

Reflexividade na pesquisa antropológica em saúde

Desafios e contribuições
para a formação
de novos pesquisadores

Jaqueline Ferreira
Elaine Reis Brandão
(organizadoras)

EDITORA



UnB



Pesquisa,
Inovação
& Ousadia



Universidade de Brasília

Reitora : Márcia Abrahão Moura
Vice-Reitor : Enrique Huelva

EDITORA



UnB

Diretora : Germana Henriques Pereira

Conselho editorial : Germana Henriques Pereira (Presidente)
: Fernando César Lima Leite
: Beatriz Vargas Ramos Gonçalves de Rezende
: Carlos José Souza de Alvarenga
: Estevão Chaves de Rezende Martins
: Flávia Millena Biroli Tokarski
: Jorge Madeira Nogueira
: Maria Lidia Bueno Fernandes
: Rafael Sanzio Araújo dos Anjos
: Sely Maria de Souza Costa
: Verônica Moreira Amado

EDITORA



UnB

Reflexividade na pesquisa antropológica em saúde

Desafios e contribuições
para a formação de novos
pesquisadores

Jaqueline Ferreira
Elaine Reis Brandão
(organizadoras)



Pesquisa,
Inovação
& Ousadia

Equipe editorial

Coordenação de produção editorial : Luciana Lins Camello Galvão
Preparação e revisão : Denise Silva Macedo
Projeto gráfico : Wladimir de Andrade Oliveira
Diagramação : Haroldo Brito

© 2020 Editora Universidade de Brasília

Direitos exclusivos para esta edição:
Editora Universidade de Brasília

SCS, quadra 2, bloco C, nº 78, edifício OK,
2º andar, CEP 70302-907, Brasília, DF
Telefone: (61) 3035-4200
Site: www.editora.unb.br
E-mail: contatoeditora@unb.br

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte
desta publicação poderá ser armazenada ou
reproduzida por qualquer meio sem a autorização
por escrito da Editora.

Esta obra foi publicada com recursos provenientes do
Edital DPI/DPG nº 3/2019.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de Brasília

R332 Reflexividade na pesquisa antropológica em saúde : desafios e
 contribuições para a formação de novos pesquisadores /
 Jaqueline Ferreira, Elaine Reis Brandão (organizadoras). -
 Brasília : Editora Universidade de Brasília, 2021.
 288 p. ; 23 cm. – (Pesquisa, inovação & ousadia).

Inclui bibliografia.
ISBN 978-65-5846-007-7

1. Etnografia. 2. Antropologia da saúde. 3. Saúde coletiva. I.
Ferreira, Jaqueline (org.). II. Brandão, Elaine Reis (org.). III.
Série.

CDU 39:61

Sumário

Prefácio 9

Claudia Fonseca

Referências **14**

Apresentação

Tradição e perspectivas sobre a reflexividade em pesquisas etnográficas em saúde 15

Elaine Reis Brandão e Jaqueline Ferreira

1. Inquietações no ensinar e no fazer etnografias em saúde **15**
 2. Sobre os percursos da etnografia no campo da saúde **19**
 3. Situando a reflexividade na pesquisa etnográfica **24**
 4. Os discursos sobre a alteridade na antropologia **26**
 5. A escrita etnográfica **30**
 6. Experiências reflexivas: temas e questões bons para pensar **33**
- Agradecimentos **39**
- Referências **40**

Parte I

Revisitando trajetórias reflexivas de pesquisa no campo da antropologia da saúde

Capítulo 1

Antropologia, dissonância ética e a construção do objeto 49

Sylvie Fainzang

1. Uma etnografia da mentira: entre a ética e a epistemologia **51**
 2. Etnografia da poligamia: um assunto ético? **59**
 3. Discussão **63**
- Conclusão **67**
- Referências **68**

Capítulo 2

Por uma antropologia do cuidado: reflexões em torno de um percurso de pesquisa **73**

Francine Saillant

1. Reflexividade, teoria, ciência, política **76**
 2. O percurso em direção a uma antropologia do cuidado **83**
 3. A alteridade no cuidado **88**
- Conclusão **92**
Referências **93**

Parte II

Percursos para uma etnografia reflexiva: experiências subjetivas no trabalho de campo de jovens pesquisadoras na saúde coletiva

Capítulo 3

Emoções na pesquisa etnográfica: dilemas e desafios de pesquisadoras em campo **99**

Renata de Moraes Machado, Nathalia Ramos da Silva e Rachel Aisengart Menezes

1. Introdução **99**
 2. Dupla identidade do pesquisador e emoções no campo **103**
 3. Emoções e ética **110**
- Considerações finais **116**
Referências **118**

Capítulo 4

Entre vergonhas, surpresas e perturbações: a carreira de pesquisa em uma instituição de tratamento para o alcoolismo **123**

Fernanda Vecchi Alzuguir

1. Introdução **123**
 2. A carreira moral e a pesquisa etnográfica na Unidade de Alcoolismo: definindo o objeto e o referencial de análise **126**
 3. Definindo um lugar, me definindo **131**
 4. A vergonha na cena do tratamento **137**
- Considerações finais **145**
Referências **146**

Capítulo 5

Quando a antropologia entra na escola procurando pela saúde: o fenômeno vacinal do HPV à luz da reflexividade em pesquisa **149**

Natália Almeida Bezerra e Soraya Fleischer

1. Encontrando um tema de pesquisa sobre saúde **149**
 2. Definindo um campo de pesquisa sobre saúde **153**
 3. Construindo relações de pesquisa com adolescentes em uma escola **157**
 4. Lidando com os papéis recebidos na pesquisa: fotógrafa, nova professora, estagiária, filha da professora **162**
 5. Lidando com os papéis propostos à pesquisa: a antropóloga visual **167**
 6. Ponderando sobre questões ético-metodológicas **172**
- Sinalizando comentários finais **176**
- Referências **178**

Capítulo 6

Uma etnografia encarnada: imagens e identidades corporais de um pesquisador em uma academia de ginástica **183**

Alan Camargo Silva

1. Considerações iniciais **183**
 2. Etnografia encarnada: percurso reflexivo **185**
 3. Corpo e identidades: notas sobre a experiência etnográfica **188**
 4. Juventudes, masculinidades e heteronormatividade em xequê **190**
 5. Classes sociais, escolaridade, ocupação profissional: marcadores distintivos **194**
 6. Corpos brancos e negros e suas distinções **200**
 7. À guisa de conclusão: o etnógrafo em campo e corpo como dado inerente à pesquisa na contemporaneidade **202**
- Referências **203**

Capítulo 7

“Ah! Você entende, né?!” Proximidades e distanciamentos na pesquisa com adolescentes em tratamento para anorexia nervosa 209

Priscila da Silva Castro

1. Introdução **209**
 2. Fazer antropologia em serviço público de saúde **211**
 3. Sobre não ser uma nutricionista em campo **212**
 4. Adolescentes: indivíduos ou grupos vulneráveis? **214**
 5. A pesquisadora: uma estranha na equipe de saúde? **215**
 6. O delicado/difícil lugar da família **220**
 7. Aproximação ao sofrimento das adolescentes **223**
- Considerações finais **227**
- Referências **229**

Capítulo 8

Das políticas públicas às práticas de atenção à saúde das pessoas com hanseníase: experiências e reflexões em torno da negligência 233

Lidiane Mara de Ávila e Silva

1. A hanseníase em Mato Grosso: negligência como problema de saúde pública **236**
 2. A construção do campo em uma etnografia multissituada **238**
 3. Lugares e olhares na pesquisa etnográfica: a circulação entre a desconfiança e a benevolência **247**
- À guisa de conclusão **254**
- Referências **256**

