxima, tão diante dos olhos que, justamente por isso, não se conseguia ver. Creio que eu esperava a enunciação dessa lógica como algo extraordinário, como uma revelação ou um sopro de lucidez; mas ela estava ali, subsumida naquelas páginas dispersas que relatavam um cotidiano maçante e que eu tomava, muitas vezes, de modo vulgar.

Assim, o movimento de meu campo foi inesperado. Ele iniciou-se, timidamente, quando de meu afastamento e da conseqüente e necessária mudança de olhar. Minha procura por um Programa e por uma equipe amarrada à conformidade das exigências estatais cederia lugar à percepção dos detalhes sutis que traziam dinamismo a ela. Após uma longa espera, eu passara a visualizar um PSF mais impermanente e mutável e compreendera que a equipe multiprofissional não era uma entidade dada, mas o resultado dinâmico do encontro de práticas, saberes e relações em um campo.

Compreendera ainda que o Programa não podia ser reproduzido como em uma linha de montagem, dadas as particularidades do cenário e dos atores envolvidos. A estratégia preconizava, sim, uma unidade de interação com uma estrutura pré-modulada, ou seja, previa um padrão de respostas e comportamentos; mas que, por ser regulado por um sistema de práticas cujos atores eram pessoas, sofria, inevitavelmente, atualizações. Minhas dificuldades centravam-se na não percepção de que o quadro que se mostrava a mim já era o PSF e a Equipe de Saúde da Família – mas o PSF e a ESF possíveis naquele lugar e naquele momento, e não o modelo pelo qual eu, inadvertidamente, esperava. O fato é que havia, sim, uma distância entre o modelo e o modo como ele era operado ali. Todavia, por mais que eu, gradativamente, fosse me dando conta da inexistência desse modelo e da fecundidade que o próprio campo me revelava, não posso negar que, vez por outra, minha mente deslizava em busca do modelo estático ao invés da operacionalização dinâmica deste.

Dessa maneira, quando eu quase havia desistido de focar meu olhar para a equipe, eis que, por uma brecha sutil e incipiente, ela própria se mostrava a mim – revigorada e atuante em seus próprios termos. Da espera à efervescência foi possível perceber como o modelo PSF foi sendo construído, apropriado, significado e operado por seus atores em um processo dinâmico de disputas e acordos entre diversos segmentos sociais que confrontavam seus interesses, suas crenças e seus valores. Foi um longo processo até perceber que a

formação da equipe multiprofissional era um processo no qual os aspectos social, político-ideológico e técnico se coproduziam. Assim, para que essa Estratégia desencadeasse um processo de construção de novas práticas, considerava-se imprescindível que os profissionais estivessem disponíveis para a troca e circulação de conhecimentos e de poder e que articulassem uma nova dimensão no desenvolvimento do trabalho em equipe, qual seja, um campo de produção do cuidado comum a todos. Ferramentas tecnológicas de cuidado distintas eram acionadas, cuja escolha dependia do contexto e da configuração dos coletivos heterogêneos, os quais eram constantemente reconfigurados.

Além disso, percebi que, na verdade, eu estava diante de duas equipes: uma equipe multiprofissional e uma equipe de agentes comunitários. A primeira apresentava uma configuração hierárquica, uma vez que os profissionais de saúde dessa equipe tinham formações e capitais culturais não apenas diferenciados, mas que expressavam uma graduação no período mínimo investido em sua formação profissional: médico (seis anos), enfermeiro (quatro anos), técnico de enfermagem (dois anos), auxiliar de enfermagem (um ano), agente comunitário de saúde (trinta horas). Numa equipe conformada dessa forma existia menos conflito e mais aceitação no que se referia às instâncias de poder. Entretanto, subsumida nessa equipe se encontrava outra conformada apenas pelos agentes comunitários. Era nessa equipe não hierárquica e igualitária que se tornavam mais necessários os investimentos pessoais e institucionais para trabalharem o relacionamento interpessoal, pois era nela que o conflito e a competitividade emergiam de forma mais acirrada e por onde transitavam mais intensamente fofocas, inveja e jogos de interesse. Nesses deslocamentos, os profissionais iam estruturando o próprio sistema, o que, frequentemente, não coincidia com a estrutura que os gestores pensaram para ele.