Capítulo 9

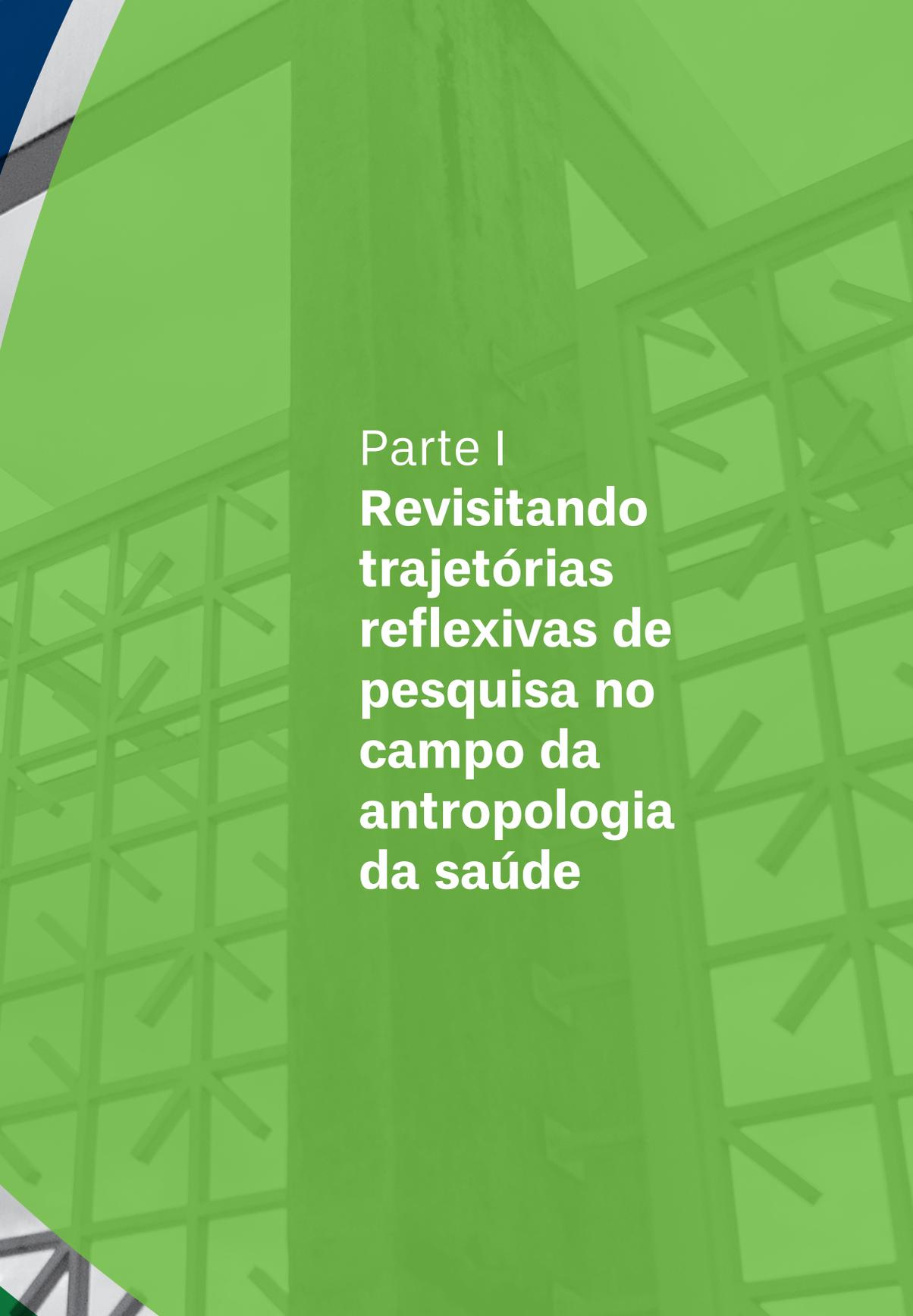
Inserções em campo e voluntariado no estudo de comunidades terapêuticas no sul do Brasil 259

Priscila Farfan Barroso e Daniela Riva Knauth

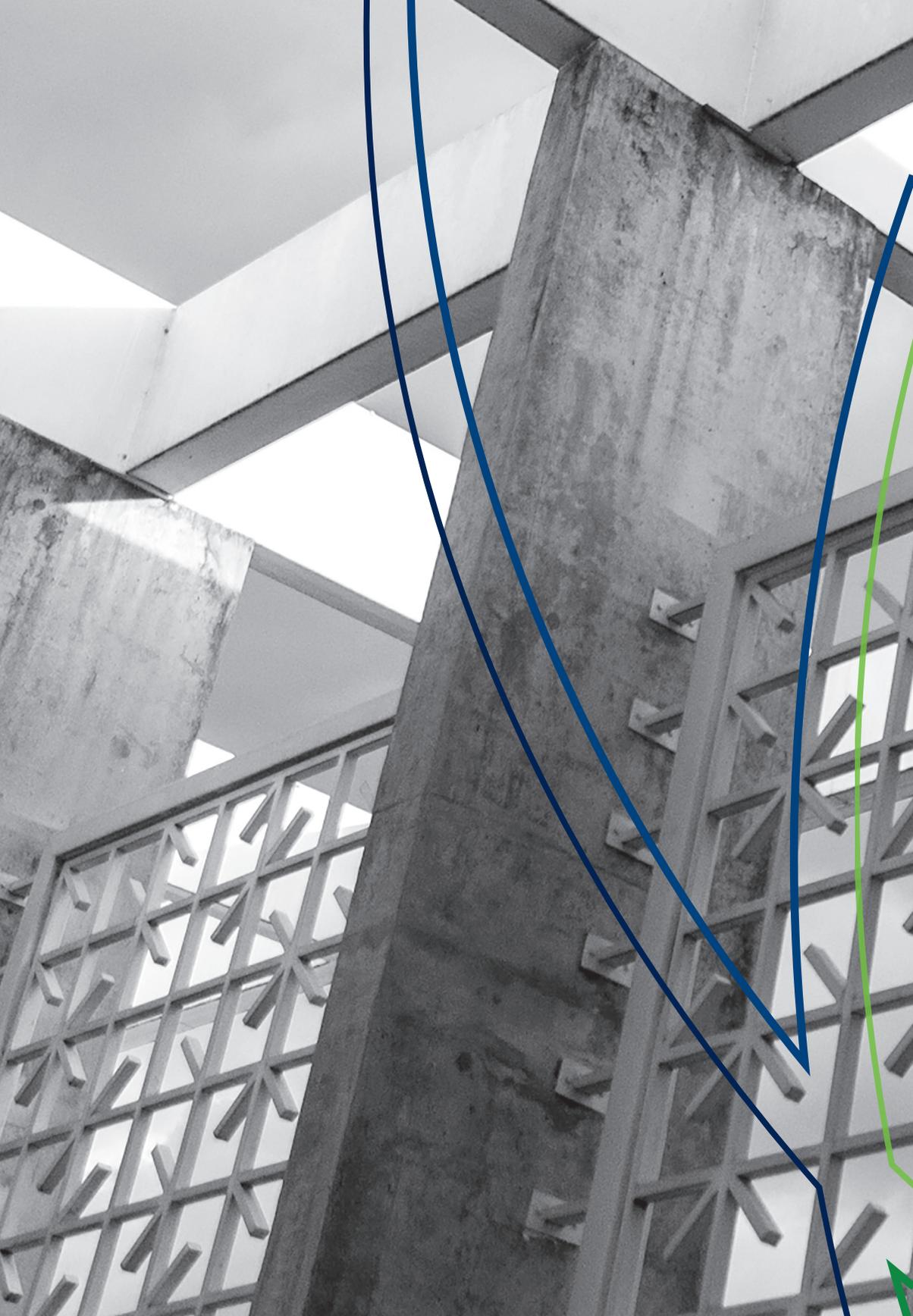
1. Introdução **259**
 2. Entrando em um labirinto **263**
 3. Voluntariado e pesquisa de campo **273**
- Referências **278**

Sobre as autoras e o autor 283





Parte I
**Revisitando
trajetórias
reflexivas de
pesquisa no
campo da
antropologia
da saúde**





Capítulo 1

Antropologia, dissonância ética e a construção do objeto¹

Sylvie Fainzang

A importância das considerações éticas em pesquisa faz parte do panorama antropológico contemporâneo (CAPLAN, 2003; FAUBION, 2011; FLUEHR-LOBBAN, 2013; LAMBEK, 2010), particularmente, na antropologia médica (ANTHROPOLOGIES ET SOCIÉTÉS, 2000; SCHEPER-HUGHES, 1995; SINGER; BAER, 2007), que enfatizou a

¹ Nota das organizadoras: artigo publicado pela autora em 2015, a qual, gentilmente, autorizou sua tradução para esta obra, realizada por Ananyr Porto Fajardo, com revisão técnica de Jaqueline Ferreira. *Anthropology, ethical dissonance, and the construction of the object, medical anthropology: cross-cultural studies in health and illness*, v. 34, n. 1, p. 11-23, DOI: 10.1080/01459740.2014.945080. Acreditamos que a discussão realizada pela autora enriquece esta coletânea e é de fundamental importância ser compartilhada com o público brasileiro.

necessidade de engajamento político por parte dos pesquisadores. Por exemplo, um número especial de *American ethnologist* (2006) foi dedicado às dificuldades enfrentadas por pesquisadores devido a regulações éticas burocráticas controladas por comitês de ética institucionais (FASSIN, 2006; KATZ, 2006; LEDERMAN, 2006; SHWEDER, 2006). O lugar da ética na pesquisa etnográfica, os princípios epistemológicos e as preocupações éticas nela envolvidos foram examinados na antropologia médica em um número especial de *Ethnographiques.org* (DESCLAUX; SARRADON-ECK, 2008). Os autores enfocaram os problemas enfrentados ao aplicar os princípios éticos da pesquisa médica à prática da etnografia em relação a questões, como consentimento informado e confidencialidade, além de terem examinado os dilemas que os pesquisadores precisam enfrentar no campo (BEAUDEVIN, 2008; DESCLAUX, 2008; MUSSO, 2008; SARRADON-ECK, 2008; SAKOYAN, 2008).

Para explorar mais o lugar da ética na pesquisa etnográfica sobre saúde e sofrimento, enfoco, neste artigo, as dificuldades mencionadas ao estudar uma questão que envolve dois grupos distintos, embora inter-relacionados, seja de forma antagonista, seja de forma inclusiva. Para discuti-las, utilizo dois exemplos de meu trabalho de campo. O primeiro se refere à minha pesquisa sobre a relação médico-paciente em hospitais urbanos da França (FAINZANG, 2010), o que me levou a examinar a prática da mentira. Explico a seguir minha decisão de não abordar o tema em uma perspectiva ética. Mostro que, para os antropólogos, a postura ética consiste em analisar a mentira como qualquer outra prática social, sem fazer um julgamento moral da prática *a priori*.

No segundo exemplo, refiro-me à dificuldade que encontrei durante um estudo sobre a reprodução em famílias africanas imigrantes do Mali e do Senegal (FAINZANG; JOURNET, 1989). Nessas famílias poligâmicas, na França, a dominação masculina é particularmente pronunciada, e as mulheres são levadas a se comportar de maneira submissa ou rebelde. Examino a difícil situação em que a defesa de determinados valores em benefício de um grupo pode, ao mesmo tempo, ser encarada como prejudicial à população à qual ele pertence. Nessas circunstâncias, os/as antropólogos/as precisam fazer escolhas (APPELL,

1978; CASSELL; WAX, 1980) que dependem da sensibilidade de cada antropólogo/a e de suas opiniões ideológicas, filosóficas ou políticas. Descrevo essa situação como *dissonância ética*, em referência à noção cunhada por mim referente às dificuldades enfrentadas pelos médicos ao se confrontarem com valores diferentes ou até opostos, entre os quais devem navegar (FAINZANG, 2006).

Nesta discussão, refiro o princípio primordial especificado na *Declaração de ética* da American Anthropological Association (AAA, 2012), de que não se deve causar nenhum dano.² O fator em comum entre essas duas situações é o foco em dois grupos de pessoas ligados por uma relação de poder: uma é a relação médico-paciente, a outra é a relação entre os sexos. Explico, em cada uma delas, a natureza do problema ético e o modo como é administrado, pois, conforme Fassin (2008) ressaltou, a ética deve ser concebida como um processo de construção durante o qual os pesquisadores explicitam os problemas que encontram, exploram as opções envolvidas e negociam as possíveis respostas. Nos dois casos, a questão que eu precisava responder era referente à construção do objeto de pesquisa, em conexão com as reações que esses tipos de pesquisa provocavam no ambiente médico, frente ao primeiro caso, e no mundo acadêmico, em relação ao segundo. Exploro as dimensões metodológicas e etnográficas desses estudos com a finalidade de permitir que o leitor capte melhor as questões discutidas aqui.

1. Uma etnografia da mentira: entre a ética e a epistemologia

O primeiro caso que examino é um estudo sobre o fornecimento de informações e a mentira entre médicos e pacientes na França. O estudo foi conduzido principalmente em dois departamentos (oncologia e medicina interna) de dois hospitais urbanos diferentes objetivando revelar

² Estes três princípios (respeito, beneficência e justiça) são divididos de maneira diferente na ética biomédica, na qual existem quatro princípios, pois o princípio da não maleficência é acrescentado ao princípio da beneficência (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1989).

a lógica e os mecanismos inerentes à troca de informações entre médicos e pacientes. Apesar da variabilidade entre os departamentos e suas diferentes especialidades, a semelhança de comportamento em termos de informações aos pacientes pode ser observada nos serviços estudados. Conforme Van der Geest e Finkler (2004, p. 1995) discutiram, “Os hospitais refletem e reforçam os processos sociais e culturais dominantes de suas sociedades”. O estudo incluiu 80 pacientes, dos quais, 60 com câncer e 20 com doenças inflamatórias crônicas ou autoimunes. Reuni-me com os pacientes em estágios diferentes de adoecimento, alguns considerados virtualmente curados e apenas vindo ao hospital para *check-ups*, outros ainda submetidos a tratamento (quimioterapia, radioterapia ou cirurgia) ou a cuidados paliativos. Tinham diferentes idades (entre 30 e 80 anos, sendo a maioria entre 55 e 70 anos), eram de ambos os sexos e tinham origens socioprofissionais distintas.

A investigação consistiu em observar consultas médicas e, depois, reunir-me com médicos e com pacientes, separadamente, para saber como a troca verbal era construída e para decodificar os motivos e os mecanismos de suas ações e palavras. Utilizei entrevistas abertas com os pacientes, prestando atenção às perguntas que eles faziam, às perguntas que faziam à equipe médica, às respostas que recebiam, às informações que lhes eram prestadas e às suas reações. Também conduzi entrevistas não diretivas com 12 médicos, para conhecer como compreendiam a questão da informação e como percebiam as expectativas dos pacientes. Não foi necessário obter nenhuma licença ética formal para conduzir este trabalho, mas, além de obter o consentimento de médicos e de pacientes, precisei solicitar autorização à chefia dos departamentos médicos.³

O objetivo deste estudo foi não apenas coletar dados sobre como os médicos fornecem informações aos pacientes, mas também sobre como os pacientes repassam informações aos médicos e as mentiras que às vezes contam uns aos outros. Assim, a pesquisa foi embasada em duas ordens distintas de pensamento potencialmente antagonistas,

³ Nota das organizadoras: na época, a submissão da pesquisa a comitês de ética não era obrigatória na França.

respectivamente produzidas por pacientes e por médicos. Para alcançar este objetivo, foi importante não favorecer um ponto de vista em relação ao outro e não tomar partido, mas possuir o que descrevi, em outra publicação, como *empatia dupla* (FAINZANG, 2010, p. 102), isto é, empatia por ambos os lados. Essa empatia dupla permitiu que eu ressaltasse os aspectos sociais em jogo. De fato, não apenas ao buscar conhecimento,⁴ os/as antropólogos/as devem se esforçar para desenvolver empatia com o Outro, mas também ao estudar as relações sociais com o Outro do Outro (médicos *versus* pacientes, forte *versus* fraco), mesmo que sintam mais capacidade de identificação com alguns grupos do que com outros. Assim, é apropriado distinguir entre o que chamo de *empatia moral* e *empatia metodológica*, isto é, entre a predisposição de se colocar no lugar do grupo estudado e a necessidade de, deliberadamente, tentar fazê-lo. Para Engelen e Röttger-Rössler (2012), a empatia combina aspectos do pensamento e do sentimento. Ao distinguir entre compreender o outro cognitivamente e emocionalmente, referem-se às dimensões cognitivas e afetivas em vigor na empatia (podendo estas estar separadas ou não). Nesta linha, minha definição de *empatia moral* e de *empatia metodológica* objetiva, por um lado, indicar as posturas que permitem que se chegue a essas duas formas de compreensão e, por outro lado, ressaltar o que as distingue: a *empatia moral* se refere à tendência do/a antropólogo/a de se colocar no lugar daqueles que, inicialmente, tem maior capacidade de compreender emocionalmente, enquanto a *empatia metodológica* se refere à vontade ou à tentativa de compreender, pelo menos cognitivamente, os motivos para as ações das pessoas sendo estudadas, sem, necessariamente, concordar com elas. Compreender o estado emocional de outra pessoa não implica necessariamente compartilhá-lo.

A maior parte dos trabalhos realizados sobre a questão da verdade na medicina, principalmente, em trabalhos médicos, filosóficos ou

⁴ Sobre a introdução da empatia inerente à prática etnográfica e sobre o caráter distintivo da empatia antropológica comparada com a empatia médica em relação ao conhecimento, ver Fainzang (2007).

sociológicos (ABIVEN, 1996; BARNES, 1994; BOK, 1979; CONSTANT, 2003; DELAPORTE, 2001; FLETCHER, 1979; GEETS, 1993; HOERNI, 1985; KURAN, 1995; SHIBLES, 1985), ou assumem a forma de justificativa daquilo que é referido como *privilégio terapêutico*, ou defendem a participação do paciente. Como, muitas vezes, a questão da verdade e da mentira é enfocada em termos éticos, muitos autores a escolhem como seu tema para defender determinada posição, embora ressaltando o dilema ético de dizer a verdade ou de contar uma mentira. Alguns seguem o juramento hipocrático, o qual afirma que não se deve causar nenhum dano aos pacientes, e interpretam isto como um motivo para revelar a eles sua verdadeira condição ou prognóstico; outros tomam isto como um motivo para proteger os pacientes desta informação que concerne a eles. Conforme podemos ver, não causar nenhum dano é, em si mesmo, um julgamento muito subjetivo. Quando o debate é estruturado em termos éticos, partidários e adversários da verdade constroem seus pontos de vista e elaboram suas justificativas sobre as mesmas bases: os mesmos argumentos (“para o bem do paciente” ou “não causar nenhum dano”) são usados para sustentar posições radicalmente opostas. Além disso, aqueles que defendem a informação ao paciente também estão divididos entre os que apoiam a informação em si (o direito do paciente de saber) e os que apoiam a informação para determinada finalidade, como um meio de convencer os pacientes da necessidade de seguir um tratamento específico.