Dado o fluxo incessante de profissionais, esse sistema de saúde era altamente rotativo. Contudo, a partir desse fluxo foi possível perceber um movimento de contrafluxo que se refletia, diretamente, na “Casinha dos Agentes”. Ou seja, quando a equipe apresentava uma conformação mais hierárquica, com papéis bem-definidos, a “Casinha dos Agentes” perdia a sua importância enquanto sede de apoio e negociações e era, praticamente, abandonada, uma vez que as decisões estavam centralizadas na sala de reuniões. Por outro lado, quando a equipe estava perdida e indecisa quanto aos papéis e aos poderes, estes eram atribuídos aleatoriamente em um processo confuso, competitivo e nada consensual, no qual o conflito era a tônica. A “Casinha dos Agentes” passava, então, a ser o local e o objeto de disputa pelo poder entre os agentes comunitários.

O modelo lógico da relação hierárquica tal como proposto por Dumont (1992, 1993) lança luz para a compreensão desse modo de agenciamento da equipe multiprofissional de saúde da família. Desse modo, como se pode ver, a equipe multiprofissional era, ao mesmo tempo, o todo, ou seja, o protótipo da equipe preconizada – da qual fazem parte tanto os profissionais de saúde legitimados quanto os agentes comunitários –, e a parte, ou seja, a metade hierárquica dessa equipe, a qual englobava a metade igualitária conformada apenas pelos agentes comunitários.

Mol (2005) contrasta duas maneiras de lidar com a doença: a lógica do cuidado e da escolha, a qual, por sua vez, comporta duas modalidades – a vertente do mercado, na qual pacientes são situados como clientes, e a vertente da cidadania, na qual os pacientes são considerados cidadãos portadores de direitos. Na lógica da escolha, a função dos profissionais

da saúde é fornecer informação e/ou um curso de ação unidirecional para o tratamento dos usuários, em que apenas os seus valores importam. Já na lógica do cuidado, a tomada de decisão leva em conta os fatos e os valores tanto dos profissionais quanto dos usuários, os quais são tratados conjuntamente. Ao considerarmos a prática em saúde como uma rede heterogênea de atores, verificamos ainda que, para além dos papéis e das posições que os profissionais ocupam nas equipes, essas distintas lógicas trabalhadas por Mol são acionadas em diferentes momentos, de modo a situar profissionais e usuários ora como pacientes, ora como cidadãos, ora como consumidores, ora como produtores de serviços. Todavia, creio que essa percepção só foi possível por uma opção teórico-metodológica mais fluida, que me permitiu ver as equipes multiprofissionais de forma mais matizada. Além disso, por mais que sejam opções teóricas díspares, a utilização da teoria ator-rede como recurso para melhor etnografar os fluxos e percursos de um campo em movimento não me impediu de apreender certa lógica interna do PSF, a partir da qual papéis, poderes, saberes e práticas seriam performados.

Conclusão

O objetivo deste texto foi trazer ao leitor trechos que revelam a forma como se deu, em minha pesquisa, o processo de construção do conhecimento antropológico, com importância acentuada para a etnografia – instrumento metodológico central, o qual propicia à antropologia a perspectiva intersticial, isto é, o olhar de perto e de dentro (Magnani 2002). Foi ressaltado também que o trabalho de campo deve incluir a experiência pessoal do antropólogo – elemento-chave do método –, pois a construção do conhecimento é relacional e depende do olhar com que se vê e se interage com o objeto de pesquisa. Em tal sentido, a subjetividade do antropólogo torna-se parte integrante de sua relação com o outro. Destacaram-se ainda as vantagens e dificuldades encontradas não apenas pelas interfaces entre as próprias ciências sociais, mas entre estas e as ciências da saúde, especialmente, a saúde coletiva.

Além disso, é preciso salientar que o tempo foi uma variável importante para essa passagem da espera à efervescência, pois foi com ele que pude ser “afetada” pelas complexas situações com que me deparei e que envolveu também minha própria percepção desses afetos e desse processo de ser afetado: seja por aqueles com quem me relacionei, pelos variados discursos e modelos explicativos, pelas práticas incongruentes, ou mesmo por uma espécie de imbricamento entre epistemes, resultante da transversalidade do objeto de pesquisa.

Segundo Bergson (1999: 54), “não há percepção que não possa, por um crescimento da ação de seu objeto sobre nosso corpo, tornar-se afecção e, mais particularmente, dor”. Todavia, era preciso usar essa afecção como um instrumento metodológico para auferir um saber antropológico (Favret-Saada 2005). Desse modo, após lidar com as dificuldades e as idiosincrasias do campo, obtive os elementos necessários para construir essa versão do objeto no qual me propus mergulhar.

A percepção de que a opção teórica poderia estar engessando a compreensão do campo foi fundamental para reconfigurar a forma de fazer a etnografia. Ao seguir os atores sem um *script a priori*, o campo se revelou muito mais profícuo e, por mais contraditório que

pareça, forneceu os elementos para que se pudesse inferir acerca de uma lógica subjacente às equipes multiprofissionais, mas que só poderá ser confirmada por outros pesquisadores e por meio de outros estudos semelhantes.