No primeiro caso, é uma questão de informar o paciente, como uma pessoa com direito a essa informação referente à sua saúde; no segundo, trata-se de fornecer informação com o objetivo de obter melhor adesão ao tratamento. A primeira perspectiva sustenta um posicionamento moral, um princípio, enquanto a segunda assume uma posição utilitarista, equivalente a uma estratégia terapêutica. As perspectivas que os atores adotam combinam opções éticas e terapêuticas com a finalidade de justificar a informação a um paciente, ou não (ou até mesmo mentir para ele), mas, muitas vezes, isto é relativamente arbitrário. A natureza arbitrária dessas posições é reforçada pelo fato de que, muitas vezes, os próprios médicos se encontram presos entre opções opostas. Qualifico

esta situação como *dissonância ética*, para abranger os princípios contraditórios e os valores opostos através dos quais os médicos devem navegar, além de ressaltar a desarmonia entre os diferentes princípios éticos aos quais devem se referir. Por um lado, devem tranquilizar os pacientes (um papel que alguns atribuem ao modelo paternalista da relação médico-paciente) e, por outro lado, empoderá-los, permitindo que tenham liberdade para controlar sua própria vida e seu corpo (um papel que se encaixa em uma relação mais igualitária). Tomar partido nesse debate teria significado optar por um princípio e não por outro e traria o risco de obscurecer as verdadeiras opções envolvidas nos mecanismos inerentes às práticas dos atores. Porém, embora seja relevante estudar as condições e os significados de práticas sociais desenvolvidas em relação a princípios éticos, meu objetivo não foi assumir uma perspectiva nesse debate.

Portanto, foi necessário enfrentar as questões de maneira diferente do modo como são abordadas em geral. Precisei examinar o assunto em uma perspectiva antropológica e analisar a situação sem inferir nenhuma posição normativa. Esse enfoque necessitou determinado número de condições epistemológicas. Primeiro, exigiu que, do ponto de vistaêmico, eu comesse não com a *minha* concepção do que é uma mentira, mas com o que o ator acredita ser verdade ou não. Isto envolveu aceitar a natureza propositalmente iconoclasta do termo *mentira* quando aplicado à profissão médica, sem qualquer julgamento sobre a prática de mentir desde o começo. Embora alguns médicos prefiram usar os termos *esconder a informação* ou até *mentir por omissão*, outros defendem o uso do termo *mentira*, seja na literatura médica sobre o assunto (ABIVEN, 1996; HOERNI, 2005), seja no campo. Assim, por exemplo, um médico disse ao seu paciente que, recentemente, havia se submetido a uma cirurgia retal, que ele tinha um pólipo, e não câncer. O paciente disse: “Devo dizer que o senhor me encaminhou para uma cirurgia grande apenas por um pólipo!” O médico respondeu: “Bem, para ser honesto, não era um pólipo.” O paciente disse: “O senhor quer dizer que era câncer?” O médico (constrangido) replicou: “Era uma lesão pré-cancerosa que se transformaria em câncer em algumas semanas.” Mais tarde, ele me disse: “Na verdade, era uma mentira também, pois

o ‘pré’ em pré-canceroso era falso. Ele realmente tinha câncer.” Isto reitera as palavras do Dr. Merran citadas por Favereau (1994, p. 24): “Honestamente, muitas vezes terminamos contando mentiras deslavadas para os pacientes”.

A conotação negativa do termo *mentira* para descrever uma prática realizada por médicos muitas vezes é reduzida pelo fato de que a assim chamada *mentira médica* é justificada por um discurso que a racionaliza e que oferece a ela legitimidade, até mesmo, moralidade. Platão escreveu, em *A república* (1966), que apenas os médicos e os chefes das cidades têm o direito de mentir; estes, no interesse da cidade; aqueles, no interesse de seus pacientes. A mentira contada por um médico é assim racionalizada, legitimada e até eticamente justificada. A respeito deste assunto, Barnes (1994) ressalta a existência de mentiras permissíveis e mostra que, muitas vezes, os manuais de ética médica incluem uma seção sobre mentiras que podem ser contadas aos pacientes se estiverem morrendo, recebendo placebo ou participando de ensaios clínicos. Entretanto, usar a expressão *mentira dos médicos* durante as entrevistas desagradou a alguns deles, até mesmo àqueles que admitiram mentir. Consideraram que a palavra prejudicava sua imagem⁵ e solapava sua posição de poder sobre os pacientes (seu privilégio terapêutico). É como se, dada a carga moral negativa da palavra, apenas os médicos tivessem o direito de se referir à sua prática como mentira e como se sua percepção acerca da legitimidade ética de fazê-lo impedisse os não médicos de qualificar a prática nesses termos.

Ademais, examinar a mentira como uma prática bilateral possibilitou mudar o foco e examinar a relação terapêutica como uma relação social. Então, precisei tentar compreender as motivações dos médicos e dos pacientes (para fornecer informação ou não, para mentir ou não), os mecanismos dessa informação e a evolução dos papéis sociais de médicos e de pacientes. Isto foi um pré-requisito para evitar o risco de me tornar uma mera porta-voz para os pacientes (o que não é papel

⁵ Referente à maneira a como a profissão médica é representada e ao dano de que as ciências sociais são acusadas de causar à sua imagem, ver Sarradon-Eck (2008).

do/a pesquisador/a) ou de sujeitar o estudo a uma problemática biomédica ao reduzir o debate a um dos problemas éticos dos profissionais de atenção à saúde.

A pesquisa revelou que, enquanto os médicos pensam que, preferencialmente, fornecem informação àqueles que julgam ser psicologicamente capazes de lidar com elas, de fato, a informação é largamente fornecida a pessoas que parecem pertencer a origens sociais mais privilegiadas, isto é, às categorias sociais mais altas. Os médicos prejudicam a capacidade de seus pacientes de compreender as informações que recebem e sua capacidade de aceitá-las (em um amálgama entre estes dois tipos de capacidade) com base em sinais externos (linguagem, vestimentas, postura corporal), indícios aproximados de capital social ou cultural. Ao selecionar aqueles que recebem a informação, os médicos ajudam a reforçar as desigualdades sociais no acesso à informação.

Quando os/as antropólogos/as examinam uma questão social enraizada na arena pública, devem fazê-lo usando sua própria postura epistemológica. Consegui demonstrar as discriminações que caracterizam as modalidades de fornecimento de informações aos pacientes apenas porque meu objetivo não foi oferecer uma perspectiva moral ou ética da prática, mas me distanciar da postura usual (seja ela psicológica, seja ela terapêutica ou ética), para definir os mecanismos culturais e sociais envolvidos. Isto possibilitou que eu produzisse novos resultados com probabilidade de enriquecer a compreensão das questões sociais relacionadas à mentira, conectando postura ética e construção do objeto. Ética e epistemologia estão fortemente vinculadas. Para Lederman (2012), a ligação entre as duas pode ser observada no uso tático da mentira referente ao objetivo da pesquisa. Para mim, no entanto, tentar abordar o assunto com uma perspectiva que não estivesse focada na questão ética foi condição *sine qua non* para compreender o contexto dessas práticas e as questões sociais em jogo – apesar, é claro, de não ser possível haver um completo afastamento do compromisso ético, pois as posições emocionais do/a próprio/a antropólogo/a continuam sendo parte

da abordagem disciplinar, conforme Crapanzano (1994) e Luhrmann (2006) demonstraram.⁶

Meu argumento aqui é que é possível escolher não abordar uma questão na perspectiva ética por motivos éticos, metodológicos e epistemológicos. Isto envolve a não definição de uma pergunta de pesquisa *a priori* de acordo com os valores aos quais o/a antropólogo/a adere ou com os julgamentos que possa ser tentado/a a fazer. A postura ética para antropólogos/as consiste, então, em analisar a mentira como qualquer outra prática social, sem fazer nenhuma avaliação moral dela, independentemente de sua postura ou de suas opiniões pessoais, mesmo que, por exemplo, suas convicções os/as levem a deplorar o paternalismo médico e a inadequação da informação ao paciente. A mentira pode ser estudada como um aspecto da vida social, inclusive, se envolver a revelação do papel que desempenha ao exercer ou ao resistir ao poder. Da mesma maneira, podem-se estudar os motivos inerentes que os médicos escolhem para mentir a seus pacientes sem prejudicar, mesmo que se espere trabalhar para promover o fornecimento de melhores informações ao paciente. É claro que existem muitos tons de cinza entre verdade e mentira, como meia-verdade, dissimulação, mal-entendidos deliberados e assim por diante, conforme já analisei anteriormente (FAINZANG, 2006).

O caráter ético da pesquisa reside em abordar a questão com uma perspectiva que não seja ética tanto para decifrar a arbitrariedade de posições éticas sobre o assunto, como para compreender os motivos sociais e antropológicos para as práticas em exame. Aqui, ser epistemologicamente ético é abordar a construção do objeto de maneira marcadamente diferente de um eticista, isto é, por um lado, refrear o julgamento e, por outro lado, olhar além das explicações psicológicas usuais embaçadas em argumentos éticos, para tentar compreender os mecanismos sociais na raiz do fornecimento (ou não) de informações aos pacientes.

⁶ A este respeito, é difícil não reagir às palavras às vezes brutais de alguns médicos, que, sob o pretexto de serem obrigados por lei a fazê-lo, divulgam secamente aos pacientes seu diagnóstico ou abusam verbalmente deles. Nem todos os médicos poupam os sentimentos de seus pacientes, e, às vezes, a mensagem pode ser muito cruel.

2. Etnografia da poligamia: um assunto ético?

Meu segundo exemplo provém da pesquisa que realizei há cerca de 25 anos entre as famílias imigrantes do oeste da África (particularmente, os grupos étnicos Soninke e Toucouleur) que vivem em uniões poligâmicas na França. O objeto do estudo foi compreender como esse tipo de família é organizado; como as mulheres controlam seus corpos, sua sexualidade e sua saúde, particularmente, com relação à reprodução; e como as relações são constituídas na família, entre homens e mulheres. A pesquisa, permitida pelos maridos e muito bem-recebida pelas esposas, teve como objetivo observar as relações entre maridos e esposas, por um lado, e entre coesposas, por outro lado, além de estudar seu impacto sobre o modo como as famílias controlam a reprodução biológica. Embora os maridos, imediatamente, tivessem indicado para mim um lugar físico ao lado das mulheres, em conformidade com a divisão sexual do espaço doméstico, mesmo quando a família vivia em um único aposento, minhas investigações também incluíram homens e suas percepções acerca das relações sociais em suas famílias.

A instituição poligâmica representa uma modalidade específica de socialização da sexualidade feminina. Responde a imperativos e a escolhas políticas, econômicas e culturais (FAINZANG; JOURNET, 1989). A sexualidade conjugal das mulheres está sujeita a diversas limitações e proibições que não deixam dúvidas a respeito de sua vocação primeira: procriação. Entretanto, a procriação é fortemente codificada, e as relações sexuais em uma família poligâmica estão sujeitas a regras precisas.

Embora a poligamia seja autorizada e ratificada pelo islamismo com um limite de quatro esposas, sendo legitimada pelo Estado em alguns países onde é a religião dominante, a instituição da poligamia é pré-islâmica. A legitimidade dessa instituição caminha lado a lado com o estabelecimento de princípios estritos que ditam que o marido deve tratar cada coesposa de maneira igual. Esse princípio é bem expresso pela prática institucionalizada de turnos, que regula a obrigação doméstica e sexual – em geral, essas duas obrigações estão vinculadas. De fato, muitas vezes, as mulheres estão sujeitas a tratamento desigual e, com

frequência, existe uma forte rivalidade entre coesposas, particularmente, com relação à sexualidade e à reprodução. Tradicionalmente, assume a forma de competição pelo trabalho reprodutivo. Sendo um vetor de prestígio e de reconhecimento, a reprodução biológica é uma preocupação fundamental para as mulheres em sociedades poligâmicas, determinando seu *status* social e conjugal, pois, quanto mais filhos uma mulher tiver, mais prestígio terá como esposa aos olhos do marido e de toda a comunidade. A rivalidade entre as mulheres também resulta em acusações de *maraboutage*, práticas mágicas persecutórias destinadas a prejudicar a capacidade reprodutiva da outra, sendo comumente usadas para explicar a esterilidade e outros problemas de saúde sexual e reprodutiva.

Entretanto, com a imigração para uma sociedade na qual a poligamia não é a norma, as famílias poligâmicas podem enfrentar realidades econômicas e culturais que induzem algumas mulheres a querer interromper a reprodução e acessar a contracepção. Quando os maridos recusam, às vezes, essas mulheres ingerem, secretamente, pílulas anti-concepcionais ou adotam a estratégia de resistir aos serviços sexuais – à qual as mulheres se referem como *greve de sexo* –, correndo o risco de comprometer, pensam elas, o futuro de seus filhos devido à crença de que uma esposa desobediente coloca em perigo a saúde e a moralidade de sua prole. Esta arma pode ser de maior ou de menor eficácia, dependendo da posição da mulher na família, pois a possibilidade de resistência real é limitada às mulheres mais valorizadas sexualmente por seus maridos. As mulheres resistem ao desejo deles usando o sexo como arma. Ao fazê-lo, reproduzem o papel atribuído a elas e também a definição social segundo a qual são demarcadas como mulheres, pois essa arma as restringe a uma imagem e a uma definição de feminilidade que as tornam objetos sexuais e reprodutivos.

Alguns de meus colegas antropólogos homens criticaram minha escolha pelo tema de pesquisa porque acreditavam que poderia prejudicar a população africana na França. No seu modo de ver, estudar questões como a poligamia africana constituía um problema ético, pois ressaltar uma prática de discriminação ou de dominação contribuiria para

estigmatizar aqueles que a sancionam. Portanto, eu estaria contribuindo para a marginalização da comunidade com a qual eu desejava trabalhar.

Embora suas críticas não tenham me impedido de desenvolver o projeto, certamente, pesaram em minha consciência porque sugeriam que eu deveria ter considerado o assunto como tabu e, assim, não o ter contemplado. Contudo, a visão antropológica contemporânea é a de que a cultura não é um todo homogêneo e que as diferenças de poder entre os indivíduos dentro do grupo devem ser examinadas e expostas (GUPTA; FERGUSON, 1997; HORAS; SELIM, 2000; MASSÉ, 2000). Portanto, os/as antropólogos/as também têm uma obrigação ética de enfatizar as diferentes formas de poder existentes em um grupo social e de mostrar de que maneira aqueles que possuem um papel de dominância em um contexto podem ser dominados em outros. A poligamia é uma forma de dominação. Considerei que não escrever sobre ela a perpetuaria. Acreditei que fosse importante buscar compreender a lógica simbólica e as pressões sociais que governam as relações entre homens e mulheres no contexto da poligamia, especialmente, porque muitas mulheres imigrantes que eu havia encontrado tinham se queixado sobre suas vidas e me pedido que assumisse o interesse, como antropóloga, por seus destinos, para dar a conhecer sua situação.

Assim, escolhi realizar esta pesquisa inteiramente consciente de que esta escolha estava ligada a opções éticas e políticas. Ao mesmo tempo, em concordância com o princípio da empatia metodológica discutida anteriormente, também decidi considerar as pressões sociais a que os homens estavam sujeitos. Os homens sofriam considerável pressão para se tornarem poligâmicos e tinham grande dificuldade em evitá-lo, com os compatriotas repetidamente citando o provérbio Soninke: “Ter apenas uma esposa é como ter apenas uma camisa”. Conforme este caso indica, os/as antropólogos/as têm dificuldade em decidir entre as possíveis opções disponíveis quando o fato de trabalhar com determinada questão pode ser benéfico, mas, ao mesmo tempo, pode trazer o risco de causar dano. Isto não se refere ao relativismo cultural, o que possibilitou elaborar “uma crítica desafiante aos valores e crenças ocidentais” (LEDERMAN, 2012, p. 4) – embora, como reação a isto, a reflexão

ética na antropologia atual tenha, como referência crescente, os valores ocidentais. Em uma estrutura como esta, algumas das perguntas éticas poderiam ter sido: quanto silêncio devemos manter ao reconhecer situações que vão de encontro aos valores que sustentamos (CEFAI, 2010)? Quanto nossa prática etnográfica pode contribuir para endossar ou para mostrar indiferença a essas situações? Conforme Fluehr-Lobban (2013) e Lambek (2010) sugeriram, o debate ético deve se afastar do sobre-relativismo, de modo que a questão da ética não seja reduzida a debates sobre relativismo cultural *versus* relativismo ético. Muito além do debate sobre relativismo cultural, encontra-se a questão dos conflitos éticos que emergem do respeito às normas epistemológicas.