Com essa trajetória, pôde-se problematizar ainda a noção de cuidado em uma perspectiva relacional, pautada nas diversas versões da realidade que são ativadas pelos diferentes atores e suas práticas. A forma de organização da assistência seria produto das relações e negociações entre esses atores, mesmo que isso ocorra sob tensão. Viu-se que suas relações estão inseridas em uma rede complexa de materialidades e socialidades, que envolvem uma série de outras pessoas e artefatos: são vozes de antigos professores, vizinhos, amigos, chefes; são os livros lidos, os artigos escritos, os sites de internet; é o estetoscópio e o dextro; são os exames laboratoriais; são a formação e a experiência passada; são os regulamentos, as normas e os protocolos; é a dor, a carência e a fome; entre muitos outros.

O texto revela um processo de construção do conhecimento antropológico que oscilou entre tentativas de manter uma afiliação teórica independente do campo, momentos de pura experimentação e momentos em que o diálogo entre a teoria e a prática estava mais amarrado, o que revela uma antropóloga e etnógrafa neófita em busca de teorias e práticas antropológicas que melhor se adequassem ao campo, a sua subjetividade, a sua formação, às exigências institucionais, entre outros. Por se tratar de um processo no qual a subjetividade era constitutiva, optou-se pela escritura na primeira pessoa, o que não significa uma defesa por opções teóricas cuja subjetividade é a tônica e que podem pecar pelo excesso de subjetivismo. Desse modo, o estilo do texto se define em função do objeto e do tipo de análise que se pretendeu. Trata-se, portanto, de uma escolha contingencial que pareceu ser mais adequada para revelar os movimentos da pesquisadora e do campo da espera à efervescência.

Referências

- BERGSON, Henri. 1999. *Matéria e Memória*. São Paulo: Martins Fontes.
- CALLON, Michel. 1994. "Is science a public good?". *Science, Technology and Human Values*, 19(4):395-424.
- _____. 2002. "Technology, politics and the market: an interview with Michel Callon – Interview conducted by Andrew Barry and Don Slater". *Economy and Society*, 31(2):285-306.
- CLIFFORD, James. 1998. *A Experiência Etnográfica: antropologia e literatura no Século XX*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ.
- COELHO, Juliana A. G. 2011. *Saberes e práticas de saúde em campo: um olhar antropológico sobre a Estratégia de Saúde da Família na Praia Azul / SP*. Dissertação de Mestrado. PP-GAS. Universidade Federal de São Carlos.
- CRAPANZANO, Vincent. 1985. *Waiting: the whites of South Africa*. New York: Random House.
- DUMONT, Louis. 1992. *Homo Hierarchicus: o sistema das castas e suas implicações*. São Paulo: Edusp.

- _____. 1993. *O individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. Rio de Janeiro: Rocco.
- FAVRET-SAADA, Jeanne. 2005. "Ser afetado". *Cadernos de Campo*, 13:155-161.
- GEERTZ, Clifford. 1988. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Zahar.
- _____. 2003. *Obras e vidas: o antropólogo como autor*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ.
- JASANOFF, Sheila. 1999. "STS and public policy: Getting beyond deconstruction". *Science Technology & Society*, 4(1):59-72.
- _____. 2004. "The idiom of co-production". In: _____, *States of Knowledge: the co-production of science and social order*. New York: Routledge. pp. 1-12.
- JULLIEN, François. 2000. *Um Sábio Não Tem Idéia*. São Paulo: Martins Fontes.
- KNORR-CETINA, Karin D. 1996. "¿Comunidades científicas o arenas transepistémicas de investigación? Una crítica de los modelos cuasi-económicos de la ciencia". *Redes*, 3(7):129-160.
- LATOURET, Bruno. 1994. *Jamais fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica*. Rio de Janeiro: Editora 34. 152 p. Coleção TRANS.
- _____. 2011. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: Ed. Unesp. 2. ed. 460 p.
- LAW, John; CALLON, Michel. 1988. "Engineering and sociology in a military aircraft project: a network analysis of technological change", *Social Problems*, 35(3):284-297.
- MAGNANI, José G. C. 2002. "De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana". *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 17(49):11-29.
- MOL, Annemarie. 2005. *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham and London: Duke University Press.
- PEIRANO, Mariza. 1995. *A favor da etnografia*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- STRATHERN, Marilyn. 2000. "The Tyranny of Transparency". *British Educational Research Journal*, 26(3):309-332.

Recebido em 28 out. 2015.

Aceito em 05 out. 2016.