No caso aqui examinado, surgiu o conflito entre duas posturas de pesquisa possíveis quando confrontadas com o objeto em estudo. É difícil conciliar essas questões quando ocorre uma colisão ou uma contradição entre as diferentes implicações sociais e políticas do estudo, ou seja, quando trabalhar uma questão específica poderia ser considerado uma necessidade heurística, ou um meio de melhorar a situação geral das pessoas que estão sendo estudadas (a saber, as mulheres que estão sujeitas a casamentos poligâmicos), ou o risco de prejudicar a imagem do grupo mais amplo ao qual os sujeitos pertencem (famílias africanas). Aqui, o/a antropólogo/a também se encontra em situação de dissonância ética na medida em que, ao tentar respeitar um princípio ético (ajudar o fraco, fazer o bem), pode fracassar em respeitar o outro (não causar dano). Essa noção também me parece apropriada ao caracterizar as dificuldades que os/as antropólogos/as enfrentam quando concordam com dois registros de valores conflitantes. A dissonância ética força os/as antropólogos/as a fazerem escolhas que são necessariamente arbitrárias, pois dependem de suas próprias opções ideológicas, filosóficas ou políticas.

A noção de *dissonância ética* aqui abrange princípios éticos contraditórios aos quais o/a antropólogo/a adere e precisa arbitrar. Embora o que é descrito como *dilema ético* por Appell (1978) seja destinado a caracterizar os problemas encontrados por antropólogos/as na pesquisa intercultural, com ênfase no conflito mental entre imperativos éticos

conforme são vivenciados pelo/a antropólogo/a, o conceito de *dissonância ética* objetiva ressaltar a própria contradição entre os vários princípios aos quais adere.

3. Discussão

Não estou aqui tratando de um conflito entre dois sistemas culturais ou sistemas de valores heterogêneos, nem mesmo do problema colocado pelo fato de que a pesquisa pode ocorrer na interseção entre interesses divergentes, como foi discutido por Appell (1978). Esse autor ressaltou o caráter irreconciliável dos múltiplos papéis do/a antropólogo/a e das diversas expectativas morais implicadas. Por sua vez, Lederman (2012) discutiu o conflito em potencial entre diferentes marcos de referência, como expectativas profissionais, escolhas pessoais e valores, e as pressões associadas às redes às quais alguém pertence. Nesse contexto, ele discutiu a dificuldade que os pesquisadores enfrentam para conciliar seus próprios pontos de vista e aqueles de seus informantes. Essa dificuldade foi explicitamente referida na *Declaração do comitê executivo* da American Anthropological Association referente à ética:

Os/as antropólogos/as devem ponderar as obrigações éticas concorrentes para os participantes da pesquisa, estudantes, colegas profissionais, empregadores e financiadores, entre outros, ao reconhecer que as obrigações para com os participantes da pesquisa geralmente são fundamentais. (AAA, 2012, p. 9).

Obrigações éticas concorrentes são as diferentes obrigações sociais às quais os/as antropólogos/as estão sujeitos/as frente aos seus diferentes parceiros sociais. Consequentemente, quando a AAA discute o risco de éticas conflitantes, fá-lo em referência aos princípios éticos com os quais os/as antropólogos/as se defrontam como pesquisadores/as, como membros de uma associação ou como pais, por exemplo, quando exercem papéis distintos.

A questão que levanto aqui é outra: estou preocupada com a escolha que os/as antropólogos/as precisam fazer entre dois registros de valores diferentes, podendo concordar com ambos. Não necessariamente existe fusão entre uma postura ética e uma postura engajada. Apesar da óbvia necessidade de criar uma estrutura ética para qualquer pesquisa, existem dificuldades inerentes às escolhas feitas durante qualquer projeto de pesquisa e às opções éticas e epistemológicas que representam. Embora uma abordagem ético-epistemológica a um grupo primeiramente implique levar em conta as relações sociais que ali podem ser observadas, isto está longe de ser simples quando evitar causar dano a um grupo pode envolver prejudicar outro.

A questão, portanto, é se a defesa de determinados valores como alicerce da escolha por realizar a pesquisa sobre determinadas pessoas ou grupos poderia, de fato, ir contra o bem ou o interesse de outros. Por intermédio da perspectiva crítica adotada por alguns/algumas antropólogos/as, eles/elas podem almejar melhorar o destino dos seres humanos – para Nancy Scheper-Hughes, em referência ao seu trabalho de campo na África do Sul, é até uma “ferramenta para a libertação humana” (SCHEPER-HUGHES, 1995, p. 415). Porém, os/as antropólogos/as precisam confrontar as questões relacionadas à pluralidade das pessoas estudadas. A perspectiva defendida por mim é que devemos nos libertar da visão de que a postura ética somente deveria ser imaginada de uma maneira dualística e maniqueísta, em oposição ao bom e ao ruim. Os/As antropólogos/as que trabalham no campo médico não estão, necessariamente, defrontando-se com pessoas más (que discriminam, dominam outros ou colocam em perigo os direitos ao bem-estar de outrem), de um lado, e com pessoas boas, do outro lado. Os/As antropólogos/as encontram-se lidando com indivíduos que ocupam posições socialmente distintas e interagem uns com os outros (homens *versus* mulheres, médicos *versus* pacientes e assim por diante).

A escolha por conduzir uma pesquisa sobre poligamia para trazer à luz uma situação de dominação não necessariamente envolve, em termos de análise, defender o lado das mulheres, assim como a escolha por estudar as informações aos pacientes para ressaltar sua inadequação significa

não tentar compreender os sentimentos e as motivações dos médicos. No exemplo das famílias poligâmicas, pesquisar as práticas sociais em vigor também implicou não defender o lado de um cônjuge ou do outro, embora também houvesse relações de dominação entre coesposas. As relações entre os sexos são socialmente construídas, é claro, e os papéis sexuais são impostos tanto sobre um sexo, quanto sobre o outro. Os homens são tão socializados quanto as mulheres, mesmo se as estruturas sobre as quais essa socialização foi construída forem radicalmente diferentes. A socialização dos homens também supõe formas de pressão. A prova disso pode ser encontrada na falta de respeito pelos homens monogâmicos e na pressão para que os homens assumam esposas adicionais.

Desenvolver uma análise crítica dos processos que ocorrem no campo do *illness*, repensar a questão do poder, trabalhar para permitir que as pessoas controlem seus corpos e sua saúde de maneira autônoma ou estudar situações de vulnerabilidade, de dominação e de desigualdade (FAINZANG *et al.*, 2009) não protege um pesquisador contra a necessidade de fazer escolhas sobre como o objeto é construído e de rever sua posição no campo. As duas situações que descrevi têm suas opções específicas. Porém, ambas levantam, de maneira própria, a questão de construir o objeto antropológico quando esse objeto é percebido ou compreendido pela sociedade civil em termos éticos.

No primeiro exemplo, alguns profissionais de saúde me censuraram por discutir as mentiras dos médicos devido à conotação moral negativa dessa prática. No segundo caso, foram alguns de meus colegas que ficaram preocupados com minha discussão sobre o funcionamento da poligamia em famílias imigrantes africanas devido ao julgamento negativo dessa prática em sociedades ocidentais. As duas situações também ilustram que, para serem éticas, as decisões necessariamente também devem ser epistemológicas. Com essa finalidade, embora a tarefa do/a antropólogo/a seja assumir o interesse pelo Outro, não deve negligenciar o exame dos pontos de vista do Outro do Outro. Estudar médicos e pacientes na relação terapêutica ou estudar maridos e esposas em famílias poligâmicas pode constituir uma complexidade maior porque as partes dominantes também tiveram voz e tiveram suas razões

escutadas. Referente a isto, as duas questões aqui levantadas têm, em comum, uma ênfase sobre a dificuldade ética enfrentada por antropólogos/as quando lidam com dois grupos sociais diferentes em relações de oposição ou de inclusão. Isto nos leva a examinar, de maneira crítica, as declarações éticas formais, como as da AAA.

Os *Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research* (*Princípios éticos e diretrizes para proteção de seres humanos na pesquisa*), conhecidos como *Belmont Report* (1979), exigem que os pesquisadores atendam a três princípios éticos: respeito, beneficência e justiça (BEAUCHAMP, 1982; CEFAL, 2010). No entanto, simplesmente respeitar esses princípios não esgota as questões éticas levantadas na pesquisa antropológica. Na linha das recomendações do *Relatório Belmont*, a *Declaração sobre ética do comitê executivo da AAA* (2012), um ponto de referência na comunidade antropológica francesa, estabelece os Princípios da Responsabilidade Profissional.

Esse texto define que a obrigação ética fundamental é não causar nenhum dano e que as “determinações a respeito de o que está no melhor interesse dos outros ou que tipos de esforços são apropriados para aumentar o bem-estar são carregados de valor” (AAA, 2012, p. 4). Isto supõe que somos capazes de determinar, com certeza, o bem e o dano que nosso trabalho pode causar. Existe probabilidade de que estudar as mentiras do médico cause danos aos médicos ou beneficie os pacientes? Ainda mais, essa instrução transmite uma visão levemente maniqueísta do que é fazer o bem ou evitar fazer o mal, pois os indivíduos e os grupos em jogo são diversificados e ocupam posições sociais que não são idênticas: os maridos estão em uma posição de dominância em relação a suas esposas em virtude da construção social de relações de gênero nessa estrutura, por exemplo, mas estão em uma posição de vulnerabilidade na sociedade francesa em virtude de seu *status* social, econômico e étnico como migrantes africanos.

Conclusão

Rotineiramente, podemos ser confrontados com problemas devido à nossa escolha de objetos e à forma como são construídos. A questão aqui não foi saber se se deve julgar o que se vê ou não – uma pergunta que Scheper-Hughes (1995) respondeu ao imaginar que formas uma antropologia politicamente comprometida e moralmente engajada poderia assumir – ou mesmo se é possível fazê-lo, embora pudéssemos considerar que o julgamento feito no começo da pesquisa está epistemologicamente preconcebido, mas se o julgamento na conclusão dessa mesma pesquisa é eticamente desejável. Os/As antropólogos/as se defrontam com numerosas questões éticas em seu trabalho de campo (CASSELL; JACOBS, 1987) ao atuarem tanto dentro, quanto fora de suas fronteiras nacionais. Entre essas questões, geralmente, a principal é aquela de saber como se comportar para fazer o bem ou não causar qualquer dano. Conforme ressaltai, devemos evitar enfocar a questão de maneira maniqueísta, principalmente, porque, às vezes, trabalhamos com pessoas que podem estar tanto em uma posição de vulnerabilidade, como em uma posição de dominância. Refletir sobre os questionamentos éticos que os/as antropólogos/as enfrentam supõe ressaltar a complexidade de posturas sociais ocupadas pelos atores.

Se as escolhas que os/as antropólogos/as fazem se destinarem a satisfazer tanto requisitos éticos, como epistemológicos, precisam ser feitas nas interseções desses dois tipos de exigência. Este ponto de encontro será diferente para cada pesquisador/a, e suas respostas a elas dependerão de sua própria sensibilidade aos fenômenos de discriminação, de injustiça e de poder. Apesar dos códigos éticos, como da AAA (1998), os/as antropólogos/as se encontram tendo que, constantemente, administrar novos questionamentos éticos no decorrer de suas pesquisas. É importante discutir os problemas que enfrentam e as escolhas que fazem, para contribuir com o pensamento coletivo sobre desafios éticos em antropologia médica.

Referências

AMERICAN ANTHROPOLOGICAL ASSOCIATION - AAA. *Code of ethics of the American Anthropological Association*, 1998. Disponível em: <http://www.aaanet.org/committees/ethics/ethicscode.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2019.

AMERICAN ANTHROPOLOGICAL ASSOCIATION - AAA. Statement on ethics: principles of professional responsibility, 2012. Disponível em: <http://www.aaanet.org/profdev/ethics/upload/Statement-on-Ethics-Principles-of-Professional-Responsibility.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2015.

ABIVEN, Maurice. Mentir pour bien faire? Ou le mensonge en médecine. *Etudes Psychothérapeutiques*, n. 13, p. 39-50, 1996.

ANTHROPOLOGIE ET SOCIÉTÉS. *Anthropologie, relativisme éthique et santé*, v. 24, n. 2, 2000.

APPELL, George N. (ed.). *Ethical dilemmas in anthropological inquiry: a case book*. Waltham, MA: Crossroads Press for the African Studies Association, 1978.

BARNES, John Arundel. *Pack of lies: towards a sociology of lying*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1994.

BEAUCHAMP, Tom L. *Ethical issues in social science research*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1982.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Principles of biomedical ethics*. 3. ed. Oxford, UK and New York: Oxford University Press, 1989.

BEAUDEVIN, Claire. “Inaugurer” l’anthropologie de la santé au Sultanat d’Oman: l’anthropologue face à la lecture locale de l’éthique de la recherche: une rencontre inattendue. *Ethnographiques.org Online*, n. 17, nov. 2008. Disponível em: <http://www.ethnographiques.org/2008/Beaudevin>. Acesso em: 22 abr. 2015.

BELMONT REPORT. *Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. Washington, DC: Department of Health, Education and Welfare, 1979.

BOK, Sissela. *Lying: moral choice in public and private life*. New York: Vintage Books, 1979.

CAPLAN, Patricia (ed.). *The ethics of anthropology: debates and dilemma*. London: Routledge, 2003.

CASELL, Joan; WAX, Murray L. (ed.). Ethical problems of fieldwork. *Social Problems*, n. 27, p. 259-378, 1980.

CASELL, Joan; JACOBS, Sue-Ellen (ed.). *Handbook on ethical issues in anthropology: a special publication of the AAA*, n. 23, 1987. Disponível em: <http://www.aaanet.org/committees/ethics/toc.htm>. Acesso em: 22 abr. 2015.

CEFAI, Daniel (ed.). *L'engagement ethnographique*. Paris: Editions de L'ehess, 2010.

CONSTANT, Benjamin. Tout le monde n'a pas droit à la vérité. In: MORANA, Cyrill (ed.). *Le droit de mentir*. Paris: Fayard/Mille et une nuit, 2003.

CRAPANZANO, Vincent. Réflexions sur une anthropologie des émotions. *Terrain*, n. 22, p. 109-117, 1994.

DELAPORTE, Christine. *Dire la vérité au malade*. Paris: Odile Jacob, 2001.

DESCLAUX, Alice. Les lieux du “véritable travail éthique” en anthropologie de la santé Terrain, comités, espaces de réflexion? *Ethnographiques.org Online*, n. 17, 2008. Disponível em: <http://www.ethnographiques.org/2008/Desclaux>. Acesso em: 22 abr. 2015.

DESCLAUX, Alice; SARRADON-ECK, Aline (ed.). Introduction au dossier ‘L'éthique en anthropologie de la santé: conflits, pratiques, valeur heuristique’, *Ethnographiques.org Online*, n. 17, 2008. Disponível em: <http://www.ethnographiques.org/2008/Desclaux,Sarradon-Eck>. Acesso em: 22 abr. 2015.

ENGELN, Eva Maria; RÖTTGER-RÖSSLER, Birgitt. Current disciplinary and interdisciplinary debates on empathy. *Emotion Review*, v. 4, n. 1, p. 3-8, 2012.

ENGELN, Eva Maria; RÖTTGER-RÖSSLER, Birgitt. *La relation médecins-malades: information et mensonge*. Paris: Presses Universitaires de France, 2006.

FAINZANG, Sylvie. Anthropology and medicine: empathy, experience and knowledge. In: DONGEN, Els van; KUTALEK, Ruth (ed.). *Facing distress: distance and proximity in times of illness*. Berlin: LIT Verlag, 2007. p. 1-20.

FAINZANG, Sylvie. Patient information between public space and anthropology: Ethnography's contribution to the debate. *Etnografica*, v. 14, n. 1, p. 97-114, 2010.

FAINZANG, Sylvie; JOURNET, Odile. *La femme de mon Mari: anthropologie du mariage polygamique en Afrique et en France*. Paris: L'Harmattan, 1989.

FAINZANG, Sylvie et al. (ed.). *Medical anthropology, wealfare state and political engagement*. Roma: Argo, 2009.

FASSIN, Didier. The end of ethnography as collateral damage of ethical regulation? *American Ethnologist*, v. 33, n. 4, p. 522-524, 2006.

FASSIN, Didier. L'éthique au-delà de la règle: réflexions autour d'une enquête sur les soins en Afrique du Sud. *Sociétés Contemporaines*, v. 3, n. 71, p. 117-135, 2008.

FAUBION, James D. *An anthropology of ethics*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2011.

FAVEREAU, Erick. *Le silence des médecins*. Paris: Calmann-Lévy, 1994.

FLETCHER, Joseph. *Morals and medicine: the moral problems of the patient's right to know the truth*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1979.

FLUEHR-LOBBAN, Carolyn. *Ethics and the profession of anthropology: dialogue for ethically conscious practice* (1st ed., 2003). Walnut Creek, CA: AltaMira Press, 2013.

GEETS, Claude. Vérité et mensonge dans la relation au malade. *Revue d'Éthique et de Théologie Morale*, n. 184, p. 56-77, 1993.

GUPTA, Akhil; FERGUSON, James (ed.). *Culture, power, place: explorations in critical anthropology*. Durham, NC: Duke University Press, 1997.

HOERNI, Bernard. *Paroles et silences du médecin*. Paris: Flammarion, 1985.

HOERNI, Bernard. Vie et déclin du ‘mensonge médical’. *Histoire des Sciences Médicales*, v. 39, n. 4, p. 349-358, 2005.

HOURS, Bernard; SELIM, Monique. Pratiques et axiologies de l’anthropologie face à la domination politique. *Anthropologie et Sociétés*, v. 24, n. 2, p. 111-127, 2000.

KATZ, Jack. Ethical escape routes for underground ethnographers. *American Ethnologist*, v. 33, n. 4, p. 499-506, 2006.

KURAN, Timur. *Private truths, public lies: the social consequences of preference falsification*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1995.

LAMBEK, Michael (ed.). *Ordinary ethics: anthropology, language, and action*. New York: Fordham University Press, 2010.

LEDERMAN, Rena. The perils of working at home: IRB “mission creep” as context and content for an ethnography of disciplinary knowledges. *American Ethnologist*, v. 33, n. 4, p. 482-491, 2006.

LEDERMAN, Rena. Ethics: practices, principles, and comparative perspectives. In: CARRIER, James; GEWERTZ, Debora B.; CARRIER, James (ed.). *Handbook of social and cultural anthropology*. London: Berg, 2012.

LUHRMANN, Tanya. M. Subjectivity. *Anthropological Theory*, v. 6, n. 3, p. 345-361, 2006.

MASSÉ, Raymond. Les limites d’une approche essentialiste des ethnoéthiques. Pour un relativisme éthique critique. *Anthropologie et Sociétés*, v. 24, n. 2, p. 13-33, 2000.

MUSSO, Sandrine. A propos du “malaise éthique” du chercheur: les leçons d’un terrain sur les objets « sida » et « immigration » en France. *Ethnographiques.org*, Online, n. 17, 2008. Disponível em: <http://www.ethnographiques.org/2008/Musso>. Acesso em: 22 abr. 2015.

PLATÃO. *La république*. Paris: Garnier-Flammarion, 1966.

SAKOYAN, Juliette. L’éthique multi-située et le chercheur comme acteur pluriel : dilemmes relationnels d’une ethnographie des migrations sanitaires. *Ethnographiques.org Online*, n. 17, 2008. Disponível em: <http://www.ethnographiques.org/2008/Sakoyan>. Acesso em: 22 abr. 2015.

SARRADON-ECK, Aline. Médecin et anthropologue, médecin contre anthropologue: dilemmes éthiques pour ethnographes en situation clinique. *Ethnographiques.org Online*, n. 17, 2008. Disponível em: <http://www.ethnographiques.org/2008/Sarradon-Eck>. Acesso em: 22 abr. 2015.

SCHEPER-HUGHES, Nancy. The primacy of the ethical: propositions for a militant anthropology. *Current Anthropology*, v. 36, n. 3, p. 409-440, 1995.

SHIBLES, Warren. *Lying: a critical analysis*. Whitewater, WI: The Language Press, 1985.

SHWEDER, Richard A. Protecting human subjects and preserving academic freedom: prospects at the University of Chicago. *American Ethnologist*, v. 33, n. 4, p. 507-518, 2006.

SINGER, Merrill; BAER, Hans. *Introducing medical anthropology: a discipline in action*. Plymouth, UK: AltaMira Press, 2007.

VAN DER GEEST, Sjaak; FINKLER, Kaja. Hospital ethnography: introduction. *Social Science & Medicine*, v. 59, n. 10, p. 1995-2001, 2004.



Sobre as autoras e o autor

Alan Camargo Silva

Professor de educação física, doutor em saúde coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ), pesquisador da Escola de Educação Física e Desportos, Núcleo de Estudos Sociocorporais e Pedagógicos em Educação Física e Esportes da Universidade Federal do Rio de Janeiro. *E-mail:* alancamargo10@gmail.com

Claudia Fonseca

Antropóloga, doutora em etnologia pela Université de Nanterre e em Sociologia pela Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), França; professora titular do Departamento de Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. *E-mail:* claudialwfonseca@gmail.com

Daniela Riva Knauth

Antropóloga, doutora em antropologia social pela Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), França; professora titular do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. *E-mail:* daniela.knauth@gmail.com



Elaine Reis Brandão

Assistente social, doutora em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), professora associada do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. *E-mail*: brandao@iesc.ufrj.br

Fernanda Vecchi Alzuguir

Psicóloga, doutora em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), professora adjunta do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. *E-mail*: fevecchi@iesc.ufrj.br

Francine Saillant

Enfermeira, doutora em antropologia social pela Université McGill, Canadá; professora emérita do Departamento de Antropologia da Universidade de Laval, Quebec, Canadá. *E-mail*: francine.saillant@ant.ulaval.ca

Jaqueline Ferreira

Médica, doutora em antropologia social pela Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), França; professora associada do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. *E-mail*: jaquetf@gmail.com

Lidiane Mara de Ávila e Silva

Psicóloga, doutora em saúde coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ), professora assistente do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso. *E-mail*: lidiane_avila@hotmail.com

Natália Almeida Bezerra

Antropóloga, doutoranda em antropologia social pela Universidade de Brasília (UnB). *E-mail:* natalia.almeida.unb@gmail.com

Nathalia Ramos da Silva

Fisioterapeuta, doutora em saúde coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Iesc/UFRJ). *E-mail:* nathramos@hotmail.com

Priscila Farfan Barroso

Cientista social, doutora em Antropologia Social pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGAS/UFRGS). *E-mail:* prifarfan@yahoo.com.br

Priscila da Silva Castro

Nutricionista, doutora em saúde coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ), professora adjunta da Faculdade de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará. *E-mail:* priscilacastro@unifesspa.edu.br

Rachel Aisengart Menezes

Médica, doutora em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), professora associada do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. *E-mail:* raisengartm@terra.com.br

Renata de Moraes Machado

Psicóloga, mestre em saúde coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ), doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. *E-mail:* renatammachado@gmail.com

Soraya Fleischer

Antropóloga, doutora em antropologia social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), professora associada do Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília. *E-mail:* fleischer.soraya@gmail.com

Sylvie Fainzang

Antropóloga, doutora em antropologia social pela Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), França; diretora de pesquisa do Instituto Nacional de Saúde e Pesquisa Médica (INSERM); e membro do Centro da Pesquisa em Medicina, Ciências, Saúde, Saúde Mental e Sociedade (Cermes3), França. *E-mail:* sylvie.fainzang@orange.fr

Este livro foi composto em UnB Pro e Liberation Serif.

Reflexividade na pesquisa antropológica em saúde

Desafios e contribuições para a formação de novos pesquisadores

O ofício antropológico é feito de reflexividade. Andamos sempre na corda bamba, entre fazer uma etnografia da bruxaria do ponto de vista da bruxa ou do ponto de vista de um geômetra, seguindo a famosa comparação de Clifford Geertz. Quando entramos no campo da saúde, o trabalho fica mais desafiador. Lidamos com emoções, com corporalidades, com doença, com dor, com morte. Lidamos, além disso, com uma instituição extremamente potente, do ponto de vista não apenas de sua penetração social, de sua capacidade de acolhimento de tudo isso, mas, sobretudo, de sua eficácia simbólica, fortemente enraizada nos corações e nas mentes de todos nós. Refiro-me à medicina e às demais especialidades que gravitam ao seu redor. Ofícios compostos por pessoas que tratam outras pessoas; que mexem nos seus corpos, nos seus espíritos; que criam parâmetros para aferi-los; que oferecem conselhos, drogas; que propõem tarefas. A pesquisa antropológica surge como contraponto necessário para trazer à cena o emaranhado de experiências que compõem essas relações entre os que tratam, olham, examinam e aqueles que são tratados, observados e examinados. Evidentemente, o pesquisador faz parte desse emaranhado, pois o sofrimento e o acolhimento não lhe são estranhos. Os textos que fazem parte deste volume buscam refletir sobre essa posição reflexiva do pesquisador. Não se trata de uma posição necessária, mas, sim, inevitável. Não é uma escolha de quem pesquisa, mas uma consequência inevitável de habitar o mesmo mundo dos que sofrem e dos que acolhem o sofrimento do outro.

Jane Russo

Professora titular do Instituto de Medicina Social da UERJ

Foto ao fundo:

Arquitetura do prédio da FACE/UnB.

Por Isa Lima.



EDITORA



UnB